# PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LA RED DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – ESE DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

**CARLOS ALBERTO BOTERO LOPEZ**

**Gobernador de Risaralda**

**LINA BEATRIZ RENDON TORRES**

**Secretaria de Salud Departamental**

**ALVARO AUGUSTO AYALA GARZON**

**Director Operativo de Prestación de Servicios**

**JHON GERARDO MORENO GOMEZ**

**Profesional Especializado**

**EDILMA OCAMPO VALENCIA**

**Profesional Universitario**

**2013**

# GERENTES ESE DEPARTAMENTO DE RISARALDA

FEDERICO RESTREPO ESCOBAR
Hospital San Vicente de Paul - APIA

DAVID ARBOLEDA CARVAJAL
Hospital Cristo Rey - BALBOA

LIDA ZORAYDA OTALVARO BETANCUR
Hospital San José - BELEN de UMBRIA

JAVIER ALEJANDRO GAVIRIA MURILLO
Hospital Santa Mónica – DOSQUEBRADAS

LUZ MARINA OSSA MONCADA
Hospital Santa Ana de GUATICA

ROOSEVELT RIVERA GIRALDO
Hospital San José - LA CELIA

JAVIER DE JESUS CARDENAS PEREZ
Hospital San Pedro y San Pablo - LA VIRGINIA

JUAN CARLOS SARMIENTO SARMIENTO
Hospital San José – MARSELLA

YIRIAM MILENA CARVAJAL GONZALEZ
Hospital San Vicente de Paul -MISTRATÓ

JUAN CARLOS RESTREPO MEJIA

Hospital Universitario San Jorge – PEREIRA

ALFREDO BARON CRIOLLO
Hospital Mental Universitario de Risaralda– PEREIRA



RAFAEL LUCAS SANDOVAL MORALES
ESE Salud Pereira

MARIA EUGENIA LEAL VELASQUEZ
Hospital San Rafael - PUEBLO RICO

CARLOS ALBERTO CALVO MEJIA
Hospital Nazareth – QUINCHIA

OLGA LUCIA AGUILAR VALENCIA
Hospital San Vicente de Paul - SANTA ROSA de CABAL

AYDEE OSORIO GALINDO
Hospital San Vicente de Paul - SANTUARIO

# Tabla de contenido

INTRODUCCION ..... 23
MARCO CONCEPTUAL ..... 24
MARCO NORMATIVO ..... 29
OBJETIVOS ..... 35
OBJETIVO GENERAL ..... 35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 35
ASPECTOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA ..... 36
RESEÑA HISTÓRICA DEL DEPARTAMENTO ..... 37
RESEÑA DE LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO. ..... 38
LÍMITES. ..... 40
GEOGRAFÍA FÍSICA. ..... 40
HIDROGRAFÍA. ..... 41
VÍAS DE COMUNICACIÓN. ..... 42
ECONOMIA ..... 44
ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD Y PRESTACION DE SERVICIOS EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA ..... 45
CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO ..... 45
Cuadro 1. Conformación político administrativa ..... 45
Cuadro 2. Descentralización en Salud ..... 46
ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD ..... 47
DISTRIBUCIÓN Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA ..... 47
Cuadro 3. Población total, Área y distancia a capital de departamento ..... 47
Cuadro 4. Caracterización población según distribución, sexo y grupo etareo - 2012 ..... 49
Risaralda ..... 49
Cuadro 5. Comportamiento y proyección población según Censos 1985, 1993 y 2005 ..... 50

Cuadro 6. Caracterización población por tasas de crecimiento, natalidad y mortalidad ..... 50
Cuadro 7. Tasas de reproducción y fecundidad, esperanza de vida ..... 51
Cuadro 8. Población por grandes grupos etáreos - Departamento de Risaralda 2012..... 52
Cuadro 9. Población total por grupos etarios, zona y género, Risaralda 2012. ..... 53
PIRÁMIDE POBLACIONAL..... 54
Cuadro 10. Porcentajes poblacionales comparativos en distintos censos para el Departamento de Risaralda. ..... 54
Cuadro 11. Pirámides poblacionales 1973, 1985, 1993, 2005 y 2012 - Departamento de Risaralda. ..... 55
PROYECCIÓN DANE Y NACIDOS VIVOS..... 55
Cuadro 12. Comparación datos nacidos vivos y proyección DANE por años Risaralda. ..... 56
Cuadro 13. Comparación nacidos vivos y proyecciones DANE Risaralda- ..... 57
PERFIL DE MORBIMORTALIDAD ..... 57
Cuadro 14. Morbilidad por consulta externa – 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2012..... 59
Cuadro 15. Morbilidad por urgencias – 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2012..... 60
Cuadro 16. Morbilidad por egreso hospitalario - 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2012 ..... 61
Cuadro 17. Mortalidad general – 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2012.62
Cuadro 18. Mortalidad general según grupos de causas - Departamento de Risaralda año 2012..... 63
FACTORES DE RIESGO..... 64
FACTORES DE RIESGO PARA BROTES Y EPIDEMIAS..... 67
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ..... 69
Cuadro 19. Necesidades Básicas Insatisfechas – Año 2012 ..... 69
Cuadro 20. Relación Población y Sistema General de Seguridad social en Salud..... 70
Cuadro 21. Afiliación a EPS del régimen subsidiado ..... 71
Cuadro 22. Afiliación a EPS del régimen contributivo y excepción..... 72
Cuadro 23. Afiliación a EPS por municipio ..... 73

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD ..... 74
PRESTADORES Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD ..... 74
Cuadro 24. Prestadores de Servicios de Salud – Año 2012 ..... 74
Cuadro 25. Capacidad instalada según tipo de prestador ..... 75
Cuadro 26. Servicios de salud habilitados a nivel territorial ..... 75
Cuadro 27. Instituciones públicas con operación en condiciones monopólicas ..... 81
DIAGNOSTICO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ..... 82
CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS IPS PÚBLICAS ..... 82
Cuadro 28. Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud – Año 2012 ..... 82
PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ..... 87
Cuadro 29. Comportamiento producción total de IPS públicas del Departamento – Año 2012 ..... 87
PRODUCCIÓN Y EFICIENCIA ..... 88
Cuadro 30. Capacidad instalada en la red pública ..... 88
ANALISIS DE LA SUFICIENCIA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD ..... 90
Cuadro 31. Capacidad Instalada (Camas) Red Publica Y Privada 2013 ..... 91
Cuadro 32. Productividad Promedio 2008-2012 Y Capacidad Instalada (Camas) Red Pública . 92
Cuadro 33. Productividad Promedio 2008-2012 Y Capacidad Instalada (Camas) Red Pública Por Nivel De Complejidad ..... 93
Cuadro 34. Comparativo De La Capacidad Instalada (Camas) En La Red Pública (Ofertadas Vs Requeridas Por Producción Y Por Eficiencia Ideal ..... 94
ANÁLISIS FINANCIERO Y PRESUPUESTAL ..... 97
ESE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD ..... 98
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA ..... 98
Mecanismos de pago por servicios ..... 98
Cuadro 35. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012 ..... 98
Cuadro 36. Montos contratación por grupos responsables de pago ..... 99
Cuadro 37. Contratación por el mecanismo de capitación ..... 100
Ingresos y Recaudos ..... 100

Cuadro 38. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 100
Cuadro 39. Comportamiento ingresos recaudados ..... 101
Cuadro 40. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos..... 102
Gastos comprometidos ..... 103
Cuadro 41. Gastos comprometidos por concepto ..... 103
Cuadro 42. Composición del gasto..... 104
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 104
Cuadro 43.Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 104
Análisis de equilibrio ..... 105
Cuadro 44. Equilibrio presupuestal corriente ..... 105
Cuadro 45. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 105
Situación de los pasivos..... 106
Cuadro 46 Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 106
Situación de la cartera..... 107
Cuadro 47. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 107
ESE HOSPITAL CRISTO REY- MUNICIPIO DE BALBOA..... 109
Mecanismos de pago por servicios ..... 109
Cuadro 48. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.... 109
Cuadro 49. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 110
Cuadro 50. Contratación por el mecanismo de capitación..... 111
Ingresos y Recaudos..... 112
Cuadro 51. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 112
Cuadro 52. Comportamiento ingresos recaudados ..... 113
Cuadro 53. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos..... 113
Gastos comprometidos ..... 114
Cuadro 54. Gastos comprometidos por concepto ..... 114
Cuadro 55. Composición del gasto..... 115
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 116

Cuadro 56. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 116
Análisis de equilibrio ..... 117
Cuadro 57. Equilibrio presupuestal corriente ..... 117
Cuadro 58. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 117
Situación de los pasivos..... 118
Cuadro 59. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 118
Situación de la cartera..... 119
Cuadro 60. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 119
ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BELEN DE UMBRIA..... 120
Mecanismos de pago por servicios ..... 120
Cuadro 61. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.... 120
Cuadro 62. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 120
Cuadro 63. Contratación por el mecanismo de capitación ..... 121
Ingresos y Recaudos ..... 122
Cuadro 64. Comportamiento de Ingresos Reconocidos ..... 122
Cuadro 65. Comportamiento ingresos recaudados ..... 123
Cuadro 66. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos..... 124
Gastos comprometidos ..... 124
Cuadro 67. Gastos comprometidos por concepto ..... 124
Cuadro 68. Composición del gasto..... 125
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 125
Cuadro 69. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 126
Análisis de equilibrio ..... 127
Cuadro 70. Equilibrio Presupuestal Corriente..... 127
Cuadro 71. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 127
Situación de los pasivos..... 128
Cuadro 72. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 128
Situación de la cartera..... 129

Cuadro 73. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 129
ESE HOSPITAL SALUD PEREIRA ..... 130
Mecanismos de pago por servicios ..... 130
Cuadro 74. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.... 130
Cuadro 75. Montos contratación por grupos responsables de pago ..... 131
Cuadro 76. Contratación por el mecanismo de capitación ..... 131
Ingresos y Recaudos ..... 132
Cuadro 77. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 132
Cuadro 78. Comportamiento ingresos recaudados ..... 132
Cuadro 79. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos..... 133
Gastos comprometidos ..... 136
Cuadro 80. Gastos comprometidos por concepto ..... 136
Cuadro 81. Composición del gasto ..... 138
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 139
Cuadro 82. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 139
Análisis de equilibrio ..... 141
Cuadro 83. Equilibrio presupuestal corriente ..... 141
Cuadro 84. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 141
Situación de los pasivos..... 142
Cuadro 85. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 142
Situación de la cartera..... 145
Cuadro 86. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 145
ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA CELIA ..... 153
Mecanismos de pago por servicios ..... 153
Cuadro 87. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.... 153
Cuadro 88. Montos contratación por grupos responsables de pago ..... 154
Cuadro 89. Contratación por el mecanismo de capitación ..... 154
Ingresos y Recaudos ..... 154

Cuadro 90. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 155
Cuadro 91. Comportamiento ingresos recaudados ..... 156
Cuadro 92. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos..... 156
Gastos comprometidos ..... 157
Cuadro 93. Gastos comprometidos por concepto ..... 157
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 157
Cuadro 94. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 157
Análisis de equilibrio ..... 159
Cuadro 95. Equilibrio presupuestal corriente ..... 159
Cuadro 96. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 159
Situación de los pasivos..... 160
Cuadro 97. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 160
Situación de la cartera..... 161
Cuadro 98. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 161
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PUEBLO RICO ..... 162
Mecanismos de pago por servicios ..... 162
Cuadro 99. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.... 162
Cuadro 100. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 163
Cuadro 101. Contratación por el mecanismo de capitación..... 164
Ingresos y recaudos..... 164
Cuadro 102. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 164
Cuadro 103. Comportamiento ingresos recaudados ..... 166
Cuadro 104. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 167
Gastos comprometidos ..... 168
Cuadro 105. Gastos comprometidos por concepto ..... 168
Cuadro 106. Composición del gasto..... 168
Comportamiento en términos de Eficiencia ..... 169
Cuadro 107. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 169

Análisis de equilibrio ..... 170
Cuadro 108. Equilibrio presupuestal corriente ..... 170
Cuadro 109. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 171
Situación de los pasivos..... 171
Cuadro 110. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 171
Situación de la Cartera ..... 172
Cuadro 111. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 172
ESE SANTA ANA DE GUATICA ..... 174
Mecanismos de pago por servicios ..... 174
Cuadro 112. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.. 174
Cuadro 113. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 174
Cuadro 114. Contratación por el mecanismo de capitación..... 175
Ingresos y Recaudos ..... 176
Cuadro 115. Comportamiento ingresos recaudados ..... 176
Cuadro 116. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 177
Gastos comprometidos ..... 178
Cuadro 117. Gastos comprometidos por concepto ..... 178
Cuadro 118. Composición del gasto..... 178
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 179
Cuadro 119. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 179
Análisis de equilibrio ..... 180
Cuadro 120. Equilibrio presupuestal corriente ..... 180
Cuadro 121. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 181
Situación de los pasivos..... 181
Cuadro 122. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 181
Situación de la cartera..... 182
Cuadro 123. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 182
ESE HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA ..... 184

Mecanismos de pago por servicios ..... 184
Cuadro 124. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.. 184
Cuadro 125. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 184
Cuadro 126. Contratación por el mecanismo de capitación ..... 185
Ingresos y Recaudos ..... 186
Cuadro 127. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 186
Cuadro 128. Comportamiento ingresos recaudados ..... 186
Cuadro 129. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 187
Gastos comprometidos ..... 188
Cuadro 130. Gastos comprometidos por concepto ..... 188
Cuadro 131. Composición del gasto..... 188
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 190
Cuadro 132. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 190
Análisis de equilibrio ..... 191
Cuadro 133. Equilibrio presupuestal corriente ..... 191
Cuadro 134. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 192
Situación de los pasivos..... 192
Cuadro 135. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 192
Situación de la cartera..... 193
Cuadro 136. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 193
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL MISTRATO ..... 195
Mecanismos de pago por servicios ..... 195
Cuadro 137. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.. 195
Cuadro 138. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 196
Cuadro 139. Contratación por el mecanismo de capitación..... 196
Ingresos y Recaudos ..... 197
Cuadro 140. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 197
Cuadro 141. Comportamiento ingresos recaudados ..... 198

Cuadro 142. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 198
Gastos comprometidos ..... 199
Cuadro 143. Gastos comprometidos por concepto ..... 199
Cuadro 144. Composición del gasto ..... 200
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 201
Cuadro 145. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 201
Análisis de equilibrio ..... 202
Cuadro 146. Equilibrio presupuestal corriente ..... 202
Cuadro 147. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 203
Situación de los pasivos..... 203
Cuadro 148. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 203
Situación de la cartera..... 204
Cuadro 149. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 204
ESE HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHIA..... 206
Mecanismos de pago por servicios ..... 206
Cuadro 150. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.. 206
Cuadro 151. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 206
Cuadro 152. Contratación por el mecanismo de capitación ..... 207
Ingresos y Recaudos ..... 208
Cuadro 153. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 208
Cuadro 154. Comportamiento ingresos recaudados ..... 209
Cuadro 155. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 209
Gastos comprometidos ..... 210
Cuadro 156. Gastos comprometidos por concepto ..... 210
Cuadro 157. Composición del gasto ..... 211
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 212
Cuadro 158. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 212
Análisis de equilibrio ..... 213

Cuadro 159. Equilibrio presupuestal corriente ..... 213
Cuadro 160. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 214
Situación de los pasivos..... 214
Cuadro 161. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 214
Situación de la cartera..... 215
Cuadro 162. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 215
ESE SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA DE CABAL ..... 216
Mecanismos de pago por servicios ..... 216
Cuadro 163. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.. 216
Cuadro 164. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 217
Cuadro 165. Contratación por el mecanismo de capitación..... 218
Ingresos y recaudos..... 219
Cuadro 166. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 219
Cuadro 167. Comportamiento ingresos recaudados ..... 220
Gastos comprometidos ..... 221
Cuadro 168. Gastos comprometidos por concepto ..... 221
Cuadro 169. Composición del gasto..... 222
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 222
Cuadro 170. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 222
Análisis de equilibrio ..... 224
Cuadro 171. Equilibrio presupuestal corriente ..... 224
Cuadro 172. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 224
Situación de los pasivos..... 225
Cuadro 173. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 225
Situación de la cartera..... 226
Cuadro 174. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 226
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SANTUARIO..... 228
Mecanismos de pago por servicios ..... 228

Cuadro 175. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.. 228
Cuadro 176. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 229
Cuadro 177. Contratación por el mecanismo de capitación..... 230
Ingresos y Recaudos..... 230
Cuadro 178. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 230
Cuadro 179. Comportamiento ingresos recaudados ..... 231
Cuadro 180. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 232
Gastos comprometidos..... 233
Cuadro 181. Gastos comprometidos por concepto ..... 233
Cuadro 182. Composición del gasto..... 233
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 235
Cuadro 183. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 235
Análisis de equilibrio ..... 236
Cuadro 184. Equilibrio presupuestal corriente ..... 236
Cuadro 185. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores..... 237
Situación de los pasivos..... 237
Cuadro 186. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 237
Situación de la cartera..... 238
Cuadro 187. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 238
ESE SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD..... 241
ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA..... 241
Mecanismos de pago por servicios ..... 241
Cuadro 188. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.. 241
Cuadro 189. Montos contratación por grupos responsables de pago..... 242
Ingresos y Recaudos..... 242
Cuadro 190. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 242
Cuadro 191. Comportamiento ingresos recaudados ..... 243
Cuadro 192. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 244

Gastos comprometidos ..... 244
Cuadro 193. Gastos comprometidos por concepto ..... 244
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 245
Cuadro 194. Evolución de los Gastos comprometidos Vs. Producción y Facturación ..... 245
Análisis de equilibrio ..... 246
Cuadro 195. Equilibrio presupuestal corriente ..... 246
Cuadro 196. Diferencia vigencias anteriores - ..... 247
Situación de los pasivos..... 248
Cuadro 197. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 248
Situación de la cartera..... 248
Cuadro 198. Situación de la cartera ..... 248
ESE SAN PEDRO Y SAN PABLO DE LA VIRGINIA ..... 251
Mecanismos de pago por servicios ..... 251
Cuadro 199. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012.. 251
Cuadro 200. Contratación por el mecanismo de capitación 2012. ..... 252
Cuadro 201. Montos contratación por grupos responsables de pago ..... 253
Ingresos y Recaudos ..... 253
Cuadro 202. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 254
Cuadro 203. Comportamiento ingresos recaudados ..... 256
Cuadro 204. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 258
Gastos comprometidos ..... 259
Cuadro 205. Gastos comprometidos por concepto ..... 259
Cuadro 206. Composición del gasto..... 262
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 263
Cuadro 207. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 263
Análisis de equilibrio ..... 264
Cuadro 208. Equilibrio presupuestal corriente ..... 264
Cuadro 209. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores ..... 265

Situación de los pasivos ..... 265
Cuadro 210. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 265
Situación de la cartera ..... 266
Cuadro 211. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 266
ESE HOSPITAL SANTA MONICA DOSQUEBRADAS ..... 268
Mecanismos de pago por servicios ..... 268
Cuadro 212. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012 .. 268
Cuadro 213. Montos contratación por grupos responsables de pago ..... 269
Cuadro 214. Contratación por el mecanismo de capitación ..... 270
Ingresos y Recaudos ..... 271
Cuadro 215. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 271
Cuadro 216. Comportamiento ingresos recaudados ..... 273
Cuadro 217. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 274
Gastos comprometidos ..... 274
Cuadro 218. Gastos comprometidos por concepto ..... 274
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 277
Cuadro 219. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 277
Análisis de equilibrio ..... 278
Cuadro 220. Equilibrio presupuestal corriente ..... 278
Cuadro 221. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores ..... 279
Situación de los pasivos ..... 279
Cuadro 222. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 279
Situación de la cartera ..... 281
Cuadro 223. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 281
ESE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN ..... 284
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA ..... 284
Mecanismos de pago por servicios ..... 284
Cuadro 224. Evolución de la facturación realizada por grupo responsable de pago ..... 284

Ingresos y Recaudos ..... 285
Cuadro 225. Comportamiento ingresos reconocidos ..... 285
Cuadro 226. Comportamiento ingresos recaudados ..... 286
Cuadro 227. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos ..... 287
Cuadro 228. Plan de mejoramiento de recaudo ..... 288
Gastos comprometidos ..... 289
Cuadro 229. Gastos comprometidos por concepto ..... 289
Cuadro 230. Composición del gasto ..... 290
Comportamiento en términos de eficiencia ..... 291
Cuadro 231. Comportamiento gastos frente a producción y facturación ..... 291
Análisis de equilibrio ..... 292
Cuadro 232. Equilibrio presupuestal corriente ..... 292
Cuadro 233. Equilibrio presupuestal total, excluyendo recursos del convenio ejecutados en cada vigencia ..... 293
Situación de los pasivos ..... 294
Cuadro 234. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública ..... 294
Situación de la cartera ..... 296
Cuadro 235. Comportamiento de la cartera de la IPS pública ..... 296
Cuadro 236. CARTERA POR RÉGIMEN ..... 297
Cuadro 237. Cartera pendiente de reconocer ..... 298
GESTIONES DE CARTERA ..... 299
CONSOLIDADO INDICADORES RED PÚBLICA DEPARTAMENTAL ..... 301
Cuadro 238. Comportamiento de la producción equivalente UVR 2011-2012 ..... 301
Cuadro 239. Porcentaje de recaudos sobre reconocimientos con y sin vigencias anteriores 302
Red Pública de Risaralda 2011-2012 ..... 302
Cuadro 240. Comportamiento de la Cartera Red Pública Departamento de Risaralda ..... 304
Cuadro 241. Comportamiento cartera régimen subsidiado ..... 307
Cuadro 242. Recaudos vs reconocimientos del régimen subsidiado ..... 308

Cuadro 243. Porcentaje de recaudos sobre compromisos ..... 309
Cuadro 244. RESUMEN CALIFICACION DE RIESGO FISCAL Y FINANCIERO ..... 312
ESE HOSPITALES DEPARTAMENTO DE RISARALDA ..... 312
CONCLUSIONES ANALISIS FINANCIERO ..... 315
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ..... 319
CLASIFICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE LA RED SEGÚN TIPOS DE PORTAFOLIOS: ..... 320
BAJA COMPLEJIDAD ..... 320
BAJA COMPLEJIDAD TIPO A ..... 320
BAJA COMPLEJIDAD TIPO B ..... 322
BAJA COMPLEJIDAD TIPO C ..... 322
MEDIA COMPLEJIDAD ..... 322
MEDIA COMPLEJIDAD TIPO A ..... 322
MEDIA COMPLEJIDAD TIPO B ..... 323
MEDIA COMPLEJIDAD TIPO B ..... 324
ALTA COMPLEJIDAD ..... 324
ALTA COMPLEJIDAD TIPO A ..... 324
ALTA COMPLEJIDAD TIPO B ..... 325
REGION OCCIDENTE: TERRITORIO DE RISARALDA SOBRE LA CORDILLERA OCCIDENTAL. ..... 327
Cuadro 245. RELACION DE IPS SEGÚN ORIGEN Y GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA REGION OCCIDENTE ..... 327
Municipio de Apia. ..... 328
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ..... 328
Municipio de Balboa ..... 329
ESE HOSPITAL CRISTO REY ..... 330
Municipio de Belén de Umbría ..... 332
ESE HOSPITAL SAN JOSE ..... 332
Municipio de Guática. ..... 333
ESE HOSPITAL SANTA ANA ..... 333

Municipio de La Celia. ..... 335
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ..... 335
Municipio de La Virginia. ..... 336
ESE HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO ..... 336
Municipio de Mistrató. ..... 338
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ..... 338
Municipio de Pueblo Rico. ..... 339
HOSPITAL SAN RAFAEL ..... 339
Municipio de Quinchía. ..... 341
ESE HOSPITAL NAZARETH. ..... 341
Municipio de Santuario. ..... 342
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ..... 342
REGION CENTRO: TERRITORIO RISARALDENSE UBICADO SOBRE LA CORDILLERA CENTRAL ..... 344
Cuadro 246. RELACIÓN DE IPS SEGÚN ORIGEN Y GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA REGIÓN CENTRO ..... 345
Municipio de Pereira. ..... 346
ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO ..... 346
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE ..... 347
ESE SALUD PEREIRA ..... 348
UNIDAD INTERMEDIA DE CUBA ..... 349
REGION ORIENTAL: ..... 353
Cuadro 247. RELACIÓN DE IPS SEGÚN ORIGEN Y GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA REGIÓN ORIENTAL ..... 353
Municipio de Santa Rosa de Cabal. ..... 354
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL ..... 354
Municipio de Dosquebradas ..... 355
ESE HOSPITAL SANTA MONICA ..... 355
Municipio de Marsella. ..... 357
HOSPITAL SAN JOSE ..... 357

CARACTERISTICAS DE LA PRESTACION DEL SERVICIO ..... 359
LINEAMIENTOS GENERALES ..... 359
Redes integradas de servicios de salud y estrategia de atención primaria. ..... 359
CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ..... 360
Oportunidad. ..... 362
Pertinencia. ..... 364
Continuidad. ..... 365
PORTAFOLIOS DE SERVICIOS DE SALUD ..... 365
POBLACIONES ESPECIALES ..... 366
ATENCION PRIORITARIA ..... 367
INTEGRALIDAD DE LAS ACCIONES ..... 367
POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ..... 368
PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ..... 371
REFERENCIA DE PACIENTES ..... 372
CONTRARREFERENCIA ..... 372
ALGUNOS ASPECTOS ASISTENCIALES Y LOGÍSTICOS ..... 373
ATENCIÓN DE URGENCIAS ..... 373
VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS ..... 374
PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS ..... 375
REQUISITOS POR PARTE DE LOS PRESTADORES ..... 376
HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS A PRESTAR ..... 376
SOPORTE DE LA SUFICIENCIA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS POR CONTRATAR ESTIMADA A PARTIR DE LA CAPACIDAD INSTALADA ..... 376
INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PAMEC ..... 377
SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD ..... 377
MECANISMOS Y MEDIOS DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LOS USUARIOS ..... 378
BIBLIOGRAFIA ..... 379

# INTRODUCCION

La Secretaría de Salud de Risaralda tiene conformada la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud con 16 ESE Hospitales (12 de baja, 3 de mediana y 1 de alta complejidad), los cuales se han organizado en 3 regiones: occidente con cabeza de red, la ESE San Pedro y San Pablo de la Virginia; centro y oriente con cabeza de red, la ESE Santa Mónica de Dosquebradas, para esta distribución se tuvo en cuenta, principalmente el criterio de accesibilidad geográfica a los servicios de mediana complejidad.

Con este documento de reorganización, rediseño y modernización de la red y con el serio compromiso de la Gobernación de Risaralda, la Secretaria de Salud, pretende alcanzar en el mediano plazo, una Red de Servicios de Salud suficiente, que ofrezca una atención oportuna y de calidad acorde al nivel de complejidad de cada una de las instituciones que la conforman, dentro de un modelo de equilibrio financiero lo que redundará en una rentabilidad social para los Risaraldenses y habitantes de las ciudades circunvecinas.

Para concretar estos logros, se hace necesario que cada una de las ESE Hospitales del Departamento, dimensionen la prestación de servicios acordes al nivel de atención, perfil epidemiológico, variables demográficas y cumplimiento de la normatividad.

Igualmente este estudio pretende ser un insumo al diseño de las Redes Integradas de Servicios de Salud con enfoque en atención Primaria en Salud, las cuales define la OPS como: “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.[1]

[1] OPS, 2009 (Modification de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2):20-6).

MARCO CONCEPTUAL



**Red de Prestadores** (Circular 049 de 2008 Supersalud)

De conformidad con las competencias otorgadas a las Direcciones Territoriales de Salud, en los artículos 43 y 55 de la Ley 715 de 2001, específicamente las funciones relacionadas con la dirección y prestación de los servicios de salud y de salud pública en el ámbito departamental o distrital, así como lo definido en el artículo 54 sobre la organización, dirección, conformación, coordinación, integración y administración de la Red de Prestadores de Servicios de Salud que permitan la articulación de las unidades prestadoras, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, la optimización de la infraestructura que la soporta, y la organización de la red de servicios de salud por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un Sistema de Referencia y Contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad.

De igual manera, teniendo en cuenta las competencias otorgadas a las Direcciones Territoriales de Salud sobre la organización e integración de redes de prestadores de servicios de salud y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y en concordancia con los lineamientos definidos en la propuesta de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social.

Es necesario que las Direcciones Territoriales de Salud reporten la organización de la Red de Prestadores de Servicios de Salud en su departamento o Distrito, estableciendo si cuentan con participación

intersectorial, su mecanismo de integración por grados de complejidad departamental e interdepartamental y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes y/o muestras biológicas con el cual está brindando la atención en salud a la población de su jurisdicción.



**Sistema de Referencia y Contrarreferencia**

La Superintendencia Nacional de Salud considera de especial importancia, el papel de las Entidades Territoriales y las Direcciones de Salud, en la atención y financiación de las urgencias, y en especial en la organización de la red de servicios y de los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en su respectiva jurisdicción, ya que estas actividades tienen especial trascendencia para garantizar la atención de urgencias en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención y grados de complejidad.

Los Departamentos, Distritos y Municipios a través de las respectivas Direcciones de Salud tienen la responsabilidad de aplicar los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en todos los niveles de atención en salud (literal p) del artículo 9°; literal ll) del artículo 11, y el literal l) del artículo 12 de la Ley 10 de 1990 literal d), y registrar las entidades de salud de su jurisdicción, elaborar y actualizar cada seis (6) o cada vez que haya cambios, un listado de todas las instituciones de salud públicas y privadas de su jurisdicción, en el cual se defina claramente su identificación, ubicación y servicios que ofrezcan, y enviarlas a todas las Instituciones que conforman la Red Departamental de Salud a efectos de que el personal médico y paramédico haga una remisión eficaz a los pacientes. Estos listados podrán ser suministrados a las personas que los soliciten. Igualmente deberán contar con estos listados actualizados, para suministrarlos a cualquier persona o sector de la comunidad que los solicite.

Las Direcciones Seccionales de Salud contarán con un mapa de salud en su territorio, en el cual se encuentren identificadas todas las instituciones de prestación de servicios de salud públicas, privadas y mixtas con los servicios ofrecidos y lo difundirán a todas las instituciones hospitalarias. Garantizarán la adecuada operación de la red de servicios y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en todos los niveles de atención. El Sistema de Referencia y Contrarreferencia incorporará al sector privado de prestación de servicios de salud.

Sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud realizarán las acciones de inspección, vigencia y control sobre las normas de referencia y contrarreferencia contenidas en la resolución. El artículo 11 de la Resolución 741 de 1997 determinará y aplicará las sanciones a que haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 49 de la Ley 10 de l990.

**Decreto 4747 de 2007 Ministerio de la Protección Social**

**Artículo 3°.** DEFINICIONES. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

a). Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados;

b). Entidades responsables del pago de servicios de salud. Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud,

las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

c). Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

d). Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

e). Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.



Para el desarrollo de los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del Estado, se consideran de relevancia conceptos como el derecho a la salud, gestión centrada en el usuario, prioridades de salud, estrategia de atención primaria y redes integradas de servicios de salud.

# MARCO NORMATIVO

Del marco normativo relacionado con el objeto del presente documento, se resaltan las siguientes:

La Constitución Política (artículos 48 y 49) garantiza a toda la población el derecho irrenunciable a la seguridad social, la ampliación progresiva de su cobertura y el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Considera la atención en salud como un servicio público de carácter obligatorio prestado bajo la coordinación y control del Estado, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En desarrollo de lo anterior, la Ley 100 de 1993 crea el SGSSS con sujeción a los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. Consagra la intervención del Estado en el servicio público de seguridad social en salud, para garantizar entre otros, la observancia de los principios de la Constitución Política, el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes, lograr la ampliación progresiva de la cobertura que permita el gradual acceso a los servicios, el establecimiento de la atención básica en salud de manera gratuita y obligatoria, y la organización de los servicios de salud de forma descentralizada, por niveles de atención y participación de la comunidad.

La Ley 715 de 2001 mediante la cual se dictan normas orgánicas sobre competencias y recursos, crea el Sistema General de Participaciones y establece

los criterios para la distribución de los recursos de las participaciones para salud. En materia de competencias para la prestación de servicios de salud, la citada Ley le señala a la Nación entre otras, la definición, implantación y evaluación de la Política de Prestación de Servicios de Salud, en ejercicio de lo cual regulará la oferta pública y privada de servicios mediante normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de los usuarios de los prestadores y garantía de calidad, al igual que la promoción de la organización de redes de prestación de servicios. Entre las competencias de los departamentos, se señalan la organización, dirección, coordinación y administración de la red de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, así como la concurrencia en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios a su cargo. A los municipios que a julio de 2001 habían asumido la prestación de los servicios salud los autoriza para continuar con esta función, a la par que les prohíbe a los municipios la asunción directa de nuevos servicios y la ampliación de los existentes y los obliga a articularse a la red departamental.



El artículo 54 establece que la prestación del servicio de salud a nivel territorial se realizará mediante redes y le confiere al Gobierno Nacional la facultad de otorgar préstamos condonables a las entidades territoriales para desarrollar el programa de organización y modernización de redes.

La Ley 1122 de 2007 introduce modificaciones al SGSSS enfocadas a la prioridad del mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, entre las cuales se encuentra la evaluación mediante indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores del Sistema, a partir de los cuales el Ministerio

podrá definir estímulos o exigir las medidas a lugar[2]. Los indicadores para las empresas sociales del Estado tomarán en consideración la rentabilidad social, condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales de salud, niveles de especialización, estabilidad laboral y acatamiento de normas de trabajo (artículo 2).



La citada Ley reafirma que el servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes y les establece a las entidades promotoras de salud del régimen contributivo la obligación de garantizar la inclusión en sus redes de IPS públicas. Garantiza los servicios de baja complejidad en el municipio de residencia de los afiliados, excepto que sea más favorable la atención en otro municipio por razones de accesibilidad geográfica (artículos 15, 16 y 25).

La Ley 1393 de 2010 establece en el artículo 35 con relación a los recursos territoriales para el fortalecimiento de la red pública hospitalaria y otros gastos en salud, que una vez iniciada la implementación del plan de transformación, hasta el 30% de las rentas cedidas para salud, se aplicarán al saneamiento de las deudas por prestaciones de servicios de salud no financiadas a la fecha de expedición de la Ley, para inversión en infraestructura y renovación tecnológica de la red pública hospitalaria de conformidad con el estudio de red de servicios de la entidad territorial, para programas de salud pública de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública, para la cofinanciación de la operación de empresas sociales del Estado que por condiciones de mercado, sean únicas oferentes de servicios en su área de influencia y para la unificación del plan obligatorio de salud.

[2] La Ley 1438 de 2011 en los artículos 107, 108 y 111 refuerza la gestión del SGSSS por resultados en salud, al establecer la garantía de calidad y resultados en la atención en el SGSSS, los indicadores en salud y el sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud.

La Ley 1438 de 2011 mediante la cual se reforma el SGSSS, establece su orientación a la generación de las condiciones para la protección de la salud de la población, considerando el bienestar del usuario como eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para lo anterior concurrirán en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones. Se unificará el plan de beneficios, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de beneficios en cualquier lugar y se resguardará la sostenibilidad financiera del Sistema (artículo 2). La Ley también señala que la prestación de servicios de salud dentro del SGSSS se realizará mediante redes integradas de servicios. Para apoyar la participación de las instituciones públicas en las redes territoriales de servicios de salud para el desarrollo de la atención primaria en salud, establece que en la ejecución de los créditos condonables de que trata el artículo 54 de la Ley 715 de 2001, la Nación y las entidades territoriales concurrirán mediante préstamos condonables en el financiamiento de los procesos de rediseño, modernización y reorganización de las instituciones públicas prestadoras de servicios a través de convenios de desempeño que como mínimo garanticen por parte de la institución hospitalaria su sostenibilidad durante diez años, con equilibrio financiero, eficiencia en la prestación de servicios y articulación en red (artículo 83).



Esta Ley también estipula la obligación del Gobierno Nacional de formular la Política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para incrementar su capacidad resolutiva, así como el establecimiento de un programa de fortalecimiento de las empresas sociales del Estado para mejorar su capacidad instalada y modernizar su gestión con prioridad en el primero y segundo nivel de atención, para lo cual podrá constituir un fondo con recursos del Presupuesto Nacional. Las ESE articuladas en red con buenos resultados en los indicadores de

salud, bajo riesgo fiscal y financiero y documentación del trabajo en el proceso de calidad, podrán acceder a préstamos condonables y otros estímulos, en especial para dotación tecnológica y capacitación del recurso humano (artículos 14 y 69).



Finalmente, es la Ley 1450 de 2011 la que desarrolla de manera detallada los alcances y contenidos del Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del Estado.

***Ley 1450 de 2011 - Artículo 156. Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado - ESE.*** *El Programa deberá considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, los posibles efectos de la universalización y unificación sobre el financiamiento y operación de la misma, las fuentes de recursos disponibles, la definición y valoración de las medidas y acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios, los ingresos y gastos y su equilibrio financiero, incluyendo medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada, mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación y de la gestión institucional con especial énfasis en las relacionadas con el recaudo de ingresos por venta de servicios y deberá considerar adicionalmente lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, en lo pertinente.*

*El Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo viabilizar el programa respectivo de cada entidad territorial competente; definir el proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores que deberán contener estos programas, los cuales en cualquier caso estarán en armonía con los planes financieros integrales del régimen subsidiado territoriales. En el caso de los municipios certificados, el programa deberá contar con el concepto favorable del departamento respectivo.*

*El programa se financiará por la Nación y las entidades territoriales de acuerdo a lo establecido por el artículo 83 de la Ley 1438 de 2011 y con cargo a los recursos territoriales destinados a la prestación de los servicios de salud, entre los cuales se deberán contemplar los recursos propios, las rentas cedidas, incluidos los recursos a que hace referencia el artículo 35 de la Ley 1393 de 2010, los recursos de ETESA en liquidación o de la entidad que haga sus veces y aquellos que la entidad territorial decida asignar para el efecto, lo cual deberá quedar previsto en los planes financieros integrales territoriales del Régimen Subsidiado.*

***Parágrafo.*** *La definición de un Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE podrá considerarse como parte del programa de saneamiento fiscal y financiero, con el*

*cumplimiento de todos los términos y requisitos establecidos en la Ley 617 de 2000 y sus decretos reglamentarios y de conformidad con el numeral 76.14.3 del artículo 76 de la Ley 715 de 2001 en el caso de municipios y distritos.*

***Parágrafo Transitorio**. Los recursos del Presupuesto General de la Nación -vigencia 2011, destinados al programa al que se refiere el presente artículo podrán ejecutarse bajo la modalidad de créditos condonables.*

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Formular el Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de la red de empresas sociales del Estado del Departamento de Risaralda para contribuir al mejoramiento de las condiciones de acceso, atención y resultados de salud de la población, mediante la adecuación de la oferta pública de servicios a los requerimientos en salud de la población y el fortalecimiento de su gestión asistencial, administrativa y financiera, para su operación en condiciones óptimas de calidad, pertinencia, eficacia, cobertura, eficiencia y sostenibilidad.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la suficiencia de la red de prestadores de servicios de salud en el departamento de Risaralda, año 2013, para determinar las necesidades de oferta y demanda tanto institucional como de recurso humano.

- Reorganizar la red de prestadores de servicios de salud (ESE), del departamento de Risaralda, acorde a las condiciones de acceso, atención y resultados de salud, logrando una sostenibilidad financiera.

- Fortalecer la red de prestadores de servicios de salud del departamento de Risaralda, en su gestión asistencial, administrativa y financiera

# ASPECTOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA



- Ley y año de creación: Ley 70 del 1 de Diciembre de 1966, cuando se separó de la “Gran Caldas”.
- Superficie: 3.632 $Km^2$, que corresponde al 0,3% del territorio nacional y el 27% de la extensión total de los tres departamentos que conforman el eje cafetero en la cordillera Central, con Caldas aportando el 59% y el Quindío el 14%.
- Temperatura promedio: 21º C
- Gentilicio: Risaraldense
- Número de municipios: 14
- Capital: Pereira
- Área Metropolitana Centro Occidente (AMCO): Conformada por los municipios de Dosquebradas, La Virginia y Pereira.
- Población de Colombia según censo poblacional 2005, proyectada al año 2012: 46.581.823 habitantes
- Población del departamento según censo poblacional 2005, proyectada al año 2012: 935.910 habitantes, que representa el 2% de la población del país y el 38% de la población de los departamentos que conforman el eje cafetero, con Caldas contribuyendo con el 40% y Quindío con el 22%.
- Población de Pereira según censo poblacional 2005 proyectada al año 2012: 462.209 habitantes, que representa el 49% de la población del departamento y el 40% de la población de las capitales de los tres departamentos que conforman el eje cafetero, participando Manizales con el 34% y Armenia con el 26%.

## RESEÑA HISTÓRICA DEL DEPARTAMENTO

Antes de la conquista española, el territorio que hoy ocupa el Departamento de Risaralda, estaba habitado por los Quimbayas, los Gorrones y los Caramantas. El primer conquistador en llegar a estas tierras fue Sebastián de Belálcazar en el año de 1537; posteriormente arribó una expedición a cargo de Juan de Badillo. A la cabeza de varios españoles se fundaron algunos pueblos, sin embargo la disminución de la población indígena y el poco interés de los europeos por estas tierras hicieron que permanecieran abandonadas hasta mediados del siglo XIX, cuando la colonización antioqueña trajo el cultivo del café.

Durante la colonia y primeros años de la República, la región estuvo sujeta a la provincia de Popayán, en el año de 1821 hizo parte del Departamento del Cauca; desde el año de 1857 formó parte del Estado Federal del Cauca. En el año de 1905 fue anexado al Departamento de Caldas.

En el año 1966 a través de la Ley 70 del 1 de Diciembre de 1966, fue creado como departamento independiente con el nombre de Risaralda y capital en Pereira. Posteriormente, a través de la ordenanza 012 del 6 de diciembre de 1972, emanada de la Asamblea Departamental se erige a Dosquebradas como el catorceavo municipio del Departamento. Luego en el año 1981 se crea el área metropolitana de Pereira y Dosquebradas, adhiriéndose La Virginia a partir de 1991.

RESEÑA DE LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO.

| Nº | Municipio | Altura (msnm) | Descripción |
|---|---|---|---|
| 1 | Apia | 1.630 | Año de creación 1892. Temperatura promedio 19º C. A 65 km de Pereira. |
| 2 | Balboa | 1.3536 | Año de creación 1923. Temperatura promedio 20º C. A 53 km de Pereira. |
| 3 | Belén de Umbría | 1.564 | Año de creación 1911. Temperatura promedio 20º C. A 70 km de Pereira. |
| 4 | Dosquebradas | 1.479 | Año de creación 1972. Temperatura promedio 20º C. A 5 km de Pereira. Catalogado como el municipio industrial del Departamento. |
| 5 | Guática | 2.150 | Año de creación 1921. Temperatura promedio 18º C. A 93 km de Pereira. |
| 6 | La Celia | 1.500 | Año de creación 1959. Temperatura promedio 20º C. A 67 km de Pereira. |
| 7 | La Virginia | 900 | Año de creación 1959. Temperatura 23°C. A 30 km de Pereira. Ubicado a orillas del río Cauca y rodeado de cultivos de caña de azúcar. |
| 8 | Marsella | 1.600 | Año de creación 1904. Temperatura 19º C. A 31 km de Pereira. Uno de sus atractivos es el cementerio construido en forma de |

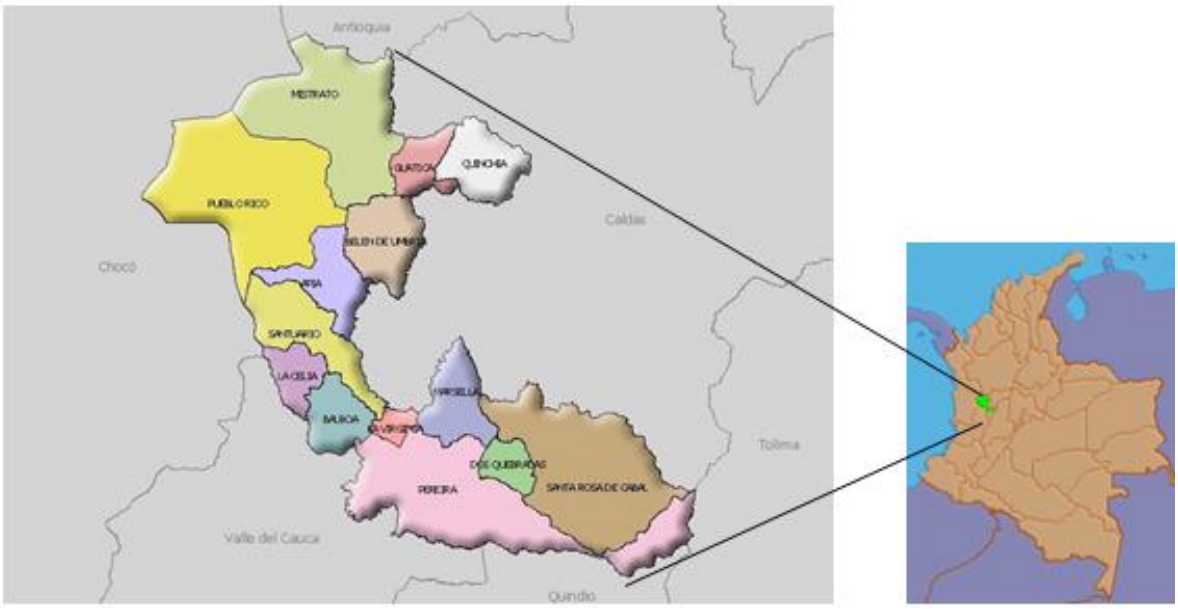
| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | terrazas, cuya arquitectura se remonta a la época del diseño barroco. |
| 9 | Mistrató | 1.518 | Año de creación 1923. Temperatura 19º C. A 87 km de Pereira. |
| 10 | Pereira | 1.411 | Año de creación 1870. Temperatura: 21°C. Conocida con los apelativos de “Ciudad Sin Puertas", "Perla del Otún" y "La Querendona, Trasnochadora y Morena". |
| 11 | Pueblo Rico | 1.563 | Año de creación 1912. Temperatura 18°C. A 93 km de Pereira. |
| 12 | Quinchía | 1.800 | Año de creación 1912. Temperatura 18°C. A 110 km de Pereira. |
| 13 | Santa Rosa de Cabal | 1.701 | Año de creación 1852. Temperatura 19°C. A 14 km de Pereira. Municipio conocido con el apelativo de Ciudad de Las Araucarias. Cuenta con la Iglesia de Nuestra Señora de las Victorias mezcla de estilo gótico con capiteles tallados y hermosos vitrales. Cerca del casco urbano están los Termales de Arbeláez. |
| 14 | Santuario | 1.600 | Año de creación 1906. Temperatura 20°C. A 64 km de Pereira. |

Fuente: Atlas Departamento de Risaralda

## LÍMITES.

El departamento está localizado en el centro-occidente del país, limitando con 6 departamentos: por el norte con los departamentos de Antioquia, Caldas y Chocó, por el sur con los departamentos del Quindío, Tolima y Valle del cauca; por el oriente con los departamentos de Caldas y Tolima; y por el occidente con los departamentos de Valle del Cauca y Chocó.

Municipios y límites departamentales - Departamento de Risaralda año 2012




## GEOGRAFÍA FÍSICA.

El Departamento de Risaralda es una entidad territorial ubicada en el sector central de la Región Andina en el Centro Occidente del país. La ubicación del Departamento está determinada por las coordenadas de sus límites extremos: entre los 5°32' y 4°39' de latitud Norte y entre los 75°23' y 76°18' de longitud al

Oeste del meridiano 0° de Greenwich. El punto más septentrional, se encuentra en el Cerro de San Fernando, límite con el departamento de Antioquia, y el punto más austral se encuentra en la cuenca alta de la Quebrada Las Delicias. Por su situación, respecto a la distancia entre el Ecuador y los polos, el Departamento se ubica en la gran zona intertropical, al norte del límite con el Ecuador. Con una extensión aproximada de 3.653 $Km^2$, ocupa apenas el 0.3% del área total del país y el 27% de la extensión total de los departamentos que conforman el eje cafetero. Su extensión territorial en comparación con los otros 32 departamentos es baja, ocupando la 28 posición.

Cuenta con todos los pisos térmicos. Posee una zona central de topografía ligeramente ondulada a una altura inferior a los 2000 metros. Esta zona está bordeada por las cordilleras Central y Occidental; la Cordillera Central supera los 4.500 metros en los nevados de Santa Isabel y Quindío, alcanzando la Cordillera Occidental los 4.000 metros en el Cerro Tatamá; las dos cordilleras están separadas por el cañón del río Cauca. Tiene una parte plana en el amplio y fértil valle del Risaralda. Los pisos térmicos se distribuyen así: cálido 322 $Km^2$ (8.8%), medio 1.885 $Km^2$ (51.6%), frío 1.154 $Km^2$ (31.6%) y páramo 292 $Km^2$ (8.0%).

## HIDROGRAFÍA.

El Departamento cuenta con dos grandes hoyas hidrográficas:

Hoya hidrográfica del río Cauca. Con sus afluentes, los ríos La Vieja (Barbas, Robles, Espejo, Consota y Quindío), Risaralda (Totuí, Mapa, Guarne, Guática, San Rafael y Apía), Quinchía, Campo Alegre (San Eugenio), Otún (Dosquebradas), Opirama y San Francisco.

La Hoya hidrográfica del río San Juan. Los ríos Mondó, Guarato, Mistrató, Tatamá (Cuanza y Curumbará), y Agüita.



## VÍAS DE COMUNICACIÓN.

La red vial del Departamento está conformada así:

VIA PEREIRA - CHOCO "Carretera al mar pacífico": permite interconectar el municipio de Pereira y La Virginia con los cinco (5) municipios del occidente del Departamento ( Pueblo Rico, Apía, Santuario, la Celia y Balboa)y con las poblaciones del Choco que tienen acceso a esta vía, la vía la Virginia – Apia actualmente en proceso de recuperación.

VIA PEREIRA - MEDELLIN "Carretera la Virginia - Quinchía": permite interconectar el Municipio de Pereira con los cuatro (4) municipios del Norte del Departamento (Quinchía, Guática, Mistrató y Belén de Umbría). Esta vía a su vez integra la ciudad de Pereira con los municipios de Viterbo, Risaralda, Belalcázar y Anserma en el Departamento de Caldas, con los cuales mantiene una importante actividad, económica, social y cultural.

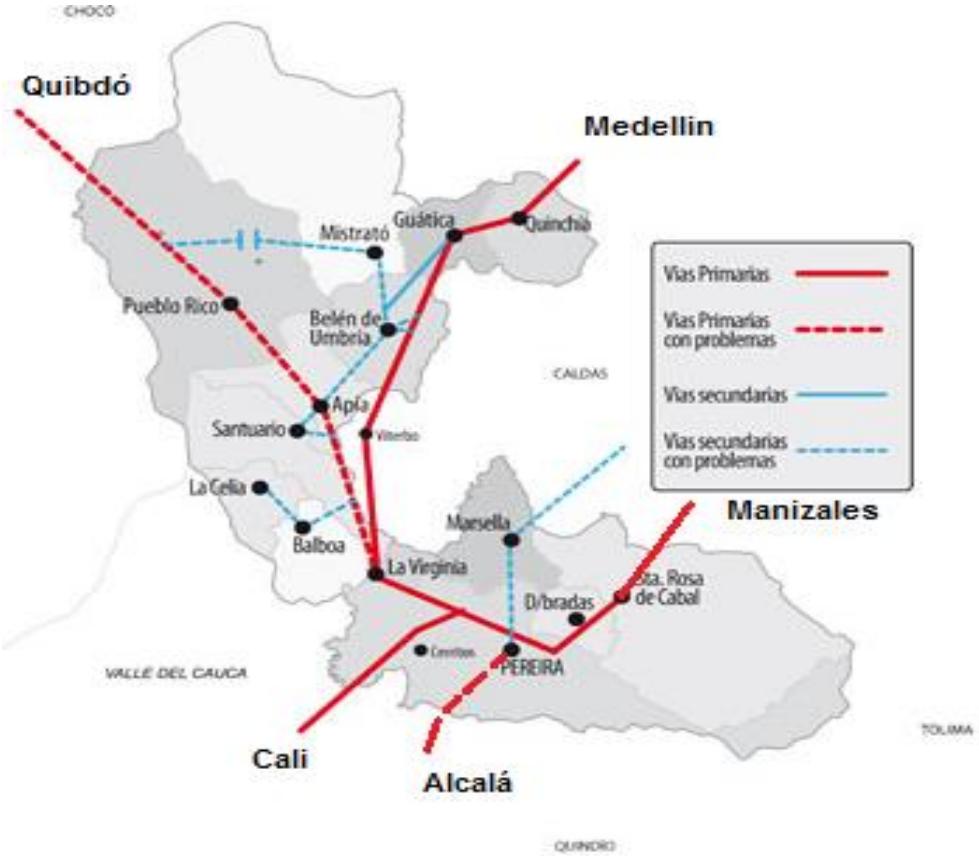
VIA PEREIRA - MANIZALEZ: comunica a Pereira con los municipios de Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal.

VIA PEREIRA - CALI "Doble calzada Pereira – Cartago - La Paila": comunica el municipio de Pereira con las poblaciones del norte del Valle, especialmente la ciudad de Cartago. Esta vía hace que Pereira sea el centro de influencia de Municipios del Norte del valle como El Águila y Anserma Nuevo, al igual que con San José del Palmar en el Chocó.

VIA PEREIRA - BOGOTA: "Doble calzada Pereira-Armenia" permite la comunicación con el Departamento del Quindío. Actualmente la autopista del café, intercomunica las tres ciudades capitales de los Departamentos del eje cafetero.

VIA PEREIRA – ALCALÁ: comunica el municipio de Pereira con las poblaciones del noreste del Valle, como son Alcalá y Ulloa y con los municipios de Quimbaya y Filandia en el Quindío.






La mayoría de carreteras de la zona rural no están pavimentadas y aún persisten caminos de herradura en los municipios de Quinchía, Pueblo Rico y Mistrató. La distancia y el tiempo de traslado entre Pereira y Dosquebradas, que es el municipio más cercano a la capital, es de 5 kilómetros y 10 minutos, y entre Pereira y Quinchía, que es el municipio más alejado de la capital, es de 110 kilómetros y 170 minutos

aproximadamente. Las moderadas distancias y el aceptable estado de las vías, posibilitan un adecuado flujo y remisión de pacientes entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud de departamento, haciendo que se concentren los servicios de mayor complejidad en los municipios de Pereira, Dosquebradas y La Virginia, que conforman el Área Metropolitana.



## ECONOMIA

Las actividades económicas del departamento son la agricultura, la ganadería, la industria manufacturera, el comercio y en los últimos años, metalúrgica y la producción de combustible (alcohol carburante). En los productos agrícolas sobresale la producción de café, caña de azúcar, plátano, yuca, cacao, piña, guayaba, papa, maíz, algodón y algunos frutales. En época de cosecha de café, arriban al departamento recolectores del grano provenientes de otros lugares del país, lo que conlleva a incrementos puntuales de la incidencia de enfermedades infecciosas, de transmisión sexual y patologías generadas por el trauma y la violencia.

La economía en el 77% de los municipios del Departamento, excluyendo a Pereira, depende de la agricultura y la ganadería.

La mayor parte de la actividad económica y social del departamento, se encuentra concentrada en la ciudad de Pereira y su área metropolitana, no obstante que los Municipios de Marsella y Santa Rosa de Cabal, tienen una fuerte influencia de la ciudad capital.

El resto de municipios tienen una ubicación geográfica y una dinámica social que fluye hacia el Municipio de la Virginia, estando intercomunicados por vías terrestres principales con dicha localidad, a través de la cual la mayoría de

poblaciones en el departamento terminan fluyendo finalmente hacia la ciudad de Pereira. En esta región y hacia el norte del departamento, las poblaciones de Quinchía (4to más poblado) y Belén de Umbría (6to más poblado) se constituyen en dos centros poblacionales de importancia para dicha zona y que tienen influencia sobre los municipios de Mistrató y Guática, aunque su dinámica poblacional termina fluyendo en La Virginia y Pereira.



# ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD Y PRESTACION DE SERVICIOS EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

## CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO

Cuadro 1. Conformación político administrativa

| Municipio | Corregimientos | Población | Categoría Ley 617 de 2000 | Área Metropolitana |
|---|---|---|---|---|
| **APIA** | 0 | 18.540 | SEXTA | No |
| **BALBOA** | 0 | 6.338 | SEXTA | No |
| **BELEN** | 2 | 27.726 | SEXTA | No |
| **GUATICA** | 3 | 15.446 | SEXTA | No |
| **LA CELIA** | 0 | 8.646 | SEXTA | No |
| **LA VIRGINIA** | 0 | 31.808 | CUARTA | SI |
| **MISTRATÓ** | 2 | 15.815 | SEXTA | No |
| **PUEBLO RICO** | 2 | 12.825 | SEXTA | No |
| **QUINCHIA** | 4 | 33.602 | SEXTA | No |
| **SANTUARIO** | 1 | 15.610 | SEXTA | No |
| **DOSQUEBRADAS** | 2 | 193.024 | PRIMERA | SI |
| **MARSELLA** | 1 | 22.720 | SEXTA | No |
| **SANTA ROSA** | 7 | 71.601 | QUINTA | No |
| **PEREIRA** | 12 | 462.209 | PRIMERA | SI |
| **TOTAL** | 36 | 935.910 | | |

El departamento se encuentra conformado por catorce (14) municipios y treinta y seis (36) corregimientos. De acuerdo con los criterios de clasificación de la Ley 617/2000 (por criterios de población e ingresos corrientes anuales de libre destinación), los mayores municipios son Pereira y Dosquebradas clasificados en categoría 1; los municipios de La Virginia y Santa Rosa de Cabal están clasificados en categorías 4 y 5 respectivamente, los restantes 10 municipios están clasificados en la categoría 6, por ser municipios poco poblados y con bajo desarrollo económico y social. Ninguno de los municipios del Departamento hace parte de zonas de frontera o áreas especiales de consolidación.

Cuadro 2. Descentralización en Salud

| Municipio | Certificado |
|---|---|
| APIA | SI |
| BALBOA | SI |
| BELEN | SI |
| GUATICA | NO |
| LA CELIA | NO |
| LA VIRGINIA | SI |
| MISTRATÓ | SI |
| PUEBLO RICO | NO |
| QUINCHIA | SI |
| SANTUARIO | NO |
| DOSQUEBRADAS | SI |
| MARSELLA | NO |
| SANTA ROSA | SI |
| PEREIRA | SI |

**Fuente:** Resolución 151 15 de junio de 2012 Gobernación de Risaralda

De los catorce municipios solo 9 son certificados, 4 de los municipios no certificados (Pueblo Rico, Santuario, La Celia y Guática) pertenecen a la región de occidente, la cual está conformada por 10 municipios y el otro municipio no certificado (Marsella), pertenece a la región oriente.



## ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

### DISTRIBUCIÓN Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA

Cuadro 3. Población total, Área y distancia a capital de departamento

| Municipio | Población Total – 2012 | % Población del Departamento | Área (Km2) | Índice dispersión poblacional (Área/Pob Total | Distancia a capital Depto (Kms) | Distancia a IPS mayor complejidad (kms) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **APIA** | 18.540 | 1,98% | 146,03 | 127 | 65 | 35 |
| **BALBOA** | 6.338 | 0,68% | 120,68 | 53 | 53 | 23 |
| **BELEN** | 27.726 | 2,96% | 182,42 | 152 | 75 | 45 |
| **GUATICA** | 15.446 | 1,65% | 100,67 | 153 | 93 | 63 |
| **LA CELIA** | 8.646 | 0,92% | 87,52 | 99 | 74 | 44 |
| **LA VIRGINIA** | 31.808 | 3,40% | 32,47 | 980 | 30 | 0 |
| **MISTRATÓ** | 15.815 | 1,69% | 570,79 | 28 | 86 | 56 |
| **PUEBLO RICO** | 12.825 | 1,37% | 619,72 | 21 | 97 | 67 |
| **QUINCHIA** | 33.602 | 3,59% | 139,31 | 241 | 110 | 80 |
| **SANTUARIO** | 15.610 | 1,67% | 261,47 | 60 | 64 | 34 |
| **DOSQUEBRADAS** | 193.024 | 20,62% | 70,80 | 2726 | 5 | 0 |
| **MARSELLA** | 22.720 | 2,43% | 149,00 | 152 | 30 | 25 |
| **SANTA ROSA** | 71.601 | 7,65% | 544,28 | 132 | 14 | 9 |
| **PEREIRA** | 462.209 | 49,39% | 607,66 | 761 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **935.910** | | **3.633** | **258** | | |

**Fuente: DANE,**

Para el año 2012, la población del Departamento de Risaralda se proyectó en 935.910 habitantes, doblando en un lapso de 35 años, la población arrojada por el censo de población del año 1973, que ascendía a 455.887 habitantes.

Pereira, como capital del departamento, concentra el 49% de la población (462.209 personas). El menor número de habitantes (6.338) se ubica en el municipio de Balboa, con el 0.7% de la población del departamento. De otro lado, el 73% de la población (687.041) reside en el Área Metropolitana Centro Occidente – AMCO (Municipios de Pereira, Dosquebradas y La Virginia).

De la población departamental, el 49% son hombres (455.907) y el 51% mujeres (480.003). El 78% de la población habita en áreas urbanas, y el 22% en zonas rurales, reflejando la predilección por las ciudades, fenómeno que se ha ido acentuando a través de los años.

Para el año 2012, la mayor densidad de población se situó en el municipio de Dosquebradas con 2719 habitantes por km², mientras que la menor densidad poblacional se localizó en los municipios de Mistrató y Pueblo Rico con 21 habitantes por km².

Cuadro 4. Caracterización población según distribución, sexo y grupo etareo - 2012

Risaralda

| Población | Cantidad | % |
|---|---|---|
| **Población total** | 935910 | 100 |
| **1. Distribución urbana – rural** | | |
| 1.1 Cabecera | 728845 | 78 |
| 1.2 Resto | 207065 | 22 |
| **2. Sexo** | | |
| 2.1 Mujeres | 480003 | 51 |
| 2.2 Hombres | 455907 | 49 |
| **3. Grupo etario** | | % |
| 3.1 Menores de un año | 15371 | 2 |
| 3.2 De 1 a 4 años | 61141 | 6 |
| 3.3 De 5 a 14 años | 156377 | 17 |
| 3.4 De 15 a 44 años (hombres) | 207926 | 22 |
| 3.5 De 15 a 44 años (mujeres) | 214141 | 23 |
| 3.6 De 45 a 59 años | 165798 | 18 |
| 3.7 Mayores de 60 años | 115156 | 12 |

**Fuente: DANE**

En Risaralda se observa una relación de dependencia por edad (Población de 0 - 14 años más la de 65 y más años / población de 15 a 64 años x 100), para el año 2012 de 50%, con lo que se tienen 50 personas “inactivas”, por cada 100 personas económicamente activas o en edad de trabajar.

Cuadro 5. Comportamiento y proyección población según Censos 1985, 1993 y 2005

| Años | Población | | | Relaciones de | | Masculinidad (por cien mujeres) | Edad Mediana (años) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Mujeres | Hombres | Dependencia (por mil) | Niños – Mujer (por mujer) | | |
| 1985 | 665.452 | 336.661 | 328.791 | 619,68 | 0,46 | 97,66 | 22,60 |
| 1995 | 837.128 | 426.105 | 411.023 | 602,57 | 0,42 | 96,46 | 25,00 |
| 2005 | 897.509 | 459.141 | 438.368 | 546,50 | 0,33 | 95,48 | 27,68 |
| 2010 | 925.105 | 474.221 | 450.884 | 506,65 | 0,31 | 95,08 | 29,24 |
| 2015 | 951.945 | 488.507 | 463.438 | 493,27 | 0,31 | 94,87 | 30,80 |
| 2020 | 978.182 | 502.069 | 476.113 | 506,36 | 0,31 | 94,83 | 32,35 |

Para el año 2012, el índice de masculinidad (razón de sexo - hombres frente a mujeres) del departamento se ubica en 95, valor que muestra un predominio del género femenino, con 100 mujeres por cada 95 hombres, hecho explicado sobre todo por la diferente mortalidad por género.La razón de niños - mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) es de 310, lo que significa que por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, hay 310 niños menores de 5 años de edad.

Cuadro 6. Caracterización población por tasas de crecimiento, natalidad y mortalidad

| Años | Tasas medias anuales de crecimiento (%) | | | Tasas implícitas (por mil) | | Migrantes Netos | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Exponencial | Geométrico | Crecim Natural | Natalidad | Mortalidad | Total | Tasa (por mil) |
| 1985 – 1990 | 2,32 | 2,34 | 18,75 | 25,82 | 7,07 | 15.493 | 4,39 |
| 1990 – 1995 | 2,27 | 2,30 | 17,80 | 24,68 | 6,89 | 19.472 | 4,92 |
| 1995 – 2000 | 0,77 | 0,78 | 14,24 | 21,07 | 6,84 | -27.814 | -6,52 |
| 2000 – 2005 | 0,62 | 0,62 | 11,60 | 18,52 | 6,92 | -23.840 | -5,39 |
| 2005 – 2010 | 0,61 | 0,61 | 10,68 | 17,23 | 6,55 | -21.048 | -4,62 |
| 2010 – 2015 | 0,57 | 0,57 | 9,78 | 16,43 | 6,66 | -19.037 | -4,06 |
| 2015 – 2020 | 0,54 | 0,55 | 8,70 | 15,68 | 6,98 | -15.743 | -3,26 |

**Fuente:** DANE

De otro lado, la información aportada por el Sistema Departamental de Estadísticas Vitales muestra como el número de nacidos vivos de madres residentes en Risaralda disminuye de manera sostenida en Risaralda, pasando de 16.173 en el año 1998 a 11.198 en el año 2011 (Dato preliminar), con una tasa bruta de natalidad departamental decreciente (17,7 por 1000 habitantes para el año de 1998 y 12,0 por 1000 habitantes para 2011).

Cuadro 7. Tasas de reproducción y fecundidad, esperanza de vida

| Años | Tasa de reproducción (por mujer) | | Tasa de fecundidad (por mil mujeres) | | Edad media de la fecundidad (años) | Esperanza de vida al nacer (años) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Bruta | Neta | Global | General | | Hombres | Mujeres | Total |
| 1985 – 1990 | 1,40 | 1,30 | 2,87 | 95,40 | 27,63 | 63,94 | 69,34 | 66,57 |
| 1990 – 1995 | 1,33 | 1,24 | 2,73 | 88,20 | 27,32 | 63,52 | 71,87 | 67,58 |
| 1995 – 2000 | 1,23 | 1,16 | 2,51 | 78,60 | 26,85 | 64,69 | 73,93 | 69,20 |
| 2000 - 2005 | 1,10 | 1,06 | 2,25 | 68,80 | 26,35 | 66,02 | 75,57 | 70,68 |
| 2005 – 2010 | 1,04 | 1,01 | 2.135,00 | 64,60 | 26,15 | 68,88 | 78,03 | 73,33 |
| 2010 – 2015 | 1,02 | 0,99 | 2.085,00 | 63,40 | 26,06 | 70,63 | 78,93 | 74,67 |
| 2015 – 2020 | 1,01 | 0,98 | 2.064,50 | 62,80 | 26,02 | 72,10 | 79,43 | 75,67 |

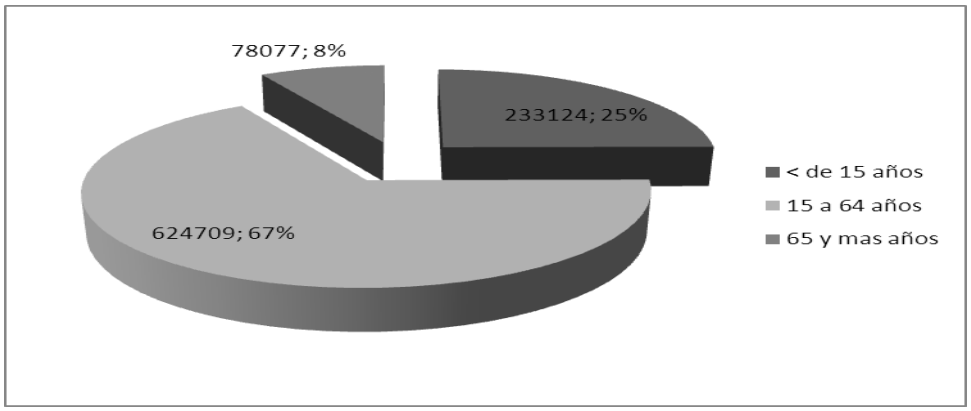
De igual manera, la tasa de fecundidad general muestra un descenso, pues pasó de 63,0 por 1000 MEF (15 – 49 años) en el año de 1998, a 45,3 por 1000 MEF (15 – 49 años) en el año 2011, con una tasa global de fecundidad para el departamento para este año de 1,5 hijos por mujer.

La esperanza de vida al nacer para el año 2009 se ubicó en 72 años para los hombres y 80 años para las mujeres, con una esperanza de vida global de 76 años.

Al realizar el análisis de población por grandes grupos de edad, se tiene que para el año 2012, 233.124 personas (25%) son menores de 15 años de edad, 624.709 (67%), tienen entre 15 y 64 años y 78077 (8%) son mayores de 65 años de edad.



Cuadro 8. Población por grandes grupos etáreos - Departamento de Risaralda 2012




En relación con el primer grupo etáreo (Menores de 15 años), el porcentaje ha ido disminuyendo a través de los años, como consecuencia del descenso de la tasa de natalidad, pasando del 41% en el año de 1973 al 25% en el año 2012.

El grupo etáreo intermedio representa a casi toda la población económicamente activa, sobre la cual recae la labor productiva, la capacidad reproductiva y la organización económica y social del departamento, pues los dos grupos etáreos extremos son en su mayoría personas económicamente dependientes; este grupo poblacional de los 15 a los 64 años de edad ha pasado del 56% en el censo del año 1973 al 67% en el año 2008.

Contrasta con lo anterior la población mayor de 65 años de edad, la cual pasó de representar el 3% en el año de 1973, al 8% para el año 2012, proporción considerada alta.

El alto peso porcentual (67%) del grupo de 15 - 64 años, y la ganancia de población vieja (8%), evidencia la estructura de una población que tiende al lento y sostenido envejecimiento, contrastada con un peso porcentual bajo (25%) en el grupo de 0 - 14 años, si se le confronta con los pesos relativos presentados en el pasado por este mismo grupo etáreo, lo que muestra una disminución de la población en estas edades.



Cuadro 9. Población total por grupos etarios, zona y género, Risaralda 2012.

| Grupos etarios | Hombres | Mujeres | Total |
|---|---|---|---|
| Menor de 1 | 7911 | 7532 | 15443 |
| 1 -4 | 31241 | 29807 | 61048 |
| 5 – 9 | 39.045 | 37.531 | 76.576 |
| 10 – 14 | 40.720 | 39.337 | 80.057 |
| 15 – 19 | 43.700 | 41.089 | 84.789 |
| 20 – 24 | 40.819 | 39.432 | 80.251 |
| 25 – 29 | 35.043 | 36.959 | 72.002 |
| 30 – 34 | 31.934 | 34.725 | 66.659 |
| 35 – 39 | 28.265 | 30.722 | 58.987 |
| 40 – 44 | 28.080 | 31.181 | 59.261 |
| 45 – 49 | 28.864 | 32.800 | 61.664 |
| 50 – 54 | 26.291 | 29.883 | 56.174 |
| 55 – 59 | 22.299 | 25.314 | 47.613 |
| 60 – 64 | 17.408 | 19.901 | 37.309 |
| 65 – 69 | 12.711 | 15.155 | 27.866 |
| 70 – 74 | 9.160 | 11.723 | 20.883 |
| 75 – 79 | 6.363 | 8.480 | 14.843 |
| 80 y más años | 6.053 | 8.432 | 14.485 |
| Total | 455907 | 480003 | 935910 |

Fuente: DANE, censo general 2005. Datos proyectados 2012.

## PIRÁMIDE POBLACIONAL.

La pirámide poblacional es una representación gráfica que permite apreciar el tamaño de la población agrupada por sexo y grupos de edad, siendo de gran utilidad pues muestra por varias generaciones los patrones de natalidad y mortalidad.

Al analizar la dinámica de la pirámide poblacional del departamento de Risaralda, se observa, un viraje hacia una pirámide de base más estrecha, por la disminución porcentual del grupo de 0 - 4 años, el cual representaba el 12.7% de la población en el año de 1973 (XIV Censo Nacional de Población), pasando a ser el 8.2% para el año 2012.

Además hay un ensanchamiento progresivo del cuerpo y de la cúspide, por el aumento de la población tanto adulta como anciana. En relación con este fenómeno, se puede señalar como la población de 20 a 59 años paso de representar el 41% en el año de 1973 al 53,7% en el año 2012 y la población mayor de 60 años paso del 5% en el año 1973, al 12,3% para el año 2012.

Cuadro 10. Porcentajes poblacionales comparativos en distintos censos para el Departamento de Risaralda.

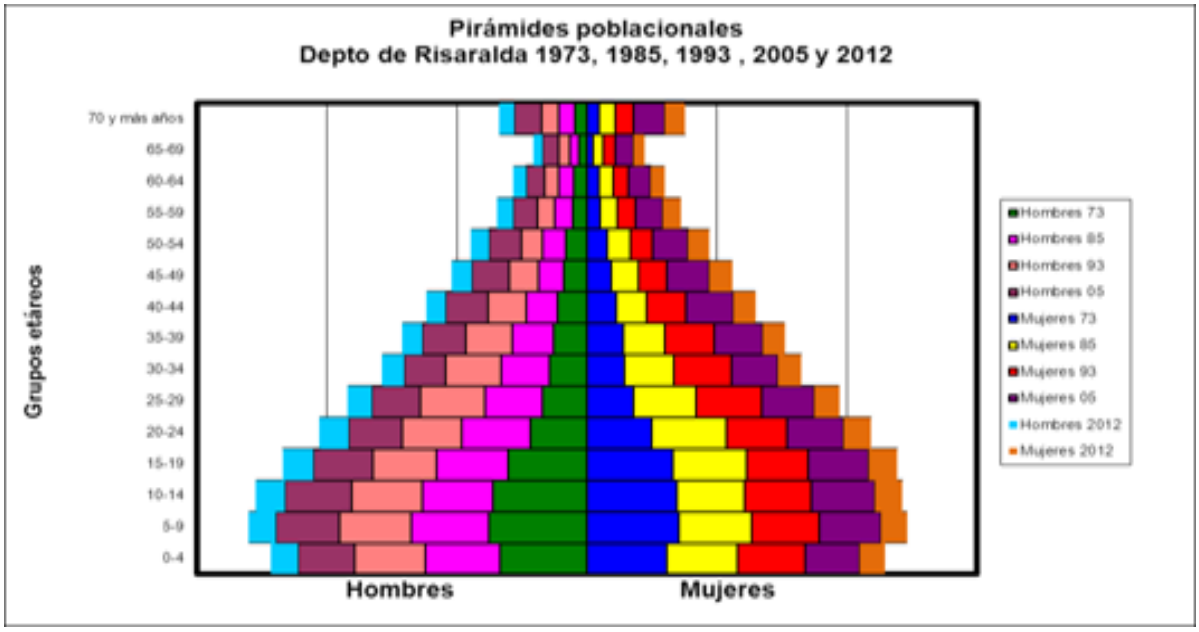
| Grupo etareo | Censo 1973 | Censo 1985 | Censo 1993 | Censo 2005 | Población proyectada 2012 |
|---|---|---|---|---|---|
| Menor de 5 años | 12.7% | 11.3% | 10.7% | 8.5% | 8,2% |
| Menor de 10 años | 27.2% | 23.0% | 21.4% | 18.1% | 16,4% |
| Menor de 15 años | 41.4% | 33.6% | 32.0% | 28.1% | 34,0% |
| Adolescentes 10 a 19 años | 26.9% | 21.9% | 20.2% | 19.2% | 17,6% |
| Población de 20 a 59 años | 40.9% | 49.3% | 51.9% | 52.4% | 53,7% |
| Población de 60 y más años | 5.0% | 6.3% | 6.8% | 10.3% | 12,3% |

Fuente: DANE, censos poblacionales 1973, 1985, 1993, 2005 y población proyectada 2012

La situación anterior implica grandes e importantes cambios socioeconómicos, pues el crecimiento de la población adulta y anciana aumenta el costo de la atención en salud, asistencia social y régimen de jubilaciones y pensiones.



Cuadro 11. Pirámides poblacionales 1973, 1985, 1993, 2005 y 2012 - Departamento de Risaralda.




En resumen la composición de la población risaraldense por edad y sexo corresponde a una pirámide en transición entre una expansiva y una constrictiva.

## PROYECCIÓN DANE Y NACIDOS VIVOS

Históricamente en el departamento se ha observado una discordancia entre las poblaciones suministradas por el DANE en sus proyecciones y la Población actual; uno de estos ejemplos son los nacidos vivos en el departamento, existen diferencias entre la población de proyección DANE y los nacidos vivos del

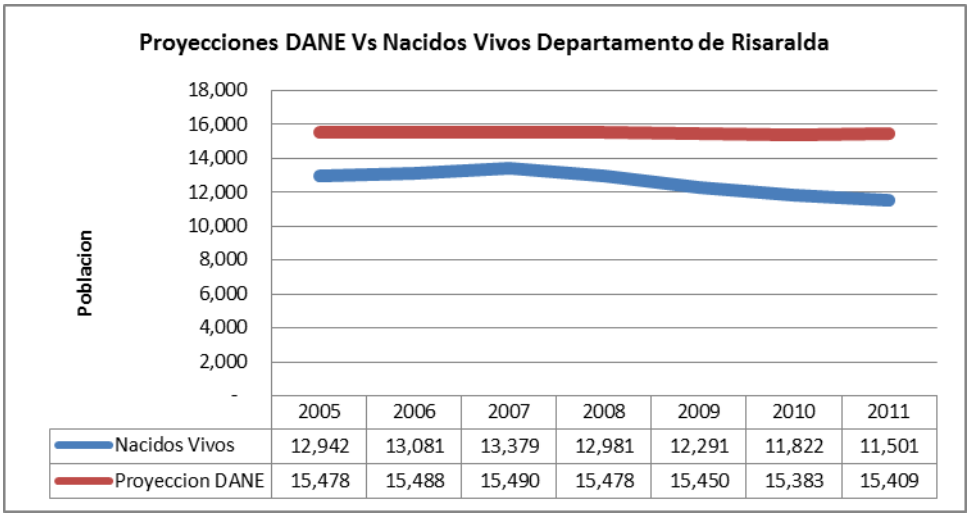
departamento, por ejemplo para el año 2010 esta diferencia fue de un total de 3614 niños. Es importante recalcar que este tipo de diferencias afectan una serie de indicadores relacionados con la salud pública como la vacunación y coberturas de programas de detección temprana y protección específica.



Cuadro 12. Comparación datos nacidos vivos y proyección DANE por años Risaralda.

| Año | Nacidos Vivos | Proyección DANE | diferencia | |
|---|---|---|---|---|
| 2005 | 12,942 | 15,478 | 2,536 | 16% |
| 2006 | 13,081 | 15,488 | 2,407 | 16% |
| 2007 | 13,379 | 15,490 | 2,111 | 14% |
| 2008 | 12,981 | 15,478 | 2,497 | 16% |
| 2009 | 12,291 | 15,450 | 3,159 | 20% |
| 2010 | 11,822 | 15,383 | 3,561 | 23% |
| 2011 | 11,501 | 15,409 | 3,908 | 25% |

Cuadro 13. Comparación nacidos vivos y proyecciones DANE Risaralda-




| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nacidos Vivos | 12,942 | 13,081 | 13,379 | 12,981 | 12,291 | 11,822 | 11,501 |
| Proyeccion DANE | 15,478 | 15,488 | 15,490 | 15,478 | 15,450 | 15,383 | 15,409 |

**Fuente DANE**

## PERFIL DE MORBIMORTALIDAD

**Morbilidad.**
Respecto a la morbilidad, en el cuadro se muestra las 10 primeras causas por consulta externa.

El primer lugar fue ocupado por la hipertensión esencial. Este hecho lleva a la necesidad de fortalecer las actividades del programa de hipertensión arterial dentro de las que figuran el desarrollo de acciones encaminadas a la captación temprana y la prevención de sus complicaciones, como el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca, los eventos cerebro vasculares isquémicos y hemorrágicos y la insuficiencia renal. Es vital la labor orientada al control de los factores de riesgo conocidos como el tabaquismo, el sobrepeso, la dieta rica en sal, el consumo

excesivo de alcohol, el sedentarismo y el estrés; y la motivación para que el paciente no abandone el manejo farmacológico.



La caries de la dentina, se situó en el segundo lugar. Esto conduce al fortalecimiento de las actividades de P y P del programa de salud oral.

La rinofaringitis aguda (resfriado común) se ubicó en el tercer lugar. Al respecto este evento es una de las principales causas de enfermedad en todos los países del mundo, siendo la incidencia más alta en la población menor de 5 años y en los mayores de 60 años, para lo que debe trabajar desde la promoción de estilos de vida saludables.

La diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso fue también causa importante de consulta. Su presencia se encuentra relacionada directamente con las condiciones sanitarias ambientales (Agua potable, acueductos, alcantarillado, otros sistemas de disposición de excretas, disposición de basuras), y con factores socioeconómicos y culturales. Son básicas las actividades de mejoramiento de la infraestructura sanitaria, y las actividades de educación relacionadas con la higiene personal (Lavado de manos) y con los alimentos (Almacenamiento, preparación y consumo).
En el quinto lugar se encontró la infección de vías urinarias, patología bacteriana que es más común en niños y mujeres, siendo importante la consulta temprana y el apego estricto al tratamiento médico.

Cuadro 14. Morbilidad por consulta externa – 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2012

| Diagnóstico | Frecuencia | % | Tasa por 100.000 hab |
|---|---|---|---|
| HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 154155 | 8,3 | 16471,1 |
| CARIES DE LA DENTINA | 74974 | 4,0 | 8010,8 |
| RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 34513 | 1,8 | 3687,6 |
| DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 30213 | 1,6 | 3228,2 |
| INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 28673 | 1,5 | 3063,6 |
| INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA | 22586 | 1,2 | 2413,3 |
| OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 22072 | 1,2 | 2358,3 |
| LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 20781 | 1,1 | 2220,4 |
| HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO | 18498 | 1,0 | 1976,5 |
| FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 12983 | 0,7 | 1387,2 |
| Total de consultas | 1866934 | 100 | 199477,9 |

Fuente: RIPS, Sistema de Información, SDS

En relación a las urgencias, la amenaza de aborto ocupo el primer lugar como causa de consulta por el servicio de urgencias.

El dolor abdominal ocupo el segundo lugar, siendo necesario mejorar la calidad del diagnóstico médico.

La diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso figuran en el tercer lugar, siendo válidas las recomendaciones señaladas para consulta externa.

En el cuarto lugar se sitúo la infección de vías urinarias, implica la presencia de microorganismos en el tracto urinario, generalmente bacterias, que precisan un manejo antibiótico adecuado por parte del personal médico. Desde la promoción y prevención debe educarse para la consulta temprana como medida para prevenir la

sepsis y otras complicaciones derivadas de la expansión de la infección desde el árbol urinario.



La fiebre no especificada en el quinto lugar, la infección viral no especificada en el sexto lugar, el traumatismo no especificado en el octavo y el dolor en el pecho en el noveno lugar, son sujetos a idéntica recomendación en la mejora del dictamen médico.

La aparición de la hipertensión arterial, en las causas de consulta por el servicio de urgencias puede ser indicio de la falta de impacto en el manejo integral del paciente hipertenso, que implicaría la revisión de la estrategia de atención en la consulta ambulatoria.

Cuadro 15. Morbilidad por urgencias – 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2012

| Diagnóstico | Frecuencia | % | Tasa por 100.000 hab |
|---|---|---|---|
| AMENAZA DE ABORTO | 1334 | 3,9 | 142,5 |
| OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 1224 | 3,6 | 130,8 |
| DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 1117 | 3,3 | 119,3 |
| INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 791 | 2,3 | 84,5 |
| FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 655 | 1,9 | 70,0 |
| DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN | 560 | 1,6 | 59,8 |
| HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 514 | 1,5 | 54,9 |
| INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA | 404 | 1,2 | 43,2 |
| HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA | 392 | 1,1 | 41,9 |
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | 339 | 1,0 | 36,2 |
| Total | 34337 | 100,0 | 3668,8 |

Fuente: RIPS, Sistema de Información, SDS

Finalmente, el egreso hospitalario, muestra el alto peso aportado por la patología infecciosa, ocupando la infección de las vías urinarias el primer lugar como evento mórbido, encontrando en este listado también la neumonía bacteriana no especificada, la bronconeumonía y, la bronquiolitis aguda, la diarrea y gastroenteritis.

Cuadro 16. Morbilidad por egreso hospitalario - 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2012.

| Diagnóstico | Frecuencia | % | Tasa por 100.000 hab |
|---|---|---|---|
| PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION | 2905 | 4,3 | 310,4 |
| INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 2459 | 3,7 | 262,7 |
| NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA | 1464 | 2,2 | 156,4 |
| BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 1401 | 2,1 | 149,7 |
| PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE | 1262 | 1,9 | 134,8 |
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | 1107 | 1,7 | 118,3 |
| NEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 1081 | 1,6 | 115,5 |
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA | 914 | 1,4 | 97,7 |
| DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 876 | 1,3 | 93,6 |
| BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 866 | 1,3 | 92,5 |
| | 67017 | 100 | 7160,6 |

Fuente: RIPS, Sistema de Información, SDS

**Mortalidad**

En el año 2012 se presentaron 5112 defunciones en el Departamento, con una tasa bruta de mortalidad de 5.4 por 1000 personas, registrando dentro de las 10 primeras

causas de muerte, dos eventos del sistema circulatorio, dos eventos por causas externas, tres eventos tumorales, dos eventos crónicos y un evento mal definido.



La primera causa de muerte fue el infarto agudo de miocardio, seguida por las agresiones (homicidios) y la enfermedad crónicas vías respiratorias inferiores.

Dentro de la patología tumoral, los cánceres de estómago y tráquea, bronquios y pulmón fueron los que aportaron el mayor número de muertes.

Cuadro 17. Mortalidad general – 10 primeras causas. Departamento de Risaralda año 2012.

| No. ORDEN | CAUSA | CASOS | TASA POR 100.000 HAB. |
|---|---|---|---|
| 1 | ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON | 884 | 94,5 |
| 2 | AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS | 378 | 40,4 |
| 3 | ENF. CRONICAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 342 | 36,5 |
| 4 | ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES | 318 | 34,0 |
| 5 | OTRAS ENF. SISTEMA DISGESTIVO | 171 | 18,3 |
| 6 | DIABETES MELLITUS | 168 | 18,0 |
| 7 | TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO | 165 | 17,6 |
| 8 | T. M. DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON | 165 | 17,6 |
| 9 | ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS | 148 | 15,8 |
| 10 | RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS | 144 | 15,4 |
| | Total | 5112 | 546,2 |

Fuente: DANE Certificados de defunción

Al realizar la agrupación de las causas de muerte, se observa que el 30.7% de las muertes se debieron a eventos del sistema circulatorio, predominando de lejos las enfermedades isquémicas del corazón, dentro de las que está incluido el infarto agudo de miocardio; seguido de las enfermedades cerebrovasculares.

Con el 21.9% se ubicaron las neoplasias, sobresaliendo el tumor maligno del estómago, seguido por el tumor maligno de pulmón.

El 13.4% de las muertes se debieron a causas externas, con una tasa departamental de 94,4 por 100.000 habitantes.

A las enfermedades transmisibles les correspondió el 2,4%, con una tasa de 46.8 por 100.000 habitantes.

Con el 20,9% figuran todas las demás causas de muerte, con una tasa departamental de 114,3 por 100.000 habitantes; el 2,1% de las muertes fueron por afecciones del periodo perinatal y el 8.6% se clasificaron como causas mal definidas de mortalidad.

Cuadro 18. Mortalidad general según grupos de causas - Departamento de Risaralda año 2012

| No | GRUPO DE CAUSA | CASOS | % | TASA POR 100.000 HAB |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Enfermedades del sistema circulatorio | 1569 | 30,7% | 167,6 |
| 2 | Neoplasias (Tumores) | 1120 | 21,9% | 119,7 |
| 3 | Causas externas | 686 | 13,4% | 73,3 |
| 4 | Síntomas, signos y afecciones mal definidas | 438 | 8,6% | 13,2 |
| 5 | Enfermedades transmisibles | 124 | 2,4% | 46,8 |
| 6 | Afecciones originadas en el periodo perinatal | 105 | 2,1% | 11,2 |
| 7 | Todas las demás | 1070 | 20,9% | 114,3 |
| | Total Causas | 5112 | 100 | 546,2 |

Fuente: DANE Certificados de defunción, datos preliminares, 2009

## FACTORES DE RIESGO

La ubicación del Departamento y sus condiciones geológicas e hidrometeorológicas exponen a la población risaraldense a diversos riesgos de origen natural, socio natural o antrópico con capacidad de generar situaciones de emergencia o desastre. A continuación se hace una relación de las principales amenazas presentes o previsibles para el Departamento con una breve descripción de la misma y sus efectos esperados sobre la salud de las personas y la prestación del servicio:

a. Movimientos sísmicos.
b. Erupciones volcánicas.
c. Deslizamientos e inundaciones.
d. Vientos Fuertes.
e. Escapes y derrames de sustancias peligrosas.
f. Ingestión o absorción accidental de organofosforados.
g. Accidentes de Tránsito.

Desde la perspectiva de la vulnerabilidad, los aspectos generales que incrementan el riesgo de emergencia o desastre con alto impacto sobre la salud y vida de los risaraldenses son:

- Aumento en la densidad poblacional especialmente en la zona metropolitana con pobres condiciones de vivienda y acceso a servicios públicos (incluida salud).
- Construcciones habitacionales, comerciales e industriales sin cumplimiento de la normatividad sismorresistente.

- Infraestructura sanitaria –acueducto y alcantarillado- en amplio estado de obsolescencia y altamente susceptible al colapso o ruptura.
- Uso inadecuado del suelo que aumenta la susceptibilidad a deslizamientos y al socavamiento de orillas de ríos y quebradas.
- Prácticas agrícolas inadecuadas que aumentan la probabilidad de intoxicaciones masivas por agroquímicos.
- Aumento del tipo y cantidad de sustancias químicas de uso domiciliario, industrial o en tránsito por las vías del Departamento.
- Incipiente percepción del riesgo de emergencias y desastres en las comunidades y sus líderes.
- Deficiente mantenimiento de las vías, con pocas obras de mitigación del riesgo por eventos asociados a la ola invernal.
- Transporte de pasajeros y mercancías con deficientes prácticas de seguridad.
- Deficiente aplicación de las normas de seguridad en las medianas y pequeñas empresas.
- Insuficiente preparación política, empresarial, comunitaria, familiar y personal para la intervención del riesgo de enfermar o morir por situaciones de emergencia o desastre.
- Insuficiente conocimiento de los protocolos de actuación por parte de las entidades del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.

Y las condiciones de vulnerabilidad hospitalaria y sectorial que incrementan el riesgo de impacto por la ocurrencia de una emergencia o desastre son:

- Comunidad hospitalaria con deficiente formación en la preparación y respuesta individual, familiar e institucional frente a eventos sísmicos.
- Centros Hospitalarios con reforzamiento estructural e intervención de la

vulnerabilidad no estructural y funcional de alcance parcial.

- Ubicación de centros asistenciales en zonas susceptibles a fenómenos geotécnicos (Apia) inundaciones (ESE Hospital Santa Mónica, Mistrató), y afectación por nubes de gases tóxicos (Hospital Mental de Risaralda)
- Redes vitales hospitalarias susceptibles a movimientos sísmicos, inundaciones, ruptura o escape.
- Alta rotación del personal de salud que reduce el impacto de las actividades formativas en materia de gestión del riesgo.
- Deficientes prácticas de bioseguridad.
- Incipiente Sistema Médico de Emergencias en el Departamento.
- Desarticulación del sector salud con las entidades del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.
- Relativa reducción de las reservas de medicamentos, material médico quirúrgico, gases y otros elementos indispensables para la atención en salud en caso de emergencias o desastres.
- Baja capacidad de convocatoria y respuesta de los niveles de dirección local del sector salud.
- Insuficiente capacidad de asesoría, asistencia técnica, concurrencia, inspección, vigilancia y control de la Secretaría Departamental de Salud en la temática de prevención y atención de brotes, epidemias, emergencias y desastres.
- Mínima asignación de recursos sectoriales para la complementariedad local e institucional en la temática de gestión del riesgo en salud para emergencias y desastres.

## FACTORES DE RIESGO PARA BROTES Y EPIDEMIAS.

La ubicación del Departamento, sus condiciones ambientales, la calidad y acceso a los servicios de saneamiento básico y salud, la presencia o eventual ingreso de agentes biológicos productores de enfermedades o sus vectores, así como la susceptibilidad de la población risaraldense se constituyen en los factores que determinan el riesgo de aparición de brotes o epidemias.

Risaralda ha tenido situaciones de brote que han demandado la acción intensificada de sus agentes con el fin de contener su expansión: Influenza, Dengue, Malaria, Hepatitis A, Infección por VIH; y otras situaciones en salud que sin haberse presentado como brote, por cumplir con las condiciones ambientales e individuales para ello, de manera preventiva se intensificaron las acciones preventivas contra la rabia y el sarampión. Como síndromes se presentan frecuentemente brotes de ETAS, EDA e IRA atribuibles a diferentes agentes bacterianos de común presencia en el Departamento.

Otros eventos en salud que se han presentado y cuentan con la capacidad de constituirse en brote son:

- Varicela.
- Leptospirosis.
- Meningitis Meningocóccica.
- Tosferina.
- Pediculosis.
- Hepatitis A.
- Leishmaniasis.

- Fiebre de Garrapatas.

Por contar con un aeropuerto internacional y ser ruta para los puertos sobre el Océano Pacífico desde los países limítrofes pueden llegar casos de:



- Síndrome Febril Hemorrágico por Hanta Virus.
- Encefalitis Equina Venezolana.
- Enfermedad de los Legionarios.
- Fiebre Tifoidea y Paratifoidea.
- Peste Bubónica y/o Neumónica.
- Encefalitis Equina del Oeste.
- Fiebre Amarilla.
- Cólera.

Se debe reconocer la ocurrencia de brotes de infecciones nosocomiales en los servicios de cuidado intensivo adulto, pediátrico y neonatal, quirófanos por diversidad de bacterias, algunas de ellas de alta resistencia a los antibióticos disponibles, a obligando al cierre temporal de dichos servicios reduciendo significativamente la oferta en salud.

Cuadro 19. Necesidades Básicas Insatisfechas – Año 2012

| Municipio | Proporción Personas en NBI (%) | Proporción Personas en miseria | Componentes | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Vivienda | Servicios | Hacinamiento | Inasistencia | Dependencia económica |
| Apia | 24,34 | 3,71 | 1,41 | 1,68 | 6,72 | 4,55 | 14,37 |
| Balboa | 28,01 | 5,82 | 4,12 | 2,26 | 8,02 | 2,24 | 18,01 |
| Belén de Umbría | 24,07 | 5,42 | 0,86 | 0,77 | 11,74 | 5,33 | 12,00 |
| Dosquebradas | 13,28 | 2,21 | 0,53 | 0,44 | 5,07 | 3,28 | 6,52 |
| Guática | 25,69 | 4,86 | 3,20 | 1,12 | 7,88 | 3,73 | 15,81 |
| La Celia | 24,27 | 4,97 | 3,56 | 2,15 | 7,41 | 2,14 | 14,66 |
| La Virginia | 23,70 | 6,00 | 1,55 | 0,66 | 9,11 | 4,16 | 15,57 |
| Marsella | 28,20 | 8,17 | 3,16 | 3,91 | 11,94 | 4,75 | 15,93 |
| Mistrató | 45,01 | 18,53 | 2,05 | 21,61 | 18,61 | 9,60 | 19,02 |
| Pereira | 13,37 | 2,50 | 1,41 | 0,64 | 5,30 | 2,34 | 6,72 |
| Pueblo Rico | 52,91 | 31,47 | 3,08 | 34,10 | 29,13 | 15,54 | 25,17 |
| Quinchía | 33,47 | 9,63 | 6,31 | 4,43 | 14,35 | 3,39 | 15,74 |
| Santa Rosa de Cabal | 19,25 | 3,59 | 1,34 | 0,94 | 5,38 | 4,97 | 10,46 |
| Santuario | 23,59 | 4,34 | 0,80 | 0,62 | 7,69 | 3,98 | 15,33 |
| Departamento | 17,47 | 3,94 | 1,55 | 1,68 | 6,79 | 3,37 | 9,07 |
| Nación | 27,78 | 10,64 | 10,41 | 7,36 | 11,11 | 3,56 | 11,33 |

**Fuente:** DANE

Los Municipios con mayor porcentaje de la población con NBI, coinciden con los de mayor población indígena como Mistrató y Pueblo Rico con el 42.01% y 52.91% respectivamente. En comparación de los indicadores Departamentales con los Nacionales, estos están por debajo del promedio (NBI 17,47 vs 27.78)

Cuadro 20. Relación Población y Sistema General de Seguridad social en Salud

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
MATRIZ AFILIADOS POR EPSS SGSSS A 30 DE DICIEMBRE DE 2012

| NOMBRE | POBLACION DANE PROYECTADA 2012 | Poblacion especial | Contributivo | SUBSIDADO | TOTAL | No afiliada respecto a Dane | PPNA matriz Ministerio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pereira | 462,209 | 13,866 | 301,805 | 136,971 | 452,642 | 9,567 | 9,730 |
| Apía | 18,540 | 556 | 1,809 | 8,691 | 11,056 | 7,484 | 424 |
| Balboa | 6,338 | 190 | 754 | 4,586 | 5,530 | 808 | 234 |
| Belén de Umbría | 27,726 | 832 | 3,941 | 19,100 | 23,873 | 3,853 | 908 |
| Dosquebradas | 193,024 | 5,791 | 101,173 | 57,798 | 164,762 | 28,262 | 4,043 |
| Guática | 15,446 | 463 | 957 | 9,763 | 11,183 | 4,263 | 384 |
| La Celia | 8,646 | 259 | 717 | 5,905 | 6,881 | 1,765 | 150 |
| La Virginia | 31,808 | 954 | 17,688 | 14,616 | 33,258 | -1,450 | 673 |
| Marsella | 22,720 | 682 | 3,397 | 12,209 | 16,288 | 6,432 | 521 |
| Mistrató | 15,815 | 474 | 1,014 | 13,314 | 14,802 | 1,013 | 146 |
| Pueblo Rico | 12,825 | 385 | 756 | 12,648 | 13,789 | -964 | 343 |
| Quinchía | 33,602 | 1,008 | 2,050 | 22,674 | 25,732 | 7,870 | 588 |
| Santa Rosa de Cabal | 71,601 | 2,148 | 31,013 | 32,169 | 65,330 | 6,271 | 1,671 |
| Santuario | 15,610 | 468 | 2,289 | 9,552 | 12,309 | 3,301 | 491 |
| **SUMAS** | **935,910** | **28,077** | **469,363** | **359,996** | **857,436** | **78,474** | **20,306** |
| | | 3.00% | 50.15% | 38.46% | 91.62% | 8.38% | 2.17% |

**FUENTE:** BDUA publicada en el ftp de FOSYGA al 30/12/12

Matriz poblacion regimenes especiales calculado con 3% de la poblacion DANE, proyecciones años anteriores

PPNA poblacion Ministerio de salud y Proteccion Social - estimado poblacion no afiliada FOSYGA

El Departamento para las proyecciones de atención en salud de la población pobre no asegurada, tiene en cuenta la diferencia de la población asegurada con la población total proyectada DANE, teniendo un 91.62% de la población con aseguramiento y un 8.38% por afiliar, para llegar a una cobertura del 100% en salud.

Cuadro 21. Afiliación a EPS del régimen subsidiado

| MUNICIPIO | CAFESALUD | ASMETSALUD | CAPRECOM | PIJAO SALUD | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | DIC 2012 | DIC 2012 | DIC 2012 | DIC 2012 | DIC 2012 |
| PEREIRA | 56.765 | 71.485 | 8.721 | | 136.971 |
| APIA | 5.462 | 3.229 | 0 | | 8.691 |
| BALBOA | 2.144 | 2.442 | 0 | | 4.586 |
| BELEN DE UMBRIA | 5.602 | 12.697 | 801 | | 19.100 |
| DOS QUEBRADAS | 27.998 | 26.775 | 3.025 | | 57.798 |
| GUATICA | 3.449 | 5.279 | 300 | 735 | 9.763 |
| LA CELIA | 3.240 | 2.665 | 0 | | 5.905 |
| LA VIRGINIA | 7.905 | 4.046 | 2.665 | | 14.616 |
| MARSELLA | 7.599 | 3.401 | 293 | 916 | 12.209 |
| MISTRATO | 4.991 | 2.482 | 199 | 5.642 | 13.314 |
| PUEBLO RICO | 3.743 | 2.787 | 0 | 6.118 | 12.648 |
| QUINCHIA | 9.033 | 8.489 | 0 | 5.152 | 22.674 |
| SANTA ROSA DE CABAL | 16.809 | 13.305 | 2.055 | | 32.169 |
| SANTUARIO | 6.242 | 3.310 | 0 | | 9.552 |
| **TOTAL DEPTO** | **160.982** | **162.392** | **18.059** | **18.563** | **359.996** |

Asmet Salud EPS a 31 de diciembre de 2012, sus usuarios correspondían al 45.1% de la población del régimen subsidiado del Departamento y Cafesalud EPS con el 44.7%, para un total de 89.8% entre estas 2 EPS, Pijao Salud EPS-I, como única EPS indígena en Risaralda, tiene afiliados el 71% del total de la población Emberá Chamí del Departamento (26.143).

| ASEGURADOR | USUARIOS | % |
|---|---|---|
| ASMETSALUD | 162.392 | 45% |
| CAFESALUD | 160.982 | 45% |
| PIJAO SALUD | 18.563 | 5% |
| CAPRECOM | 18.059 | 5% |

Cuadro 22. Afiliación a EPS del régimen contributivo y excepción

| CODIGO | NOMBRE EPS | ACTIVO | SUSPENDIDO | Saludcoo |
|---|---|---|---|---|
| EAS027 | FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES | 230 | | 230 |
| EPS001 | COLMEDICA EPS | 4.512 | 243 | 4.755 |
| EPS002 | SALUD TOTAL S.A. | 68.424 | 1.345 | 69.769 |
| EPS003 | CAFESALUD EPS | 33.708 | 1 | 33.709 |
| EPS005 | SANITAS S.A. | 5.862 | 277 | 6.139 |
| EPS010 | SUSALUD EPS | 12.088 | | 12.088 |
| EPS012 | COMFENALCO VALLE E.P.S. | 4 | | 4 |
| EPS013 | SALUDCOOP EPS | 119.677 | | 119.677 |
| EPS014 | HUMANA VIVIR S.A. | 768 | | 768 |
| EPS015 | SERVICIOS MEDICOS COLPATRIA S.A. | 1 | | 1 |
| EPS016 | COOMEVA E.P.S. | 69.744 | | 69.744 |
| EPS017 | FAMISANAR LTDA. | 395 | | 395 |
| EPS018 | SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. S.A | 98.087 | 1 | 98.088 |
| EPS033 | SALUDVIDA S.A. | 2 | | 2 |
| EPS037 | NUEVA EPS S.A | 53.993 | 1 | 53.994 |
| **SUMAS** | | **467.495** | **1.868** | **469.363** |

El 87, 6% de los afiliados al régimen contributivo, se concentran en 5 EPS como son: Saludcoop EPS (25.5%), SOS (20.9%), Coomeva EPS (14.9%), SaludTotal EPS (14.9%) y Nueva EPS (11.5%).

| ASEGURADOR | USUARIOS | % |
|---|---|---|
| E.P.S. SALUDCOOP | 119.677 | 25% |
| SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. S.A | 98.088 | 21% |
| COOMEVA E.P.S. | 69.744 | 15% |
| SALUD TOTAL S.A. | 69.769 | 15% |
| NUEVA EPS S.A. | 53.994 | 12% |

Cuadro 23. Afiliación a EPS por municipio

| MUNICIPIO | EAS027 | EPS001 | EPS002 | EPS003 | EPS005 | EPS010 | EPS012 | EPS013 | EPS014 | EPS015 | EPS016 | EPS017 | EPS018 | EPS033 | EPS037 | TOT. MPIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pereira | 230 | 3.829 | 51.261 | 22.317 | 5.700 | 12.061 | 4 | 70.685 | 768 | 1 | 37.175 | 312 | 64.210 | 1 | 33.251 | **301.805** |
| Apía | | 1 | | | 5 | | | | | | 1.007 | | 341 | | 455 | **1.809** |
| Balboa | | | | | | | | | | | 514 | | 86 | | 154 | **754** |
| Belén de Umbría | | | | 566 | 10 | 1 | | | | | 2.737 | | 317 | | 310 | **3.941** |
| Dosquebradas | | 888 | 16.887 | 7.226 | 356 | 13 | | 26.975 | | | 11.486 | 58 | 24.728 | | 12.556 | **101.173** |
| Guática | | 1 | | | | | | | | | 728 | | 39 | | 189 | **957** |
| La Celia | | 2 | | | | | | | | | 203 | | 377 | | 135 | **717** |
| La Virginia | | 3 | 325 | 852 | 18 | 1 | | 5.305 | | | 5.879 | 14 | 2.827 | | 2.464 | **17.688** |
| Marsella | | 4 | | 1.702 | 3 | 2 | | 320 | | | 370 | 2 | 353 | | 641 | **3.397** |
| Mistrató | | | | | | 2 | | | | | 692 | | 164 | | 156 | **1.014** |
| Pueblo Rico | | | | | | | | | | | 429 | | 112 | | 215 | **756** |
| Quinchía | | | | | | 1 | | | | | 1.323 | | 243 | 1 | 482 | **2.050** |
| Santa Rosa de Cabal | | 18 | 1.296 | 1.046 | 44 | 7 | | 16.392 | | | 5.272 | 9 | 4.239 | | 2.690 | **31.013** |
| Santuario | | 9 | | | 3 | | | | | | 1.929 | | 52 | | 296 | **2.289** |
| | **230** | **4.755** | **69.769** | **33.709** | **6.139** | **12.088** | **4** | **119.677** | **768** | **1** | **69.744** | **395** | **98.088** | **2** | **53.994** | **469.363** |

# ANÁLISIS DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD



## PRESTADORES Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Cuadro 24. Prestadores de Servicios de Salud – Año 2012

| Municipios | Clase | | | Naturaleza | | | Carácter Territorial | | | Nivel | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IPS | Prof Indep | Transp Espec | Público | Privado | Mixta | Deptal | Mpal | Indi gena | Uno | Dos | Tres |
| Pereira | 185 | 627 | 8 | 3 | 182 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Apía | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Balboa | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Belén de Umbría | 2 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Dosquebradas | 10 | 13 | 0 | 1 | 9 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Guática | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| La Celia | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| La Virginia | 4 | 3 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Marsella | 1 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Mistrató | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Pueblo Rico | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Quinchía | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Santa Rosa de Cabal | 4 | 15 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Santuario | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| **Total** | **214** | **670** | **8** | **16** | **198** | **0** | **4** | **12** | **0** | **12** | **3** | **1** |

**Fuente:** Registro especial de prestadores de servicios de salud. 15-09-2013

El 86% de las IPS del Departamento se concentran en el municipio de Pereira, al igual que el 93% de los profesionales independientes, confirmando el monopolio de la atención en el resto de municipios de las ESE Hospitales.

Cuadro 25. Capacidad instalada según tipo de prestador

| | total prestadores | total sedes | total servicios | total camas | total salas | total ambulancias |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Publica | 16 | 53 | 752 | 654 | 26 | 31 |
| Privada | 198 | 285 | 1780 | 783 | 58 | 14 |
| Ambulancias | 6 | 6 | 8 | 0 | 0 | 16 |
| prof independiente | 670 | 722 | 947 | 0 | 0 | 0 |

**Fuente:** Registro especial de prestadores de servicios de salud. 15-09-2013

Cuadro 26. Servicios de salud habilitados a nivel territorial

| Servicios | | Modalidad | | | | | | | Complejidad | | | Naturaleza | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Intramural | | Extramural | | | Telemedicina | | | | | | |
| | | Ambulatorio | Hospitalario | Móvil | Domiciliaria | Otras | CR | IR | Baja | Media | Alta | Público | Privado |
| Hospitalario | 101. General Adultos | | 25 | | | | 0 | 0 | 15 | 8 | 3 | 17 | 8 |
| | 102. General Pediátrica | | 21 | | | | 0 | 0 | 15 | 6 | 2 | 17 | 4 |
| | 103. Psiquiatría o Unidad Salud Mental | | 2 | | | | 0 | 0 | | 2 | 4 | 1 | 1 |
| | 104. Farmacodependencia | | 2 | | | | 0 | 0 | | 2 | | 1 | 1 |
| | 105. Cuidado Intermedio Neonatal | | 4 | | | | | | | 4 | | 1 | 3 |
| | 106. Cuidado Intermedio Pediátrico | | 3 | | | | 0 | 0 | | 3 | | 1 | 2 |
| | 107. Cuidado Intermedio Adultos | | 4 | | | | 0 | 0 | | 4 | | 1 | 3 |
| | 108. Cuidado Intensivo Neonatal | | 4 | | | | | | | | 4 | 1 | 3 |
| | 109. Cuidado Intensivo Pediátrico | | 2 | | | | | | | | 2 | 0 | 2 |
| | 110. Cuidado Intensivo Adultos | | 5 | | | | | | | | 5 | 1 | 4 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 111. Unidad de Quemados Adultos | | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | 112. Obstetricia | | 21 | | | | 0 | 0 | 17 | 2 | 3 | 18 | 3 |
| | 115. Hospitalización Día | | 1 | | | | 0 | 0 | 0 | 1 | | 1 | 0 |
| | 116. Quemados Pediátrico | | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | 0 |
| | 117. Cuidado Agudo en Salud Mental o Psiquiatría | | 0 | | | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 118. Cuidado Intermedio en Salud Mental o Psiquiatría | | 0 | | | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 119. Hospitalización Domiciliaria | | | | 6 | | 0 | 0 | 4 | 2 | | 2 | 4 |
| Quirúrgico | 201. Cirugía de Cabeza y Cuello | | 2 | | | | | | | | 2 | 1 | 1 |
| | 202. Cirugía Cardiovascular | | 3 | | | | | | | | 3 | 0 | 3 |
| | 203. Cirugía General | 11 | 9 | | | | | | 1 | 15 | | 3 | 12 |
| | 204. Cirugía Ginecológica | 10 | 10 | | | | | | | 13 | 3 | 3 | 12 |
| | 205. Cirugía Maxilofacial | 7 | 7 | | | | | | | 11 | | 2 | 9 |
| | 206. Cirugía Neurológica | 1 | 4 | | | | | | | 2 | 3 | 1 | 3 |
| | 207. Cirugía Ortopédica | 10 | 9 | | | | | | | 12 | 3 | 3 | 11 |
| | 208. Cirugía Oftalmológica | 7 | 4 | | | | | | | 10 | 2 | 3 | 7 |
| | 209. Cirugía Otorrinolaringología | 11 | 6 | | | | | | | 13 | 2 | 3 | 11 |
| | 210. Cirugía Oncológica | 0 | 2 | | | | | | | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | 211. Cirugía Oral | 11 | 2 | | | | | | 2 | 10 | | 1 | 11 |
| | 212. Cirugía Pediátrica | 5 | 7 | | | | | | | 7 | 2 | 2 | 6 |
| | 213. Cirugía Plástica y Estética | 10 | 8 | | | | | | | 12 | 3 | 2 | 12 |
| | 214. Cirugía Vascular y Angiológica | 0 | 6 | | | | | | | 4 | 3 | 1 | 5 |
| | 215. Cirugía Urológica | 9 | 9 | | | | | | | 12 | 3 | 3 | 10 |
| | 217. Otras Cirugías; ¿Cuál? | 0 | 0 | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 218. Cirugía Endovascular Neurología | 0 | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | 219. Trasplante Renal | | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | 220. Trasplante de Corazón | | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | 221. Trasplante de Hígado | | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | 222. Trasplante de Pulmón | | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | 223. Trasplante de Riñón – Páncreas | | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | 224. Trasplante de Córnea | 1 | 0 | | | | | | | 1 | 1 | 0 | 1 |
| | 225. Implante de Tejido Óseo | | 0 | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 226. Otros Implantes y Trasplantes | | 0 | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 227. Cirugía Oncológica Pediátrica | | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | Z228. Trasplante Méd Ósea, Célula Madre | | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 229. Implante de Piel | | 0 | | | | | | | | 0 | 0 | 0 |
| | 230. Implante Válvulas Cardíacas | | 1 | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| | 231. Cirugía de la Mano | 4 | 3 | | | | | | | 5 | 0 | 1 | 4 |
| | 232. Cirugía Mama y Tum Tejidos Blandos | 3 | 2 | | | | | | | 4 | 1 | 1 | 3 |
| | 233. Cirugía Dermatológica | 2 | 1 | | | | | | | 2 | 0 | 2 | 0 |
| | 234. Cirugía de Tórax | | 3 | | | | | | | | 3 | 0 | 3 |
| | 235. Cirugía Gastrointestinal | 2 | 2 | | | | | | | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | 237. Cirugía Plástica Oncológica | 1 | 1 | | | | | | | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Consulta Externa | 301. Anestesia | 16 | | | | | 0 | 0 | | 16 | | 4 | 12 |
| | 302. Cardiología | 11 | | 0 | 0 | | 0 | 2 | | 12 | | 3 | 9 |
| | 303. Cirugía Cardiovascular | 3 | | | 0 | | 0 | 0 | | 3 | | 1 | 2 |
| | 304. Cirugía General | 12 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 12 | | 3 | 9 |
| | 305. Cirugía Neurológica | 3 | | | 0 | | 0 | 0 | | 3 | | 1 | 2 |
| | 306. Cirugía Pediátrica | 5 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 6 | | 3 | 3 |
| | 308. Dermatología | 9 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 10 | | 5 | 5 |
| | 309. Dolor y Cuidados Paliativos | 1 | | | 0 | | 0 | 1 | 0 | 1 | | 0 | 1 |
| | 310. Endocrinología | 3 | | | 0 | | 0 | 1 | | 4 | | 0 | 4 |
| | 311. Endodoncia | 16 | | 0 | 0 | | | | | 16 | | 1 | 15 |
| | 312. Enfermería | 82 | | 1 | 3 | | 0 | 0 | 81 | 2 | | 47 | 35 |
| | 313. Estomatología | 8 | | 0 | | | 0 | 0 | | 8 | | 1 | 7 |
| | 314. Fisioterapia | 13 | | 0 | 3 | | 0 | 0 | 14 | | | 7 | 7 |
| | 315. Fonoaudiología o Terapia Lenguaje | 6 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 6 | | | 4 | 2 |
| | 316. Gastroenterología | 8 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 8 | | 3 | 5 |
| | 317. Genética | 1 | | | 0 | | 0 | 0 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 318. Geriatría | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 319. Gerontología | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| | 320. Ginecobstetricia | 17 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 18 | | 6 | 12 |
| | 321. Hematología | 4 | | | | | 0 | 0 | | 4 | | 0 | 4 |
| | 322. Implantología | 6 | | | | | 0 | 0 | | 6 | | 0 | 6 |
| | 323. Infectología | 1 | | | | | 0 | 2 | | 3 | | 1 | 3 |
| | 324. Inmunología | 0 | | | | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 325. Medicina Familiar | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 4 | | 0 | 4 |
| | 326. Medicina Física y del Deporte | 0 | | 0 | | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 327. Medicina Física y Rehabilitación | 5 | | | 0 | | 0 | 0 | | 5 | | 1 | 4 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 328. Medicina General | 94 | | 2 | 9 | | 0 | 0 | 94 | 1 | | 51 | 44 |
| | 329. Medicina Interna | 18 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | 1 | 18 | | 5 | 14 |
| | 330. Nefrología | 5 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 6 | | 0 | 6 |
| | 331. Neumología | 5 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 5 | | 1 | 4 |
| | 332. Neurología | 6 | | 0 | 0 | | 0 | 2 | | 8 | | 3 | 5 |
| | 333. Nutrición y Dietética | 21 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | 22 | | | 5 | 17 |
| | 334. Odontología General | 69 | | 1 | 0 | | 0 | 0 | 69 | | | 31 | 38 |
| | 335. Oftalmología | 8 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 1 | 7 | | 3 | 5 |
| | 336. Oncología Clínica | 1 | | | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | 337. Optometría | 6 | | 0 | | | | | 6 | | | 3 | 3 |
| | 338. Ortodoncia | 18 | | | | | | | | 18 | | 0 | 18 |
| | 339. Ortopedia y/o Traumatología | 12 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 13 | | 4 | 9 |
| | 340. Otorrinolaringología | 9 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 10 | | 5 | 5 |
| | 341. Patología | 2 | | | | | 0 | 0 | | 2 | | 0 | 2 |
| | 342. Pediatría | 17 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 18 | | 5 | 13 |
| | 343. Periodoncia | 11 | | | | | 0 | 0 | | 11 | | 0 | 11 |
| | 344. Psicología | 26 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 25 | | | 10 | 16 |
| | 345. Psiquiatría | 10 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 1 | | 3 | 8 |
| | 346. Rehabilitación Oncológica | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| | 347. Rehabilitación Oral | 9 | | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 9 | | 0 | 9 |
| | 348. Reumatología | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 1 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 349. Salud Ocupacional | 4 | | 0 | | | 0 | 0 | 1 | 3 | | 0 | 4 |
| | 350. Medicina Alternativa, Terapia Alternativa | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 1 | | | 0 | 1 |
| | 352. Terapia Ocupacional | 5 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 5 | | | 2 | 3 |
| | 353. Terapia Respiratoria | 8 | 2 | 0 | 1 | | 0 | 0 | 9 | | | 4 | 5 |
| | 354. Toxicología | 0 | | | | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 355. Urología | 12 | | | 0 | | 0 | 1 | | 13 | | 4 | 9 |
| | 356. Otras Consultas Especialidad; ¿Cuál? | 9 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 9 | | 0 | 9 |
| | 359. Consulta Prioritaria | 10 | | | 0 | | 0 | 0 | 9 | 4 | | 4 | 6 |
| | 361. Cardiología Pediátrica | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 362. Cirugía de Cabeza y Cuello | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 363. Cirugía de Mano | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 364. Cirugía Mama, Tumor Tejido Blandos | 1 | | | 0 | | 0 | 0 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 365. Cirugía Dermatológica | 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | | 1 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 366. Cirugía de Tórax | 3 | | | 0 | | 0 | 0 | | 3 | | 0 | 3 |
| | 367. Cirugía Gastrointestinal | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 368. Cirugía Ginecológica Laparoscópica | 1 | | | 0 | | 0 | 0 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 369. Cirugía Plástica y Estética | 6 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 6 | | 1 | 5 |
| | 370. Cirugía Plástica Oncológica | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 372. Cirugía Vascular | 3 | | | 0 | | 0 | 0 | | 3 | | 0 | 3 |
| | 373. Cirugía Oncológica | 1 | | | 0 | | 0 | 0 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 374. Cirugía Oncológica Pediátrica | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 375. Dermatología Oncológica | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 377. Coloproctología | 0 | | | | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 378. Electrofisiología, Marcapasos Y Arritmias Cardíacas | 2 | | | | | 0 | 0 | | 2 | | 0 | 2 |
| | 379. Ginecología Oncológica | 2 | | | 0 | | 0 | 0 | | 2 | | 0 | 2 |
| | 381. Hematología y Oncología Clínica | 1 | | | 0 | | 0 | 0 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 383. Medicina Nuclear | 1 | | | | | 0 | 0 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 384. Nefrología Pediátrica | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 385. Neonatología | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 386. Neumología Pediátrica | 3 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 3 | | 1 | 2 |
| | 387. Neurocirugía | 3 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 3 | | 1 | 2 |
| | 388. Neuropediatría | 3 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 3 | | 1 | 2 |
| | 390. Oftalmología Oncológica | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 391. Oncología y Hematología Pediátrica | 2 | | | 0 | | 0 | 0 | | 2 | | 1 | 1 |
| | 392. Ortopedia Infantil | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 393. Ortopedia Oncológica | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 394. Patología Oncológica | 0 | | | | | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |
| | 395. Urología Oncología | 2 | | | 0 | | 0 | 0 | | 2 | | 0 | 2 |
| | 396. Odontopediatría | 5 | | 0 | | | | | | 5 | | 0 | 5 |
| Prom. y Prev. | 901. Vacunación | 70 | | 2 | 5 | | | | 70 | | | 48 | 22 |
| | 902. Atención Preventiva Salud Oral Higiene Oral | 68 | | 11 | | | | | 69 | | | 36 | 33 |
| | 904. Planificación Familiar | 71 | | | | | 0 | 0 | 71 | | | 46 | 25 |
| | 905. Promoción en Salud | 76 | | 5 | 3 | | 0 | 0 | 76 | | | 46 | 30 |
| | 906. Otra; ¿Cuál? | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 0 |
| Urgenc | 501. Servicio de Urgencias | 23 | 1 | | | | | | 19 | 5 | 2 | 18 | 6 |
| | 502. Urgencias en Salud Mental o Psiquiatría | 1 | | | | | 0 | 0 | | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Tran sp. | 601. Transporte Asistencial Básico | 50 | | 8 | 3 | | | | 50 | | | 30 | 20 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 602. Transporte Asist Medicalizado | 11 | | 1 | 3 | | | | | 11 | | 1 | 10 |
| Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica | 701. Diagnostico Cardiovascular | 5 | 1 | | | | 0 | 0 | | | 7 | 0 | 7 |
| | 702. Nefrología - Diálisis Renal | 2 | 0 | | | | 0 | 0 | | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | 703. Endoscopia Digestiva | 7 | 2 | | | | 0 | 0 | | 5 | 4 | 3 | 4 |
| | 704. Neumología – Fibrobroncoscopia | 2 | 1 | | | | 0 | 0 | | | 2 | 1 | 1 |
| | 705. Hemodinamia | 2 | 2 | | | | 0 | 0 | | | 3 | 0 | 3 |
| | 706. Laboratorio Clínico | 23 | 8 | 0 | | | 0 | 0 | 14 | 12 | 3 | 15 | 11 |
| | 708. Urología - Litotripsia Urológica | 1 | 0 | | | | 0 | 0 | | 1 | | 0 | 1 |
| | 709. Oncología Clínica | 4 | 3 | | | | 0 | 0 | | 3 | 2 | 1 | 3 |
| | 710. Radiología e Imágenes Diagnostico | 23 | 3 | | | | 0 | 0 | 11 | 9 | 7 | 8 | 17 |
| | 711. Radioterapia | 0 | 0 | | | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 |
| | 712. Toma de Muestras de Lab. Clínico | 45 | 15 | 1 | 2 | | 0 | 0 | 55 | | | 23 | 32 |
| | 713. Transfusión Sanguínea | | 6 | | | | | | 1 | 6 | | 2 | 4 |
| | 714. Servicio Farmacéutico | 40 | 29 | | | | | | 47 | 9 | 3 | 21 | 35 |
| | 715. Medicina Nuclear | 3 | 4 | | | | 0 | 0 | | | 4 | 1 | 3 |
| | 716. Toma Muestras Citología Cérvico-uterinas | 65 | 9 | 3 | | | 0 | 0 | 72 | 0 | | 44 | 28 |
| | 717. Lab Citologías Cérvico-uterinas | 3 | 0 | | | | 0 | 0 | 0 | 3 | | 0 | 3 |
| | 718. Laboratorio de Patología | 3 | 0 | | | | 0 | 0 | | 3 | | 0 | 3 |
| | 719. Ultrasonido | 21 | 4 | | | | 0 | 0 | | 21 | | 7 | 14 |
| | 720. Lactario – Alimentación | | 2 | | | | 0 | 0 | 0 | 2 | | 0 | 2 |
| | 721. Esterilización | 9 | 8 | | | | 0 | 0 | 14 | | | 7 | 8 |
| | 723. Urología Procedimiento | 3 | 1 | | | | | | | 4 | | 2 | 2 |
| | 724. Toma e Interpretación Radiologías Odontológicas | 39 | 2 | | | | 0 | 0 | 38 | 2 | | 13 | 26 |
| | 725. Electrodiagnóstico | 15 | 1 | | | | 0 | 10 | | 16 | | 12 | 4 |
| | 730. Neumología Laboratorio Función Pulmonar | 3 | 2 | | | | 0 | 0 | | 3 | 1 | 1 | 2 |
| | 731. Laboratorio de Histotecnología | 0 | 0 | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| | 732. Ecocardiografía | 4 | 2 | | | | 0 | 0 | | 2 | 1 | 1 | 3 |
| Otros servicios | 801. Centro Aten. en Drogadicción Ambulatorio | 1 | | | | 0 | | | 1 | 0 | | 1 | 0 |
| | 814. Centro Aten. en Drogadicción Residencial | 0 | | | | 0 | | | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| | 802. Centros o Servicios Unidades de Rehabilitación | 0 | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| | 803. Centros y Servicios de Protección | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| | 804. Centros Día para Rehabilitación | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| | 805. Centros y Servicio Cuidado Intermedio para Rehabilitación | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 806. Unidad de Medicina Reproductiva | 0 | 0 | | | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 807. Centros Y Serv. Acondicionamiento Físico-Capf | 0 | | | | 0 | | | | 0 | | 0 | 0 |
| | 808. Centros y Servicios de Estética | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 809. Sala de Enf. Respiratorias Agudas | 6 | 1 | | | | | | 6 | 1 | | 3 | 4 |
| | 810. Sala de Rehidratación Oral | 4 | 0 | | | | | | 4 | 0 | | 2 | 2 |
| | 811. Sala de Yeso | 6 | 3 | | | | | | 3 | 5 | | 2 | 5 |
| | 812. Sala de Reanimación | | 5 | | | | | | | 5 | 0 | 4 | 1 |
| | 813. Sala General de Procedimientos Menores | 62 | 3 | | | | | | 62 | 4 | | 39 | 24 |



**CR**: Centro de referencia. **IR**: Institución remisoria.

**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social –Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. . 15-09-2013

## Cuadro 27. Instituciones públicas con operación en condiciones monopólicas

| Municipio | Nombre ESE | Sede Principal | Subsede ESE | Primer Nivel | | | Segundo Nivel | | | | | Tercer Nivel | | | | | Salud mental | | Cumplimiento criterio de condiciones mercado monopólico | Cumplimiento criterio de dispersión geográfica, alejado, difícil acceso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Urgencias | Obstetricia | Consulta externa, | Urgencias | Obstetricia | Hospitalización | Cirugía general o pediátrica | Cirugía ortopédica | Neurocirugía | Cirugía oncológica | Oncología clínica | Cuidados intensivos adultos, pediátrico y neonatal | Unidad de quemados | Hospitalización en salud mental | Urgencias en salud mental | | |
| Pereira | Salud Pereira | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pereira | Hospital Universitario San Jorge | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pereira | Hospital Mental Universitario de Risaralda | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Apía | San Vicente de Paul | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Balboa | Cristo Rey | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Belén de Umbría | San José | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Dosquebradas | Santa Mónica | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Guática | Santa Ana | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| La Celia | San José | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| La Virginia | San Pedro y San Pablo | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Marsella | San José | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Mistrató | San Vicente de Paul | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Pueblo Rico | San Rafael | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Quinchía | Nazareth | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Santa Rosa de Cabal | San Vicente de Paul | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Santuario | San Vicente de Paul | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

A excepción de las ESE del municipio de Pereira, las otras 13 ESE del Departamento operan en condiciones monopólicas, tanto en primer como segundo nivel de complejidad.



# DIAGNOSTICO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

## CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS IPS PÚBLICAS

Cuadro 28. Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud – Año 2012

| Municipios | | | IPS públicas | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | Certificado | Población | IPS | Carácter Territorial | | | Nivel | | | ESE | | Sedes | | |
| | | | | Deptal | Municipal | Indígena | Uno | Dos | Tres | Si | No | Nombre | Rural | Urbana |
| **Subregión Occidente** | | | | | | | | | | | | | | |
| APIA | SI | 18540 | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | | X | | X | | | X | | | | |
| BALBOA | SI | 6338 | ESE HOSPITAL CRISTO REY | | X | | X | | | X | | | | |
| BELEN DE UMBRIA | SI | 27726 | E.S.E HOSPITAL SAN JOSE | | X | | X | | | X | | | | |
| GUATICA | NO | 15446 | E.S.E HOSPITAL SANTA ANA | | X | | X | | | X | | PUESTO DE SALUD TRAVESIAS | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD SAN | X | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | CLEMENTE | | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD SANTA ANA | X | |
| LA CELIA | NO | 8646 | E.S.E HOSPITAL SAN JOSE | | X | | X | | | X | | | | |
| LA VIRGINIA | SI | 31808 | ESE HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO | X | | | | X | | X | | | | |
| MISTRATO | SI | 15815 | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | | X | | X | | | X | | Puesto de Salud San Antonio | X | |
| | | | | | | | | | | | | Puesto de Salud Arkakay | X | |
| | | | | | | | | | | | | Puesto de Salud Rio Mistrató | X | |
| | | | | | | | | | | | | Puesto de Salud Purembara | X | |
| | | | | | | | | | | | | Puesto de Salud Puerto de Oro | X | |
| PUEBLO RICO | NO | 12825 | ESE HOSPITAL SAN RAFAEL | | X | | X | | | X | | PUESTO DE SALUD VILLA CLARETH | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD SANTA CECILIA | X | |
| QUINCHIA | SI | 33602 | E.S.E HOSPITAL NAZARETH | | X | | X | | | X | | CENTRO DE SALUD SANTA TERESITA IRRA | | X |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD SANTA | X | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | ELENA | | |
| SANTUARIO | NO | 15610 | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | | X | | X | | | X | | | | |
| **Subregión Oriente** | | | | | | | | | | | | | | |
| DOSQUEBRADAS | SI | 193024 | ESE SANTA MONICA | X | | | | X | | X | | PUESTO DE SALUD FRAILES | | X |
| MARSELLA | NO | 22.720 | E.S.E HOSPITAL SAN JOSE | | X | | X | | | X | | | | |
| SANTA ROSA DE CABAL | SI | 71.601 | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | | X | | X | | | X | | | | |
| **Subregión Centro** | | | | | | | | | | | | | | |
| PEREIRA | SI | 462.209 | ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA | X | | | | X | | X | | | | |
| | SI | | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE | X | | | | | X | X | | | | |
| | SI | | ESE SALUD PEREIRA | | X | | X | | | X | | HOSPITAL DE KENNEDY | | X |
| | | | | | | | | | | | | HOSPITAL DE CUBA | | X |
| | | | | | | | | | | | | CENTRO DE SALUD DE BOSTON | | X |
| | | | | | | | | | | | | CERTRO DE SALUD SANTA TERESITA | | X |
| | | | | | | | | | | | | CENTRO DE SALUD DE SAN NICOLAS | | X |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | CENTRO DE SALUD SAN CAMILO | | X |
| | | | | | | | | | | | | CENTR0 DE SALUD VILLA SANTANA | | X |
| | | | | | | | | | | | | CENTRO DE SALUD PERLA DEL OTUN | | X |
| | | | | | | | | | | | | CENTRO DE SALUD VILLA CONSOTA | | X |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD PUERTO CALDAS | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD CAIMALITO | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD FONDA CENTRAL | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DESALUD CRUCERO DE COMBIA | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD PITAL DE COMBIA | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD MONTELAR GO | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD MUNDO | X | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | NUEVO | | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD DE GUAYABAL | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD LA BELLA | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD LA FLORIDA | X | |
| | | | | | | | | | | | | CENTRO DE SALUD ARABIA | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD ALTA GRACIA | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD MORELIA | X | |
| | | | | | | | | | | | | PUESTO DE SALUD LA PALMILLA | X | |
| | | | | | | | | | | | | HOSPITAL DEL CENTRO | | X |
| | | | | | | | | | | | | CENTRO DE SALUD CASA DEL ABUELO | | X |
| Total | | 935910 | | 4 | 12 | | 12 | 3 | 1 | 16 | | | | |

Fuente: Registro especial de prestadores de servicios de salud.

## PRODUCCIÓN DE SERVICIOS



Cuadro 29. Comportamiento producción total de IPS públicas del Departamento – Año 2012

| Municipio | IPS | No. consultas MD Gral. | consultas MD | actividades odontológic | No. consultas urgencias | No. de egresos | % ocupacional | Promedio día estancia | No. de cirugías | No. de partos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Servicios baja complejidad** | | | | | | | | | | |
| APIA | E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | 21970 | 0 | 6029 | 3776 | 199 | 29,1 % | 1,8 | 1172 | 73 |
| BALBOA | E.S.E HOSPITAL CRISTO REY | 13161 | 0 | 8274 | 2076 | 159 | 21,3 % | 1,9 | 473 | 25 |
| BELEN DE UMBRIA | E.S.E HOSPITAL SAN JOSE | 36096 | 0 | 12882 | 11611 | 1251 | 61,7 % | 2,3 | 934 | 143 |
| GUATICA | E.S.E HOSPITAL SANTA ANA | 26817 | 303 | 5075 | 4467 | 394 | 37,9 % | 2,8 | 372 | 69 |
| LA CELIA | E.S.E HOSPITAL SAN JOSE | 15297 | 0 | 6210 | 3303 | 155 | 11,0 % | 1,6 | 86 | 37 |
| MARSELLA | E.S.E HOSPITAL SAN JOSE | 21493 | 0 | 10130 | 7940 | 495 | 34,2 % | 2,3 | 1844 | 113 |
| MISTRATO | E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | 27026 | 0 | 8328 | 3840 | 379 | 28,6 % | 3,3 | 346 | 62 |
| PEREIRA | E.S.E SALUD PEREIRA | 269757 | 2233 | 99266 | 71441 | 9805 | 83,0 % | 2,3 | 7181 | 1585 |
| PUEBLO RICO | E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL | 22359 | 0 | 7143 | 5251 | 1731 | 78,8 % | 2,3 | 1370 | 118 |
| QUINCHIA | E.S.E HOSPITAL NAZARETH | 40722 | 294 | 18235 | 5005 | 606 | 35,9 % | 2,1 | 1209 | 247 |
| SANTA ROSA DE CABAL | E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | 69287 | 0 | 17305 | 45963 | 1844 | 71,4 % | 2,4 | 17016 | 281 |
| SANTUARIO | E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | 23602 | 0 | 4526 | 6756 | 354 | 28,8 % | 2,5 | 3877 | 49 |
| **Servicios media complejidad** | | | | | **PROMEDIO** | | **43%** | **2,3** | | |
| DOSQUEBRADAS | E.S.E HOSPITAL SANTA MONICA | 132177 | 28872 | 65798 | 46158 | 6325 | 68,5 % | 2,8 | 5682 | 899 |
| LA | E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y | 38087 | 1952 | 8694 | 24728 | 1615 | 51,7 | 3,5 | 4012 | 196 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VIRGINIA | SAN PABLO | | 9 | | | | % | | | |
| **Servicios alta complejidad** | | | | | **PROMEDIO** | | **60%** | **2,8** | | |
| PEREIRA | E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE | 0 | 43691 | 0 | 22766 | 17384 | 88,1 % | 6,2 | 14881 | 2058 |
| **Servicios salud mental** | | | | | | | | | | |
| PEREIRA | E.S.E HOSPITAL MENTALUNIVERSITARIO DE RISARALDA | 3111 | 8221 | 0 | 1707 | 1310 | 94 % | 17,6 | 0 | 0 |
| | **TOTAL** | **760962** | **103143** | **277895** | **266788** | **44006** | | | **60455** | **5955** |

**Fuente:** Minsalud – SIHO. Producción reportada por la IPS pública.

## PRODUCCIÓN Y EFICIENCIA

Cuadro 30. Capacidad instalada en la red pública

| | CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN | CAMAS DE OBSERVACIÓN | CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA | CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS | SALAS DE QUIRÓFANOS | MESAS DE PARTOS | NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pereira I | 72 | 45 | 100 | 9 | 2 | 4 | 29 |
| Pereira II | 76 | 0 | 11 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Pereira III | 284 | 60 | 15 | 6 | 6 | 2 | 0 |
| Apía | 5 | 4 | 7 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| Balboa | 5 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Belén de Umbría | 13 | 4 | 10 | 2 | 1 | 2 | 5 |
| **Dosquebradas** | 73 | 16 | 43 | 4 | 2 | 1 | 9 |
| **Guática** | 8 | 3 | 7 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| **La Celia** | 7 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| **La Virginia** | 30 | 19 | 9 | 3 | 2 | 2 | 3 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Marsella** | 9 | 6 | 10 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| **Mistrató** | 12 | 4 | 10 | 1 | 0 | 1 | 7 |
| **Pueblo Rico** | 14 | 3 | 8 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| **Quinchía** | 13 | 5 | 8 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| **Santa Rosa de Cabal** | 14 | 12 | 15 | 3 | 1 | 1 | 6 |
| **Santuario** | 8 | 4 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| RISARALDA | 643 | 188 | 263 | 39 | 14 | 22 | 83 |
| **I** | 180 | 93 | 185 | 24 | 4 | 17 | 71 |
| **II** | 179 | 35 | 63 | 9 | 4 | 3 | 12 |
| **III** | 284 | 60 | 15 | 6 | 6 | 2 | 0 |

**2193 2011**

# ANALISIS DE LA SUFICIENCIA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

La Secretaria de Salud Departamental, dentro del análisis del programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado - ESE., establece la oferta de servicios en términos de costo eficiencia, dado que se observa la tendencia de los prestadores de servicios de salud a ofertar servicios hospitalarios en las diferentes complejidades, sin tener en cuenta las necesidades reales de la población para dar respuesta a los parámetros de calidad oportunidad y eficiencia en la prestación de servicios que respondan a la garantía del derecho a la salud y a la diversidad de procesos en la complejidad de los contextos territoriales, étnicos y culturales de los Municipios.

Para garantizar la sostenibilidad de la red de prestadores públicos de servicios de salud, se hace necesario que cada una de las ESE Hospitales tenga en cuenta la oferta real de los mismos y la demanda potencial de la población y que los nuevos servicios a ofertar, garanticen como mínimo el cumplimiento de los requisitos de habilitación,

Durante el proceso de recolección de la información requerida, se evidencia las deficiencias del sistema de información en los diferentes niveles, como la no concordancia entre las diferentes bases de datos, desconocimiento de la disponibilidad de recurso humano en el Departamento, todas estas deficiencias del sistema de información no permite realizar un análisis multivariado de la suficiencia de red, por lo cual, solo se puede establecer con el indicador más conocido como es el número de camas por habitante o por producción[3].

3

Cuadro 31. Capacidad Instalada (Camas) Red Publica Y Privada 2013

| | RED PRIVADA | RED PUBLICA | TOTAL |
|---|---|---|---|
| CAMAS PEDIATRICAS | 62 | 109 | **171** |
| CAMAS ADULTOS | 489 | 309 | **798** |
| CAMAS OBSTETRICIA | 24 | 83 | **107** |
| CAMAS INTERMEDIO NEONATAL | 16 | 15 | **31** |
| CAMAS INTENSIVO NEONATAL | 11 | 6 | **17** |
| CAMAS INTERMEDIO PEDIATRICO | 5 | 10 | **15** |
| CAMAS INTENSIVO PEDIATRICO | 6 | 7 | **13** |
| CAMAS INTERMEDIO ADULTO | 39 | 12 | **51** |
| CAMAS INTENSIVO ADULTO | 56 | 12 | **68** |
| CAMAS QUEMADOS ADULTO | 0 | 0 | **0** |
| CAMAS QUEMADOS PEDIATRICO | 0 | 5 | **5** |
| CAMAS PSIQUIATRIA | 64 | 80 | **144** |
| CAMAS AGUDO MENTAL | 0 | 0 | **0** |
| CAMAS INTERMEDIO MENTAL | 0 | 0 | **0** |
| CAMAS FARMACODEPENDENCIA | 3 | 0 | **3** |
| **TOTAL CAMAS** | **775** | **648** | **1423** |

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Salud Marzo 2013

Las IPS privadas del Departamento, ofertan el 54.46%, de la capacidad instalada, en relación al número de cama, las cuales, están destinadas según la contratación con los pagadores, a la atención de la población del régimen contributivo y los regímenes especiales, que representan el 53.15% del total de la población de Risaralda. La Red pública pone a disposición de la población pobre no asegurada

ANALISIS Y EVALUACION ESTRUCTURAL FUNCIONAL E INTERACCIONAL DE LA RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA,
Patricia Granada Echeverri, Diomedes Tabima García, Olga Lucia Zuluaga Rodríguez.
Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012
ISBN 978-959-212-811-8

(8.38%) y al régimen subsidiado (38.46%) la capacidad instalada en camas del 45.54% del total del departamento para su atención.

Según la OMS, se requiere para la atención de la población en los diferentes niveles de complejidad, 2 camas por 1.000 habitantes, lo que para la población de Risaralda en el año 2012 (935.910 hab.), se requerirían 1872 camas, de las cuales a la fecha solo se ofertan 1423, presentando un déficit de 449 camas.

Colombia presenta una razón de 1.41 camas hospitalarias por 1.000 habitantes y para Risaralda es de 1.44[4] .



Cuadro 32. Productividad Promedio 2008-2012 Y Capacidad Instalada (Camas) Red Pública

| ESE HOSPITAL | MUNICIPIO | POBLACION | PROMEDIO AÑOS 2008-2012 | | | CAMAS REPORTADAS REPS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | EGRESOS | DIA ESTANCIA | PORCENTAJE OCUPACIONAL | |
| SAN VICENTE DE PAUL | APÍA | 18.540 | 274 | 1,98 | 42% | 7 |
| CRISTO REY | BALBOA | 6.338 | 199 | 2,03 | 26% | 5 |
| SAN JOSE | BELÉN DE UMBRÍA | 27.726 | 1370 | 1,98 | 58% | 11 |
| SANTA ANA | GUÁTICA | 15.446 | 373 | 2,31 | 29% | 8 |
| SAN JOSE | LA CELIA | 8.646 | 293 | 1,61 | 19% | 7 |
| SAN JOSE | MARSELLA | 22.720 | 528 | 2,45 | 42% | 9 |
| SAN VICENTE DE PAUL | MISTRATÓ | 15.815 | 551 | 3,23 | 41% | 12 |
| ESE SALUD | PEREIRA | 462.209 | 10215 | 2,27 | 79% | 72 |
| SAN RAFAEL | PUEBLO RICO | 12.825 | 1782 | 2,16 | 75% | 14 |
| NAZARETH | QUINCHÍA | 33.602 | 685 | 2,19 | 39% | 15 |
| SAN VICENTE DE PAUL | SANTA ROSA DE CABAL | 71.601 | 1829 | 2,26 | 67% | 14 |
| SAN VICENTE DE PAUL | SANTUARIO | 15.610 | 431 | 2,32 | 33% | 8 |
| SANTA MONICA | DOSQUEBRADAS | 193.024 | 5766 | 2,64 | 65% | 73 |
| SAN PEDRO Y SAN PABLO | LA VIRGINIA | 31.808 | 1558 | 2,90 | 41% | 35 |
| HUSJ | PEREIRA | | 18598 | 5,32 | 87% | 292 |

[4] Indicadores Básicos 2011 – situación de salud en Colombia - Minsalud

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MENTAL | PEREIRA | | 1283 | 13,48 | 74% | 80 |
| | | **935.910** | | | | **662** |

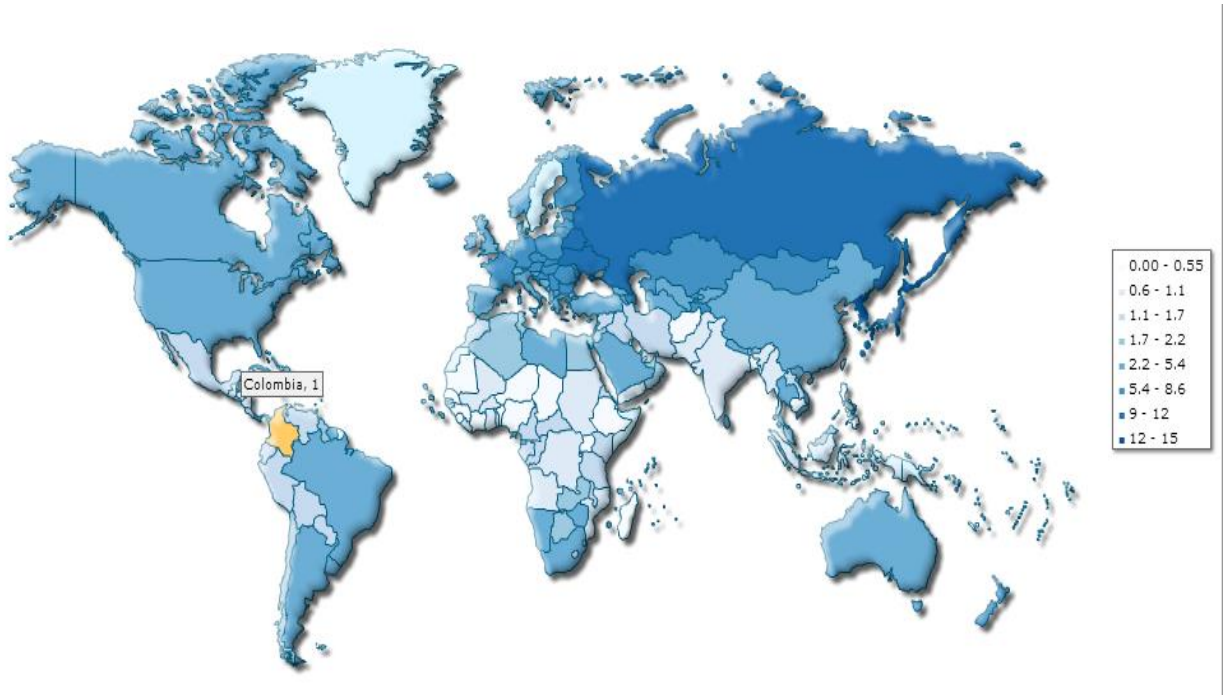
Fuente: Registro Especial de Prestadores de Salud 2013, SIHO Decreto 2193/2004 periodo 2008-2012, Proyecciones DANE Población 2012



Cuadro 33. Productividad Promedio 2008-2012 Y Capacidad Instalada (Camas) Red Pública Por Nivel De Complejidad

| | EGRESOS | PROMEDIO DIA ESTANCIA | PORCENTAJE OCUPACIONAL | CAMAS REPORTADAS REPS |
|---|---|---|---|---|
| I NIVEL | 18531 | 2,26 | 46,0% | 168 |
| II NIVEL | 7324 | 2,77 | 53,0% | 108 |
| II NIVEL MENTAL | 1283 | 13,48 | 74% | 80 |
| III NIVEL | 18598 | 5,32 | 87% | 292 |

**Camas de hospital por cada 1.000 habitante - 2007**




http://www.indexmundi.com/map/?v=2227&l=es

Cuadro 34. Comparativo De La Capacidad Instalada (Camas) En La Red Pública (Ofertadas Vs Requeridas Por Producción Y Por Eficiencia Ideal

| | PROMEDIO AÑOS 2008-2012 | | | CAMAS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | EGRESOS | PROMEDIO DIA ESTANCIA | PORCENTAJE OCUPACIONAL | REPORTADAS REPS | PROYECCION POR PRODUCCION | PROYECCION EFICIENCIA IDEAL |
| Apía | 274 | 1,98 | 42% | 7 | 0,6 | 2 |
| Balboa | 199 | 2,03 | 26% | 5 | 0,3 | 1 |
| Belén de Umbría | 1370 | 1,98 | 58% | 11 | 4,3 | 10 |
| Guática | 373 | 2,31 | 29% | 8 | 0,7 | 3 |
| La Celia | 293 | 1,61 | 19% | 7 | 0,3 | 2 |
| Marsella | 528 | 2,45 | 42% | 9 | 1,5 | 4 |
| Mistrató | 551 | 3,23 | 41% | 12 | 2,0 | 4 |
| Pereira | 10215 | 2,27 | 79% | 72 | 50,4 | 71 |
| Pueblo Rico | 1782 | 2,16 | 75% | 14 | 7,9 | 12 |
| Quinchía | 685 | 2,19 | 39% | 15 | 1,6 | 5 |
| Santa Rosa de Cabal | 1829 | 2,26 | 67% | 14 | 7,6 | 13 |
| Santuario | 431 | 2,32 | 33% | 8 | 0,9 | 3 |
| Dosquebradas | 5766 | 2,64 | 65% | 73 | 27,0 | 54 |
| La Virginia | 1558 | 2,90 | 41% | 35 | 5,1 | 15 |
| HUSJ | 18598 | 5,32 | 87% | 292 | 235,3 | 260 |
| MENTAL | 1283 | 13,48 | 74% | 80 | 34,8 | 45 |
| **TOTAL** | | | | **662** | **380,3** | **504** |

Fuente: http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/multimediaindicadores/cohantema1-01.swf

Formula:

$$\text{Camas requeridas} = \left(\text{No. de egresos del periodo} \times \text{PDE P} / \text{días del período}\right) / \text{IO P}$$

Donde:

**No. Egresos:** corresponde a la producción en un momento dado, para fines de evaluación suele corresponder a la producción de un trimestre, un semestre o de un año.

**PDE P:** es el promedio de estancia ideal o programado.

**IO P:** es el índice ocupacional ideal o programado

(Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia)

(EGRESOS*PROMEDIO DIA ESTANCIA/365) *PORCENTAJE OCUPACIONAL

(EGRESOS*3 DIAS ESTANCIA/365) *85% PRIMER NIVEL

(EGRESOS*4 DIAS ESTANCIA/365) *85% SEGUNDO NIVEL

(EGRESOS*6 DIAS ESTANCIA/365) *85% TERCER NIVEL

(EGRESOS*15 DIAS ESTANCIA/365) *85% SEGUNDO NIVEL MENTAL

Dentro del escenario de indicadores de eficiencia (promedio 2008-2012) y los ideales, las ESE del Departamento, no requieren ampliación en la capacidad instalada, en especial al número de camas para la prestación de servicios, con el cual se realizaron las proyecciones.

El bajo porcentaje ocupacional de la ESE de primer nivel del 46% y del 56% de las ESE de segundo nivel, apalancarían al tercer nivel, siempre y cuando el sistema de contrarreferencia fuera optimo, permitiendo que algunos pacientes terminaran tratamiento en las ESE de menor complejidad, pero las modalidades de contratación (cápita las de I nivel y evento II y III nivel), dificultan dicho proceso, a la necesidad de las instituciones de II y III nivel de terminar los tratamientos para poder incrementar la facturación y los de I nivel a no recibir pacientes para terminar tratamiento, ya que incrementa el gasto, por estar estos usuarios capitados.

"Según el informe elaborado por la OMS, la suficiencia de recursos sanitarios es esencial para que los gobiernos puedan determinar la mejor manera de satisfacer las necesidades relacionadas con la salud de la población. No obstante, los datos indican que a nivel mundial hay trece médicos por cada cien mil habitantes, con grandes variaciones entre países y regiones. Por ejemplo, en África sólo hay dos facultativos por cada 100.000 habitantes, frente a los 32 que alberga Europa

Si bien no hay un método que permita evaluar la cantidad suficiente de personal sanitario, la OMS estima que los países con menos de 23 profesionales sanitarios por cada 100.000 habitantes no alcanzan las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave de atención primaria de salud, que son prioritarias en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Existe una diversidad de fuentes significativa para evaluar el número de profesionales, lo que da muestras

de la elevada variedad en la cobertura y en la variedad de los datos, que ni siquiera aclara si incluye tanto al sector público como al privado[5].”

En la actualidad, la Secretaria de Salud de Risaralda, no cuenta con una base de datos confiable y actualizada, del recurso humano en salud disponible en el Departamento, que permita determinar las necesidades y falencias de especialidades, para poder generar estrategias para poder suplirlas.

Se espera que en el año 2014, se inicie la actualización de la base de profesionales de la salud en el departamento de Risaralda.



[5] http://www.diariomedico.com/2009/05/26/area-profesional/sanidad/los-sistemas-mundiales-necesitan-23-medicos-por-cada-100000-habitantes

# ANÁLISIS FINANCIERO Y PRESUPUESTAL



El análisis financiero de la red de prestadores de servicios de salud públicos de Risaralda se realizó por nivel de atención y la fuente de información tomada para el análisis fue la reportada por los Hospitales públicos en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

Para el análisis se consideró la situación de cada una de las ESE públicas, con relación a su operación corriente de ingresos y gastos, los mecanismos de pago utilizados en la contratación para la venta de servicios de salud, la situación de cada ESE en cuanto a la situación de los ingresos reconocidos, recaudo y gastos comprometidos, al igual que su comportamiento en términos de eficiencia y equilibrio presupuestal.

La red pública Hospitalaria de Risaralda actualmente está conformada por 16 ESE, 12 de I nivel de complejidad, 3 de II nivel, 1 de III nivel.

Los doce hospitales de I nivel de complejidad son ESE de carácter municipal; los tres de II nivel son de carácter Departamental y la ESE Hospital Universitario San Jorge de III nivel es Departamental.

ESE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD



## ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APIA

### Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 35. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % Capitación | % evento | % paquetes | % otras formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 1401.6 | 65.9 | 0 | 0 | 0 |
| 2. Régimen contributivo | 408.4 | 0 | 19.2 | 0 | 0 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 133.9 | 0 | 0 | 0 | 6.3 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 133.9 | 0 | 0 | 0 | 6.3 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 99.4 | 0 | 0 | 0 | 4.6 |
| 5. Otros pagadores | 84.6 | 0 | 3.97 | 0 | 0 |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **2127.9** | **65.9** | **23.17** | **0** | **10.9** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

La contratación del Régimen subsidiado de la ESE hospital San Vicente de Paúl de Apia es por la modalidad de capitación la cual se tiene con las EPSS CAFESALUD y ASMET SALUD y esta contratación representa el 65.9% del total contratado; con el régimen contributivo la modalidad es por evento con las EPSs COOMEVA, SOS, NUEVA EPS.

En otros pagadores se tiene contrato con COSMITET, BATALLON Y POLICIA NACIONAL mediante modalidad de evento.

Cuadro 36. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 203.3 | 408.4 | 101% | -11.6 |
| 2. Régimen Subsidiado | 1389.8 | 1401.6 | 1% | 10.5 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 133.9 | 133.9 | 0% | -25.0 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 133.9 | 133.9 | 0% | -25.0 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0% | 0 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 118.9 | 99.4 | -16% | -3.6 |
| 5. Otros Pagadores | 79.6 | 84.6 | 6% | |
| **Total venta de servicios de salud** | 1925.5 | 2127.9 | 11% | 5.7 |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.

Se presenta un incremento entre el 2011- 2012 del 101% en la contratación del Régimen Contributivo, debido a que para el 2012 se aumentaron el número de usuarios de cada EPS.

En el régimen subsidiado aumento solo el 1%.

El plan de intervenciones colectivas se presenta una disminución del 16%, en el 2011 fue de 118.9 millones y en el 2012 de 99.4 millones.

El indicador de tasa de crecimiento de producción por pagador se observa un comportamiento de disminución en el régimen subsidiado lo que no corresponde a una disminución en el monto de la contratación como si es el caso del plan de intervenciones colectivas y otros pagadores que disminuyó la producción dada la disminución en el monto del valor contratado.

Cuadro 37. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| SUBSIDIADO | CAFESALUD | SERVICIOS MEDICOS PY P | 51.04 | 5399 | 860 |
| SUBSIDIADO | ASMET SALUD | SERVICIOS MEDICOS PY P | 50.4985 | 3157 | 541.6 |

**Fuente:** ESE San Vicente de Paúl Apia 2012.

Como se observa en el cuadro anterior el mayor número de usuarios en el municipio de Apia están afiliados a Cafesalud con 5.399 usuarios capitados.

## Ingresos y Recaudos

Cuadro 38. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 363.0 | 343.4 | -5% | |
| 2. Régimen subsidiado | 1,386.4 | 1,430.5 | 3% | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **133.9** | **133.9** | 0% | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 133.9 | 133.9 | 0% | |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 118.8 | 99.4 | -16% | |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 182.1 | 181.6 | 0% | |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 15.0 | 120.5 | 702% | |
| **Total** | 2,199.2 | 2,309.3 | 5% | |
| Por venta de servicios | 2,184.2 | 2,188.8 | 0% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 244.7 | 368.7 | 51% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **Δ glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

Para el régimen contributivo se presenta una variación del -5%, el régimen subsidiado del 3% y en el Plan de intervenciones colectivas del -16%.

Se presenta una variación de 702% en otros ingresos no asociados a la venta de servicios debido a recursos captados por el Hospital producto de rendimientos financieros.

Los ingresos reconocidos por venta de servicios son muy similares entre las dos vigencias pues para el 2011 fueron de 2.184.2 millones y en el 2012 fueron de 2.188.8 millones.

Las cuentas por cobrar de las vigencias anteriores aumentaron en un 51% llegando en el 2012 a 368.7 millones.

Es de mencionar que la tasa de crecimiento de las glosas no estaba diligenciada en el instrumento SIHO consultado para tal fin.

Cuadro 39. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Recaudo | | | Δ Cart 60 -360 días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1.Régimen contributivo | 294.5 | 242.8 | -18% | 122.8 |
| 2.Régimen subsidiado | 1,303.8 | 1,310.6 | 1% | 26.8 |
| 3.Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | **133.9** | **133.9** | 0% | 0 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 133.9 | 133.9 | 0% | 0 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | 0 |
| 4.Plan de intervenciones colectivas | 106.0 | 57.3 | -46% | 0 |
| 5.Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 159.0 | 150.2 | -6% | 225.3 |
| 6.Otros ingresos no asociados a VSS | 15.0 | 118.2 | 687% | |
| **Total** | 2,012.3 | 2,013.0 | 0% | |
| Por venta de servicios | 1,997.3 | 1,894.8 | -5% | 80.5 |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 244.7 | 152.4 | -38% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos recaudados. **Δ Cartera 60 – 360 días**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de cartera entre 60 y 360 días. **Fuente:** Minsalud- SIHO - Formulario *Ingresos*.

Se presentó una disminución en el recaudo del 18% en el régimen contributivo, debido a que con las EPSs COOMEVA, SOS, NUEVA EPS se presentaron dificultades para el pago oportuno, debido al proceso de conciliación por aclaración de cartera y de glosas, es asi como se presenta un incremento en la cartera de 60 a 360 días.

En el recaudo por venta de servicios se pasa de 1.997.3 millones en el 2011 a 1.894.8 millones en el 2012, con una disminución del 5%

Las EPSs del Régimen contributivo al 31 de diciembre pasaron con una cartera de 108.1 millones, Régimen Subsidiado 157 millones, SOAT – ECAT 11.8 millones, otros deudores por venta de servicios de salud $31 millones, PIC 42 millones.

Cuadro 40. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 81% | 71% | -10% |
| 2. Régimen subsidiado | 94% | 92% | -2% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 100% | 100% | 0% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 100% | 100% | 0% |
| 3.2 Servicios No POS | - | - | - |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 89% | 58% | -32% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 87% | 83% | -5% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 98% | -2% |
| **Total** | 91% | 87% | -4% |
| Por venta de servicios | 91% | 87% | -5% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100% | 41% | -59% |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var:** Diferencia absoluta del porcentaje, 2011-2012. **Fuente:** Minsalud- SIHO.

El porcentaje de recaudos versus reconocimientos se reduce del 91 al 87%, debido principalmente a los ítems de régimen contributivo e intervenciones colectivas.

La ESE realizó gestión de cartera oficiándole a cada EPS sobre el estado de las mismas, pero aun con esta gestión se presenta variación negativa, se suscribieron actas de conciliación, pero las cuales para la fecha están pendientes de pago.

En el Plan de intervenciones colectivas se presenta una variación del -32 % debido a que los recursos girados por el Municipio los cuales se realizan a través del Banco Agrario no se reflejaron dentro de la vigencia, por motivos de cierre de fin de año.

Gastos comprometidos

Cuadro 41. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 523.0 | 538.0 | 3% |
| Servicios personales indirectos | 772.0 | 810.0 | 5% |
| Gastos generales | 353.0 | 344.0 | -3% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 315.0 | 311.0 | -1% |
| **Gastos variables (2)** | **1,963.0** | **2,003.0** | **2%** |
| Otros gastos (3) | 14.0 | 18.0 | **29%** |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **1,977.0** | **2,021.0** | **2%** |
| | | | |
| Cargos vacantes | 0 | 1 | - |
| Planta transitoria | - | - | - |
| Producción equivalente | 249,319 | 263,510 | 5.7 |
| CxP vigencias anteriores | 127.0 | - | -100% |

**(1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios. **(3) Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública. **(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

En los gastos comprometidos se puede observar un incremento del año 2012 con relación al 2011 en los gastos de personal y de servicios personales indirectos en un 3 y 5% respectivamente.

Cuadro 42. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 26% | 27% | 1% |
| Servicios personales indirectos | 39% | 40% | 1% |
| Gastos generales | 18% | 17% | -1% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 16% | 15% | -1% |
| **Gastos Variables (2)** | **99%** | **99%** | **0%** |
| Otros gastos **(3)** | 1% | 1% | 0% |
| Total gastos comprometidos (4) | 100% | 100% | 0% |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.



En la estructura de la composición del gasto no se presentaron variaciones significativas.

## Comportamiento en términos de eficiencia

Cuadro 43.Comportamiento gastos frente a producción y facturación

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | A | 523.3 | 538.2 | 2.8 |
| Total servicios personales indirectos | B | 771.8 | 809.8 | 4.9 |
| Gasto total de personal | C | 1,295.1 | 1,348.0 | 4.1 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | D | 1,974.3 | 2,021.2 | 2.4 |
| Total facturado por | E | 2,330.4 | 2,431.2 | 4.3 |
| Ingresos reconocidos por VSS | F | 2,184.2 | 2,188.8 | 0.2 |
| Ingresos recaudados por VSS | G | 1,997.3 | 1,894.8 | -5.1 |
| Producción equivalente (en UVR) | H | 249,319.2 | 263,510.4 | 5.7 |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 5,194.5 | 5,115.6 | -1.5 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 7,918.9 | 7,670.2 | -3.1 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 9,346.9 | 9,226.3 | -1.3 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida | l=f/h* 1.000.000 | 8,760.8 | 8,306.3 | -5.2 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 8,010.9 | 7,190.6 | -10.2 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | 841.9 | 636.1 | -24.4 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | 92.1 | -479.6 | -620.8 |

Al realizar la diferencia entre los ingresos recaudados por unidad producida y los gastos comprometidos por el funcionamiento y operación comercial por unidad

producida da -479.6 lo que significa que la ESE presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.



Análisis de equilibrio

Cuadro 44. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 2,184.2 | 2,188.8 | 0.21% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 1,648.0 | 1,692.0 | 2.67% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 315.0 | 311.0 | -1.27% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 1.11 | 1.09 | -1.99% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 1,997.3 | 1,894.8 | -5.13% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 1.02 | 0.95 | -7.15% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

Se observa que la variación para los períodos comparados es muy similar, en relación a los ingresos reconocidos por venta de servicios de salud, gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios, pero en donde se evidencia disminución es en los recaudos que disminuyeron en un 5.13%.

Cuadro 45. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | O | 244.7 | 152.4 | -37.71% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | P | 127.0 | 0.0 | -100.00% |
| **Diferencia** | **q=o-p** | **117.7** | **152.4** | **29.53%** |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

En el equilibrio presupuestal corriente menos diferencia vigencias anteriores se evidencia que la ESE para la vigencia del 2012 pasó sin cuentas por pagar.

## Situación de los pasivos

Cuadro 46 Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 < 1 año | 2011 > 1 año | Total | 2012 < 1 año | 2012 > 1 año | Total | Var 2011 Vs 2012 < 1 año | > 1 año | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | **86.2** | **-** | 86.2 | **72.4** | **-** | 72.4 | **-16.0** | **-** | -16.0 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | 86.2 | - | 86.2 | 72.4 | - | 72.4 | -16.0 | - | -16.0 |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *...Servicios Personales Indirectos* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | - | 11.2 | 11.2 | 4.9 | 11.2 | 16.1 | - | - | 44.1 |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | 21.3 | - | 21.3 | 44.7 | - | 44.7 | 109.6 | - | 109.6 |
| **Total Pasivos** | **107.5** | **11.2** | **118.7** | **122.0** | **11.2** | **133.2** | **13.5** | **-** | **12.2** |
| | - | - | | - | - | | | | |
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | 17.2 | - | 17.2 | 44.7 | - | 44.7 | 160.5 | - | 160.5 |
| Pasivos estimados | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

***Donde:***

**Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

Valor promedio mensual gasto comprometido 2012:

Servicios de personal: corresponde al gasto comprometido del personal de planta y personal indirecto (promedio mensual)

Servicios de personal excluyendo servicios personales indirecto: corresponde al gasto comprometido del personal de planta (promedio mensual)

Servicios Personales Indirectos: corresponde al gasto comprometido del personal indirecto (promedio mensual)

Cuentas por pagar (excluyendo aportes patronales y parafiscales): corresponde al gasto comprometido de Gastos Generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual)

Gasto: corresponde a la suma del gasto de personal, Gastos generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual).

En cuanto al comportamiento de los pasivos, los servicios personales incluyendo aportes patronales y parafiscales se presenta una variación entre las vigencias 2011-2012 de 13.8 millones de pesos equivalente a una disminución de un 16%, correspondientes a prestaciones sociales de una funcionaria que se pensionó que es el único cargo vacante a la fecha.

En otras cuentas por pagar se presenta pasivos mayor a 360 días por valor de $11.2 millones que corresponden al registro de pasivos por concepto de aportes patronales los cuales se encuentran en proceso de depuración de acuerdo a la ley 154 de 2013 y menor a 360 días de 4.9 millones, los cuales se deben a actas de conciliación.

En ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) en el 2011 corresponden a 17.2 millones y para el 2012 a 44.7 millones.

Luego del análisis de los pasivos se concluye que del total de pasivos $133.1 millones se encuentran totalmente apalancados con efectivo, cartera menor a un año y recursos entregados en administración.

Situación de la cartera

Cuadro 47. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

(En millones de pesos corrientes)

| Concepto | 2011 | | 2012 | | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valor | %Part | Valor | %Part | |
| **Régimen Contributivo** | **69.0** | **31.5** | **107.0** | **18.7** | **55.1** |
| ...menor a 60 días | 30.0 | - | 20.0 | - | -33.3 |
| ...de 61 a 360 días | 36.0 | - | 80.0 | - | 122.2 |
| ...mayor a 360 días | 3.0 | - | 7.0 | - | 133.3 |
| **Régimen Subsidiado** | **103.0** | **47.0** | **157.0** | **27.4** | **52.4** |
| ...menor a 60 días | 12.0 | - | 35.0 | - | 191.7 |
| ...de 61 a 360 días | 67.0 | - | 85.0 | - | 26.9 |
| ...mayor a 360 días | 24.0 | - | 37.0 | - | 54.2 |
| **SOAT – ECAT** | **4.0** | **1.8** | **13.0** | **2.3** | **225.0** |
| ...menor a 60 días | 1.0 | - | 1.0 | - | - |
| ...de 61 a 360 días | 2.0 | - | 8.0 | - | 300.0 |
| ...mayor a 360 días | 1.0 | - | 4.0 | - | 300.0 |
| **PPNA Departamental** | **-** | **-** | **216.0** | **37.8** | **-** |
| ...menor a 60 días | | - | 216.0 | - | - |
| ...de 61 a 360 días | | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 días | | - | - | - | - |
| **PPNA Distrital Municipal** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| ...menor a 60 días | | - | | - | - |
| ...de 61 a 360 días | | - | | - | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ...mayor a 360 días | | - | | - | - |
| **Otros Deudores VSS** | **43.0** | **19.6** | **79.0** | **13.8** | **83.7** |
| ...menor a 60 días | 20.0 | - | 26.0 | - | 30.0 |
| ...de 61 a 360 días | 12.0 | - | 40.0 | - | 233.3 |
| ...mayor a 360 días | 11.0 | - | 13.0 | - | 18.2 |
| **Otros Deudores Concepto Diferente VSS** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| ...menor a 60 días | | - | | - | - |
| ...de 61 a 360 días | | - | | - | - |
| ...mayor a 360 días | | - | | - | - |
| **Total** | **219.0** | **-** | **572.0** | **-** | **161.2** |
| ...menor a 60 días | 63.0 | - | 298.0 | - | 373.0 |
| ...de 61 a 360 días | 117.0 | - | 213.0 | - | 82.1 |
| ...mayor a 360 días | 39.0 | - | 61.0 | - | 56.4 |

**Cartera pendiente de reconocer**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total cartera reconocida | 219.0 | 572.0 | 161.2 |
| Cartera pendiente de reconocer | 35.0 | 30.0 | -14.3 |

**Participación de la glosa en la cartera reconocida**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glosa inicial | 12.0 | 2.0 | -83.3 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 5% | 0% | -93.6 |

Se presenta un incremento en la cartera entre el 2011 y el 2012 del 161.2%, teniendo en cuenta que los recursos por 216 millones correspondientes a los excedentes de facturación los cuales fueron reconocidos en diciembre de 2012, no fueron recaudos en la misma vigencia por motivos de cierre de fin de año del Banco Agrario.

En el régimen contributivo la cartera pasa de 69 millones en el 2011 a 107 millones en el 2012., debido al retraso en los pagos de las diferentes EPSs causado por los procesos de conciliación, aclaración de facturación y glosas.

El régimen subsidiado pasa de 103 millones en el 2011 a 157 millones al 2012, esta situación se da debido a los procesos de liquidación de contratos, se presenta variación de la cartera mayor a 360 días en un 54.2%.

Del total de la cartera el 52% es cartera menor a 60 días, la cartera mayor a 360 días equivale a un 10.7%.

La ESE continúa realizando las respectivas acciones de cobro de cartera.



Con la metodología actual del Ministerio de Salud y protección Social el hospital San Vicente de Paúl de Apía pasa sin riesgo en la Vigencia 2012.

## ESE HOSPITAL CRISTO REY- MUNICIPIO DE BALBOA

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 48. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % Capitación | % evento | % paquetes | % otras Formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 696.0 | 56.6 | 0.1 | 0% | 0% |
| 2. Régimen contributivo | 186.3 | | 15.2 | 0% | 0% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 94.2 | 7.7 | | 0% | 0% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 94.2 | 7.7 | | 0% | % |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0 | | 0% | 0% |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 208.5 | | | 0% | 17 |
| 5. Otros pagadores | 41.8 | 0 | 3.4 | 0% | 0% |
| **Total Ventas de servicios de salud** | 1226.7 | 64.3 | 18.7 | 0 | 17 |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

Como se observa en el cuadro anterior la ESE hospital Cristo Rey de Balboa, para lo servicios prestados al Régimen subsidiado y a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda el mecanismo de pago es la capitación y en el caso de Régimen contributivo y otros pagadores es por evento y mediante otras formas de pago esta lo contratado para el plan de intervenciones colectivas.

Cuadro 49. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 122.9 | 186.3 | 52% | -9.4 |
| 2. Régimen Subsidiado | 749.7 | 696.0 | -7% | -20.7 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 80.6 | 94.2 | 17% | -53.7 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 80.6 | 94.2 | 17% | -53.7 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0% | - |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 181.2 | 208.5 | 15% | -25.6 |
| 5. Otros Pagadores | 59.7 | 41.8 | -30% | |
| **Total venta de servicios de salud** | 1194.1 | 1226.7 | 3% | -22.1 |

Var %: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. ΔY%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. Fuente: Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario Contratación.

Se observa que el monto de contratación del régimen contributivo se incrementó con relación al año 2011 mientras que en el caso de la contratación del régimen subsidiado disminuyó, en el caso de la contratación para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y el plan de intervenciones colectivas tuvieron un incremento, mientras que la contratación con otros pagadores disminuyo en un 30%, para todos los casos se presentó una disminución en la tasa de producción por pagador.

La disminución en el régimen subsidiado en la vigencia 2012 se debió al ajuste de los afiliados, de acuerdo a la base de datos del BDUA.

Se puede observar un incremento en el total de venta por prestación de servicios del 3% ya que en algunos regímenes como el contributivo, población pobre, Salud Pública aumentó la contratación la cual se debe a evento contratado, a continuación se relaciona aumento significativo con algunas entidades:

**Contributivo**

| **Entidad** | **2011** | **2012** |
|---|---|---|
| Nueva EPS | $25.620.235 | $37.514.010 |
| Coomeva | $76.386.867 | $82.305.755 |
| SOS | $6.977.659 | $10.266.978 |

| **Población Pobre** | **2011** | **2012** |
|---|---|---|
| **SSF** | $67.664.436 | $70.188.316 |
| **CSF** | $10.000.000 | $24.000.000 |

En lo que respecta a Plan de intervenciones Salud pública hubo mayor contratación para la vigencia 2012 la cual se realizó contrato por actividades.

Cuadro 50. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| CAFESALUD | MINISTERIO SALUD Y PROTECCION SOCIAL | SERVICIOS PRIMER NIVEL ATENCIÓN | 51% | 2182 | 315,341,082 |
| ASMETSALUD | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL | SERVICIOS PRIMER NIVEL ATENCIÓN | 51% | 2271 | 380,628,480 |

**Fuente:** ESE HOSPITAL CRISTO REY BALBOA

Con relación a los contratos por el mecanismo de pago por capitación se cuenta como pagadores mediante esta modalidad Cafesalud y Asmetsalud con los cuales se contrató la atención a la población del régimen subsidiado en el primer nivel de complejidad, el porcentaje de la unidad de pago por capitación UPC es de un 51%, el número de usuarios capitados corresponde a 2182 con cafesalud y 2271 con Asmetsalud y el valor total contratado con estos dos pagadores fue de $ 695.969.562.

Ingresos y Recaudos

Cuadro 51. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 114,1 | 134,3 | 18% | |
| 2. Régimen subsidiado | 737,0 | 759,5 | 3% | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **80,6** | **94,2** | 17% | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 80,6 | 94,2 | 17% | |
| 3.2 Servicios No POS | 0,0 | 0,0 | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 181,2 | 208,5 | 15% | |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 71,1 | 44,9 | -37% | |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 32,6 | 13,0 | -60% | |
| **Total** | **1.216,5** | **1.254,3** | **3%** | |
| Por venta de servicios | 1.183,9 | 1.241,4 | 5% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 68,9 | 181,2 | 163% | |

Su variación en los regímenes es positiva, en lo que respecta a otros ingresos por venta de servicios a otros pagadores y otros ingresos no asociados a la venta de servicios disminuyeron de manera significativa en un 37 y 60 % respectivamente, al indagar por las causas se puede concluir que para la vigencia 2011, se dieron recursos por parte del Municipio para contratar programas de atención de estilos de vida saludable y compra de equipos biomédicos por un valor de $49.000.000 que no se garantizaron para la vigencia 2012.

Con respecto a cuentas por cobrar de otras vigencias su recuperación fue difícil ya que en el régimen contributivo la cartera con la Nueva EPS se dificultó a pesar de los comunicados por parte de la gerencia y la suspensión de servicios.

Cuadro 52. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Recaudo | | | Δ Cart 60 -360 días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1.Régimen contributivo | 88,5 | 84,5 | -4% | 122.2 |
| 2.Régimen subsidiado | 677,3 | 719,5 | 6% | -80.6 |
| 3.Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | **80,6** | **80,2** | 0% | - |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 80,6 | 80,2 | 0% | - |
| 3.2 Servicios No POS | 0,0 | 0,0 | | - |
| 4.Plan de intervenciones colectivas | 170,8 | 196,5 | 15% | 107.1 |
| 5.Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 63,8 | 31,6 | -50% | |
| 6.Otros ingresos no asociados a VSS | 32,6 | 13,0 | -60% | |
| **Total** | **1.113,5** | **1.125,3** | **1%** | **-22.5** |
| Por venta de servicios | 1.080,9 | 1.112,3 | 3% | -22.9 |

El porcentaje de recaudo aumenta en la vigencia 2012 en un 3% con relación al 2011, se considera que es bajo ya que la ESE realizó continuos comunicados y la suspensión de servicios de algunas entidades, pero a pesar de las acciones efectuadas no logró el pago oportuno, adicionalmente se observa que el recaudo por parte de la venta al municipio por atención a la población pobre no asegurada, se hizo efectivo el 1 de Enero de 2013 afectando considerablemente este indicador en la vigencia 2012.

Cuadro 53. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 78% | 63% | -15% |
| 2. Régimen subsidiado | 92% | 95% | 3% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 100% | 85% | -15% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 100% | 85% | -15% |
| 3.2 Servicios No POS | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 94% | 94% | 0% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 90% | 70% | -20% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 100% | 0% |
| **Total** | **92%** | **90%** | **-2%** |
| Por venta de servicios | 91% | 90% | 1% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100% | 100% | 0% |

El porcentaje de recaudos versus reconocimientos por venta de servicios se reduce del 91 al 90%, debido principalmente a los ítems de régimen contributivo y población pobre en lo no cubierto con subsidios a demanda.



Gastos comprometidos

Cuadro 54. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 331,0 | 328,0 | -1% |
| Servicios personales indirectos | 439,0 | 450,0 | 3% |
| Gastos generales | 261,0 | 239,0 | -8% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 191,0 | 186,0 | -3% |
| **Gastos variables (2)** | **1.222,0** | **1.203,0** | **-2%** |
| Otros gastos (3) | 12,0 | 12,0 | **0%** |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **1.234,0** | **1.215,0** | **-2%** |
| CxP vigencias anteriores | 14,0 | 70,0 | 400% |

Si bien se puede observar disminución en gasto personal de planta debido a que en la vigencia 2012 para llevar la elección de gerencia por concurso de méritos se tuvo por encargo al médico coordinador por un tiempo de mes y medio. Para los servicios personales indirectos se incrementa por la contratación del personal asistencial que se realizó con una empresa de servicios temporales a partir del mes junio lo que ha incrementado los costos.

Para los demás ítem éstos han disminuido debido a la política de austeridad en el gasto que ha tomado la gerencia, cabe aclarar que la austeridad no implica que se haya dejado de hacer actividades para el normal funcionamiento de la ESE.

Con respecto a las cuentas por pagar de vigencias anteriores se observa un incremento entre 2011 y 2012 pasando de 14 a 70 millones.

Cuadro 55. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 27% | 27% | 0% |
| Servicios personales indirectos | 36% | 37% | 1% |
| Gastos generales | 21% | 20% | -1% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 15% | 15% | 0% |
| **Gastos Variables (2)** | 99% | 99% | 0% |
| Otros gastos **(3)** | 1% | 1% | 0% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | 100% | 100% | 0% |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

La composición del gasto para los dos vigencias presentan un comportamiento igual excepto por los servicios personales indirectos que aumentan en 1% con relación al porcentaje de gasto total y los gastos generales que disminuyeron en un 1%.

Comportamiento en términos de eficiencia

Cuadro 56. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | a | 331.1 | 327.7 | -1.0 |
| Total servicios personales indirectos | b | 438.8 | 449.5 | 2.4 |
| Gasto total de personal | c | 769.9 | 777.2 | 1.0 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | d | 1,233.5 | 1,214.6 | -1.5 |
| Total facturado por VSS | e | 1,290.8 | 1,390.5 | 7.7 |
| Ingresos reconocidos por VSS | f | 1,183.9 | 1,241.4 | 4.9 |
| Ingresos recaudados por VSS | g | 1,080.9 | 1,112.3 | 2.9 |
| Producción equivalente (en UVR) | h | 156,261.4 | 121,754.5 | -22.1 |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad | i=c/h* 1.000.000 | 4,926.7 | 6,383.5 | 29.6 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 7,893.6 | 9,976.0 | 26.4 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 8,260.3 | 11,420.1 | 38.3 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida) | l=f/h* 1.000.000 | 7,576.5 | 10,195.7 | 34.6 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 6,917.3 | 9,135.7 | 32.1 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | -317.1 | 219.7 | -169.3 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | -976.3 | -840.4 | -13.9 |

Al realizar la diferencia entre los ingresos recaudados por unidad producida y los gastos comprometidos por el funcionamiento y operación comercial por unidad producida da -840.4 lo que significa que la ESE hospital Cristo Rey de Balboa presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.

Análisis de equilibrio

Cuadro 57. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 1,183.9 | 1,241.4 | 4.85% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 1,031.0 | 1,017.0 | -1.36% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 191.0 | 186.0 | -2.62% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 0.97 | 1.03 | 6.31% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 1,080.9 | 1,112.3 | 2.90% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 0.88 | 0.92 | 4.01% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

Como se puede observar la ESE Hospital para la vigencia 2012 mejoró sus indicadores con relación al 2011, no obstante, si bien muestra equilibrio corriente con ingresos reconocidos no podemos decir lo mismo con ingresos recaudados donde el indicador está por debajo del 1.

Cuadro 58. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | O | 68.9 | 181.2 | 162.85% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | P | 14.0 | 70.0 | 400.00% |
| Diferencia | q=o-p | 54.9 | 111.2 | 102.40% |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

A pesar que la ESE tiene un presupuesto pequeño, en la vigencia 2012 se obtuvo equilibrio presupuestal con ingresos reconocidos, pero cualquier situación de riesgo lo podría convertir en un equilibro frágil por mínima que sea la cuantía.

Situación de los pasivos



Cuadro 59. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública
(En millones de pesos corrientes)

| Concepto | 2011 | | | 2012 | | | Var | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total |
| Servicios personales | 32.0 | - | 32.0 | 30.1 | - | 30.1 | -6.0 | - | -6.0 |
| *…Nómina* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Cesantías, prestaciones sociales, pensiones y prestaciones económicas por pagar* | 32.0 | - | 32.0 | 30.1 | - | 30.1 | -6.0 | - | -6.0 |
| *…Otras deudas laborales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Servicios personales indirectos* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Cuentas por pagar | 67.1 | - | 67.1 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| *…Proveedores y servicios públicos* | 67.1 | - | 67.1 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| *…Aportes patronales y parafiscales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otras cuentas por pagar* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Anticipos | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Demás pasivos | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otros ingresos recibidos por anticipado* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Operaciones de financiamiento e instrumentos derivados* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Bonos pensionales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otros pasivos* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **SUBTOTAL PASIVOS** | 99.1 | - | 99.1 | 30.1 | - | 30.1 | -69.7 | - | -69.7 |
| Recaudos por clasificar | 0.5 | - | 0.5 | 1.0 | - | 1.0 | 82.9 | - | 82.9 |
| Ventas por cuenta de terceros | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Cobro cartera de terceros | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Otros recaudos a favor de terceros | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pasivos estimados | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Provisión para contingencias* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otras provisiones* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **TOTAL PASIVOS** | 99.7 | - | 99.7 | 31.0 | - | 31.0 | -68.8 | - | -68.8 |

El pasivo total disminuye en un 68.8% quedando $31 millones solamente de los cuales corresponden 30.1 millones a cesantías, prestaciones sociales, pensiones y prestaciones económicas por pagar.

Situación de la cartera



Cuadro 60. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

| Concepto | 2011 Valor | 2011 %Part | 2012 Valor | 2012 %Part | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 33.3 | 25.8 | 59.6 | 34.3 | 79.0 |
| ...menor a 60 días | 6.9 | 5.3 | 10.2 | 5.9 | 48.4 |
| ...de 61 a 360 días | 17.8 | 13.8 | 39.6 | 22.8 | 122.2 |
| ...mayor a 360 días | 8.6 | 6.7 | 9.8 | 5.6 | 13.9 |
| Régimen Subsidiado | 72.9 | 56.4 | 78.3 | 45.1 | 7.3 |
| ...menor a 60 días | 1.8 | 1.4 | 29.2 | 16.8 | 1,510.4 |
| ...de 61 a 360 días | 55.7 | 43.1 | 10.8 | 6.2 | -80.6 |
| ...mayor a 360 días | 15.4 | 11.9 | 38.3 | 22.1 | 148.9 |
| SOAT – ECAT | 5.3 | 4.1 | 11.3 | 6.5 | 111.9 |
| ...menor a 60 días | 0.5 | 0.4 | 1.3 | 0.8 | 186.7 |
| ...de 61 a 360 días | 3.1 | 2.4 | 6.4 | 3.7 | 105.1 |
| ...mayor a 360 días | 1.7 | 1.3 | 3.5 | 2.0 | 104.3 |
| PPNA Departamental | - | - | - | - | - |
| ...menor a 60 días | - | - | - | - | - |
| ...de 61 a 360 días | - | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 días | - | - | - | - | - |
| PPNA Distrital Municipal | - | - | - | - | - |
| ...menor a 60 días | - | - | - | - | - |
| ...de 61 a 360 días | - | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 días | - | - | - | - | - |
| Otros Deudores VSS | 17.4 | 13.5 | 24.1 | 13.9 | 38.7 |
| ...menor a 60 días | 12.4 | 9.6 | 14.0 | 8.1 | 12.5 |
| ...de 61 a 360 días | 1.7 | 1.3 | 3.6 | 2.1 | 110.7 |
| ...mayor a 360 días | 3.2 | 2.5 | 6.5 | 3.8 | 100.8 |
| Otros Deudores Concepto Diferente VSS | 0.3 | 0.2 | 0.3 | 0.2 | - |
| ...menor a 60 días | - | - | - | - | - |
| ...de 61 a 360 días | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 0.2 | 2,554.4 |
| ...mayor a 360 días | 0.3 | 0.2 | - | - | -100.0 |
| Total por cobrar con facturación radicada | 129.2 | 100.0 | 173.5 | 100.0 | 34.3 |
| ...menor a 60 días | 21.6 | 16.7 | 54.7 | 31.5 | 153.5 |
| ...de 61 a 360 días | 78.4 | 60.7 | 60.7 | 35.0 | -22.5 |
| ...mayor a 360 días | 29.2 | 22.6 | 58.1 | 33.5 | 98.8 |
| Total cartera radicada | 129.2 | 91.6 | 173.5 | 87.5 | 34.3 |
| Cartera pendiente de radicar | 11.9 | 8.4 | 24.9 | 12.5 | 108.7 |
| Glosa inicial | 18.4 | 14.2 | 17.6 | 10.1 | -4.4 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 14.2 | 11.0 | 10.1 | 5.8 | -28.8 |

La cartera mayor a 360 días es el 33.5% y la de 61 a 360 días equivale a un 35% se puede observar que la cartera mayor a 360 días aumento 99% con relación a 2011.

## Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 61. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % capitación | % evento | % Paquetes | % otras formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 3200.0 | 75.6 | 2.6 | 0 | 0 |
| 2. Régimen contributivo | 325.0 | 0 | 7.9 | 0 | 0 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 163.0 | 0 | 0 | 0 | **4** |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 163.0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 205.6 | 0 | | 0 | 5.2 |
| 5. Otros pagadores | 195.0 | 0 | 4.7 | 0 | 0 |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **4088.7** | **75.6** | **15.2** | **0** | **9.2** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO

La contratación con el régimen subsidiado, se constituye como la fuente más representativa de los ingresos, equivale a un 78.2% y su contratación es por capitación en su gran mayoría solo un 2.6 por modalidad de evento y un 9.2% se considera otra forma de contratación donde se incluye el plan de intervenciones colectivas y la atención a la población pobre no asegurada en la cual se debe atender a toda la población no asegurada con un valor asignado sin situación de fondos y que según refiere la ESE resulta mínimo para las necesidades de la misma.

Cuadro 62. Montos contratación por grupos responsables de pago

(En millones de pesos constantes 2012)

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 414.9 | 325.0 | -22% | -11% |
| 2. Régimen Subsidiado | 3475.0 | 3200.0 | -8% | 7% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 204.1 | 163.0 | -20% | -22% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 204.1 | 163.0 | -20% | -22% |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0% | 0 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 231.2 | 205.6 | -11% | 32% |
| 5. Otros Pagadores | 129.7 | 195.0 | 50% | 3% |
| **Total venta de servicios de salud** | **4454.8** | **4088.7** | **-8%** | |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.

Se observa en el régimen subsidiado, una disminución del 8% en el monto contratado, esto obedeció al hecho que existe lista de elegibles que no fue posible ubicar por parte de la Dirección Local de Salud para lograr su afiliación al régimen subsidiado, lo contrario paso con este régimen en la tasa de crecimiento de la producción pues al bajar la contratación se esperaba que disminuyera la producción y esta por el contrario aumento en un 7 %.

En el caso del régimen contributivo también disminuyo el monto contratado en un 22%, esto obedeció a que las EPS no contratan servicios complementarios que tiene la E.S.E. que son solicitados por los usuarios.

En el caso contratación para la población pobre no asegurada y el plan de intervenciones colectivas también disminuyo lo que indica en el caso del PIC que la entidad territorial contrato por actividades desarrolladas, y en el caso de la PPNA la ESE aduce que no se le cancelan por parte del ente territorial la totalidad de servicios prestados a la población pobre no asegurada del municipio de Belén de Umbría.

Cuadro 63. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| SUBSIDIADO | ASMET SALUD | SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD | 50.46% | 12,384 | 2,264,145 |
| SUBSIDIADO | CAFESALUD | SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD | 51.19% | 5,533 | 935,747 |

Fuente: E.S.E. Hospital San José

Dado que el mayor porcentaje de contratación se evidencia en la venta de servicios al régimen subsidiado y a través de los mecanismos de cápita, siendo la EPS subsidiada Asmetsalud la concentra el mayor número de usuarios con 12.384 y para el caso de Cafesalud son 5533 afiliados, no obstante se refleja en esta ESE una negociación poco favorable que ha ocasionado una disminución significativa en el valor de la UPC histórica con la cual se venía contratando, se pasó a un 50.6 % de

la UPC vigente, en el caso de ASMET SALUD, EPS´S, con la cual se posee el mayor número de afiliados y un 51.19% en el caso de Cafesalud.

Ingresos y Recaudos

Cuadro 64. Comportamiento de Ingresos Reconocidos

(En millones de pesos constantes 2012)

| Pagador | Ejecución | | | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 495.1 | 399.1 | -19% | -57% |
| 2. Régimen subsidiado | 3,062.3 | 3,260.3 | 6% | 67% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **204.1** | **163.0** | -20% | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 204.1 | 163.0 | -20% | |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 244.6 | 205.6 | -16% | |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 298.5 | 348.3 | 17% | 20% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 68.1 | 9.2 | -86% | |
| **Total** | 4,372.7 | 4,385.6 | 0.2% | |
| Por venta de servicios | 4,304.6 | 4,376.3 | 2% | -10% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 296.0 | 708.5 | 139% | 0 |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **Δ glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE.
**Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

El total de ingresos reconocidos en la vigencia del 2012 mantienen su nivel con respecto al 2011, las cuentas por cobrar vigencias anteriores subieron el 139%, en razón a que se dejó reconocido excedentes de facturación de atención a la población pobre no asegurada por valor de $470 millones, esto ocasionó el incremento de la cartera.

Se observa que la ESE perdió mercado en el régimen contributivo, se reduce el reconocimiento en un 19%, en el régimen subsidiado se aumentó el reconocimiento en un 6% pero lamentablemente según la información reportada por la ESE hubo un incremento en las glosas del 2012 con respecto al 20111 de 67%.



Cuadro 65. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Recaudo | | | Δ Cart 60 - 360 días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1.Régimen contributivo | 328.3 | 187.6 | -43% | 28% |
| 2.Régimen subsidiado | 2,881.1 | 2,829.9 | -2% | 140% |
| 3.Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | **204.1** | **163.0** | -20% | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 204.1 | 163.0 | -20% | |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | |
| 4.Plan de intervenciones colectivas | 244.6 | 175.6 | -28% | |
| 5.Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 211.4 | 223.0 | 5% | 46% |
| 6.Otros ingresos no asociados a VSS | 68.1 | 9.2 | -86% | |
| **Total** | **3,937.6** | **3,588.4** | **-9%** | **86%** |
| Por venta de servicios | 3,869.5 | 3,579.2 | -8% | -290 |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 296.0 | 238.4 | -19% | -58 |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos recaudados. **Δ Cartera 60 – 360 días**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de cartera entre 60 y 360 días.
**Fuente:** Minsalud- SIHO - Formulario *Ingresos*.

El recaudo se vio afectado con una disminución del 9% en total, tal como se observa en el cuadro anterior, todos los ítems a excepción de otras ventas de servicios a otros pagadores muestran disminución. La cartera del régimen contributivo es la que más se ve afectada con disminución del 43% en su recaudo, no obstante también preocupa que el régimen subsidiado origino un incremento del 140% en la cartera de 60 a 360 días de la ESE con relación al 2011.

Cuadro 66. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 66% | 47% | -19% |
| 2. Régimen subsidiado | 94% | 87% | -7% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 100% | 100% | 0% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 100% | 100% | 0% |
| 3.2 Servicios No POS | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 100% | 85% | -15% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 71% | 64% | -7% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 100% | 0% |
| **Total** | **90%** | **82%** | **-8%** |
| Por venta de servicios | 90% | 82% | 8% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100% | 34% | 66% |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var:** Diferencia absoluta del porcentaje, 2011-2012. **Fuente:** Minsalud- SIHO.

El porcentaje de recaudos versus reconocimientos por venta de servicios se reduce del 90 al 82%, debido principalmente a los ítems de régimen contributivo y régimen subsidiado y plan de intervenciones colectivas.

## Gastos comprometidos

Cuadro 67. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 684.0 | 650.0 | -5% |
| Servicios personales indirectos | 1,826.0 | 1,989.0 | 9% |
| Gastos generales | 683.0 | 695.0 | 2% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 943.0 | 874.0 | -7% |
| **Gastos variables (2)** | **4,136.0** | **4,208.0** | **2%** |
| Otros gastos (3) | 32.0 | 25.0 | **-22%** |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **4,168.0** | **4,233.0** | **2%** |
| CxP vigencias anteriores | 610.0 | 598.0 | -2% |

**(1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios. **(3) Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública. **(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.



Cuadro 68. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 16% | 15% | -1% |
| Servicios personales indirectos | 44% | 47% | 3% |
| Gastos generales | 16% | 16% | 0% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 23% | 21% | -2% |
| **Gastos Variables (2)** | 99% | 99% | 0% |
| Otros gastos **(3)** | 1% | 1% | 0% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **100%** | **100%** | **0%** |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada.
**Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

En términos generales los gastos tuvieron un incremento del 2% con respecto a la vigencia anterior, por cada uno de los componentes del gasto se observa que: Los gastos de personal de planta disminuyeron en un 5%, debido a que durante la vigencia estuvo por espacio de cuatro meses una vacante de Médico General. Los servicios personales indirectos tuvieron un incremento del 9%, debido a que hubo una modificación en las condiciones de contratación del personal. Los gastos generales aumentaron en un 2%, representado básicamente en mejoramiento de condiciones de habilitación. Los gastos de operación comercial, disminuyeron en un 7%, lo que impacto fue la forma de contratación con Coodesuris que se realizó a través de cápita para los medicamentos ambulatorios.

Los gastos más representativos de la E.S.E., lo componen los servicios personales indirectos y en su orden los gastos de operación comercial.

Comportamiento en términos de eficiencia

Cuadro 69. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | a | 684.3 | 650.4 | -5.0 |
| Total servicios personales indirectos | b | 1,825.9 | 1,988.7 | 8.9 |
| Gasto total de personal | c | 2,510.2 | 2,639.1 | 5.1 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | d | 4,145.6 | 4,218.6 | 1.8 |
| Total facturado por VSS | e | 4,908.2 | 4,672.0 | -4.8 |
| Ingresos reconocidos por VSS | f | 4,304.6 | 4,376.3 | 1.7 |
| Ingresos recaudados por VSS | g | 3,869.5 | 3,579.2 | -7.5 |
| **Producción equivalente (en UVR)** | **h** | **392,409.9** | **414,397.9** | **5.6** |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 6,397.0 | 6,368.6 | -0.4 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 10,564.4 | 10,180.0 | -3.6 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 12,507.8 | 11,274.2 | -9.9 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida | l=f/h* 1.000.000 | 10,969.6 | 10,560.7 | -3.7 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 9,861.0 | 8,637.0 | -12.4 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | 405.2 | 380.8 | -6.0 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | -703.5 | -1,542.9 | 119.3 |

Total contratación con terceros corresponde al valor de la externalización de servicios de ESE. **Var%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada

La producción total equivalente se incrementó frente al año 2011 en un 6%, sin producirse cambios significativos en los gastos, es decir la E.S.E. mantuvo su nivel de gastos y mejoró la producción. Pero al realizar la diferencia entre los ingresos recaudados por unidad producida y los gastos comprometidos por el funcionamiento y operación comercial por unidad producida da -1.542.9 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.

Análisis de equilibrio



Cuadro 70. Equilibrio Presupuestal Corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 4,304.6 | 4,376.3 | 1.67% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 3,193.0 | 3,334.0 | 4.42% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 943.0 | 874.0 | -7.32% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 1.04 | 1.04 | -0.08% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 3,869.5 | 3,579.2 | -7.50% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 0.94 | 0.85 | -8.50% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

Desde el punto de vista de la operación corriente, el indicador de reconocimiento la E.S.E. cumple las expectativas, sin embargo desde el punto de vista del recaudo, el indicador bajo de manera significativa pasando de 0.94 en el 2011 a 0.85 en el 2012, lo que evidencia las dificultades del recaudo en dicha vigencia.

Cuadro 71. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | O | 296.0 | 238.4 | -19.46% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | P | 610.0 | 598.0 | -1.97% |
| Diferencia | q=o-p | -314.0 | -359.6 | 14.53% |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

El equilibrio presupuestal con recaudos con vigencias anteriores también desmejora pues la diferencia entre cuentas por cobrar y cuentas por pagar de vigencias anteriores es mayor para el 2012.

## Situación de los pasivos

Cuadro 72. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

(En millones de pesos corrientes)

| Concepto | 2011 < 1 año | 2011 > 1 año | Total | 2012 < 1 año | 2012 > 1 año | Total | Var 2011 Vs 2012 < 1 año | > 1 año | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | **543.3** | **-** | 543.3 | **831.6** | **-** | 831.6 | **53.1** | **-** | 53.1 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | 232.8 | - | 232.8 | 137.6 | - | 137.6 | -40.9 | - | -40.9 |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *...Servicios Personales Indirectos* | 310.5 | - | 310.5 | 694.0 | - | 694.0 | 123.5 | - | 123.5 |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | 288.8 | - | 288.8 | 367.7 | - | 367.7 | 27.3 | - | 27.3 |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | 34.3 | - | 34.3 | 34.3 | - | 34.3 | -0.0 | - | -0.0 |
| **Total Pasivos** | 866.4 | - | 866.4 | 1,233.5 | - | 1,233.5 | 42.4 | - | 42.4 |
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pasivos estimados | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

Los pasivos con respecto a la vigencia 2011 se incrementaron en el 2012 en un 42.4%, básicamente por la deuda de servicios personales indirectos, que si bien, con el personal vinculado a través de cooperativa los salarios se encontraban al día, la deuda era con la empresa contratista.

Situación de la cartera

Cuadro 73. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

| Concepto | 2011 Valor | 2011 %Part | 2012 Valor | 2012 %Part | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 163,516,477.0 | 31.6 | 213,963,423.0 | 14.8 | 30.9 |
| ...menor a 60 días | 29,914,950.0 | 5.8 | 103,425,128.0 | 7.1 | 245.7 |
| ...de 61 a 360 días | 130,849,595.0 | 25.3 | 108,079,544.0 | 7.5 | -17.4 |
| ...mayor a 360 días | 2,751,932.0 | 0.5 | 2,458,751.0 | 0.2 | -10.7 |
| Régimen Subsidiado | 190,427,895.0 | 36.8 | 496,951,407.0 | 34.3 | 161.0 |
| ...menor a 60 días | 12,177,619.0 | 2.4 | 270,363,491.0 | 18.7 | 2,120.2 |
| ...de 61 a 360 días | 162,501,115.0 | 31.4 | 159,988,964.0 | 11.0 | -1.5 |
| ...mayor a 360 días | 15,749,161.0 | 3.0 | 66,598,952.0 | 4.6 | 322.9 |
| SOAT – ECAT | 27,940,120.0 | 5.4 | 64,959,974.0 | 4.5 | 132.5 |
| ...menor a 60 días | 12,609,328.0 | 2.4 | 26,221,766.0 | 1.8 | 108.0 |
| ...de 61 a 360 días | 11,993,093.0 | 2.3 | 36,913,224.0 | 2.5 | 207.8 |
| ...mayor a 360 días | 3,337,699.0 | 0.6 | 1,824,984.0 | 0.1 | -45.3 |
| PPNA Distrital Municipal | - | - | 470,108,072.0 | 32.5 | - |
| ...menor a 60 días | | - | 470,108,072.0 | 32.5 | - |
| ...de 61 a 360 días | | - | | - | - |
| ...mayor a 360 días | | - | | - | - |
| Otros Deudores VSS | 133,387,332.0 | 25.8 | 202,327,537.0 | 14.0 | 51.7 |
| ...menor a 60 días | 13,545,470.0 | 2.6 | 60,071,132.0 | 4.1 | 343.5 |
| ...de 61 a 360 días | 45,816,264.0 | 8.9 | 32,113,180.0 | 2.2 | -29.9 |
| ...mayor a 360 días | 74,025,598.0 | 14.3 | 110,143,225.0 | 7.6 | 48.8 |
| Otros Deudores Concepto Diferente VSS | 2,093,722.0 | 0.4 | - | - | -100.0 |
| ...menor a 60 días | | - | | - | - |
| ...de 61 a 360 días | 2,093,722.0 | 0.4 | | - | -100.0 |
| ...mayor a 360 días | | - | | - | - |
| Total | 517,365,546.0 | 100.0 | 1,448,310,413.0 | 100.0 | 179.9 |
| ...menor a 60 días | 68,247,367.0 | 13.2 | 930,189,589.0 | 64.2 | 1,263.0 |
| ...de 61 a 360 días | 353,253,789.0 | 68.3 | 337,094,912.0 | 23.3 | -4.6 |
| ...mayor a 360 días | 95,864,390.0 | 18.5 | 181,025,912.0 | 12.5 | 88.8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total cartera reconocida | 509,946,435.0 | 1,443,191,375.0 | 183.0 |
| Cartera pendiente de reconocer | 7,419,111.0 | 5,119,038.0 | -31.0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glosa inicial | 25,009,150.0 | 16,122,292.0 | -35.5 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 1.4 | 1.3 | -9.7 |

La cartera de la E.S.E. tuvo un incremento considerable, atribuido al reconocimiento de los excedentes de facturación de la población pobre no asegurada a cargo del Municipio, representada en la cartera menor a 60 días. La

cartera pendiente por reconocer se sitúa en el 5% con respecto al total de la cartera y el nivel de glosas representa el 1.3%.



De acuerdo a la metodología aplicada por el Ministerio de Salud y protección Social esta ESE quedo categorizada como en Riesgo Alto.

## ESE HOSPITAL SALUD PEREIRA

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 74. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % capitación | % evento | % paquetes | % otras formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 20,380.3 | 80.86 | 0 | 0 | 0 |
| 2. Régimen contributivo | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 2.281.7 | 0 | 0 | 0 | 9.05 |
| 3.2 Servicios No POS | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 2,543.5 | 0 | 0 | 0 | 10.09 |
| 5. Otros pagadores | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **25,205.5** | **80.86** | **0** | **0** | **19.14** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

Los ingresos de la ESE Salud Pereira provienen básicamente de la contratación que se realiza con las EPS del régimen subsidiado, representando en un 80.86% en el 2012, seguido por los contratos suscritos con la Secretaria de Salud y Seguridad Social en Salud del Municipio de Pereira, para atención de población pobre no asegurada y para la realización de acciones colectivas en un equivalente a 19.14%.

Cuadro 75. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 53 | - | -100% | -15% |
| 2. Régimen Subsidiado | 21,243 | 20,380.3 | -4.1% | 8% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 2,351 | 2,281.7 | -2.9%% | 8% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 2,351 | 2,281.7 | -2.9% | 8% |
| 3.2 Servicios No POS | - | - | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 2,569 | 2,543.5 | -1% | -19% |
| 5. Otros Pagadores | 128 | - | -100% | -0.24 |
| **Total venta de servicios de salud** | **26,344** | **25,205.5** | **0%** | **0.3%** |

**Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.

Para el año 2012 no se realizó contratos con las EPS del régimen contributivo lo que si había sucedido en el 2011, en el régimen subsidiado el monto del contrato disminuyo en un 4.1%.

Cuadro 76. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| SUBSIDIADO | ASMETSALUD | 1 NIVEL | 48.38 | 70,529 | 10,526 |
| SUBSIDIADO | CAFESALUD | 1 NIVEL | 51.19 | 57,319 | 9,335 |
| SUBSIDIADO | CAPRECOM | 1 NIVEL | 59.3 | 8,586 | 520 |

**Fuente:** Institución pública prestadora de servicios de salud.

Con las EPS S Asmetsalud y Caprecom, se contrató la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad hasta el 31 de diciembre de 2012, los valores de UPC contratados son de 48.38% y 59.3%, respectivamente.

Con Cafesalud el contrato tuvo vigencia hasta el 31 de marzo 2013, con un valor de UPC del 51.19%, para la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad.

Las EPS S Cafesalud, Asmetsalud y Caprecom reportaron en bases de datos en promedio, durante el año 2012, un total de 57.319, 70.529 y 8.586 usuarios, respectivamente.



## Ingresos y Recaudos

### Cuadro 77. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 53 | 42 | -21% | 444% |
| 2. Régimen subsidiado | 21,533 | 23,991 | 11% | -97% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 2,316 | 3,402 | 47% | -94% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 2,316 | 3,402 | 47% | -94% |
| 3.2 Servicios No POS | - | - | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 2,554 | 2,508 | -2% | |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 498 | 340 | -32% | 105% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 836 | 1,828 | 119% | |
| **Total** | **27,790** | **32,111** | **16%** | |
| Por venta de servicios | 26,954 | 30,283 | 12% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 340 | 8,107 | 2284% | |

**Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

### Cuadro 78. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Recaudo | | | Δ Cart 60 -360 días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1.Régimen contributivo | 40 | 30 | -25% | 97% |
| 2.Régimen subsidiado | 20,738 | 19,998 | -4% | 191% |
| 3.Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | 2,250 | 3,386 | 50% | 0% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 2,250 | 3,386 | 50% | 8558% |
| 3.2 Servicios No POS | - | - | | 0% |
| 4.Plan de intervenciones colectivas | 2,502 | 2,275 | -9% | 0% |
| 5.Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 364 | 303 | -17% | -55% |
| 6.Otros ingresos no asociados a VSS | 836 | 1,828 | 119% | 0% |
| **Total** | **26,730** | **27,820** | **4%** | |
| Por venta de servicios | 25,894 | 25,992 | 0% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 340 | 5,896 | 1634% | |

**Fuente:** Minsalud- SIHO - Formulario *Ingresos*.

.

Cuadro 79. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*



| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 75% | 71% | 4% |
| 2. Régimen subsidiado | 96% | 83% | 13% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 97% | 100% | -2% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 97% | 100% | -2% |
| 3.2 Servicios No POS | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 98% | 91% | 7% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 73% | 89% | -16% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 100% | 0% |
| **Total** | **96%** | **87%** | **10%** |
| Por venta de servicios | 96% | 86% | 10% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100% | 73% | 27% |

**Fuente:** Minsalud- SIHO.

El Presupuesto de Ingresos de la Empresa Social del Estado - Salud Pereira, está constituido en su mayor parte por los Ingresos Corrientes, que representan el 81,62% del total del presupuesto, el restante lo conforma la disponibilidad Inicial con 0,80% y el capítulo Ingresos de Capital con 17,58%.

Los Ingresos Corrientes están representados casi en su totalidad por Venta de Servicios al Usuario Final, el cual a su vez lo conforman en orden de participación los rubros Régimen Subsidiado, y Prestación de Servicios – Atención Vinculados, con 75% y 11% respectivamente del total del presupuesto. El sub capítulo Aportes e Impuestos participa con un 5%, originados por la transferencia de $1.498 millones, realizada por la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, es importante resaltar, que inicialmente para este acápite no se habían presupuestado ingresos para la vigencia 2012 y que estos recursos están destinados a proyectos de inversión.

En cuanto a las Cuentas por Cobrar Otras Vigencias el 25% del total de Ingresos, se encuentra representado en su mayoría por el rubro Excedentes de Facturación con un aporte de $5.301,9 millones, se debe destacar que éste valor se relaciona con el recaudo de los valores correspondientes a los excedentes de facturación de las vigencias 2004-2011 pagados por la Secretaria Municipal de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, razón por la cual, al comparar este rubro con la vigencia 2011 se muestra un incremento de $7.766,7 millones.

Al finalizar la vigencia 2012, la ESE Salud Pereira presentó una ejecución de ingresos, por $33.715,8 millones incluyendo Cuentas por Cobrar, cifra que representa una ejecución del 84,35% de lo inicialmente presupuestado, evidenciando una mejora en la ejecución al compararlo con la vigencia 2011, que presentó un porcentaje de ejecución del 78,61%.

Con respecto al comportamiento de los Ingresos por Venta de Servicios de Salud, en el 2012, éste tiene la mayor representación dentro del presupuesto total (93%), igualmente, presenta un recaudo de $25.991.6 millones, lo cual significa un aumento del 0.38% con respecto a la vigencia anterior.

El rubro que más afecto en este resultado fue Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, ya que tuvo un incremento de $1.136,5 millones, es decir, un aumento del 51%. Mientras que el recaudo en el Régimen Subsidiado fue por la suma de $19.998,2 millones que al compararlo con la vigencia 2011 disminuyó en un 3.57%, e igual situación se presentó en el Régimen Contributivo con una disminución del 25% y Otras Ventas de Servicios que se redujo en un 10%.

Es de resaltar que en el capítulo Ingresos Corrientes, el rubro “Prestación de Servicios – Atención Vinculados” presento una ejecución del 100%, ya que se recaudó por este concepto la suma de $1.228,4 millones, suma superior en un 1285,73% a la cifra recaudada en el 2011 que fue de $88.6 millones de pesos.



El rubro “Plan de Intervenciones Colectivas”, recaudo la suma $2.274,3 millones, siendo inferior en un 5,71% con respecto al valor recaudado en el 2011.

Así mismo, Cuentas por Cobrar presentó un incremento en el recaudo del 1.633%, pasando de $340,2 millones en la vigencia 2011 a $5.896,2 millones en la vigencia 2012, como resultado del recaudo de excedentes de facturación de años anteriores pagados por la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira. Adicionalmente, el comportamiento del rubro Recuperación de Cartera, presento un incremento del 82,69% con respecto al 2011, lo cual representa un recaudo de efectivo de $594,2 millones.

El rubro Aporte e impuestos presenta un incremento del 434.8% como consecuencia del recaudo de recursos por valor de $1.498 millones, transferidos a la ESE en el mes de diciembre de 2012 por la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, destinados a realizar inversiones.

Con respecto al *recaudo vs reconocimientos*, se refleja un 86.64% en la vigencia 2012 mientras que en el 2011 96.19%, es decir el porcentaje se disminuyó en un 10%, debido a que la proporción de reconocimientos fueron mayores terminando la vigencia 2012, por lo tanto el tiempo fue relativamente corto para recuperar el recurso, por lo que se ve reflejado en el incremento de la cartera la cual se proyecta recuperar para la vigencia 2013.

Los dos renglones rentísticos que no tuvieron un buen comportamiento tanto en reconocimientos como en recaudo fueron ingresos por concepto de régimen contributivo y otras ventas de servicios, debido a que para el año 2012, el área de facturación no contó con el personal suficiente para realizar la radicación de las facturas, situación subsanada a inicios del 2013, y la disminución en la atención a la población desplazada por la violencia. En términos generales, tanto el reconocimiento como el recaudo se incrementaron comparados con la vigencia 2011.

Gastos comprometidos

Cuadro 80. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 9,662 | 9,251 | -4% |
| Servicios personales indirectos | 6,494 | 7,974 | 23% |
| Gastos generales | 3,860 | 3,962 | 3% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 5,254 | 5,896 | 12% |
| **Gastos variables (2)** | **25,270** | **27,083** | **7%** |
| Otros gastos (3) | 1,580 | 1,892 | 20% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **26,850** | **28,975** | **8%** |
| Cargos vacantes | 44 | 47 | 7% |
| Planta transitoria | | | |
| Producción equivalente | 3,160,059 | 3,221,678 | 2% |
| CxP vigencias anteriores | 6,599 | 6,546 | -1% |

**Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Como se puede observar en el cuadro anterior, los servicios personales indirectos aumentaron en un 23%, los gastos de operación y comercialización un 12%, y otros gastos en un 20% para la vigencia 2012 comparada con el 2011, refiere la ESE que este incremento se presentó principalmente por:

En el capítulo Gastos de Personal, el rubro Servicios Personales Indirectos presenta un incremento del 23%, pasando de $6.493.9 millones en la vigencia 2011 a $7.973,9 millones, en el 2012, cifra que supera en $1.480 millones, lo ejecutado en la vigencia anterior, explicado principalmente, por la contratación de personal necesario para el fortalecimiento de procesos que son importantes para que la empresa lograra mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud y se fortalecieran procesos del área Jurídica, Auditoria, Cartera y procesos administrativos y financieros e igualmente, por la puesta en marcha de dos unidades móviles de atención finalizando la vigencia.

Igualmente, se explica el aumento del rubro Servicios Personales Indirectos, el aumento de recursos tanto para la atención correspondiente al subsidio de oferta como para la realización de actividades contenidos el convenio ENFASYS, suscrito con la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira.

Así mismo, los Gastos Generales presentaron un incremento del 3%, en el 2012 con respecto a la vigencia anterior, los rubros que más influyeron en la variación de este capítulo fueron el Mantenimiento, Viáticos y Gastos de viaje, Seguros e Impresos y Publicaciones.

En cuanto los Gastos de Operación y Prestación de Servicios, se incrementaron en un 12% ($641,7 millones), principalmente por el aumento en la compra de material médico quirúrgico que paso de $1.493,5 millones en el 2011 a $2.244,5 millones en el 2012, y del incremento en la compra de servicios complementarios para la venta (lectura citologías, servicios de salud en otras IPS) que aumento en un 41.52%, básicamente por el crecimiento en la compra del servicio de alimentación. Se debe resaltar que los medicamentos presentaron una

disminución del 0.60% y la compra de materiales para el laboratorio disminuyeron en un 12.18%.

Con respecto a Otros Gastos, las Transferencias incrementaron porque para la vigencia 2012 se realizó el reconocimiento de las cuotas de auditaje que se deben cancelar a la Contraloría Municipal de Salud de las vigencias 2011 y 2012 por valor de $196,2 millones de pesos, así mismo, se debió realizar el compromiso de dos conciliaciones judiciales, por valor de $219,9 millones y se comprometió el valor correspondiente a un fallo judicial negativo para la entidad en una cuantía de $495 millones.

Al término de la vigencia 2011, la ESE Salud Pereira constituyó las cuentas por pagar por valor de $6.599.4 millones para ser pagadas en la vigencia 2012, de las cuales efectuó pagos por valor de $5.508,4 millones, quedando pendiente un saldo de $1.091 millones, las demás fueron adquiridas en la vigencia 2012 quedando un saldo total de $6.545.8 millones

Cuadro 81. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 36% | 32% | -4% |
| Servicios personales indirectos | 24% | 28% | 3% |
| Gastos generales | 14% | 14% | -1% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 20% | 20% | 1% |
| **Gastos Variables (2)** | 94% | 93% | -1% |
| Otros gastos **(3)** | 6% | 7% | 1% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **100%** | **100%** | |

**Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Con respecto a los niveles de participación, los gastos de la ESE se encuentran concentrados principalmente en los Gastos de Funcionamiento, que representan

el 62% del total del presupuesto, este a su vez está conformado por los Gastos de Personal, Gastos Generales cada uno con una participación del 60% y 20%.



Entre tanto, Los Gastos de Personal están divididos en Gastos de Personal de Planta con una participación del 32% y Servicios Personales Indirectos con una contribución del 28% del total de gastos.

Otro componente en orden de participación es el de Gastos de Operación, el cual participa con 20% sobre el total del presupuesto de gastos, representado por los rubros Gastos de Comercialización y Gastos de Producción. Siguen los otros gastos que participan en un 7% representado por Adquisición de Bienes y de Servicios. En el capítulo Otros Gastos se encuentran los componentes Transferencias Corrientes, Servicio de la Deuda y Gastos de Inversión que presentan una participación en menor proporción dentro del total del presupuesto con 3%, 2%, y 0.53% respectivamente.

Comportamiento en términos de eficiencia

Cuadro 82. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos( | a | 9,661.8 | 9,251.0 | -4.3 |
| Total servicios personales indirectos | b | 6,494.0 | 7,974.0 | 22.8 |
| Gasto total de personal | c | 16,155.8 | 17,225.0 | 6.6 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | d | 25,541.1 | 28,013.4 | 9.7 |
| Total facturado por VSS | e | 28,528.7 | 30,442.8 | 6.7 |
| Ingresos reconocidos por VSS | f | 26,953.8 | 30,282.5 | 12.3 |
| Ingresos recaudados por VSS | g | 25,894.5 | 25,991.6 | 0.4 |
| **Producción equivalente (en UVR)** | **h** | **3,160,059.3** | **3,221,678.2** | **1.9** |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 5,112.5 | 5,346.6 | 4.6 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 8,082.5 | 8,695.3 | 7.6 |
| Vr. Promedio facturado por unidad | k=e/h* | 9,027.9 | 9,449.4 | 4.7 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| producida | 1.000.000 | | | |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida | l=f/h* 1.000.000 | 8,529.5 | 9,399.6 | 10.2 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 8,194.3 | 8,067.7 | -1.5 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | 447.1 | 704.3 | 57.5 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | 111.8 | -627.6 | -661.2 |

Total contratación con terceros corresponde al valor de la externalización de servicios de ESE. **Var%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.



La producción total equivalente se incrementó frente al año 2011 en un 1.9%, se produjo incremento en los gastos de personal en un 6.6%, es decir la E.S.E. aumento en mayor proporción su nivel del gasto frente a la mejora en la producción, al revisar se puede concluir que la contratación de más personal por prestación de servicios es de tipo administrativo y no contribuye al incremento de la producción, la ESE refiere que dicha contratación para el área administrativa obedece a que se tenían muchas falencias de tipo administrativas detectadas por la contraloría, lo que implico contar con más recurso humano para subsanarlas.

Lo que se refleja en el cuadro al realizar la diferencia entre los ingresos recaudados por unidad producida y los gastos comprometidos por el funcionamiento y operación comercial por unidad producida da -627.6 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.

Cuadro 83. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 26,954 | 30,283 | 12% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 20,287 | 22,117 | 9% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 5,254 | 5,896 | 12% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 106% | 108% | 3% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 25,894 | 25,992 | 0% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 101% | 93% | -9% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

Como se evidencia en el cuadro anterior la ESE comprometió sus recursos teniendo en cuenta los ingresos reconocidos por lo cual presenta equilibrio presupuestal corriente con reconocimiento. Pero el equilibrio presupuestal corriente con recaudo estuvo por debajo de 100% que es ideal quedando en 93% y desmejorando en 9% con relación a la vigencia 2011.

Cuadro 84. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | O | 340 | 5,896 | 1634% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | P | 6,599 | 6,546 | -1% |
| Diferencia | q=o-p | (6,259) | (650) | -90% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

En este indicador aunque en la vigencia 2012 tuvo una mejora con relación al 2011, aún sigue presentando un desbalance en lo recaudado por cuentas por cobrar de vigencias anteriores frente a las cuentas por pagar de vigencias anteriores.



Situación de los pasivos

Cuadro 85. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 < 1 año | > 1 año | Total | 2012 < 1 año | > 1 año | Total | Var < 1 año | > 1 año | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | 1,729.0 | 1,925.0 | 3,654.0 | 2,143.0 | 1,286.0 | 3,429.0 | 23.9 | -33.2 | -6.2 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | 1,223.0 | 1,496.0 | 2,719.0 | 1,311.0 | 832.0 | 2,143.0 | 7.2 | -44.4 | -21.2 |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | 143.0 | 429.0 | 572.0 | 104.0 | 454.0 | 558.0 | -27.3 | 5.8 | -2.4 |
| *...Servicios Personales Indirectos* | 363.0 | - | 363.0 | 728.0 | - | 728.0 | 100.6 | - | 100.6 |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | 4,762.0 | 129.0 | 4,891.0 | 2,080.0 | 936.0 | 3,016.0 | -56.3 | 625.6 | -38.3 |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | 751.0 | - | 751.0 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| **Total Pasivos** | 7,242.0 | 2,054.0 | 9,296.0 | 4,223.0 | 2,222.0 | 6,445.0 | -132.4 | 592.4 | -144.5 |
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pasivos estimados | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

**Fuente:** Minsalud - SIHO. Información reportada para cada año.

En cuanto a los servicios personales de planta, se observa una disminución del 21.2%, y en los parafiscales de 2.4%, lo que se debe básicamente a la no suplencia de las vacantes y a la disminución y control de las horas extras y recargos.

Dentro de los pasivos mayores a un año se encuentran los valores estimados por concepto de cesantías del personal retroactivo, este pasivo está apalancado con los dineros que se encuentran administrados por el Fondo de Cesantías.



El pasivo por concepto de aportes patronales (SGP), están en proceso de conciliación y para ello se contrató una firma especializada, con el fin de agilizar la gestión.

Respecto a los servicios personales indirectos: se observa un incremento del 100% para la vigencia 2012, debido a que al finalizar la vigencia no fue posible cumplir con los trámites administrativos pertinentes para poder realizar los pagos a los contratistas, puesto que los recursos no entraron oportunamente, sin embargo no se observan pasivos mayores a un año.

Cuentas por pagar excluyendo aportes patronales

En cuanto a las cuentas por pagar excluyendo aportes patronales: se observa una disminución del 38.3%, de este pasivo hacen parte las cuentas por pagar a proveedores, acreedores e impuestos.

Se observa una disminución notable en el pasivo menor a un año, se amortizaron los saldos por concepto de anticipos para convenios y se cancelaron las deudas por concepto de créditos judiciales.

El pasivo mayor a un año se incrementa, dicho incremento se debe a que la E.S.E Salud Pereira venía apalancándose con proveedores, como consecuencia de la difícil situación financiera por la que venía atravesando, adicionalmente se encuentran pendientes por identificar consignaciones del régimen subsidiado, cuya identificación depende en gran parte de la liquidación de contratos.

Para el saneamiento de este pasivo se realizaron las gestiones administrativas pertinentes con el fin de proceder a cancelar los saldos de las cuentas por pagar que tenían mayor antigüedad y aquellas que se encontraban en proceso de conciliación, dichas gestiones no alcanzaron a reflejarse en su totalidad para el cierre de la vigencia.

Respecto a los pasivos con proveedores entre 31 y 360 días y mayores a 360 días, se están gestionando acuerdos de pago, uno de los más representativos es el Proveedor Águila de Oro de Colombia, cuya cartera a diciembre 31 de 2012 ascendía a $1.279 millones de pesos.

Dentro del pasivo mayor a 360 días con corte a diciembre 31 de 2012 existe un saldo por concepto de contribuciones y tasas por valor de $111 millones, se realizó acuerdo de pago con la Contraloría Municipal de Pereira, con el fin de empezar a realizar abonos parciales hasta lograr la cancelación total de la deuda, dichos abonos no se alcanzaron a reflejar en dicha vigencia.

Demás pasivos

En estos pasivos se reflejan la deuda a largo plazo, la cual se canceló en su totalidad al finalizar la vigencia 2012.

## Situación de la cartera



### Cuadro 86. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 Valor | 2011 %Part | 2012 Valor | 2012 %Part | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 25.0 | 0.8 | 25.0 | 0.3 | - |
| ...menor a 60 días | 7.0 | 0.2 | 3.0 | 0.0 | -57.1 |
| ...de 61 a 360 días | 5.0 | 0.2 | 10.0 | 0.1 | 100.0 |
| ...mayor a 360 días | 13.0 | 0.4 | 12.0 | 0.1 | -7.7 |
| Régimen Subsidiado | 1,999.0 | 65.6 | 5,657.0 | 64.0 | 183.0 |
| ...menor a 60 días | 206.0 | 6.8 | 1,701.0 | 19.3 | 725.7 |
| ...de 61 a 360 días | 836.0 | 27.5 | 2,436.0 | 27.6 | 191.4 |
| ...mayor a 360 días | 957.0 | 31.4 | 1,520.0 | 17.2 | 58.8 |
| SOAT – ECAT | 182.0 | 6.0 | 180.0 | 2.0 | -1.1 |
| ...menor a 60 días | 15.0 | 0.5 | - | - | -100.0 |
| ...de 61 a 360 días | 17.0 | 0.6 | 12.0 | 0.1 | -29.4 |
| ...mayor a 360 días | 150.0 | 4.9 | 168.0 | 1.9 | 12.0 |
| PPNA Departamental | 9.0 | 0.3 | 20.0 | 0.2 | 122.2 |
| ...menor a 60 días | 1.0 | 0.0 | - | - | -100.0 |
| ...de 61 a 360 días | 4.0 | 0.1 | 13.0 | 0.1 | 225.0 |
| ...mayor a 360 días | 4.0 | 0.1 | 7.0 | 0.1 | 75.0 |
| PPNA Distrital Municipal | 78.0 | 2.6 | 2,253.0 | 25.5 | 2,788.5 |
| ...menor a 60 días | 38.0 | 1.2 | - | - | -100.0 |
| ...de 61 a 360 días | 22.0 | 0.7 | 2,214.0 | 25.1 | 9,963.6 |
| ...mayor a 360 días | 18.0 | 0.6 | 39.0 | 0.4 | 116.7 |
| Otros Deudores VSS | 451.0 | 14.8 | 399.0 | 4.5 | -11.5 |
| ...menor a 60 días | 66.0 | 2.2 | 220.0 | 2.5 | 233.3 |
| ...de 61 a 360 días | 95.0 | 3.1 | 38.0 | 0.4 | -60.0 |
| ...mayor a 360 días | 290.0 | 9.5 | 141.0 | 1.6 | -51.4 |
| Otros Deudores Concepto Diferente VSS | 301.0 | 9.9 | 301.0 | 3.4 | - |
| ...menor a 60 días | 300.0 | 9.9 | - | - | -100.0 |
| ...de 61 a 360 días | 1.0 | 0.0 | - | - | -100.0 |
| ...mayor a 360 días | - | - | 301.0 | 3.4 | - |
| **Total** | **3,045.0** | **100.0** | **8,835.0** | **100.0** | **190.1** |
| ...menor a 60 días | 633.0 | 20.8 | 1,924.0 | 21.8 | 203.9 |
| ...de 61 a 360 días | 980.0 | 32.2 | 4,723.0 | 53.5 | 381.9 |
| ...mayor a 360 días | 1,432.0 | 47.0 | 2,188.0 | 24.8 | 52.8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total cartera reconocida | 3,045.0 | 8,835.0 | 190.1 |
| Cartera pendiente de reconocer | 114.0 | 1,414.0 | 1,140.4 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glosa inicial | 68.0 | 63.0 | -7.4 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 2.2 | 0.7 | -68.1 |

**Fuente:** Minsalud - SIHO. Información reportada para cada año.

Las cuentas por atenciones a población afiliada al régimen subsidiado representan el 64% aproximadamente del total de las cuentas por cobrar, seguidamente encontramos las atenciones a la población considerada vinculada con el 26% aproximadamente. Estos dos ítems al cierre de la vigencia representan los mayores deudores de la institución. Luego encontramos otras cuentas por cobrar 8%, las del Consorcio Fidufosyga y ECAT 2%, y por último el régimen contributivo.

CARTERA MENOR A 60 DÍAS

RÉGIMEN SUBSIDIADO: En el grupo de la cartera sana, la mayor representación la tiene el régimen subsidiado con $1.701 millones, que constituye el 19% aproximadamente y se encuentra representado principalmente por las siguientes entidades en su orden Cafesalud, Caprecom, Asmetsalud y otras entidades.

De los anteriores deudores, Caprecom, Cafesalud y Asmet Salud, son entidades con las cuales la ESE Salud Pereira tiene relación contractual y los saldos corresponden a saldos del capitado que se presentan por diferencias en liquidación de usuarios, los cuales quedan pendientes para la liquidación de los contratos. También se debe al no pago de lo correspondiente a esfuerzo propio que debía ser consignado por la secretaria de salud del municipio y el departamento de los meses de Noviembre y Diciembre.

OTRAS CUENTAS POR COBRAR: Todas las cuentas por cobrar que no pertenecen a un régimen de Seguridad Social específico, son consideradas “Otras cuentas por cobrar”, y reflejan un saldo por cobrar de $220 millones que representa el 2.5%, dentro de estas cuentas se encuentran los siguientes deudores: Letras de Cambio, Municipio de Pereira, Batallón San Mateo, Cosmitet y Gobernación Risaralda.

El valor registrado en letras de cambio $6 millones, pertenece a cobros generados a través de una letra de cambio a usuarios sin capacidad de pago.

Municipio de Pereira: $ 208 millones, este valor corresponde a saldo del contrato de Enfasys suscrito con el Municipio de Pereira para atenciones de Salud Publica las cuales quedaron pendientes de pago al cierre de la vigencia.

CARTERA MAYOR A 61 DÍAS

RÉGIMEN SUBSIDIADO : Al Igual que con la cartera sana, dentro de este grupo la mayor representación la tienen los cobros efectuados al Régimen Subsidiado que representa el 45% aproximadamente.

Los deudores más representativos son: Caprecom $733 millones, los cuales corresponden a saldos de facturas capitadas las cuales se encuentran pendientes de pago, igualmente saldos de cobros por atenciones de Promoción y Prevención que al cierre de la vigencia no habían sido pagados y eventos que se cobran a otras territoriales de Caprecom en todo el país.

Asmet Salud: $ 786 millones, corresponde a saldos por mayor número de usuarios cobrados perteneciente a otros municipios los cuales se identificaran y aclararan al momento de liquidar los contratos y a eventos que se encuentran en conciliación.

Cafesalud: $ 2.307 millones, saldos de facturas capitadas de la vigencia, los cuales se encuentran pendientes de aclarar con la EPS, Saldos de los contratos capitados desde la vigencia 2008 que a la fecha no han sido liquidados, cobros por eventos a los cuales se les sigue realizando gestión de cobro.

Finalmente queda un saldo que corresponden a 39 entidades que al igual que con la cartera sana, han aumentado debido al número de usuarios afiliados a Cajas de

Compensación Familiar a las cuales se les realiza gestión de cobro. De estas entidades hay tres que se pasaron a la oficina de jurídica para cobro jurídico son Salud Vida, Solsalud y Fundación cardiovascular del niño de Risaralda., hay otras en proceso de liquidación, Cafaba, Eps Condor, Emdisalud, Selvasalud, a estas entidades se les envió la documentación para la reclamación correspondiente.

Las otras entidades del subsidiado que tienen cartera vencida ya se pasaron a la oficina jurídica para el respectivo cobro prejurídico.

VINCULADOS: Saldo por cobrar $2.273 millones que representa el 26% de la cartera. El mayor saldo corresponde al municipio de Pereira, por facturas generadas por diferencia entre valores contratados y el valor de los servicios de salud del I nivel de complejidad prestados a la población pobre y vulnerable (vinculados) al Municipio de Pereira durante los años 2004 al 2011, por $2.211millones.

El saldo restante $62 millones, corresponde al cobro por eventos presentados a varias Secretarias del Departamento y del País las cuales han presentado inconvenientes para los pagos debido a la situación por la que atraviesa el sector salud en el país, estas entidades también se enviaron a la oficina jurídica para que inicie los cobros prejurídicos pertinentes.

OTRAS CUENTAS POR COBRAR: Este ítem representa el 5% de la cartera vencida con un saldo por cobrar de $479 millones y lo representan las siguientes entidades:

Municipio de Pereira, deuda por 300 millones por convenio para adquisición de software.

IPS Públicas cuyo deudor más representativo es el Hospital Universitario San Jorge con $40 millones, entidad con la que se tiene un acuerdo de pago, el saldo restante corresponde a 12 entidades entre las que se encuentran los hospitales de los diferentes municipios de Risaralda y a diferentes hospitales de todo el país, los cuales se les enviaron para cobro prejurídico, ya que durante toda la vigencia 2012 se trató de conciliar y cruzar saldos sin conseguir hacerlo con ninguna de ellas.



Letras de Cambio: $32 millones, estos documentos son firmados por los particulares sin capacidad de pago.

Gobernación de Risaralda: El saldo de esta entidad es de $16 millones, corresponde a cobros realizados por atención a desplazados y medicamentos.

IPS Privadas: cuyos deudores más representativos son la Fundación Cardiovascular del Niño de Risaralda $26 millones, cobro que se encuentra en el área jurídica, El Laboratorio Clínico San Rafael, Ospina Cadena Carlos Arturo y Bienestar Salud han conciliado saldos y han estado abonando a la cuenta pendiente, estas entidades son deudoras por la venta de servicios de laboratorio clínico.

Otras entidades que son deudoras de la ESE Salud Pereira por la venta de servicios de laboratorio, son las Administradoras de Riesgos Profesionales Positiva Compañía de seguros con una deuda de $8 millones sin conciliar.

FOSYGA – ECAT: Tiene un saldo por cobrar de $181 millones, las que representan el 2% de la cartera, el cual corresponde a cobros por atenciones de accidentes de tránsito fantasmas y atención a desplazados de vigencias anteriores, los cuales con los cambios de Consorcio que ha realizado el Fosyga entorpece la gestión de cobro y la regularidad en los pagos. Pues las cuentas que se han radicado durante las vigencias 2008 a la 2011 no se encuentran reconocidas por el Consorcio.

Con las Entidades deudoras de SOAT, se trató de conciliar glosas y saldos para pago, pero ha sido una labor muy difícil, ya que se citaron ante la Supersalud pero no asistieron unas y las otras si asistieron pero se negaron a conciliar.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, con una deuda de $22 millones, 18 entidades a las cuales se realiza la correspondiente gestión de cobro y depuración permanente con el propósito de lograr una cartera más sana, en la vigencia 2012 se concilio con la Nueva EPS, logrando pago y depuración total de la deuda, también se concilió con la S.O.S. Las demás entidades con las que no se ha podido conciliar quedan para cobro prejurídico.

Comparando el saldo de la cartera durante este cierre, con el mismo periodo de la vigencia anterior, se observa en el total de ésta un incremento del 190.14% aproximadamente. Este incremento se refleja principalmente en el régimen subsidiado, al pasar de $1.999 millones a $5.657 millones y un porcentaje de incremento de 182.90% y se presentó por:

La falta de liquidación de los contratos de Régimen Subsidiado de las EPSS con las cuales la entidad tiene relación contractual.

El atraso en los pagos del capitado, principalmente Cafesalud al no pagar el mes de julio y el esfuerzo propio de noviembre y diciembre.

La población considerada vinculada al pasar de $87 millones a $2.273 millones, con incremento del 2.513% y se debe principalmente a:

Facturas generadas por diferencia entre valores contratados y el valor de los servicios de salud del I nivel de complejidad prestados a la población pobre y vulnerable (vinculados) al Municipio de Pereira durante los años 2004 al 2011.

Cobros que se generan a diferentes alcaldías y secretarias del país.

Seguidamente encontramos las cuentas del SOAT y ECAT, que presenta una disminución del 1% al pasar de $182 millones a $181 millones.

El régimen contributivo, presento una disminución del 4% al pasar de $25 millones a $24 millones, esto obedece a conciliaciones de glosas y pagos de algunas entidades.

La cartera pendiente por reconocer se incrementa de manera significativa pasando de 114 millones en el 2011 a 1414 millones en el 2012.

La cartera corriente menor a un año cubre el pasivo total.

En conclusión El indicador de Riesgo Fiscal tiene en cuentas tres conceptos para la evaluación, en primer lugar se tiene en cuenta el indicador denominado *índice de riesgo*, el segundo concepto es el *equilibrio presupuestal* y el tercer concepto es la *oportunidad de la entrega de la información para la evaluación del 2193*.

Con respecto al indicador Índice de riesgo, este mide el Superávit o Déficit Operacional Total con los Ingresos Operacionales Totales; para la primera variable se debe tener en cuenta el Superávit o Déficit Corriente y el No Corriente; con respecto al corriente la ESE presentó un superávit operacional de $1.296 millones porque los ingresos corrientes para el 2012 fueron de $29.309 millones y gastos operacionales de $28.013 millones y con respecto al no corriente se tuvo un déficit operacional de $67 millones porque la estimación de cartera de largo plazo fue de $2.660 millones y los pasivos de largo plazo fueron de $2.727 millones. Por lo anterior, se terminó con un Superávit Operacional Total de $1.229 millones. Los Ingresos Operacionales Totales para el 2012 fueron de $31.969 millones, por lo tanto el índice de riesgo arrojó un resultado del 0.04.

Con respecto al segundo concepto, la ESE para el 2012 tuvo un superávit presupuestal de $4.696 millones, debido a que los ingresos totales reconocidos sumaron $40.218 millones y los gastos comprometidos fueron de $35.522 millones.

Adicionalmente, la ESE cumplió oportunamente el reporte al 2193 en los términos previstos.

Cumpliendo estos tres conceptos la ESE pasa de un Alto Riesgo en el 2011 a Sin Riesgo para el 2012, debido principalmente a la gestión en el ingreso, racionalización en el gasto y pago de pasivos mediante el fortalecimiento de los procesos de la entidad, seguimiento de indicadores internos y decisiones administrativas.

ESE HOSPITAL SAN JOSE DE LA CELIA

Mecanismos de pago por servicios



Cuadro 87. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % capitación | % evento | % Paquetes | % otras formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 933.5 | 69.7% | 0 | 0 | 0 |
| 2. Régimen contributivo | 140,9 | | 10.5% | 0 | 0 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 81.8 | | 0 | 0 | 6.1% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 81.8 | | 0 | 0 | 0 |
| 3.2 Servicios No POS | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 101.4 | | 0 | 0 | 7.57% |
| 5. Otros pagadores | 81.2 | | 6.13 | 0 | 0 |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **1,338.8** | **69.7** | **16.63** | **0** | **13.67** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

De los mecanismos de pago el más representativo es el por capitación utilizado por el régimen subsidiado que equivale a un 69.7 del total contratado, seguido del modalidad por evento que lo utilizan como mecanismo de pago el régimen contributivo y otros pagadores y representa un porcentaje de 16.63%, y por otras formas de pago esta el 13.67 que corresponde a lo cancelado por el Departamento por servicios brindados a la población pobre no asegurada y el plan de intervenciones colectivas.

Cuadro 88. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 161.3 | 140.9 | -12.6 | 3.7 |
| Régimen Subsidiado | 956.1 | 933.5 | -2.4 | 8.2 |
| PPNA* | 122.0 | 81.8 | -33.0 | 5.6 |
| Demás Pagadores | 147.0 | 182.6 | 24.2 | 7.1 |
| Total Venta de Servicios de Salud | 1,386.5 | 1,338.8 | -3.4 | 8.3 |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.

Como se observa en el cuadro anterior el total de ventas por servicio de salud disminuyo en el 2012 en un 3.4% con relación al año 2011, esta disminución se refleja el mayor porcentaje en la población pobre no asegurada en un 33%, en régimen contributivo en un 12.6%, lo que es contrario al comportamiento de la tasa de crecimiento de la producción por pagador toda vez que se incrementa para todos los pagadores.

Cuadro 89. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| Subsidiado | Cafesalud | 1º nivel | 58 | 3141 | 512.5 |
| Subsidiado | Asmetsalud | 1º nivel | | 2654 | 421. |

**Fuente:** Institución pública prestadora de servicios de salud.

De acuerdo a lo reportado por la ESE San José de la Celia dentro de la contratación por capitación atiende 3141 usuarios afiliados a Cafesalud con un porcentaje pactado de UPC de 58%, y atiende 2654 usuarios afiliados a Asmetsalud de los cuales no reporta la UPC pactada. Se informa que afiliados a Caprecom solo eran 176 personas y por lo tanto no era viable contratar por capitación, sino por evento.

Ingresos y Recaudos

Cuadro 90. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 157.9 | 174.2 | 10.3 | - |
| Régimen Subsidiado | 971.1 | 961.0 | -1.0 | - |
| PPNA | 122.0 | 81.8 | -33.0 | - |
| Demás Pagadores | 184.4 | 158.7 | -13.9 | - |
| Otros ingresos no asociados a VSS generados durante la vigencia | 9.3 | 32.0 | 244.5 | - |
| *…Aportes no ligados a VSS* | - | 9.1 | - | - |
| *…… Plan de saneamiento fiscal y financiero* | - | - | - | - |
| *…… FONSAET* | - | - | - | - |
| *…… Aportes Patronales* | - | - | - | - |
| *…… Otros aportes* | - | 9.1 | - | - |
| *…Otros ingresos no ligados a VSS* | 9.3 | 22.9 | 146.8 | - |
| **Total** | **1,444.8** | **1,407.7** | **-2.6** | **-** |
| Por venta de servicios | 1,435.5 | 1,375.7 | -4.2 | - |
| CxC vigencias anteriores | 141.5 | 515.4 | 264.2 | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **Δ glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO – Formular

Como se ilustra en el cuadro anterior se presentó para la vigencia 2012 un incremento reconocimiento s del 10.3%en el régimen contributivo y de los ingresos no asociados a la venta de servicios pasando de $9.3 millones en el 2011 a $32 millones en el 2012, disminuyeron los ingresos reconocidos por la atención a la población pobre no asegurada en un 33%, en conclusión el total de los ingresos reconocidos para la vigencia 2012 disminuyeron con relación al 2011 en un 2.6 % y por venta de servicios en un 4.2%, mientras que las cuentas por cobrar 264. de vigencias anteriores se incrementaron en un 264.2% pasando de $ 141.5 millones a $515.4 millones.

.

Cuadro 91. Comportamiento ingresos recaudados

(En millones de pesos constantes 2012)

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Δcart 60-360días |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 125.4 | 127.5 | 1.7 | 40.8 |
| Régimen Subsidiado | 944.2 | 914.5 | -3.1 | 82.1 |
| PPNA | 81.6 | 81.8 | 0.3 | - |
| Demás Pagadores | 121.2 | 126.9 | 4.8 | -86.6 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 9.3 | 32.0 | 244.5 | - |
| Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores) | 1,281.6 | 1,282.7 | 0.1 | -15.9 |
| Por venta de servicios | 1,272.3 | 1,250.7 | -1.7 | -15.9 |
| CxC vigencia s anteriores | 141.5 | 141.9 | 0.2 | |

El comportamiento del recaudo por venta de servicios disminuyo en un 1.7%, viéndose afectado por la disminución del recaudo en el régimen subsidiado en un 3.1%, la cuenta por cobrar de vigencias anteriores tienen un comportamiento similar al del año 2011 pues el incremento fue de 0.2% únicamente.

Cuadro 92. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Concepto | 2011 % | 2012 % | Var |
|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 79.4 | 73.2 | -6.2 |
| Régimen Subsidiado | 97.2 | 95.2 | -2.1 |
| PPNA | 66.8 | 100.0 | 33.2 |
| Demás Pagadores | 65.7 | 80.0 | 14.3 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 100.0 | 100.0 | - |
| Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores) | 88.7 | 91.1 | 2.4 |
| Por venta de servicios | 88.6 | 90.9 | 2.3 |
| CxC vigencias anteriores | 100.0 | 27.5 | -72.5 |

El comportamiento de los ingresos recaudados vs los ingresos reconocidos sin vigencias anteriores aumento de manera general en un 2.4%, en cambio el recaudo de las cuentas por cobrar de vigencias anteriores presenta un comportamiento negativo.

## Gastos comprometidos

### Cuadro 93. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de Personal de planta (1) | 439.5 | 453.6 | 3.2 |
| Servicios Personales Indirectos | 478.0 | 453.9 | -5.0 |
| Gastos Generales | 238.6 | 244.7 | 2.5 |
| Gastos de Operación, Comercialización y PS | 202.4 | 194.0 | -4.2 |
| Gastos Variables (2) | 919.0 | 892.6 | -2.9 |
| Otros Gastos (3) | 12.7 | 104.4 | 721.3 |
| **Total Gastos Comprometidos (4)** | **1,371.3** | **1,450.6** | **5.8** |
| Cargos vacantes | - | - | - |
| Planta transitoria | - | - | - |
| Producción equivalente | 110,709 | 119,909 | 8.3 |
| Gasto de personal | 917.5 | 907.6 | -1.1 |
| Gastos totales sin inversión | 1,358.6 | 1,346.2 | -0.9 |
| CxP de vigencias anteriores | 19.7 | 15.8 | -19.6 |

**1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización. (3) **Incluye**: (Transferencias C + Inversión + Deuda Pública).(4) **Excluye** CxP de vig. Anteriores.

El comportamiento de los gastos comprometidos de la vigencia 2012 con relación al 2011muestran incremento en los gastos de personal de planta y los gastos generales y en otros gastos lo que refleja en el total de gastos comprometidos un incremento de 5.8%, pero en los gastos totales sin inversión disminuyo un 0,9%.

## Comportamiento en términos de eficiencia

### Cuadro 94. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constates 2012)*

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | A | 439.5 | 453.6 | 3.2 |
| Total servicios personales indirectos | B | 478.0 | 453.9 | -5.0 |
| Gasto total de personal | C | 917.5 | 907.6 | -1.1 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | D | 1,371.3 | 1,450.6 | 5.8 |
| Total facturado por VSS | E | 1,565.5 | 1,661.9 | 6.2 |
| Ingresos reconocidos por VSS | F | 1,435.5 | 1,375.7 | -4.2 |
| Ingresos recaudados por VSS | G | 1,272.3 | 1,250.7 | -1.7 |
| **Producción equivalente (en UVR)** | **H** | **110,708.8** | **119,909.2** | **8.3** |

Cuadro 94. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constates 2012)*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 8,287.5 | 7,568.9 | -8.7 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 12,386.2 | 12,097.9 | -2.3 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 14,140.8 | 13,859.4 | -2.0 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida | l=f/h* 1.000.000 | 12,966.1 | 11,472.6 | -11.5 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 11,492.0 | 10,430.2 | -9.2 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | 579.9 | -625.2 | -207.8 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | -894.3 | -1,667.7 | 86.5 |

La producción equivalente tuvo un incremento del 8.3%, pero disminuye los ingresos reconocidos con relación a la producción UVR, según refiere el hospital es debido a que durante la vigencia 2012 rebajo tarifas de contratación.

También se ve una reducción en los ingresos recaudados por venta de servicios por unidad producida en un 9.2%.

Al realizar la diferencia entre los ingresos recaudados por unidad producida y los gastos comprometidos por el funcionamiento y operación comercial por unidad producida da -1.667.7 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.

Análisis de equilibrio



Cuadro 95. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos reconocidos por venta de salud | a | 1,435.5 | 1,375.7 | -4.2 |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | b | 1,168.8 | 1,256.6 | 7.5 |
| Gastos comprometidos de operación y prestación de servicios | c | 202.4 | 194.0 | -4.2 |
| Ingresos reconocidos por venta de servicios de salud frente a Gastos habituales | d=a/(b+c) (%) | 104.7 | 94.8 | -9.8 |
| Ingresos recaudados por venta de salud | e | 1,272.3 | 1,250.7 | -1.7 |
| Ingresos recaudados por venta de servicios de salud frente a Gastos habituales | f=e/(b+c) (%) | 92.8 | 86.2 | -6.6 |

Cuadro 96. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| CxC recaudadas vigencias anteriores | O | 141.5 | 141.9 | 0.2 |
| CxP comprometidas vigencias anteriores | P | 19.7 | 15.8 | -19.6 |
| Diferencia | q=o-p | 121.9 | 126.0 | 4.2 |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos.

El hospital logra el equilibrio con recaudo incluyendo las vigencias anteriores, pero no lo logra cuando se le excluye la vigencia anterior dando 0.94 pero por ser superior al 0.90 pasa el indicador de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y protección social.

## Situación de los pasivos



Cuadro 97. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

(En millones de pesos)

| Concepto | 2011 | | | 2012 | | | Var | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total |
| Servicios personales | 56.8 | - | 56.8 | 58.4 | - | 58.4 | 2.9 | - | 2.9 |
| *…Nómina* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Cesantías, prestaciones sociales, pensiones y prestaciones económicas por pagar* | 48.1 | - | 48.1 | 49.4 | - | 49.4 | 2.7 | - | 2.7 |
| *…Otras deudas laborales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Servicios personales indirectos* | 8.7 | - | 8.7 | 9.0 | - | 9.0 | 4.1 | - | 4.1 |
| Cuentas por pagar | 1.2 | - | 1.2 | 12.7 | 0.7 | 13.4 | 998.4 | - | 1,058.7 |
| *…Proveedores y servicios públicos* | - | - | - | 0.1 | - | 0.1 | - | - | - |
| *…Aportes patronales y parafiscales* | 1.2 | - | 1.2 | 9.5 | 0.7 | 10.2 | 717.2 | - | 777.5 |
| *…Otras cuentas por pagar* | - | - | - | 3.2 | - | 3.2 | - | - | - |
| Anticipos | - | - | - | 3.9 | - | 3.9 | - | - | - |
| Demás pasivos | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otros ingresos recibidos por anticipado* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Operaciones de financiamiento e instrumentos derivados* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Bonos pensionales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otros pasivos* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **TOTAL PASIVOS** | 57.9 | - | 57.9 | 75.1 | 0.7 | 75.8 | 29.7 | - | 30.9 |

**Fuente:** Minsalud - SIHO. Información reportada para cada año.

***Dónde:***

**Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

**Valor promedio mensual gasto comprometido 2012:**

**Servicios de personal:** corresponde al gasto comprometido del personal de planta y personal indirecto (promedio mensual)

**Servicios de personal excluyendo servicios personales indirecto**: corresponde al gasto comprometido del personal de planta (promedio mensual)

**Servicios Personales Indirectos**: corresponde al gasto comprometido del personal indirecto (promedio mensual)

**Cuentas por pagar (excluyendo aportes patronales y parafiscales)**: corresponde al gasto comprometido de Gastos Generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual)

**Gasto:** corresponde a la suma del gasto de personal, Gastos generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual).

Se observa una deuda en el pasivo del año 2012 por aportes patronales, lo que hace parte según información referida en la evaluación del 2193, del proceso de

aportes patronales (Ley 154 de 2013 y con anterioridad a la misma resolución 3815 de 2003).

Los pasivos que aparecen en el rubro de servicios personales indirectos se deben a cuenta por pagar a dos médicos que por razones contractuales se les cancelo el mes de Diciembre de 2012 en Enero de 2013.



Situación de la cartera

Cuadro 98. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 Valor | 2011 %Part | 2012 Valor | 2012 %Part | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 39.5 | 21.4 | 69.3 | 12.8 | 75.4 |
| ...menor a 60 días | 15.2 | 8.2 | 23.9 | 4.4 | 57.4 |
| ...de 61 a 360 días | 16.2 | 8.8 | 22.8 | 4.2 | 40.8 |
| ...mayor a 360 días | 8.2 | 4.4 | 22.6 | 4.2 | 177.5 |
| Régimen Subsidiado | 43.1 | 23.4 | 58.6 | 10.8 | 36.0 |
| ...menor a 60 días | 7.3 | 4.0 | 12.5 | 2.3 | 70.9 |
| ...de 61 a 360 días | 18.7 | 10.1 | 34.0 | 6.3 | 82.1 |
| ...mayor a 360 días | 17.1 | 9.3 | 12.1 | 2.2 | -29.4 |
| SOAT – ECAT | 6.5 | 3.5 | 11.5 | 2.1 | 75.9 |
| ...menor a 60 días | 2.2 | 1.2 | 2.5 | 0.5 | 11.4 |
| ...de 61 a 360 días | 2.5 | 1.3 | 4.2 | 0.8 | 70.6 |
| ...mayor a 360 días | 1.8 | 1.0 | 4.8 | 0.9 | 160.2 |
| PPNA Departamental | 39.0 | 21.1 | - | - | -100.0 |
| ...menor a 60 días | 39.0 | 21.1 | - | - | -100.0 |
| ...de 61 a 360 días | - | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 días | - | - | - | - | - |
| PPNA Distrital Municipal | - | - | 373.5 | 69.0 | - |
| ...menor a 60 días | - | - | 373.5 | 69.0 | - |
| ...de 61 a 360 días | - | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 días | - | - | - | - | - |
| Otros Deudores VSS | 56.3 | 30.5 | 28.2 | 5.2 | -49.9 |
| ...menor a 60 días | 19.9 | 10.8 | 24.1 | 4.5 | 21.2 |
| ...de 61 a 360 días | 36.4 | 19.7 | 1.0 | 0.2 | -97.2 |
| ...mayor a 360 días | - | - | 3.1 | 0.6 | - |
| **Total por cobrar con facturación radicada** | **184.4** | **100.0** | **541.1** | **100.0** | **193.4** |
| ...menor a 60 días | 83.6 | 45.3 | 436.5 | 80.7 | 422.2 |
| ...de 61 a 360 días | 73.7 | 40.0 | 62.1 | 11.5 | -15.9 |
| ...mayor a 360 días | 27.1 | 14.7 | 42.6 | 7.9 | 57.2 |
| **Cartera pendiente de reconocer** | | | | | |
| Total cartera radicada | 184.4 | 90.9 | 541.1 | 96.0 | 193.4 |
| Cartera pendiente de radicar | 18.5 | 9.1 | 22.7 | 4.0 | 22.7 |
| **Participación de la glosa en la cartera reconocida** | | | | | |
| Glosa inicial | 2.9 | 1.6 | 3.4 | 0.6 | 16.1 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 1.6 | 0.9 | 0.6 | 0.1 | -60.4 |

En el cuadro anterior se observa que la cartera corriente que equivale al 92.2% del total de la cartera cubre el total de los pasivos equivalentes a $ 75.8 millones.

La cartera menor a 60 días se afecta considerablemente en un 422.2% debido a los recursos del decreto 1080, si se excluyeran estos recursos la cartera menor a 60 días disminuiría en un 13.9%.

Con los indicadores para la vigencia 2012 del 2193 el Hospital quedo categorizado en riesgo bajo.

## ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PUEBLO RICO

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 99. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % capitación | % Evento | % paquetes | % otras formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 1979,5 | 69.9% | 0 | 0 | 0 |
| 2. Régimen contributivo | 155,6 | 0 | 5.5% | 0 | 0 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 166,1 | 0 | 0 | 0 | 5.86% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 166,1 | 0 | 0 | 0 | 5.86% |
| 3.2 Servicios No POS | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 221,0 | 0 | 0 | 0 | 7.8% |
| 5. Otros pagadores | 310,0 | 0 | 10.9% | 0 | 0 |
| **Total Ventas de servicios de salud** | 2832,1 | 69.9% | 16.4% | 0 | 13.66% |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

En la ESE Hospital San Rafael de Pueblo Rico se manejan los siguientes mecanismos de pago: Capitación en el Régimen Subsidiado el cual es el rubro que genera los mayores ingresos a la institución lo que equivale a un 69.9% del total contratado, para el Contributivo se maneja el 100% de lo contratado por

evento lo que equivale a un 5.5% del total contratado, para los recursos de la Población pobre no asegurada y el plan de intervenciones colectivas se contrata por otras formas y equivale al 13.66% del total contratado aunque en la administración de la ESE refieren que estos dos aspectos generan riesgo porque se debe atender a toda la población vinculada del municipio, y los recursos asignados siempre han sido insuficientes y termina la institución en gran parte asumiendo los gastos de atención a esta población, con los otros pagadores se utiliza el mecanismo de pago por evento y equivale a un 10,9% del total contratado por ventas de servicios de salud.



Cuadro 100. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 114,1 | 155,6 | 36% | -8.1 |
| 2. Régimen Subsidiado | 1342,4 | 1979,5 | 47% | 21.2 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 165,6 | 166,1 | 0% | 3.0 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 165,6 | 166,1 | 0% | 3.0 |
| 3.2 Servicios No POS | 0,0 | 0,0 | 0% | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 239,3 | 221,0 | -8% | 12.2 |
| 5. Otros Pagadores | 318,7 | 310,0 | -3% | |
| **Total venta de servicios de salud** | 2180,1 | 2832,1 | 30% | 12.2 |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados.**ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.

Para las dos vigencias observamos que el rubro de mayor valor contratado es el Régimen Subsidiado con más del 60% de participación sobre el total contratado en las dos vigencias. En la variación tenemos que este mismo régimen, es decir, el Subsidiado presenta un incremento del 47%, porcentaje dado a que población que se tenía por evento pasó a cápita (usuarios de caprecom), a la ampliación de cobertura y ajustes en la cápita por nivelación de los regímenes. En lo concerniente a Plan de intervenciones colectivas, este disminuye en el 8%, dado en la variación en los valores contratados con el municipio y el departamento, en

el cual el primero aumento lo contratado en 28 millones mientras que el departamento disminuye en 37 millones.

Cuadro 101. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | Vr. UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| SUBSIDIADO | CAFESALUD | MEDICOS | 50.70 | 3705 | 577,097,982 |
| SUBSIDIADO | | PyP | | | |
| SUBSIDIADO | ASMET SALUD | MEDICOS | 50.22 | 2794 | 325,799,574 |
| SUBSIDIADO | | PyP | | | 160,446,253 |
| SUBSIDIADO | PIJAOS SALUD | MEDICOS | 50.76 | 6059 | 754,465,483 |

**Fuente:** Institución pública prestadora de servicios de salud.

Con relación a los contratos por el mecanismo de pago por capitación tenemos que la institución cuenta con tres pagadores (cafesalud, asmetsalud y pijaos salud), al cierre de la vigencia el municipio cuenta con 12558 usuarios al régimen subsidiado, siendo la EPS Pijaos Salud el pagador con mayor número de usuarios al registrar 6059 correspondiente al 48,2%, seguido de Cafesalud con 3705 usuarios (29,5%) y Asmet Salud con 2794 usuarios (22,2%), así mismo el mejor porcentaje de UPC pactado es con pijao Salud que equivale al 50.76%.

## Ingresos y recaudos

Cuadro 102. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 159,5 | 154,3 | -3% | 167% |
| 2. Régimen subsidiado | 2.062,9 | 2.128,3 | 3% | 5% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **165,6** | **193,4** | 17% | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 165,6 | 193,4 | 17% | |
| 3.2 Servicios No POS | 0,0 | 0,0 | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 239,3 | 208,2 | -13% | |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 611,0 | 600,5 | -2% | 19% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 319,3 | 286,6 | -10% | |
| **Total** | 3.557,6 | 3.571,3 | 0% | 27% |
| Por venta de servicios | 3.238,3 | 3.284,7 | 1% | |
| Cuentas xCobrar vigencias anteriores | 257,0 | 531,3 | 107% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores.**Var %**: Tasa de crecimiento 2010-2011 de ingresos reconocidos.**Δglosa**: Tasa de crecimiento 2010-2011 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.



La población del municipio de Pueblo Rico en gran porcentaje está vinculada al sistema de salud a través del régimen subsidiado, razón por la cual observamos que los ingresos reconocidos de la institución obedecen a este rubro, seguido por ingresos venta de servicios de a otros pagadores, como son los regímenes especiales (fuerzas militares, policía, magisterio), soat, copagos y un valor importante en este rubro son los ingresos por la prestación del servicio del Centro de Recuperación Nutricional.

Observamos que la mayor variación entre las vigencias está en el rubro de población pobre con un 13%, lo cual obedece al registro en este rubro de los servicios facturas a la población del departamento del Chocó, facturación que en vigencias anteriores se registraba en como otros ingresos por venta de servicios de salud, el cual entonces refleja una disminución del 2%, el Plan de intervenciones colectivas también disminuye, en un 13%, aunque el contrato firmado con el municipio se reconoció en un 100%, el firmado con el departamento no fue así ya que al haberse contratado las actividades en el último trimestre, las actividades no se pudieron realizar en su totalidad, obligando a la prórroga del contrato a 2013

El comportamiento de los ingresos totales reconocidos[6]en las dos vigencias no presentan variación y permanecen estables, sin embargo las glosas totales varían en un 27%, pasando de un total glosado en el 2011 de 42,3 millones a 53,7 millones en el año 2012

[6]Se refieren al derecho derivado de la prestación del servicio de salud, a partir de la radicación de la factura ante la entidad responsable del pago, el cual se debe afectar por el descuento de las glosas definitivas. No se deben considerar en estos, los excedentes de facturación por servicios prestados a PPNA y facturación que supere el techo contractual y no ha sido reconocida por acto administrativo de la dirección territorial.

Cuadro 103. Comportamiento ingresos recaudados

(En millones de pesos constantes 2012)

| Pagador | Recaudo | | | ΔCart 60-360días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 94,7 | 75,3 | -21% | 32% |
| 2. Régimen subsidiado | 1.829,5 | 1.895,1 | 4% | 4% |
| 3. Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | **165,6** | **166,1** | 0% | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 165,6 | 166,1 | 0% | |
| 3.2 Servicios No POS | 0,0 | 0,0 | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 168,1 | 158,2 | -6% | -27% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 498,7 | 483,2 | -3% | 24% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 312,9 | 286,6 | -8% | 0% |
| **Total** | **3.069,5** | **3.064,4** | **0%** | **8%** |
| Por venta de servicios | 2.756,6 | 2.777,8 | 1% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 257,0 | 531,3 | 107% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2010-2011 de ingresos recaudados.**ΔCartera 60 – 360días**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de cartera entre 60 y 360 días. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

En lo que respecta a los recaudos tenemos que no hay variación significativa en el total de las dos vigencias, pero encontramos que el único rubro que varía positivamente es el régimen subsidiado, mientras que los demás disminuye, presentando mayor variación negativa el régimen contributivo con un -21%, muy ligado esta disminución con el incremento en la cartera la cual crece en un 32%, situación igual sucede en Otros ingresos por VSS que disminuye el recaudo en un -3% pero la cartera crece en el 24%. La institución presenta dificultad en la identificación de consignaciones ya que las EPS no hacen los debidos reportes de pago, lo que no permite una buena depuración oportuna de la cartera.

Cuadro 104. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var |
| 1.Régimen contributivo | 59% | 49% | 11% |
| 2.Régimen subsidiado | 89% | 89% | 0% |
| 3.Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 100% | 86% | 14% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 100% | 86% | 14% |
| 3.2 Servicios No POS | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 70% | 76% | -6% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 82% | 80% | 1% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 98% | 100% | -2% |
| **Total** | **86%** | **86%** | **0,00472** |
| Por venta de servicios | 85% | 85% | 1% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100% | 100% | 0% |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var:** Diferencia absoluta del porcentaje, 2011-2012.**Fuente:** Minsalud- SIHO.

En el comportamiento de los ingresos recaudados frente a los ingresos reconocidos, por tipo de pagador, tenemos que la mayor variación se presenta en el rubro de población pobre no asegurada al pasar de un recaudo del 100% al 86%, quedando un 14% por recaudar pero que obedece al valor facturado a población vinculada del departamento del Chocó (27 millones), en las vigencias anteriores lo facturado a la población del chocó se registró por un rubro distinto lo que permite que para el año 2011 se observe un recaudo del 100% en los recursos de población pobre y que corresponde a lo asignado para la atención del vinculado del municipio. El régimen subsidiado no presenta variación en el recaudo al igual que los ingresos por VSS a otros pagadores, el régimen contributivo disminuye el recaudo en un 11%.

Gastos comprometidos

Cuadro 105. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 740,0 | 790,0 | 7% |
| Servicios personales indirectos | 1.030,0 | 1.067,0 | 4% |
| Gastos generales | 579,0 | 535,0 | -8% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 519,0 | 534,0 | 3% |
| **Gastos variables (2)** | 2.868,0 | 2.926,0 | 2% |
| Otros gastos (3) | 158,0 | 297,0 | 88% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **3.026,0** | **3.223,0** | **7%** |
| Cargos vacantes | 3 | 4 | 33% |
| CxP vigencias anteriores | 78,0 | 7,0 | -91% |

**(1)Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma.**(2)Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios.**(3)Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública.**(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores.**Var%:** Tasa de crecimiento 2010-2011 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Al analizar la variación en los gastos comprometidos por los diferentes conceptos que lo componen, se pudo determinar que el total de gastos de la institución son muy estables y solo presenta variación en un 7%, incremento que está determinado en el rubro de Otros Gastos el cual en su componente varía en un 88% y que obedece al reconocimiento y abono a una demanda en contra de la institución, abono de 253 millones, los gastos de personal de planta incrementa en un 7%, determinada esta variación en el incremento de salarios (4%) e incremento en el pago de horas dominicales, festivas y recargos nocturnos al personal médico de la institución.

Cuadro 106. Composición del gasto

(Porcentaje del gasto total)

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 24% | 25% | 1% |
| Servicios personales indirectos | 34% | 33% | -1% |
| Gastos generales | 19% | 17% | -3% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 17% | 17% | 0% |
| **Gastos Variables (2)** | 95% | 91% | -4% |
| Otros gastos **(3)** | 5% | 9% | 4% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | 100% | 100% | 0% |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.



En el análisis de la participación de cada concepto de gasto en el total de los gastos comprometidos, tenemos que no hay variaciones significativas al comparar las dos vigencias objeto de evaluación, solo los otros gastos varían en un 4% por la razón expuesta en el cuadro anterior, mientras que los gastos generales disminuyen en un 3%. De lo anterior se puede concluir que los gastos de la institución son muy estables y se procura el buen manejo de los recursos sin incurrir en gastos innecesarios para la institución.

Comportamiento en términos de Eficiencia

Cuadro 107. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | A | 740,0 | 790,0 | 7% |
| Total gastos externalizados | B | 1.030,0 | 1.067,0 | 4% |
| Gasto recurso humano total | C | 1.770,0 | 1.857,0 | 5% |
| Total Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | D | 1.098,0 | 1.069,0 | -3% |
| Total facturado por VSS | E | 3160,2 | 3580,3 | 13% |
| Ingresos recaudados por VSS | F | 2756,6 | 2777,8 | 1% |
| **Producción equivalente** | **G** | **261.060,79** | **306.331,94** | **17%** |
| Vr. Promedio Gasto de recurso humano comprometido por unidad producida | h=c/g* 1.000.000 | 6780,0 | 6062,1 | -11% |
| Vr. Promedio Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | i=d/g* 1.000.000 | 4205,9 | 3489,7 | -17% |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | j=e/g* 1.000.000 | 12105,4 | 11687,7 | -3% |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | k=f/g* 1.000.000 | 10559,0 | 9068,1 | -14% |
| Diferencia entre ingreso recaudado por VSS yGastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida (en pesos de 2012) | l=k-i | 6353,1 | 5578,4 | -12% |

Total contratación con terceros corresponde al valor de la externalización de servicios de ESE. **Var%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

Dentro del comportamiento de los recursos empleados con los resultados logrados en la vigencia objeto de evaluación, es decir, de los gastos, ingresos y facturación con respecto a la producción de la institución, se identificó que los gastos de

personal tanto de planta como de contrato, aumenta en un 5%, los gastos de funcionamiento y de operación disminuyen en un 3%, mientras que el total facturado por VSS aumenta en un 13%, los ingresos recaudados en 1% y la producción equivalente aumenta en un 17%. Tenemos entonces que la institución mejoró su producción de servicios en un 17%, aumento la facturación en un 13% y los gastos en recurso humano solo incrementaron en un 5%, sin embargo la institución no fue eficiente en el recaudo ya que se ve afectado en una disminución del 14% cuando se compara con la producción equivalente.

Análisis de equilibrio

Cuadro 108. Equilibrio presupuestal corriente

(En millones de pesos constantes 2012)

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 3.238,3 | 3.284,7 | 1,43% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 2.349,0 | 2.392,0 | 1,83% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 519,0 | 534,0 | 2,89% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 1,13 | 1,12 | -0,65% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 2.756,6 | 2.777,8 | 0,77% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 0,96 | 0,95 | -1,18% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

En el análisis del equilibrio de la operación corriente, es decir, a la relación de los ingresos reconocidos y recaudados por ventas de servicios de salud de la vigencia excluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores, frente a los gastos habituales comprometidos en la operación corriente excluyendo inversión, deuda pública y cuentas por pagar de otras vigencias, vemos que en el caso de los ingresos reconocidos la institución tiene un equilibrio presupuestal al estar comprometiendo el gasto por debajo de sus ingresos reconocidos, caso contrario al comparar el recaudo con el compromiso, donde la institución compromete por encima del recaudo por venta de servicios de salud, lo que hace que la institución

esté apalancando sus gastos en rubro como la disponibilidad inicial y en la recuperación de cartera de vigencias anteriores.

Cuadro 109. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | o | 257,0 | 531,3 | 106,69% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | p | 78,0 | 7,0 | -91,03% |
| Diferencia | q=o/p | 179,0 | 524,3 | 192,83% |

**Var%:** Tasa de crecimiento 2010-2011 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario *Ingresos*; Ingresos recaudados por VSS: Formulario *Ingresos*; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario *Gastos*; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario *Gastos*.

Para el equilibrio presupuestal no corriente, la ESE presenta un buen equilibrio en las dos vigencias ya que el recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores le permiten cancelar los saldos de cuentas por pagar, quedando recursos a favor para apalancar gastos de funcionamiento que no alcanzan a cubrirse con los recaudos de venta de servicios.

## Situación de los pasivos

Cuadro 110. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 < 1 año | 2011 > 1 año | Total | 2012 < 1 año | 2012 > 1 año | Total | Var 2011 Vs 2012 < 1 año | Var 2011 Vs 2012 > 1 año | Var 2011 Vs 2012 Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | 161.1 | - | 161.1 | 202.4 | - | 202.4 | 25.6 | - | 25.6 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | 154.2 | - | 154.2 | 154.2 | - | 154.2 | - | - | - |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | - | - | - | 6.9 | - | 6.9 | - | - | - |
| *...Servicios Personales Indirectos* | 6.9 | - | 6.9 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | 497.6 | - | 497.6 | 11.9 | 244.4 | 256.3 | -97.6 | - | -48.5 |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | 103.1 | | 103.1 | 80.7 | | 80.7 | -21.7 | - | -21.7 |
| **Total Pasivos** | 761.7 | - | 761.7 | 301.9 | 244.4 | 546.2 | -60.4 | - | -28.3 |
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | 103.1 | - | 103.1 | 80.7 | - | 80.7 | -21.7 | - | -21.7 |
| Pasivos estimados | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

***Donde:***
**Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

**Valor promedio mensual gasto comprometido 2012:**

**Servicios de personal:** corresponde al gasto comprometido del personal de planta y personal indirecto (promedio mensual)
**Servicios de personal excluyendo servicios personales indirecto**: corresponde al gasto comprometido del personal de planta (promedio mensual)
**Servicios Personales Indirectos**: corresponde al gasto comprometido del personal indirecto (promedio mensual)
**Cuentas por pagar (excluyendo aportes patronales y parafiscales)**: corresponde al gasto comprometido de Gastos Generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual)
**Gasto:** corresponde a la suma del gasto de personal, Gastos generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual).



En lo que respecta a los pasivos, al comparar los dos vigencias tenemos que estos disminuyen en un 28.3% al pasar de 761,7 millones a 546,2 millones, la mayor disminución en valor la encontramos en el componente de Cuentas por Pagar al pasar de 497,6 a 256,3 millones, y que corresponde al abono efectuado sobre demanda judicial, es importante resaltar también la disminución de los ingresos recibidos de consignaciones por identificar las cuales varían en un -21,7%. El rubro que presenta incremento es el de servicios personales que varía en un 25,6% y que básicamente obedece a las cesantías retroactivas causadas a favor de los empleados pero resaltando que en gran porcentaje éstas están financiadas con los recursos entregados en administración (cuenta 1424 del balance)

Situación de la Cartera

Cuadro 111. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 | | 2012 | | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valor | %Part | Valor | %Part | |
| **Régimen Contributivo** | **86,0** | **9,9** | **98,0** | **11,6** | **14,0** |
| ...menor a 60 días | 28,0 | - | 17,0 | - | -39,3 |
| ...de 61 a 360 días | 32,0 | - | 62,0 | - | 93,8 |
| ...mayor a 360 días | 26,0 | - | 19,0 | - | -26,9 |
| **Régimen Subsidiado** | **369,0** | **42,3** | **431,0** | **51,1** | **16,8** |
| ...menor a 60 días | 32,0 | - | 122,0 | - | 281,3 |
| ...de 61 a 360 días | 193,0 | - | 111,0 | - | -42,5 |
| ...mayor a 360 días | 144,0 | - | 198,0 | - | 37,5 |
| **SOAT – ECAT** | **17,0** | **1,9** | **21,0** | **2,5** | **23,5** |
| ...menor a 60 días | 3,0 | - | 1,0 | - | -66,7 |
| ...de 61 a 360 días | 4,0 | - | 8,0 | - | 100,0 |
| ...mayor a 360 días | 10,0 | - | 12,0 | - | 20,0 |
| PPNA Departamental | - | - | 8,1 | 1,0 | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ...menor a 60 días | - | - | 6,8 | - | - |
| ...de 61 a 360 días | - | - | 1,2 | - | - |
| ...mayor a 360 días | - | - | - | - | - |
| PPNA Distrital Municipal | - | - | 19,3 | 2,3 | - |
| ...menor a 60 días | | - | - | - | - |
| ...de 61 a 360 días | | - | 19,3 | - | - |
| ...mayor a 360 días | | - | | - | - |
| Otros Deudores VSS | 400,0 | 45,9 | 265,7 | 31,5 | -33,6 |
| ...menor a 60 días | 131,0 | - | 149,0 | - | 13,7 |
| ...de 61 a 360 días | 48,0 | - | 9,0 | - | -81,3 |
| ...mayor a 360 días | 221,0 | - | 107,7 | - | -51,3 |
| **Total** | **872,0** | **-** | **843,0** | **-** | **-3,3** |
| ...menor a 60 días | 194,0 | - | 295,8 | - | 52,5 |
| ...de 61 a 360 días | 277,0 | - | 210,5 | - | -24,0 |
| ...mayor a 360 días | 401,0 | - | 336,7 | - | -16,0 |

**Cartera pendiente de reconocer**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total cartera reconocida | 873,0 | 843,0 | -3,4 |
| Cartera pendiente de reconocer | 30,0 | 67,0 | 123,3 |

**Participación de la glosa en la cartera reconocida**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glosa inicial | 42,0 | 54,0 | 28,6 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 5% | 6% | 33,1 |

Con respecto a la cartera de la ESE, en el análisis de las dos vigencias encontramos que hay una disminución del 3,4% en la cartera reconocida. Por pagadores tenemos que la mayor participación en el componente de la cartera es el régimen subsidiado que participa con un 51,1%, seguido de otros deudores de VSS y luego el régimen contributivo. En el análisis de las variaciones tenemos que la cartera del régimen subsidiado aumenta en un 16,85, SOAT-ECAT en 23,5%, Rg. Contributivo en 14%, mientras que los otros deudores de VSS disminuyen en 33,6%; la cartera menor a 60 días presenta un incremento del 52,5% mientras que la de 61 a 360 días y la mayor a 360 días disminuyen en un 24% y 16% respectivamente.

ESE SANTA ANA DE GUATICA

Mecanismos de pago por servicios



Cuadro 112. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor (millones $) | % capitación | % evento | % paquetes | % otras Formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 1590.4 | 74.9 | 2.3% | | |
| 2. Régimen contributivo | 152.6 | | 7.4% | | |
| 3. Población pobre en no cubierto | 114.4 | | | | 5.54% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 114.4 | | | | 5.54% |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 102.6 | | | | 4.87% |
| 5. Otros pagadores | 108.6 | | 5.26 | | |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **2068.6** | **74.9** | **14.96** | **0** | **10.41** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

En la ESE Hospital Santa Ana de Guática se manejan los siguientes mecanismos de pago: Capitación en el Régimen Subsidiado el cual es el rubro que genera los mayores ingresos a la institución lo que equivale a un 74.9% del total contratado con este mismo régimen se contrata por evento un 2%, para el Contributivo se maneja el 100% de lo contratado por evento lo que equivale a un 7.4% del total contratado, para los recursos de la Población pobre no asegurada y el plan de intervenciones colectivas se contrata por otras formas y equivale al 10.41% del total contratado, con los otros pagadores se utiliza el mecanismo de pago por evento y equivale a un 5.26% del total contratado por ventas de servicios de salud.

Cuadro 113. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 126.6 | 152.6 | 21% | 40 |
| 2. Régimen Subsidiado | 1482.1 | 1590.4 | 7% | 27.2 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 110.0 | 114.4 | 4% | -12.5 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 110.0 | 114.4 | 4% | -12.5 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0% | 0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 132.6 | 102.6 | -23% | 3.4 |
| 5. Otros Pagadores | 57.4 | 108.6 | 89% | |
| **Total venta de servicios de salud** | **1908.7** | **2068.6** | **8%** | **23.6** |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.



Para las dos vigencias observamos que el rubro de mayor valor contratado es el Régimen Subsidiado con más del 75% de participación sobre el total contratado en las dos vigencias. En la variación tenemos que este mismo régimen, es decir, el Subsidiado presenta un incremento del 7%, porcentaje debido a la ampliación de cobertura y ajustes en la cápita por nivelación de los regímenes. En lo concerniente a Plan de intervenciones colectivas, este disminuye en el 23%, debido a la variación en los valores contratados con el municipio y el departamento, en total de ventas por servicios de salud se evidencia un incremento del 8%, la contratación para la atención a la población pobre no asegurada aumento en un 4% no obstante se refleja una tasa de crecimiento negativa en la producción por este concepto.

Cuadro 114. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| **Subsidiado** | Asmet Salud ESS | Morbilidad y PyP | 40.81% | 5197 | 846,181,087 |
| **Subsidiado** | Cafesalud EPS | Morbilidad y PyP | 41.20% | 3491 | 573,840,330 |
| **Subsidiado** | Pijaos Salud | Morbilidad y PyP | 41.47% | 666 | 110,192,559 |

**Fuente:** Institución pública prestadora de servicios de salud.

Con relación a los contratos por el mecanismo de pago por capitación tenemos que la institución cuenta con tres pagadores (Cafesalud, Asmetsalud y Pijaos salud), al cierre de la vigencia el municipio cuenta con 9344 usuarios al régimen subsidiado, siendo la EPS Asmet salud el pagador con mayor número de usuarios al registrar 5197 correspondiente al 55.6%, seguido de Cafesalud con 3491 usuarios (37,4%) y Pijaos Salud con 656 usuarios (7.02%), así mismo el mejor porcentaje de UPC pactado es con Pijaos Salud que equivale al 41.47%.

Ingresos y Recaudos



Cuadro 115. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Δcart 60-360d |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 106.8 | 121.4 | 13.7 | -41.2 |
| Régimen Subsidiado | 1,484.4 | 1,531.1 | 3.1 | -30.7 |
| PPNA | 114.1 | 114.4 | 0.3 | - |
| Demás Pagadores | 231.8 | 221.5 | -4.4 | -65.6 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 208.2 | 13.7 | -93.4 | - |
| **Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores)** | **2,145.2** | **2,002.0** | **-6.7** | **-41.5** |
| Por venta de servicios | 1,937.0 | 1,988.3 | 2.7 | -41.5 |
| CxC vigencias anteriores | 108.2 | 68.1 | -37.1 | |

En lo que respecta a los recaudos sin disponibilidad inicial ni cuentas por cobrar de vigencias anteriores hay una variación significativa en el total de las dos vigencias pues disminuyo el 2012 con relación al 2011 en un 6.7 % pasando de $ 2,145.2 millones a 2,002 millones, pero los únicos rubros que varían negativamente es el de los demás pagadores que disminuye en un 4.4 % y el que más afectó fue el de otros ingresos no asociados a VSS que disminuyo en un 93.4%, mientras que los demás aumentaron, presentando mayor positiva el régimen subsidiado con un incremento de 13.7%, por lo cual los ingresos reconocidos por venta de servicios en total presento un incremento de 2.7% y la cartera de 60 a 360 días en todos los pagadores disminuyo.

Cuadro 116. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 75% | 77% | 2% |
| 2. Régimen subsidiado | 97% | 94% | -3% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 100 % | 100 % | 0% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 100 % | 100 % | 0% |
| 3.2 Servicios No POS | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 100 % | 91% | -9% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 80% | 86% | 6% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100 % | 100 % | 0% |
| **Total** | **95%** | **93%** | **-2.6%** |
| Por venta de servicios | 95% | 92% | -3% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100 % | 100 % | 0% |

En el comportamiento de los ingresos recaudados frente a los ingresos reconocidos, por tipo de pagador, tenemos que se presenta disminución en el pagador régimen subsidiado pasando de un recaudo del 97% del ingreso reconocido al 93% en la vigencia 2012, también se presenta una disminución en el recaudo del plan de intervenciones colectivas donde se pasó de un 100% a un 91%, por el contrario en el régimen contributivo aumenta en un 2%, así como también en el recaudo a otros pagadores, Pero en general disminuye en un 3% el recaudo frente al reconocimiento de la vigencia 2012, pasando de un 95% en el 2011 al 92% en el 2012.

Gastos comprometidos



Cuadro 117. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 675.0 | 569.0 | -16% |
| Servicios personales indirectos | 552.0 | 695.0 | 26% |
| Gastos generales | 528.0 | 431.0 | -18% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 303.0 | 331.0 | 9% |
| **Gastos variables (2)** | **2,058.0** | **2,026.0** | **-2%** |
| Otros gastos (3) | 94.0 | 11.0 | **-88%** |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **2,152.0** | **2,037.0** | **-5%** |
| CxP vigencias anteriores | 2.0 | 30.0 | 1400% |

**(1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios. **(3) Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública. **(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Al analizar la variación en los gastos comprometidos por los diferentes conceptos que lo componen, se pudo determinar que el total de gastos comprometidos por la ESE hospital disminuyo en un 5% con relación a la vigencia 2011, mostrándose una reducción en los gastos de personal de planta de un 16% y en de los gastos generales de un 18% y una reducción del 88% en los otros gastos pasando de $94 millones en la vigencia 2011 a $ 11 millones en el 2012, los gastos que presentaron aumento fueron los servicios personales indirectos en un 26% y los gastos de operación y comercialización en un 9% lo que se explica con el aumento en la producción del 24%.

Cuadro 118. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 31% | 28% | -3.4% |
| Servicios personales indirectos | 26% | 34% | 8.5% |
| Gastos generales | 25% | 21% | -3.4% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 14% | 16% | 2% |
| **Gastos Variables (2)** | 96% | 99% | 3% |
| Otros gastos **(3)** | 4% | 1% | -3% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | 100% | 100% | 0 |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

En la composición porcentual de los gastos con relación al gasto total se puede ver un comportamiento muy estable solo se observa un aumento del 8.5 en los servicios personales indirectos que paso de representar un 26% del gasto total en el 2011 a representar un 34% en el 2012.



Comportamiento en términos de eficiencia

.

Cuadro 119. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | A | 674.8 | 569.0 | -15.7 |
| Total servicios personales indirectos | B | 552.3 | 695.4 | 25.9 |
| Gasto total de personal | C | 1,227.1 | 1,264.4 | 3.0 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | D | 2,067.7 | 2,037.7 | -1.5 |
| Total facturado por VSS ( | E | 2,123.1 | 2,413.3 | 13.7 |
| Ingresos reconocidos por VSS | F | 2,041.2 | 2,154.1 | 5.5 |
| Ingresos recaudados por VSS | G | 1,937.0 | 1,988.3 | 2.7 |
| **Producción equivalente (en UVR)** | **H** | **165,965.7** | **205,190.1** | **23.6** |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 7,393.4 | 6,162.1 | -16.7 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 12,458.9 | 9,930.9 | -20.3 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 12,792.2 | 11,761.5 | -8.1 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida | l=f/h* 1.000.000 | 12,299.0 | 10,497.8 | -14.6 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 11,670.9 | 9,690.3 | -17.0 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | -159.9 | 567.0 | -454.6 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | -787.9 | -240.6 | -69.5 |

Total contratación con terceros corresponde al valor de la externalización de servicios de ESE. **Var%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

La producción equivalente tuvo un incremento del 23.6%, pero disminuye el promedio de la facturación por unidad producida y los ingresos reconocidos por unidad producida con relación a la producción UVR, según refiere el hospital es debido a que durante la vigencia 2012 rebajo tarifas de contratación.

También se ve una reducción en los ingresos recaudados por venta de servicios por unidad producida en un 17%.



Al realizar la diferencia entre los ingresos recaudados por unidad producida y los gastos comprometidos por el funcionamiento y operación comercial por unidad producida da -240.6 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.

Análisis de equilibrio

Cuadro 120. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 2,041.2 | 2,154.1 | 5.53% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 1,755.0 | 1,695.0 | -3.42% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 303.0 | 331.0 | 9.24% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 0.99 | 1.06 | 7.14% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 1,937.0 | 1,988.3 | 2.65% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 0.94 | 0.98 | 4.02% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

En el análisis del equilibrio de la operación corriente, es decir, a la relación de los ingresos reconocidos y recaudados por ventas de servicios de salud de la vigencia excluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores, frente a los gastos habituales comprometidos en la operación corriente excluyendo inversión, deuda pública y cuentas por pagar de otras vigencias, vemos que en el caso de los ingresos reconocidos la ESE tiene un equilibrio presupuestal al estar comprometiendo el gasto por debajo de sus ingresos reconocidos, caso contrario al comparar el recaudo con el compromiso, donde la ESE compromete por encima del recaudo por venta de servicios de salud, lo que hace que la institución esté

apalancando sus gastos en rubro como la disponibilidad inicial y en la recuperación de cartera de vigencias anteriores.

Cuadro 121. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes )*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | O | 108.2 | 68.1 | -37.11% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | P | 2.0 | 30.0 | 1400.00% |
| Diferencia | q=o-p | 106.2 | 38.1 | -64.16% |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

Para el equilibrio presupuestal no corriente, la ESE presenta un buen equilibrio en las dos vigencias ya que el recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores le permiten cancelar los saldos de cuentas por pagar, quedando recursos a favor para apalancar gastos de funcionamiento que no alcanzan a cubrirse con los recaudos de venta de servicios.

Situación de los pasivos

Cuadro 122. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 < 1 año | 2011 > 1 año | Total | 2012 < 1 año | 2012 > 1 año | Total | Var 2011 Vs 2012 < 1 año | > 1 año | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | 131.9 | - | 131.9 | 92.4 | - | 92.4 | -29.9 | - | -29.9 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | 127.1 | - | 127.1 | 127.9 | - | 127.9 | 0.7 | - | 0.7 |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | 21.1 | - | 21.1 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| *...Servicios Personales Indirectos* | 4.8 | - | 4.8 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | 26.8 | - | 26.8 | 1.8 | - | 1.8 | -93.1 | - | -93.1 |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | | | - | 34.6 | | 34.6 | - | - | - |
| **Total Pasivos** | **179.8** | **-** | **179.8** | **128.9** | **-** | **128.9** | **-28.3** | **-** | **-28.3** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | - | - | | - | - | | | | |
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pasivos estimados | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

***Donde:***

**Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

**Valor promedio mensual gasto comprometido 2012:**

**Servicios de personal:** corresponde al gasto comprometido del personal de planta y personal indirecto (promedio mensual)

**Servicios de personal excluyendo servicios personales indirecto**: corresponde al gasto comprometido del personal de planta (promedio mensual)

**Servicios Personales Indirectos**: corresponde al gasto comprometido del personal indirecto (promedio mensual)

**Cuentas por pagar (excluyendo aportes patronales y parafiscales)**: corresponde al gasto comprometido de Gastos Generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual)

**Gasto:** corresponde a la suma del gasto de personal, Gastos generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual).



En lo que respecta a los pasivos, al comparar los dos vigencias tenemos que estos disminuyen en un 28.3% al pasar de 179.8 millones a 128.9 millones, la mayor disminución en valor la encontramos en el componente de Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales al pasar de 131.9 a 92.4 millones, es importante resaltar también la disminución de las cuentas por pagar, excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales las cuales varían en un -93,1%, pasando de 26.8 a 1.8 millones.

Situación de la cartera

Cuadro 123. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 Valor | 2011 %Part | 2012 Valor | 2012 %Part | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 36.9 | 22.6 | 40.0 | 15.4 | 8.2 |
| ...menor a 60 días | 25.3 | 15.5 | 30.2 | 11.7 | 19.4 |
| ...de 61 a 360 días | 8.8 | 5.4 | 5.2 | 2.0 | -41.2 |
| ...mayor a 360 días | 2.8 | 1.7 | 4.6 | 1.8 | 62.9 |
| Régimen Subsidiado | 89.9 | 55.1 | 169.4 | 65.3 | 88.3 |
| ...menor a 60 días | 7.7 | 4.7 | 76.4 | 29.5 | 886.7 |
| ...de 61 a 360 días | 34.1 | 20.9 | 23.6 | 9.1 | -30.7 |
| ...mayor a 360 días | 48.1 | 29.4 | 69.4 | 26.7 | 44.3 |
| SOAT – ECAT | 14.1 | 8.6 | 15.0 | 5.8 | 5.9 |
| ...menor a 60 días | 3.4 | 2.1 | 1.9 | 0.7 | -44.3 |
| ...de 61 a 360 días | 6.9 | 4.2 | 2.8 | 1.1 | -59.9 |
| ...mayor a 360 días | 3.9 | 2.4 | 10.3 | 4.0 | 167.3 |
| Otros Deudores VSS | 19.2 | 11.8 | 31.9 | 12.3 | 66.2 |
| ...menor a 60 días | 5.9 | 3.6 | 23.2 | 8.9 | 293.8 |
| ...de 61 a 360 días | 8.3 | 5.1 | 2.5 | 1.0 | -70.3 |
| ...mayor a 360 días | 5.0 | 3.1 | 6.3 | 2.4 | 26.1 |
| Otros Deudores Concepto Diferente VSS | 3.1 | 1.9 | 3.1 | 1.2 | - |
| ...menor a 60 días | - | - | - | - | - |
| ...de 61 a 360 días | - | - | - | - | - |

*(En millones de pesos corrientes)*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ...mayor a 360 días | 3.1 | 1.9 | 3.1 | 1.2 | - |
| **Total por cobrar con facturación radicada** | **163.3** | **100.0** | **259.4** | **100.0** | **58.8** |
| ...menor a 60 días | 42.3 | 25.9 | 131.7 | 50.8 | 211.0 |
| ...de 61 a 360 días | 58.1 | 35.6 | 34.0 | 13.1 | -41.5 |
| ...mayor a 360 días | 62.8 | 38.5 | 93.7 | 36.1 | 49.1 |
| **Cartera pendiente de reconocer** | | | | | |
| Total cartera radicada | 163.3 | 100.0 | 259.4 | 100.0 | 58.8 |
| Cartera pendiente de radicar | - | - | - | - | - |
| **Participación de la glosa en la cartera reconocida** | | | | | |
| Glosa inicial | 18.8 | 11.5 | 8.4 | 3.2 | -55.5 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 11.5 | 7.0 | 3.2 | 1.2 | -72.0 |



Con respecto a la cartera de la ESE, en el análisis de las dos vigencias encontramos que hay un aumento en la cartera reconocida del 58.8% paso de $ 163.3 a 259.4 millones no quedando pendiente nada por reconocer de la cartera radicada.

Por pagadores tenemos que la mayor participación en el componente de la cartera es el régimen subsidiado que participa con un 65%, seguido de régimen contributivo, luego otros deudores de VSS y luego SOAT. En el análisis de las variaciones tenemos que la cartera del régimen subsidiado aumenta en un 88.3, otros deudores 66.3%, régimen contributivo 8.2% y SOAT-ECAT en 5.9%; la cartera menor a 60 días presenta un incremento del 211% pasando de 42.3 a 131.7 millones en el 2012, mientras que la de 61 a 360 días disminuye en un 41.5% y la mayor a 360 días aumenta en un 49.1%.

La ESE queda clasificada sin riesgo para el año 2012.

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 124. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % Capitación | % evento | % paquetes | % otras Formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 2146.2 | 73% | | | |
| 2. Régimen contributivo | 308.2 | | 10.48% | | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 214.9 | | | | 7.3% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 214.9 | | | | 7.3% |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 165.2 | | | | 5.6% |
| 5. Otros pagadores | 106.2 | | 3.62% | | |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **2940.7** | **73%** | **14.1** | | **12.9%** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

La E.S.E tiene contratación por capitación con el régimen subsidiado lo que equivale a un 73% del total contratado, en el caso del régimen contributivo se tiene como mecanismo de pago por evento equivale a 10.48% del total contratado, al igual que con otros pagadores el mecanismo de pago también es por evento y equivale a un 3.62 % y la atención a la población pobre no asegurada y el plan de intervenciones colectivas se recibe el pago por otras formas de contratación y equivalen al 12.9%.

Cuadro 125. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 313.5 | 308.2 | -2% | 6.2% |
| 2. Régimen Subsidiado | 2002.2 | 2146.2 | 7% | 11.1% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **230.7** | **214.9** | **-7%** | **-6.9%** |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 230.7 | 214.9 | -7% | -6.9% |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0% | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 227.2 | 165.2 | -27% | 8.7% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5. Otros Pagadores | 108.6 | 106.2 | -2% | |
| **Total venta de servicios de salud** | **2882.1** | **2940.7** | **2%** | **13.6** |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.



La contratación aumento en total en un 2%, en el régimen contributivo disminuyo en un 2% y esta disminución no se ve reflejada en el porcentaje de producción que por el contrario se incrementó en este pagador en un 6.2%. En el régimen subsidiado se incrementó el valor contratado en un 7% y se refleja en el incremento de la producción. En la contratación para la atención de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda disminuyó en un 7% en igual porcentaje se redujo la producción, la contratación para el plan de intervenciones colectivas disminuyó en un 27% al igual que el monto con otros pagadores que disminuyó en un 2%.

Cuadro 126. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| **SUBSIDIADO** | CAFESALUD | I NIVEL DE ATENCION | 50.71% | 7742 | 1272541391 |
| **SUBSIDIADO** | ASMETSALUD | I NIVEL DE ATENCION | 49.55% | 3422 | 549682704 |
| **SUBSIDIADO** | PIJAO SALUD | I NIVEL DE ATENCION | 51.22% | 992 | 140790519 |

**Fuente:** Institución pública prestadora de servicios de salud.

En la E.S.E se tuvo para la vigencia 2012 por la modalidad de capitación con el régimen subsidiado un total de 12156 usuarios de los cuales se encuentran afiliados a EPS Cafesalud el 63.7%, a Asmet salud el 28.1% y a Pijao Salud 8.2%, en cuanto al % de UPC pactado el mejor porcentaje pactado es con pijao Salud con un 51.22%, le sigue Cafesalud con un 50.71% y la que menor porcentaje de UPC pactada es con Asmet Salud con un 49.55%.

## Ingresos y Recaudos

### Cuadro 127. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % |
| 1. Régimen contributivo | 313.5 | 308.2 | -2% |
| 2. Régimen subsidiado | 2,002.2 | 2,146.2 | 7% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **230.7** | **214.9** | **-7%** |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 230.7 | 214.9 | -7% |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 227.2 | 165.2 | -27% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 108.6 | 106.2 | -2% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 175.7 | 23.6 | -87% |
| **Total** | **3,057.8** | **2,964.4** | **-3%** |
| Por venta de servicios | 2,882.1 | 2,940.7 | 2% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 182.5 | 158.3 | -13% |

El incremento real en los reconocimientos fue del 2% por ventas de servicios, pero en el total de ingresos disminuyo en un 3%, ocasionado por la disminución en los ingresos reconocidos en el régimen contributivo, población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, plan de intervenciones colectivas que disminuyo en un 27% y otros ingresos no asociados a Venta de servicios que paso de $175.7 a $23.6 lo que significó una disminución del 87%.

### Cuadro 128. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Recaudo | | | Δ Cart 60 - 360 días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1.Régimen contributivo | 201.9 | 137.5 | -32% | 89.71% |
| 2.Régimen subsidiado | 1,950.1 | 1,943.2 | 0% | 66.15% |
| 3.Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | **230.7** | **214.9** | **-7%** | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 230.7 | 214.9 | -7% | |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | |
| 4.Plan de intervenciones colectivas | 216.8 | 165.2 | -24% | |
| 5.Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 86.3 | 90.4 | 5% | -2.72% |
| 6.Otros ingresos no asociados a VSS | 175.7 | 23.6 | -87% | |
| **Total** | **2,861.5** | **2,574.8** | **-10%** | |
| Por venta de servicios | 2,685.8 | 2,551.1 | -5% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 182.5 | 158.3 | -13% | |

El comportamiento de los ingresos recaudados por venta de servicios disminuyo en un 5% y en el total de los ingresos cayo el recaudo en un 10% principalmente por la disminución en el recaudo del régimen contributivo y la población pobre no cubierto con subsidios a la demanda y el plan de intervenciones colectivas. Es de mencionar que la disminución en el plan de intervenciones colectivas en el 2012, la contratación por parte del Departamento fue más baja y en otros ingresos no ligados a la venta de servicios la disminución se ve en los aportes recibidos en el 2011 para adquisición de vehículo, así como el pago de un seguro de un inmueble.

Cuadro 129. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 64% | 45% | -20% |
| 2. Régimen subsidiado | 97% | 91% | -6% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 100% | 100% | 0% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 100% | 100% | 0% |
| 3.2 Servicios No POS | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 95% | 100% | 5% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 79% | 85% | -6% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 100% | 0% |
| **Total** | **94%** | **87%** | **-7%** |
| Por venta de servicios | 93% | 87% | -6% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100% | 100% | 0% |

El recaudo tiene el mismo comportamiento del reconocimiento, a excepción del contributivo que el recaudo disminuyo debido al poco flujo de caja de la EPS CAFESALUD, SALUDCOOP y LA NUEVA EPS. Esto se refleja en el incremento de la cartera por éste régimen.

El incremento de la cartera en el régimen subsidiado corresponde a la facturación que se realizó en el último trimestre, ya que se cambió la forma de realizarla.



Gastos comprometidos

Cuadro 130. Gastos comprometidos por concepto

(En millones de pesos constantes 2012)

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 945.0 | 836 | -12% |
| Servicios personales indirectos | 911.0 | 1058 | 16% |
| Gastos generales | 616.0 | 455.7 | -26% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 396.0 | 402.2 | 1% |
| **Gastos variables (2)** | **2,869.0** | **2,751.0** | **-4%** |
| Otros gastos (3) | 18.0 | 11.0 | **-39%** |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **2,887.0** | **2,762.0** | **-4%** |
| CxP vigencias anteriores | 152.0 | - | |

**(1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios. **(3) Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública. **(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Cuadro 131. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 33% | 30% | -3% |
| Servicios personales indirectos | 32% | 38% | 7% |
| Gastos generales | 21% | 17% | -5% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 14% | 15% | 1% |
| **Gastos Variables (2)** | 99% | 100% | 0% |
| Otros gastos **(3)** | 1% | 0% | 0% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **100%** | **100%** | **0%** |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

**GASTOS PERSONAL DE PLANTA** Los gastos de personal presentan una disminución del 12%, esto se debe a que a finales de la vigencia 2.011 se suprimieron cuatro cargos de la planta de personal, un auxiliar área de la salud enfermería, la cual renuncio para acceder a su pensión de jubilación, dos

profesionales área de la salud bacteriólogas, las cuales se contrataron por medio de una temporal, al igual que la supresión de dos cargos de médico en servicio social obligatorio, en el mes de julio y septiembre del 2011, los cuales se contrataron de conformidad con la resolución 1058 del 2010.



**SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS:** Se incrementaron en un 16 %, Adicional al personal que se ha venido contratando en los últimos años, en la vigencia 2012 se hizo necesario contratar por medio de operador externo el personal que se suprimió de la planta de personal como es el caso de la auxiliar y las bacteriólogas, y los dos médicos en servicio social obligatorio, que se contrataron de conformidad con la resolución 1058 del 2010.

Desde el mes de abril se contrató una enfermera para realizar triague en el servicio de urgencias y a partir del mes de agosto se tienen dos enfermeras por medio de la empresa temporal realizando turnos que cubren el servicio 12 horas diarias.

Desde el mes de octubre del 2012, se contrató un médico adicional de tiempo completo para realizar consulta externa.

Hubo necesidad de incrementar en más de quince millones de pesos el valor del contrato del personal asistencial, en el momento de realizar contratación con la temporal ETEMCO, para cumplir con los requerimientos en un cien por ciento de seguridad social y prestaciones sociales.

Comportamiento en términos de eficiencia



Cuadro 132. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | A | 945.0 | 835.0 | -12% |
| Total gastos externalizados ( | B | 911.0 | 1,058.0 | 16% |
| Gasto recurso humano total (en millones de 2012) | C | 1,856.0 | 1,893.0 | 2% |
| Total Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | D | 1,013.0 | 858.0 | -15% |
| Total facturado por VSS | E | 2917.2 | 2780.5 | -5% |
| Ingresos recaudados por VSS | F | 2685.8 | 2551.1 | -5% |
| **Producción equivalente** | **G** | **324,742.20** | **369,033.95** | **14%** |
| Vr. Promedio Gasto de recurso humano comprometido por unidad producida | h=c/g* 1,000,000 | 5715.3 | 5129.6 | -10% |
| Vr. Promedio Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | i=d/g* 1,000,000 | 3119.4 | 2325.0 | -25% |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | j=e/g* 1,000,000 | 8983.0 | 7534.6 | -16% |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | k=f/g* 1,000,000 | 8270.4 | 6913.0 | -16% |
| Diferencia entre ingreso recaudado por VSS y Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | l=k-i | 5151.0 | 4588.0 | -11% |

Total contratación con terceros corresponde al valor de la externalización de servicios de ESE. **Var%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

La producción equivalente tuvo un incremento del 14%, pero disminuye el promedio de la facturación por unidad producida y los ingresos reconocidos por unidad producida en un 16%, según refiere el hospital es debido a que durante la vigencia 2012 rebajo tarifas de contratación. También se observa una reducción en los ingresos recaudados por venta de servicios por unidad producida en un 16%.

Al realizar la diferencia entre el ingreso recaudado por Venta de servicios y el Total gastos comprometidos de funcionamiento y de operación, comercialización y prestación de servicios por unidad producida da - $ 572.4 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.

Análisis de equilibrio

Cuadro 133. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 2,882.1 | 2,940.7 | 2.03% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 2,472.0 | 2,349.0 | -4.98% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 397.0 | 402.0 | 1.26% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 1.00 | 1.07 | 6.44% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 2,685.8 | 2,551.1 | -5.01% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 0.94 | 0.93 | -0.88% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

En el análisis del equilibrio de la operación corriente, es decir, a la relación de los ingresos reconocidos y recaudados por ventas de servicios de salud de la vigencia excluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores, frente a los gastos habituales comprometidos en la operación corriente excluyendo inversión, deuda pública y cuentas por pagar de otras vigencias, vemos que en el caso de los ingresos reconocidos la ESE tiene un equilibrio presupuestal al estar comprometiendo el gasto por debajo de sus ingresos reconocidos, caso contrario al comparar el recaudo con el compromiso, donde la institución compromete por encima del recaudo por venta de servicios de salud, aun así está por encima del 90%.

Cuadro 134. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | o | 182.5 | 158.3 | -13.23% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | p | 152.0 | 0.0 | -100.00% |
| Diferencia | q=o-p | 30.5 | 158.3 | 419.55% |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

Para el equilibrio presupuestal no corriente, la ESE presenta un buen equilibrio en las dos vigencias ya que el recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores le permiten cancelar los saldos de cuentas por pagar, quedando recursos a favor para apalancar gastos de funcionamiento que no alcanzan a cubrirse con los recaudos de venta de servicios.

Situación de los pasivos

Cuadro 135. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 < 1 año | 2011 > 1 año | Total | 2012 < 1 año | 2012 > 1 año | Total | Var 2011 Vs 2012 < 1 año | > 1 año | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | 56.5 | - | 56.5 | 80.6 | - | 80.6 | 42.8 | - | 42.8 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | 56.5 | - | 56.5 | 56.5 | - | 56.5 | - | - | - |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *...Servicios Personales Indirectos* | - | - | - | 7.5 | - | 7.5 | - | - | - |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | - | - | - | 27.6 | - | 27.6 | - | - | - |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | - | | - | - | | - | - | - | - |
| **Total Pasivos** | **56.5** | **-** | **56.5** | **108.3** | **-** | **108.3** | **91.8** | **-** | **91.8** |
| | - | - | | - | - | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pasivos estimados | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

***Donde:***

**Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

**Valor promedio mensual gasto comprometido 2012:**

**Servicios de personal:** corresponde al gasto comprometido del personal de planta y personal indirecto (promedio mensual)

**Servicios de personal excluyendo servicios personales indirecto**: corresponde al gasto comprometido del personal de planta (promedio mensual)

**Servicios Personales Indirectos**: corresponde al gasto comprometido del personal indirecto (promedio mensual)

**Cuentas por pagar (excluyendo aportes patronales y parafiscales)**: corresponde al gasto comprometido de Gastos Generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual)

**Gasto:** corresponde a la suma del gasto de personal, Gastos generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual).



Los saldos se incrementaron en cuanto a los acreedores por que en el año 2011 se realizaron todos los pagos dentro de la vigencia, pero para el año 2012 quedaron saldos pendientes por que los recaudos fueron insuficientes, cabe anotar que dichos pasivos no incurrieron en mora o situaciones que generaran riesgos en la prestación del servicio por parte de la ESE HOSPITAL SAN JOSE MARSELLA.

## Situación de la cartera

Cuadro 136. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 | | 2012 | | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valor | %Part | Valor | %Part | |
| **Régimen Contributivo** | **114.0** | **38.6** | **194.0** | **39.6** | **70.2** |
| ...menor a 60 días | 44.0 | - | 58.0 | - | 31.8 |
| ...de 61 a 360 días | 63.0 | - | 113.0 | - | 79.4 |
| ...mayor a 360 días | 7.0 | - | 23.0 | - | 228.6 |
| **Régimen Subsidiado** | **115.0** | **39.0** | **248.0** | **50.6** | **115.7** |
| ...menor a 60 días | 13.0 | - | 74.0 | - | 469.2 |
| ...de 61 a 360 días | 37.0 | - | 129.0 | - | 248.6 |
| ...mayor a 360 días | 65.0 | - | 45.0 | - | -30.8 |
| **SOAT – ECAT** | **28.0** | **9.5** | **31.0** | **6.3** | **10.7** |
| ...menor a 60 días | 8.0 | - | 4.0 | - | -50.0 |
| ...de 61 a 360 días | 5.0 | - | 5.0 | - | - |
| ...mayor a 360 días | 15.0 | - | 22.0 | - | 46.7 |
| **Otros Deudores VSS** | **38.0** | **12.9** | **17.0** | **3.5** | **-55.3** |
| ...menor a 60 días | 13.0 | - | 5.0 | - | -61.5 |
| ...de 61 a 360 días | 5.0 | - | 1.0 | - | -80.0 |
| ...mayor a 360 días | 20.0 | - | 11.0 | - | -45.0 |
| **Total** | **295.0** | **-** | **490.0** | **-** | **66.1** |
| ...menor a 60 días | 78.0 | 26.4 | 141.0 | 28.8 | 80.8 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ...de 61 a 360 días | 110.0 | 37.3 | 248.0 | 50.6 | 125.5 |
| ...mayor a 360 días | 107.0 | 36.3 | 101.0 | 20.6 | -5.6 |
| **Cartera pendiente de reconocer** | - | | - | | |
| Total cartera reconocida | 295.3 | | 490.0 | | 65.9 |
| Cartera pendiente de reconocer | 39.2 | | 40.8 | | 4.1 |
| **Participación de la glosa en la cartera reconocida** | | | | | |
| Glosa inicial | 14.9 | | 25.4 | | 70.5 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 5% | | 5% | | 2.7 |



La cartera tuvo un incremento del 65.9% global lo cual se generó principalmente por las siguientes causas:

En la cartera del régimen contributivo las entidades que tuvieron incremento en los saldos fueron SALUDCOOP, CAFESALUD Y LA NUEVA EPS la entidad realizó diferentes procesos de cobro persuasivo como fueron: conciliaciones, reuniones presenciales con las Gerencia regionales con las EPS antes mencionadas y con la Superintendencia de Salud, pero los resultados no fueron los esperados como es el caso de la Nueva EPS donde la conciliación no ha sido fructífera por cuanto no hubo un común acuerdo en las glosas que la EPS reporto.

En el comité de sostenibilidad contable y financiera de la ESE aprobaron para el año 2013, hacer oficios con anuncio de suspender si era del caso los servicios hasta donde las Ley lo permite.

En relación a la cartera del régimen subsidiado se tiene un aumento en los saldos por cobrar de CAFESALUD y CAPRECOM, una de las razones se generó porque la facturación se venía haciendo de acuerdo a la liquidación mes a mes realizada por la EPS, pero la ESE HOSPITAL SAN JOSE MARSELLA determinó que la facturación debe ser por el valor contratado. Sin embargo, el pago de la EPS es recibido de acuerdo a la liquidación propia, al momento de liquidar el contrato se nivelará el saldo.

Con la metodología del Ministerio de salud y protección social la ESE quedó sin Riesgo financiero y fiscal para la vigencia 2012.



## ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL MISTRATO

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 137. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % Capitación | % evento | % Paquetes | % otras Formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 2,094.3 | 79.64 | | 0 | 0 |
| 2. Régimen contributivo | 10.6 | 0 | 0.4 | 0 | 0 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | **246.2** | **0** | **0** | **0** | **9.36** |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 246.2 | 0 | 0 | 0 | 9.36 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 278.4 | 0 | 0 | 0 | 10.6 |
| 5. Otros pagadores | 0.0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **2,629.4** | **79.64** | **0.4** | **0** | **19.96** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

La E.S.E tiene contratación por capitación con el régimen subsidiado lo que equivale a un 79.64% del total contratado, en el caso del régimen contributivo se tiene como mecanismo de pago por evento equivale a 0.4% del total contratado, y la atención a la población pobre no asegurada y el plan de intervenciones colectivas se recibe el pago por otras formas de contratación y equivalen al 19.96%.

Cuadro 138. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 201.8 | 10.6 | -95% | -14.1 |
| 2. Régimen Subsidiado | 1,971.0 | 2,094.3 | 6% | -14 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 246.2 | 246.2 | 0% | -33.6 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 246.2 | 246.2 | 0% | -33.6 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0% | 0 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 713.8 | 278.4 | -61% | -14.8 |
| 5. Otros Pagadores | 198.3 | 0.0 | -100% | |
| **Total venta de servicios de salud** | **3,331.1** | **2,629.4** | **-21%** | **-19** |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.

La contratación disminuyo en total en un 21%, en el régimen contributivo disminuyo en un 95% paso de $201.8 a $10.6 y esta disminución se ve reflejada en el porcentaje de producción disminuyo en un 14.1 para este pagador. En el régimen subsidiado se incrementó el valor contratado en un 6% y no se refleja en la producción que por el contrario disminuyo para este pegador en un 14%. En la contratación para la atención de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda se contrató el mismo valor contratado en la vigencia anterior $246.2 pero la producción para este pagador disminuyo en un 33%, la contratación para el plan de intervenciones colectivas disminuyó en un 61% al igual que el monto con otros pagadores que disminuyó en un 100% lo que se reflejó en la disminución de la producción para estos dos pagadores.

Cuadro 139. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen subsidiado | Pijao Salud EPS | Nivel I | 14076 | 4901 | 763,832,544 |
| Régimen subsidiado | Asmet Salud EPS | Nivel I | 13494 | 2495 | 486,839,847 |
| Régimen subsidiado | Cafesalud EPS | Nivel I | 13697 | 5176 | 842,224,455 |

**Fuente:** Institución pública prestadora de servicios de salud.

En la modalidad de pago por capitación con el régimen subsidiado la ESE cuenta con un total de 12572 usuarios de los cuales se encuentran afiliados a EPS Cafesalud el 41.2%, a Asmet salud el 19.8% y a Pijao Salud 39%, en cuanto a la UPC pactada el mejor porcentaje pactado es con Pijao Salud, seguido por Cafesalud y la que menor UPC pactada es con Asmet Salud.

Ingresos y Recaudos

Cuadro 140. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 188.1 | 220.0 | 17% | - |
| 2. Régimen subsidiado | 1,971.0 | 2,208.2 | 12% | - |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **246.2** | **246.2** | 0% | - |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 246.2 | 246.2 | 0% | - |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | - |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 713.8 | 268.9 | -62% | - |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 195.1 | 192.8 | -1% | - |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 453.3 | 154.5 | -66% | - |
| **Total** | **3,767.5** | **3,290.6** | **-13%** | **-** |
| Por venta de servicios | 3,314.2 | 3,136.2 | -5% | - |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 212.6 | 645.4 | 204% | - |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **Δ glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

Se presentó una disminución en los reconocimientos fue del 5% por ventas de servicios, y en el total de ingresos reconocidos disminuyo en un 13%, ocasionado por la disminución en el plan de intervenciones colectivas de un 63% que paso de $713.8 a $268.9 millones y los otros ingresos no asociados a VSS paso de $ 453.3 a $ 154.5 millones.

Cuadro 141. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Recaudo | | | Δ Cart 60 -360 días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1.Régimen contributivo | 164.3 | 160.2 | -3% | 46.8 |
| 2.Régimen subsidiado | 1,922.2 | 2,094.5 | 9% | 94.7 |
| 3.Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | **246.2** | **246.2** | 0% | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 246.2 | 246.2 | 0% | 113.4 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | |
| 4.Plan de intervenciones colectivas | 713.8 | 244.3 | -66% | |
| 5.Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 174.2 | 137.4 | -21% | |
| 6.Otros ingresos no asociados a VSS | 453.3 | 154.5 | -66% | |
| **Total** | **3,674.0** | **3,037.0** | **-17%** | **88.9** |
| Por venta de servicios | 3,220.7 | 2,882.6 | -10% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 60.8 | 633.2 | 941% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos recaudados. **Δ Cartera 60 – 360 días**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de cartera entre 60 y 360 días.
**Fuente:** Minsalud- SIHO - Formulario *Ingresos*.

En lo que respecta a los recaudos sin disponibilidad inicial ni cuentas por cobrar de vigencias anteriores hay una variación significativa en el total de las dos vigencias pues disminuyo el 2012 con relación al 2011 en un 17%, pasando de $ 3,220.7 millones a 2,882.6 millones, dado que disminuyeron los ingresos recaudados en todos los rubros excepto en el régimen subsidiado que aumento en un 9%.

Cuadro 142. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 87% | 73% | -15% |
| 2. Régimen subsidiado | 98% | 95% | -3% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 100% | 100% | 0% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 100% | 100% | 0% |
| 3.2 Servicios No POS | 0% | 0% | 0% |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 100% | 91% | -9% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 89% | 71% | -18% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 100% | 0% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total** | **98%** | **92%** | **0.052256403** |
| Por venta de servicios | 97% | 92% | -5% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 29% | 98% | 70% |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var:** Diferencia absoluta del porcentaje, 2011-2012. **Fuente:** Minsalud- SIHO.



En el comportamiento de los ingresos recaudados frente a los ingresos reconocidos, por tipo de pagador, tenemos que se presenta disminución en el pagador régimen subsidiado, contributivo, plan de intervenciones colectivas y en otro ingresos por Venta de servicios a otros pagadores pasando en total de un recaudo del 98% del ingreso reconocido al 92% en la vigencia 2012, el recaudo por venta de servicios y también disminuye en un 5%, mientras que el recaudo por cuentas por cobrar de vigencias anteriores aumenta en un 70% gracias a los recursos girados por el decreto 1080.

Gastos comprometidos

Cuadro 143. Gastos comprometidos por concepto

***(En millones de pesos constantes 2012)***

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de Personal de planta (1) | 1,025.9 | 1,046.6 | 2.0 |
| Servicios Personales Indirectos | 1,084.3 | 823.1 | -24.1 |
| Gastos Generales | 620.6 | 567.4 | -8.6 |
| Gastos de Operación, Comercialización y PS | 519.9 | 475.5 | -8.5 |
| **Gastos Variables (2)** | **2,224.8** | **1,866.0** | **-16.1** |
| Otros Gastos (3) (Transferencias C + Inversión + Deuda Pública) | 452.3 | 38.5 | -91.5 |
| **Total Gastos Comprometidos (4) Excluye CxP de vig. anteriores** | **3,702.9** | **2,951.1** | **-20.3** |
| Cargos vacantes | 1 | 1 | - |
| Planta transitoria | - | - | - |
| Producción equivalente | 312,763 | 253,352 | -19.0 |
| Gasto de personal | 2,110.2 | 1,869.6 | -11.4 |
| Gastos totales sin inversión | 3,250.7 | 2,912.6 | -10.4 |
| CxP de vigencias anteriores | 8.2 | 139.1 | 1,589.0 |

**(1)Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma.**(2)Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios.**(3)Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública.**(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores.**Var%:** Tasa de crecimiento 2010-2011 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Al analizar la variación en los gastos totales (sin inversión) comprometidos por los

s conceptos que lo componen, se pudo determinar que el total de gastos de la ESE presentó una disminución de 10.4%, disminución que se refleja en los servicios personales indirectos, gastos generales y de operación razonables dada la disminución en la producción equivalente en un 19%.



Cuadro 144. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 28% | 35% | 7% |
| Servicios personales indirectos | 29% | 28% | -1% |
| Gastos generales | 17% | 19% | 2% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 14% | 16% | 2% |
| **Gastos Variables (2)** | 88% | 99% | 11% |
| Otros gastos **(3)** | 12% | 1% | -11% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **100%** | **100%** | **0** |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

En el análisis de la participación de cada concepto de gasto en el total de los gastos comprometidos, tenemos que hay dos variaciones significativas al comparar las dos vigencias objeto de evaluación, en los otros gastos(3) que en la vigencia 2011 representaban el 12% del gasto total comprometido, para la vigencia 2012 solo representa el 1%, así mismo dad la reducción del gasto comprometido en la vigencia 2012 los gastos de personal de planta pasan a tener una mayor representación con relación al 2011.

Comportamiento en términos de eficiencia



Cuadro 145. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | A | 1,026 | 1,047 | 2% |
| Total gastos externalizados | B | 1,084 | 823 | -24% |
| Gasto recurso humano total | C | 2,110 | 1,870.0 | -11% |
| Total Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS (en millones de 2012) | D | 1,141 | 1,043 | -9% |
| Total facturado por VSS | E | 3388.0 | 3437.9 | 1% |
| Ingresos recaudados por VSS | F | 3220.7 | 2882.6 | -10% |
| **Producción equivalente** | **G** | **312,762.64** | **253,352.47** | **-19%** |
| Vr. Promedio Gasto de recurso humano comprometido por unidad producida | h=c/g* 1,000,000 | 6746.3 | 7381.0 | 9% |
| Vr. Promedio Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | i=d/g* 1,000,000 | 3648.1 | 4116.8 | 13% |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | j=e/g* 1,000,000 | 10832.4 | 13569.5 | 25% |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | k=f/g* 1,000,000 | 10297.5 | 11377.6 | 10% |
| Diferencia entre ingreso recaudado por VSS y Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | l=k-i | 6649.3 | 7260.8 | 9% |

Total contratación con terceros corresponde al valor de la externalización de servicios de ESE. **Var%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

La producción equivalente tuvo una disminución del 19%, al contrario se incrementa el valor promedio de gasto de recurso humano por unidad producida y el promedio de gastos comprometidos por funcionamiento y de operación en un 9% y 13% respectivamente, también hay un incremento en el valor promedio facturado por unidad producida así como el valor promedio recaudado.

Al realizar la diferencia entre el ingreso recaudado por Venta de servicios y el Total gastos comprometidos de funcionamiento y de operación, comercialización y prestación de servicios por unidad producida da - $ 258.3 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.



Análisis de equilibrio

Cuadro 146. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 3,314.2 | 3,136.2 | -5.37% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 2,731.0 | 2,437.0 | -10.77% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 520.0 | 476.0 | -8.46% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 1.02 | 1.08 | 5.72% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 3,220.7 | 2,882.6 | -10.50% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 0.99 | 0.99 | -0.11% |

En el análisis del equilibrio de la operación corriente, es decir, a la relación de los ingresos reconocidos y recaudados por ventas de servicios de salud de la vigencia excluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores, frente a los gastos habituales comprometidos en la operación corriente excluyendo inversión, deuda pública y cuentas por pagar de otras vigencias, vemos que en el caso de los ingresos reconocidos la ESE tiene un equilibrio presupuestal al estar comprometiendo el gasto por debajo de sus ingresos reconocidos y al comparar el recaudo con el compromiso, la ESE por cada peso comprometido recauda 0.99 lo que significa que también presentó equilibrio en el ejercicio corriente.

Cuadro 147. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | O | 60.8 | 633.2 | 940.94% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | P | 8.0 | 139.0 | 1637.50% |
| **Diferencia** | **q=o-p** | **52.8** | **494.2** | **835.46%** |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

Para el equilibrio presupuestal no corriente, la ESE presenta un buen equilibrio en las dos vigencias ya que el recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores le permiten cancelar los saldos de cuentas por pagar, quedando recursos a favor.

Situación de los pasivos

Cuadro 148. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 < 1 año | > 1 año | Total | 2012 < 1 año | > 1 año | Total | Var < 1 año | > 1 año | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | 391.9 | - | 391.9 | 274.1 | - | 274.1 | -30.1 | - | -30.1 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | 252.4 | - | 252.4 | 252.4 | - | 252.4 | - | - | - |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | 12.3 | - | 12.3 | 12.4 | - | 12.4 | 0.7 | - | 0.7 |
| *...Servicios Personales Indirectos* | 139.5 | - | 139.5 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | | | - | | | - | - | - | - |
| **Total Pasivos** | **404.2** | **-** | **404.2** | **286.5** | **-** | **286.5** | **-29.1** | **-** | **-29.1** |
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | | | - | | | - | - | - | - |
| Pasivos estimados | | | - | | | - | - | - | - |

**Fuente:** Minsalud - SIHO. Información reportada para cada año.

***Dónde:***

**Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

**Valor promedio mensual gasto comprometido 2012:**

**Servicios de personal:** corresponde al gasto comprometido del personal de planta y personal indirecto (promedio mensual)

**Servicios de personal excluyendo servicios personales indirecto**: corresponde al gasto comprometido del personal de planta (promedio mensual)

**Servicios Personales Indirectos**: corresponde al gasto comprometido del personal indirecto (promedio mensual)

**Cuentas por pagar (excluyendo aportes patronales y parafiscales)**: corresponde al gasto comprometido de Gastos Generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual)

**Gasto:** corresponde a la suma del gasto de personal, Gastos generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual).



Como se observa en el cuadro anterior los pasivos disminuyeron para la vigencia 2012 en un 29%, pasando de $ 404.2 a $286.5 millones, donde se ve la mayor disminución es en los servicios personales indirectos en el 2011 tenían un pasivo de $ 139.5 millones y para el 2012 no se debía por este concepto.

## Situación de la cartera

### Cuadro 149. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 Valor | 2011 %Part | 2012 Valor | 2012 %Part | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 45.0 | 19.1 | 66.0 | 24.8 | 46.7 |
| ...menor a 60 días | 13.0 | - | 46.0 | - | 253.8 |
| ...de 61 a 360 días | 10.0 | - | 14.0 | - | 40.0 |
| ...mayor a 360 días | 22.0 | - | 6.0 | - | -72.7 |
| Régimen Subsidiado | 144.0 | 61.0 | 115.0 | 43.2 | -20.1 |
| ...menor a 60 días | 8.0 | - | 37.0 | - | 362.5 |
| ...de 61 a 360 días | 39.0 | - | 77.0 | - | 97.4 |
| ...mayor a 360 días | 97.0 | - | 1.0 | - | -99.0 |
| SOAT – ECAT | 22.0 | 9.3 | 26.0 | 9.8 | 18.2 |
| ...menor a 60 días | 3.0 | - | 15.0 | - | 400.0 |
| ...de 61 a 360 días | 7.0 | - | 6.0 | - | -14.3 |
| ...mayor a 360 días | 12.0 | - | 5.0 | - | -58.3 |
| Otros Deudores VSS | 25.0 | 10.6 | 59.0 | 22.2 | 136.0 |
| ...menor a 60 días | 10.0 | - | 50.0 | - | 400.0 |
| ...de 61 a 360 días | - | - | 9.0 | - | - |
| ...mayor a 360 días | 15.0 | - | - | - | -100.0 |
| **Total** | **236.0** | **-** | **266.0** | **-** | **12.7** |
| ...menor a 60 días | 34.0 | - | 148.0 | - | 335.3 |
| ...de 61 a 360 días | 56.0 | - | 106.0 | - | 89.3 |
| ...mayor a 360 días | 146.0 | - | 12.0 | - | -91.8 |

**Cartera pendiente de reconocer**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total cartera reconocida | 236.4 | 265.8 | 12.4 |
| Cartera pendiente de reconocer | 20.1 | 5.7 | -71.6 |

**Participación de la glosa en la cartera reconocida**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glosa inicial | 66.0 | 20.8 | -68.5 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 28% | 8% | -72.0 |



Del total de la cartera solo el 4.5 es cartera mayor a 360 días, se observa aspectos positivos en la gestión de cartera como el hecho de incrementar la cartera reconocida en un 12% y haber disminuido en un 71.6% la cartera pendiente por reconocer, así mismo la disminución en el porcentaje de glosa inicial vs la cartera reconocida.

Aunque el monto de la cartera corriente $ 254 millones no alcanza a cubrir el total del pasivo $ 286.5 millones, con el recaudo de vigencias anteriores tiene suficiente liquidez para ello.

Con la metodología del Ministerio de salud y protección social la ESE quedó sin Riesgo financiero y fiscal para la vigencia 2012.

ESE HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHIA

Mecanismos de pago por servicios



Cuadro 150. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % Capitación | % Evento | % paquetes | % otras Formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 3488.8 | 85.44% | | | |
| 2. Régimen contributivo | 171.2 | | 4.2% | | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 246.0 | 6% | | | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 246.0 | 6% | | | |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 177.3 | | | | 4.34% |
| 5. Otros pagadores | 0.0 | | | | |
| **Total Venta de servicios de salud** | **4083.3** | **91.44%** | **4.2%** | | **4.34%** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

La E.S.E tiene contratación por capitación con el régimen subsidiado lo que equivale a un 85.44% del total contratado, así mismo contrata por capitación para la atención a la población pobre no asegurada que equivale a un 6% y por evento contrata con el régimen subsidiado y equivale a un 4.2% del total contratado, por otras formas de contratación se contrata el plan de intervenciones colectivas que equivale a un 4.34%.

Cuadro 151. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 174.3 | 171.2 | -2% | 14.2% |
| 2. Régimen Subsidiado | 3037.7 | 3488.8 | 15% | 9.2% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 246.0 | 246.0 | 0% | 34.7% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 246.0 | 246.0 | 0% | 34.7% |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0% | - |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 158.1 | 177.3 | 12% | 8.2% |
| 5. Otros Pagadores | 195.4 | 0.0 | -100% | - |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Total venta de servicios de salud** | **3811.4** | **4083.3** | **7%** | **10.5%** |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.



La contratación aumento en total en un 7%, aunque en el régimen contributivo disminuyo en un 2% y esta disminución no se vio reflejada en el porcentaje de producción que por el contrario aumento en un 14.2 para este pagador. En el régimen subsidiado se incrementó el valor contratado en un 15% y se refleja en el aumento de la producción que aumento para este pagador en un 9.2%. En la contratación para la atención de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda se contrató el mismo valor que en la vigencia anterior $246 millones, pero la producción para este pagador aumento en un 34.7%, la contratación para el plan de intervenciones colectivas aumento en un 12% y a su vez se vio reflejado en un aumento de la producción para este pagador.

Cuadro 152. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen subsidiado | Pijao Salud EPS | Nivel I | 51.19 | 5021 | 848,104,331 |
| Régimen subsidiado | Asmet Salud EPS | Nivel I | 50.5 | 8262 | 1,352,668,735 |
| Régimen subsidiado | Cafesalud EPS | Nivel I | 52.1 | 9292 | 1,541,096,784 |

**Fuente:** Institución pública prestadora de servicios de salud.

En la modalidad de pago por capitación con el régimen subsidiado la ESE cuenta con un total de 22575 usuarios capitados, de los cuales se encuentran afiliados a EPS Cafesalud el 41.2%, a Asmet salud el 36.6% y a Pijao Salud 22.2%, en cuanto a la UPC pactada el mejor porcentaje pactado es con Cafesalud con un 52.1%, seguido por Pijao Salud con un 51.19% y la que menor % UPC pactada es con Asmet Salud con un 50.5%.

Ingresos y Recaudos



Cuadro 153. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 263.8 | 337.7 | 28% | |
| 2. Régimen subsidiado | 3,571.6 | 3,945.9 | 10% | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **246.0** | **246.0** | 0% | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 246.0 | 246.0 | 0% | |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 189.2 | 204.9 | 8% | |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 188.9 | 210.1 | 11% | |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 1,855.1 | 867.9 | -53% | |
| **Total** | **6,314.6** | **5,812.5** | **-8%** | |
| Por venta de servicios | 4,459.5 | 4,944.6 | 11% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 367.8 | 647.1 | 76% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **Δ glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

Se presentó un incremento en los reconocimientos del 11% por ventas de servicios, y en el total de ingresos reconocidos disminuyo en un 8%, ocasionado por la disminución en Otros ingresos no asociados a Venta de servicios de un 53% que paso de $1855.1 a $867.9 millones, las cuentas por cobrar de vigencias anteriores aumento en un 76% pasaron de $367.8 a $647.1 millones.

Es de aclarar que la información referente a las glosas no estaba disponible.

Cuadro 154. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Recaudo | | | Δ Cart 60 -360 días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1.Régimen contributivo | 216.0 | 177.4 | -18% | 446.7 |
| 2.Régimen subsidiado | 3,527.6 | 3,723.0 | 6% | 161.4 |
| 3.Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | **246.0** | **246.0** | 0% | - |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 246.0 | 246.0 | 0% | - |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | - |
| 4.Plan de intervenciones colectivas | 189.2 | 191.4 | 1% | - |
| 5.Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 171.0 | 157.1 | -8% | 129.6 |
| 6.Otros ingresos no asociados a VSS | 1,855.1 | 867.9 | -53% | - |
| **Total** | **6,205.0** | **5,362.7** | **-14%** | **258.4** |
| Por venta de servicios | 4,349.8 | 4,494.8 | 3% | 258.4 |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 219.6 | 611.1 | 178% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos recaudados. **Δ Cartera 60 – 360 días**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de cartera entre 60 y 360 días.
**Fuente:** Minsalud- SIHO - Formulario *Ingresos*.

En lo que respecta a los recaudos sin disponibilidad inicial ni cuentas por cobrar de vigencias anteriores hay una variación significativa en el total de las dos vigencias pues disminuyo el 2012 con relación al 2011 en un 14%, pasando de $ 6,205 millones a 5,362.5 millones, aunque por venta de servicios el recaudo aumento en un 3%, la disminución en el recaudo total está dado por el no reconocimiento de lo estimado en el rubro Otros ingresos no asociados a Venta de servicios que estuvo por debajo en un 53%.

Cuadro 155. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 82% | 53% | -29% |
| 2. Régimen subsidiado | 99% | 94% | -4% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 100% | 100% | 0% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 100% | 100% | 0% |
| 3.2 Servicios No POS | - | - | - |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 100% | 93% | -7% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 91% | 75% | -16% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 100% | 0% |
| **Total** | **98%** | **92%** | **-6%** |
| Por venta de servicios | 98% | 91% | -7% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 60% | 94% | 35% |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var:** Diferencia absoluta del porcentaje, 2011-2012. **Fuente:** Minsalud- SIHO.



En el comportamiento de los ingresos recaudados frente a los ingresos reconocidos, por tipo de pagador, tenemos que se presenta disminución en el pagador régimen subsidiado, contributivo, plan de intervenciones colectivas y en otro ingresos por Venta de servicios a otros pagadores pasando en total de un recaudo del 98% del ingreso reconocido al 91% en la vigencia 2012, el recaudo por venta de servicios y también disminuye en un 7%, mientras que el recaudo por cuentas por cobrar de vigencias anteriores aumenta en un 35% este recaudo en gran parte se debe a los recursos girados por el decreto 1080 que para la ESE fue de $400 millones.

Gastos comprometidos

Cuadro 156. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 1,044.0 | 1,043.0 | 0% |
| Servicios personales indirectos | 1,484.0 | 1,905.0 | 28% |
| Gastos generales | 697.0 | 937.0 | 34% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 480.0 | 596.0 | 24% |
| **Gastos variables (2)** | **3,705.0** | **4,481.0** | **21%** |
| Otros gastos (3) | 1,686.0 | 620.0 | -63% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **5,391.0** | **5,101.0** | **-5%** |
| Cargos vacantes | 3.0 | 4.0 | 33% |
| Planta transitoria | - | - | |
| Producción equivalente | 406,941.58 | 449,655.94 | 10% |
| CxP vigencias anteriores | 149.0 | - | -100% |

**(1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios. **(3) Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública. **(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Al analizar la variación en los gastos totales comprometidos por los conceptos que lo componen, se pudo determinar que el total de gastos de la ESE presentó una disminución de 5%, no obstante al analizar los gastos variables que son los

inherentes a la producción de la ESE estos aumentaron en un 21% un porcentaje significativo si se compara con el incremento de la producción equivalente que fue del 10%, los gastos de personal de planta permanecieron sin cambio significativo, dado que se aumentó en un cargo vacante con relación a 2011, en el caso de los servicios personales indirectos, gastos generales y de operación son los que presentaron incremento en un 28%, 34% y 24% respectivamente.



Cuadro 157. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 19% | 20% | 1% |
| Servicios personales indirectos | 28% | 37% | 10% |
| Gastos generales | 13% | 18% | 5% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 9% | 12% | 3% |
| **Gastos Variables (2)** | 69% | 88% | 19% |
| Otros gastos **(3)** | 31% | 12% | -19% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | 100% | 100% | 0% |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Al igual que lo expresado en el cuadro de los gastos comprometidos, los servicios personales indirectos pasaron de representar un 28% respecto al gasto total comprometido para la vigencia 2011 a representar un 37% en el 2012, así mismo en los gastos generales y de operación que al incrementarlos en la vigencia 2012 con relación a la del 2011 pasaron a representar los gastos variables de un 69% a un 88%.

Comportamiento en términos de eficiencia



Cuadro 158. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | a | 1,044.0 | 1,043.0 | 0% |
| Total gastos externalizados | b | 1,484.0 | 1,905.0 | 28% |
| Gasto recurso humano total | c | 2,528.0 | 2,948.0 | 17% |
| Total Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | d | 1,177.0 | 1,533.0 | 30% |
| Total facturado por VSS | e | 4,153.2 | 5,094.5 | 23% |
| Ingresos recaudados por VSS ( | f | 4,349.8 | 4,494.8 | 3% |
| **Producción equivalente** | **g** | **406,941.58** | **449,655.94** | **10%** |
| Vr. Promedio Gasto de recurso humano comprometido por unidad producida | h=c/g* 1,000,000 | 6212.2 | 6556.1 | 6% |
| Vr. Promedio Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida (en pesos de 2012) | i=d/g* 1,000,000 | 2892.3 | 3409.3 | 18% |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | j=e/g* 1,000,000 | 10205.9 | 11329.7 | 11% |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | k=f/g* 1,000,000 | 10689.1 | 9996.0 | -6% |
| Diferencia entre ingreso recaudado por VSS y Gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | l=k-i | 7796.8 | 6586.7 | -16% |

Total contratación con terceros corresponde al valor de la externalización de servicios de ESE. **Var%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

La producción equivalente tuvo un incremento de 10%, así mismo se incrementa el valor promedio de gasto de recurso humano por unidad producida y el promedio de gastos comprometidos por funcionamiento y de operación en un 6% y 18% respectivamente, este último estando muy por encima del porcentaje de incremento de la producción equivalente, también se presentó un incremento en el valor promedio facturado por unidad producida en un 11%, pero el valor promedio de recaudo por unidad producida disminuyó en un 6%.

Al realizar la diferencia entre el ingreso recaudado por venta de servicios y el total gastos comprometidos de funcionamiento y de operación, comercialización y prestación de servicios por unidad producida da 7.1 lo que significa que la ESE Hospital presentó superávit en la operación corriente por unidad producida.

Análisis de equilibrio

Cuadro 159. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 4,459.5 | 4,944.6 | 10.88% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 3,225.0 | 3,885.0 | 20.47% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 480.0 | 596.0 | 24.17% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 1.20 | 1.10 | -10.02% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 4,349.8 | 4,494.8 | 3.33% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 1.17 | 1.00 | -17.10% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

En el análisis del equilibrio de la operación corriente, es decir, a la relación de los ingresos reconocidos y recaudados por ventas de servicios de salud de la vigencia excluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores, frente a los gastos habituales comprometidos en la operación corriente excluyendo inversión, deuda pública y cuentas por pagar de otras vigencias, vemos que en el caso de los ingresos reconocidos la ESE tiene un equilibrio presupuestal al estar comprometiendo el gasto por debajo de sus ingresos reconocidos y al comparar el recaudo con el compromiso, la ESE por cada peso comprometido recauda un peso lo que significa que también presentó equilibrio en el ejercicio corriente.

Cuadro 160. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | O | 219.6 | 611.1 | 178.28% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | P | 149.0 | 0.0 | -100.00% |
| **Diferencia** | **q=o-p** | **70.6** | **611.1** | **765.66%** |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

Para el equilibrio presupuestal no corriente, la ESE presenta un buen equilibrio en las dos vigencias ya que el recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores en el 2011 le permitió cancelar los saldos de cuentas por pagaren el 2012 quedando son cuentas por pagar de vigencias anteriores con corte a Diciembre 31 de 2012.

Situación de los pasivos

Cuadro 161. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 | | | 2012 | | | Var | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total |
| Servicios personales | 320.3 | - | 320.3 | 301.7 | - | 301.7 | -5.8 | - | -5.8 |
| *…Nómina* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Cesantías, prestaciones sociales, pensiones y prestaciones económicas por pagar* | 320.3 | - | 320.3 | 295.1 | - | 295.1 | -7.9 | - | -7.9 |
| *…Otras deudas laborales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Servicios personales indirectos* | - | - | - | 6.6 | - | 6.6 | - | - | - |
| Cuentas por pagar | 96.7 | - | 96.7 | 32.8 | - | 32.8 | -66.0 | - | -66.0 |
| *…Proveedores y servicios públicos* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Aportes patronales y parafiscales* | 31.6 | - | 31.6 | 32.8 | - | 32.8 | 3.9 | - | 3.9 |
| *…Otras cuentas por pagar* | 65.1 | - | 65.1 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| Anticipos | - | - | - | 100.7 | - | 100.7 | - | - | - |
| Demás pasivos | 100.7 | - | 100.7 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| *…Otros pasivos* | 100.7 | - | 100.7 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| **SUBTOTAL PASIVOS** | 517.6 | - | 517.6 | 435.2 | - | 435.2 | -15.9 | - | -15.9 |
| Recaudos por clasificar | 4.2 | - | 4.2 | 70.1 | - | 70.1 | 1,554.1 | - | 1,554.1 |
| **TOTAL PASIVOS** | **521.9** | **-** | **521.9** | **505.3** | **-** | **505.3** | **-3.2** | **-** | **-3.2** |

Como se evidencia en el cuadro anterior el pasivo disminuyó en un 3.2% quedando la ESE con un pasivo corriente de $505.3 millones donde los mayores rubros están representados en cuentas por pagar por concepto de servicios personales en un 59.7%, adicionalmente con unos recaudos sin clasificar de $ 70.1 millones y con un valor de $ 100.7 millones por concepto de anticipos



Situación de la cartera

Cuadro 162. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 | | 2012 | | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valor | %Part | Valor | %Part | |
| **Régimen Contributivo** | **78.0** | **31.3** | **180.0** | **37.0** | **130.8** |
| ...menor a 60 días | 22.0 | - | 26.0 | - | 18.2 |
| ...de 61 a 360 días | 24.0 | - | 134.0 | - | 458.3 |
| ...mayor a 360 días | 32.0 | - | 20.0 | - | -37.5 |
| **Régimen Subsidiado** | **147.0** | **59.0** | **233.0** | **47.9** | **58.5** |
| ...menor a 60 días | 6.0 | - | 127.0 | - | 2,016.7 |
| ...de 61 a 360 días | 37.0 | - | 96.0 | - | 159.5 |
| ...mayor a 360 días | 104.0 | - | 10.0 | - | -90.4 |
| **SOAT – ECAT** | **5.0** | **2.0** | **25.0** | **5.1** | **400.0** |
| ...menor a 60 días | 1.0 | - | 18.0 | - | 1,700.0 |
| ...de 61 a 360 días | 1.0 | - | 6.0 | - | 500.0 |
| ...mayor a 360 días | 3.0 | - | 1.0 | - | -66.7 |
| **Otros Deudores VSS** | **19.0** | **7.6** | **48.0** | **9.9** | **152.6** |
| ...menor a 60 días | 8.0 | - | 30.0 | - | 275.0 |
| ...de 61 a 360 días | 7.0 | - | 12.0 | - | 71.4 |
| ...mayor a 360 días | 4.0 | - | 6.0 | - | 50.0 |
| **Total** | **249.0** | **-** | **486.0** | **-** | **95.2** |
| ...menor a 60 días | 37.0 | - | 201.0 | - | 443.2 |
| ...de 61 a 360 días | 69.0 | - | 248.0 | - | 259.4 |
| ...mayor a 360 días | 143.0 | - | 37.0 | - | -74.1 |
| | | | - | | |

**Cartera pendiente de reconocer**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total cartera reconocida | 249.0 | 486.0 | 95.2 |
| Cartera pendiente de reconocer | 27.0 | 33.0 | 22.2 |

**Participación de la glosa en la cartera reconocida**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glosa inicial | 71.0 | 39.0 | -45.1 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 29% | 8% | -71.9 |

Del total de la cartera el 7.6% es cartera mayor a 360 días, se observa aspectos positivos en la gestión de cartera como el hecho de incrementar la cartera reconocida en un 95.2% y haber disminuido en un 45.1 las glosas iniciales así mismo la disminución en el porcentaje de glosa inicial vs la cartera reconocida que paso del 29% al 8%.

Aunque el monto de la cartera corriente $ 486 millones no alcanza a cubrir el total del pasivo $ 505.3 millones, pero considerando que tiene en el pasivo $70.1 millones de recaudo sin clasificar lo cubriría al 100%.

Con la metodología del Ministerio de salud y protección social la ESE quedó sin Riesgo financiero y fiscal para la vigencia 2012.

## ESE SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA DE CABAL

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 163. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % Capitación | % Evento | % Paquetes | % otras Formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 4.446,39 | 74.7% | 3% | - | - |
| 2. Régimen contributivo | 72,12 | | 1.3% | - | - |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 570,00 | 10% | - | - | - |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 570,00 | 10% | - | - | - |
| 3.2 Servicios No POS | - | - | - | - | - |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 505,86 | - | 8.8% | - | - |
| 5. Otros pagadores | 129,18 | - | 2.26% | - | - |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **5.723,55** | **84.7** | **15.36** | **-** | **-** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

La E.S.E tiene contratación por capitación en un 84.7% el mayor porcentaje lo tienen contratado con el régimen subsidiado que equivale a un 74.7% del total contratado, así mismo contrata por capitación para la atención a la población pobre no asegurada que equivale a un 10% y por evento contrata con el régimen subsidiado y equivale a un 3% del total contratado, con el régimen contributivo 1.3% al igual que el plan de intervenciones colectivas que equivale a un por otras formas de contratación se contrata el plan de intervenciones colectivas que equivale a un 8.8% y con otros pagadores en un 2.26%.

Cuadro 164. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 20,15 | 72,12 | 258% | 35.3 |
| 2. Régimen Subsidiado | 5.412,78 | 4.446,39 | -18% | 64 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 568,94 | 570,00 | 0% | -0.7 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 568,94 | 570,00 | 0% | -0.7 |
| 3.2 Servicios No POS | - | - | 0% | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 292,52 | 505,86 | 73% | 14 |
| 5. Otros Pagadores | 313,83 | 129,18 | -59% | |
| **Total venta de servicios de salud** | **6.608,21** | **5.723,55** | **-13%** | **48.9** |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.

La contratación disminuyó en total en un 13%, aunque en el régimen contributivo aumento en un 258% pasando de $20.15 a $ 72.12 millones, La entidad del régimen contributivo a la que más se le prestaron servicios de salud fue Saludcoop, esta EPS autoriza todos los servicios solicitados y se factura a tarifas SOAT vigente, la siguiente es la Nueva Eps principalmente urgencias y hospitalizaciones, Coomeva y Salud Total urgencias.

Pero en el pagador régimen subsidiado si disminuyó en un 18% pasando de $ 5.412.78 a $4446.39 millones y esta disminución no se vio reflejada en la tasa de crecimiento de la producción por que para este pagador incremento en un 64%. En el plan de intervenciones colectivas se incrementó la contratación en un 73% y refleja en el aumento de la producción que aumento para este pagador en un 14%.



Cuadro 165. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| **SUBSIDIADO** | ASMETSALUD | 1 NIVEL | 51,19% DEL 92% de la upc 2012 | 12.952 | 2.172 |
| **SUBSIDIADO** | CAFESALUD | 1 NIVEL | 13.619 PESOS POR USUARIO | 16.706 | 2.998 |

**Fuente:** Institución pública prestadora de servicios de salud.

En la modalidad de pago por capitación con el régimen subsidiado la ESE cuenta con un total de 29658 usuarios capitados, de los cuales se encuentran afiliados a EPS Cafesalud el 56.32%, a Asmet salud el 43.68%, en cuanto a la UPC pactada el porcentaje pactado con Asmet salud es de 51.19%, y con Cafesalud no se tiene pactado por porcentaje si no por $13,619 pesos por usuario.

Ingresos y recaudos



Cuadro 166. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 1,094.0 | 1,479.4 | 35.2 | - |
| Régimen Subsidiado | 5,412.8 | 5,587.7 | 3.2 | - |
| PPNA | 568.9 | 570.0 | 0.2 | - |
| Demás Pagadores | 1,083.6 | 979.6 | -9.6 | - |
| Otros ingresos no asociados a VSS generados durante la vigencia | 89.0 | 140.8 | 58.2 | - |
| *…Aportes no ligados a VSS* | 27.0 | 33.4 | 23.7 | - |
| *…… Plan de saneamiento fiscal y financiero* | - | - | - | - |
| *…… FONSAET* | - | - | - | - |
| *…… Aportes Patronales* | - | - | - | - |
| *…… Otros aportes* | 27.0 | 33.4 | 23.7 | - |
| *…Otros ingresos no ligados a VSS* | 62.0 | 107.5 | 73.3 | - |
| **Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores)** | **8,248.3** | **8,757.5** | **6.2** | **-** |
| Por venta de servicios | 8,159.3 | 8,616.7 | 5.6 | - |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **Δ glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

Se presentó un incremento en los reconocimientos del 5.6% por ventas de servicios, y en el total de ingresos reconocidos aumento en un 6.2%, ocasionado principalmente por el incremento en los ingresos reconocidos del régimen contributivo en un 35.2% pasando de $1094 a $1479.4 millones, las cuentas por cobrar de vigencias anteriores aumento en un 201% pasaron de $ 622.7 a $ 1877.5 millones.

Es de aclarar que la información referente a las glosas no estaba disponible.

Cuadro 167. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Dcart 60-360d |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 452.1 | 411.0 | -9.1 | 57.3 |
| Régimen Subsidiado | 4,818.2 | 4,816.9 | -0.0 | -3.7 |
| PPNA | 568.9 | 570.0 | 0.2 | - |
| Demás Pagadores | 903.1 | 875.7 | -3.0 | -40.3 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 89.0 | 133.9 | 50.5 | - |
| *…Aportes no ligados a VSS* | 27.0 | 26.5 | -1.9 | |
| *…… Plan de saneamiento fiscal y financiero* | - | - | - | |
| *…… FONSAET* | - | - | - | |
| *…… Aportes Patronales* | - | - | - | |
| *…… Otros aportes* | 27.0 | 26.5 | -1.9 | |
| *…Otros ingresos no ligados a VSS* | 62.0 | 107.5 | 73.3 | |
| **Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores)** | **6,831.3** | **6,807.5** | **-0.3** | **22.7** |
| Por venta de servicios | 6,742.3 | 6,673.6 | -1.0 | 22.3 |

En lo que respecta a los recaudos sin disponibilidad inicial ni cuentas por cobrar de vigencias anteriores no presenta una variación significativa en el total de las dos vigencias pues disminuyo el 2012 con relación al 2011 en un 0.3%, y por venta de servicios el recaudo disminuyo en un 1%, la disminución se dio principalmente porque frente al reconocimiento de $1479.4 millones solo se recaudó $411 millones.

La ESE refiere que a pesar del trabajo de recuperación para esta vigencia se concentró en las cinco entidades que tienen concentrada la deuda tanto corriente como no corriente en la ESE. Para esto se realizaron varias reuniones gerenciales entre las EPS e IPS, se solicitó y se obtuvo una participación mucho más dinámica y evidente de la Secretaria de Salud Municipal respecto al manejo del régimen subsidiado, se participó en todos los escenarios previstos por la Supersalud, por la Secretaria de Salud Departamental y la Municipal con el grupo de auditoría y por la Asociación de Hospitales del Risaralda. El trabajo adelantado

permitió avanzar en la depuración y cruce de cuentas IPS vs EPS así como fortalecer la presión de pago, hasta llegar a la decisión de restricción de prestación de servicios pues aun habiendo logrado avanzar, los compromisos y los posibles pagos no fueron los esperados.



Pese a todas las dificultades el comportamiento de rotación de cartera en la vigencia 2012 se logró por el giro directo de los recursos del Régimen Subsidiado.

Gastos comprometidos

Cuadro 168. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 2.329,0 | 2.413,0 | 4% |
| Servicios personales indirectos | 3.444,0 | 3.417,0 | -1% |
| Gastos generales | 843,0 | 914,0 | 8% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 1.161,0 | 1.150,0 | -1% |
| **Gastos variables (2)** | **7.777,0** | **7.894,0** | **2%** |
| Otros gastos (3) | 159,0 | 74,0 | -53% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **7.936,0** | **7.968,0** | **0.4%** |
| Cargos vacantes | 7,0 | 7,0 | 0% |
| Planta transitoria | - | - | |
| Producción equivalente | 1.431.397,4 | 2.132.059,3 | 49% |
| CxP vigencias anteriores | 275,0 | 681,0 | 148% |

**1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios. **(3) Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública. **(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Al analizar la variación en los gastos totales comprometidos por los conceptos que lo componen, se pudo determinar que el total de gastos de la ESE presentó un incremento de solo el 0.4%, y los gastos variables que son los inherentes a la producción de la ESE estos aumentaron en un 2% un porcentaje bajo si se compara con el incremento de la producción equivalente que fue del 49%, los gastos de personal de planta aumentaron en un 4%, los cargos vacantes continúan en siete, en el caso los gastos generales presentaron incremento en un

8%.

Las cuentas por pagar de vigencias anteriores aumentaron en un 148% pasando de $275 a $681 millones.



Cuadro 169. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 29% | 30% | 1% |
| Servicios personales indirectos | 43% | 43% | -1% |
| Gastos generales | 11% | 11% | 1% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 15% | 14% | 0% |
| **Gastos Variables (2)** | **98%** | **99%** | **1%** |
| Otros gastos **(3)** | 2% | 1% | -1% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **100%** | **100%** | **0%** |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

La composición del gasto en sus diferentes rubros de una vigencia a otra no sufrió cambios significativos.

Comportamiento en términos de eficiencia

Cuadro 170. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | a | 2,328.5 | 2,412.6 | 3.6 |
| Total servicios personales indirectos | b | 3,444.2 | 3,417.4 | -0.8 |
| Gasto total de personal | c | 5,772.8 | 5,830.0 | 1.0 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | d | 7,804.5 | 7,936.9 | 1.7 |
| Total facturado por VSS | e | 8,307.8 | 8,749.5 | 5.3 |
| Ingresos reconocidos por VSS | f | 8,159.3 | 8,616.7 | 5.6 |
| Ingresos recaudados por VSS | g | 6,742.3 | 6,673.6 | -1.0 |
| **Producción equivalente (en UVR)** | **h** | **1,431,397.4** | **2,132,059.3** | **48.9** |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 4,032.9 | 2,734.4 | -32.2 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 5,452.4 | 3,722.6 | -31.7 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 5,804.0 | 4,103.8 | -29.3 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por | l=f/h* | 5,700.2 | 4,041.5 | -29.1 |

Cuadro 170. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| unidad producida | 1.000.000 | | | |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 4,710.3 | 3,130.1 | -33.5 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | 247.9 | 318.9 | 28.6 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | -742.1 | -592.5 | -20.2 |

**Fuente:** Minsalud - SIHO – Formulario eficiencia económica



La producción equivalente tuvo un aumento del 49%, y se logró disminuir el promedio del gasto comprometido tanto del gasto por personal como del gasto por Funcionamiento y de Operación, comercialización y Prestación de servicios por unidad producida en un 32.2% y 31.7% respectivamente lo que demuestra eficiencia en el gasto con relación a la UVR producción, pero contrario a lo que se esperaba dado el incremento de la producción equivalente, el valor promedio de facturación por unidad producida disminuyó (29.3%), así como el valor reconocido y recaudado por unidad producida disminuyeron en un 29 y 33% respectivamente. Por lo cual se presenta ineficiencia en los ingresos los directivos de la ESE refieren que en las vigencias anteriores hubo subregistro de algunas actividades,

Al realizar la diferencia entre el ingreso reconocido versus los gastos comprometidos por unidad producida se evidencia que la ESE está comprometiendo por debajo del ingreso reconocido, pero al comparar lo recaudado por Venta de servicios por unidad producida y el Total gastos comprometidos de funcionamiento y de operación, comercialización y prestación de servicios por unidad producida da - $ 592.5 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.

Análisis de equilibrio



Cuadro 171. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 8.159,3 | 8.616,7 | 5,61% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 6.616,0 | 6.744,0 | 1,93% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 1.161,0 | 1.150,0 | -0,95% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 1,05 | 1,09 | 4,24% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 6.742,3 | 6.673,6 | -1,02% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 0,87 | 0,85 | -2,16% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

La ESE presentó equilibrio presupuestal con reconocimiento es decir que comprometió el gasto por debajo de los ingresos reconocidos, pero al comparar con lo realmente recaudado de los ingresos con el compromiso, la ESE por cada peso comprometido recauda solo 0.85 pesos lo que significa que no presentó equilibrio en el ejercicio corriente.

Cuadro 172. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | o | 622,7 | 1.877,5 | 201,50% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | p | 275,0 | 681,0 | 147,64% |
| Diferencia | q=o-p | 347,7 | 1.196,5 | 244,10% |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

En cuanto al equilibrio presupuestal no corriente, la ESE presenta un buen equilibrio en las dos vigencias ya que el recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores frente a las cuentas por pagar de vigencias anteriores presenta una diferencia positiva lo que significa que con lo recaudado por cuentas

por cobrar puede cubrir el total de las cuentas por pagar de vigencias anteriores y le queda para apalancar la operación corriente.

Situación de los pasivos



Cuadro 173. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 | | | 2012 | | | Var | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total |
| Servicios personales | 724.5 | 251.4 | 975.9 | 511.3 | 327.7 | 839.0 | -29.4 | 30.3 | -14.0 |
| *…Nómina* | - | - | - | 91.1 | - | 91.1 | - | - | - |
| *…Cesantías, prestaciones sociales, pensiones y prestaciones económicas por pagar* | 427.8 | 251.4 | 679.2 | 266.0 | 327.7 | 593.7 | -37.8 | 30.3 | -12.6 |
| *…Otras deudas laborales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Servicios personales indirectos* | 296.7 | - | 296.7 | 154.2 | - | 154.2 | -48.0 | - | -48.0 |
| Cuentas por pagar | 416.2 | 63.6 | 479.9 | 216.0 | - | 216.0 | -48.1 | -100.0 | -55.0 |
| *…Proveedores y servicios públicos* | 355.4 | - | 355.4 | 167.1 | - | 167.1 | -53.0 | - | -53.0 |
| *…Aportes patronales y parafiscales* | - | - | - | 10.9 | - | 10.9 | - | - | - |
| *…Otras cuentas por pagar* | 60.8 | 63.6 | 124.4 | 38.0 | - | 38.0 | -37.5 | -100.0 | -69.4 |
| Anticipos | - | - | - | 20.1 | - | 20.1 | - | - | - |
| Demás pasivos | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otros ingresos recibidos por anticipado* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Operaciones de financiamiento e instrumentos derivados* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Bonos pensionales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otros pasivos* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **SUBTOTAL PASIVOS** | 1,140.7 | 315.0 | 1,455.8 | 747.4 | 327.7 | 1,075.1 | -34.5 | 4.0 | -26.1 |
| Recaudos por clasificar | 148.0 | - | 148.0 | 100.2 | - | 100.2 | -32.3 | - | -32.3 |
| **TOTAL PASIVOS** | **1,288.7** | **315.0** | **1,603.8** | **847.6** | **327.7** | **1,175.3** | **-34.2** | **4.0** | **-26.7** |

***Dónde:***

**Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

**Valor promedio mensual gasto comprometido 2012:**

**Servicios de personal:** corresponde al gasto comprometido del personal de planta y personal indirecto (promedio mensual)

**Servicios de personal excluyendo servicios personales indirecto**: corresponde al gasto comprometido del personal de planta (promedio mensual)

**Servicios Personales Indirectos**: corresponde al gasto comprometido del personal indirecto (promedio mensual)

**Cuentas por pagar (excluyendo aportes patronales y parafiscales)**: corresponde al gasto comprometido de Gastos Generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual)

**Gasto:** corresponde a la suma del gasto de personal, Gastos generales y Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios (promedio mensual).

Como se evidencia en el cuadro anterior el pasivo total disminuyó en un 26.7% quedando la ESE con un pasivo corriente de $847.6 millones donde los mayores rubros están representados en cuentas por pagar por concepto de servicios personales en un 60.3%, adicionalmente con unos recaudos sin clasificar de $

100.2 millones y un anticipo de $ 20.1 millones; los pasivos a largo plazo representan el 27.8% del total de pasivo es decir $327.7 millones que corresponden a retroactividad de cesantías.



## Situación de la cartera

Cuadro 174. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 | | 2012 | | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valor | %Part | Valor | %Part | |
| **Régimen Contributivo** | **957,9** | **40,4** | **1.248,5** | **40,5** | **30,3** |
| ...menor a 60 días | 184,2 | 7,8 | 256,3 | 8,3 | 39,2 |
| ...de 61 a 360 días | 516,1 | 21,7 | 812,1 | 26,3 | 57,3 |
| ...mayor a 360 días | 257,6 | 10,9 | 180,1 | 5,8 | -30,1 |
| **Régimen Subsidiado** | **949,4** | **40,0** | **1.552,1** | **50,3** | **63,5** |
| ...menor a 60 días | 71,4 | 3,0 | 291,8 | 9,5 | 308,4 |
| ...de 61 a 360 días | 497,3 | 21,0 | 479,0 | 15,5 | -3,7 |
| ...mayor a 360 días | 380,7 | 16,0 | 781,3 | 25,3 | 105,2 |
| **SOAT – ECAT** | **92,5** | **3,9** | **130,4** | **4,2** | **41,0** |
| ...menor a 60 días | 12,5 | 0,5 | 25,0 | 0,8 | 100,3 |
| ...de 61 a 360 días | 28,5 | 1,2 | 40,0 | 1,3 | 40,1 |
| ...mayor a 360 días | 51,5 | 2,2 | 65,4 | 2,1 | 27,1 |
| **PPNA Departamental** | **13,5** | **0,6** | **9,7** | **0,3** | **-28,3** |
| ...menor a 60 días | - | - | - | - | - |
| ...de 61 a 360 días | - | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 días | 13,5 | 0,6 | 9,7 | 0,3 | -28,3 |
| **PPNA Distrital Municipal** | **37,3** | **1,6** | **2,0** | **0,1** | **-94,8** |
| ...menor a 60 días | - | - | - | - | - |
| ...de 61 a 360 días | - | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 días | 37,3 | 1,6 | 2,0 | 0,1 | -94,8 |
| **Otros Deudores VSS** | **320,4** | **13,5** | **135,6** | **4,4** | **-57,7** |
| ...menor a 60 días | 65,1 | 2,7 | 29,4 | 1,0 | -54,9 |
| ...de 61 a 360 días | 54,5 | 2,3 | 9,6 | 0,3 | -82,4 |
| ...mayor a 360 días | 200,9 | 8,5 | 96,6 | 3,1 | -51,9 |
| **Otros Deudores Concepto Diferente VSS** | **2,1** | **0,1** | **7,2** | **0,2** | **247,8** |
| ...menor a 60 días | 2,1 | 0,1 | - | - | -100,0 |
| ...de 61 a 360 días | - | - | 5,1 | 0,2 | - |
| ...mayor a 360 días | - | - | 2,1 | 0,1 | - |
| **Total** | **2.373,0** | **100,0** | **3.085,4** | **100,0** | **30,0** |
| ...menor a 60 días | 335,2 | 14,1 | 602,5 | 19,5 | 79,7 |
| ...de 61 a 360 días | 1.096,4 | 46,2 | 1.345,8 | 43,6 | 22,7 |
| ...mayor a 360 días | 941,4 | 39,7 | 1.137,1 | 36,9 | 20,8 |

**Cartera pendiente de reconocer**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total cartera reconocida | 2.373,0 | 3.085,4 | 30,0 |
| Cartera pendiente de reconocer | 36,1 | 97,3 | 169,6 |

**Participación de la glosa en la cartera reconocida**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glosa inicial | 45,6 | 58,3 | 27,8 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 1,92% | 1,89% | -1,7 |



La cartera por edades la de mayor porcentaje de participación es la de 60 a 360 días en un 43.5% de los cuales el régimen contributivo representa el 26.3%, seguida del régimen subsidiado en un 15.5% y el 1.3% corresponde al SOAT.

La cartera del régimen subsidiado es la más representativa de la cartera a 31 de diciembre de 2012, los porcentajes de participación de las entidades que más adeudan al hospital por este concepto son:

- Cafesalud: 23.69%.
- Caprecom: 13.72%.
- Asmetsalud: 11.33%.

El régimen contributivo también genera una gran suma de cartera, los porcentajes de participación de las entidades más comprometidas son:

- Saludcoop: 27.18%
- Cafesalud: 2.01%
- Nueva Eps: 6.68%

Con el fin de recuperar la cartera se realizaron negociaciones para un pronto recaudo de los servicios que se les presta a las entidades.

En el mes de diciembre de 2012 se realizó el castigo de cartera con el fin de lograr la depuración de cuentas e ir obteniendo cada vez estados financieros ajustados completamente a la realidad.

Con la cartera corriente se cubre el total de pasivo corriente y no corriente.

El indicador de riesgo fiscal nos indica es que si bien el hospital con los ingresos recaudados por ventas de servicios, no alcanza el equilibrio de la operación corriente, pues genera un déficit, pero éste se compensa con el superávit que se genera en la operación no corriente lo que conlleva a que el hospital quede sin riesgo en la vigencia 2012.

## ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SANTUARIO

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 175. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % capitación | % evento | % paquetes | % otras Formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 1552.0 | 83.9 | | | |
| 2. Régimen contributivo | 0.0 | | | | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 152.2 | 8.3 | | | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 152.2 | 8.3 | | | |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 139.9 | | | | 7.6 |
| 5. Otros pagadores | 6.0 | | 0.3 | | |
| **Total Ventas de servicios de salud** | 1850.1 | 92.1 | 0.3 | | 7.6 |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

Como se observa en el cuadro anterior los mecanismos de pago utilizados para el régimen subsidiado y la población pobre no asegurada es por capitación y equivale a un 92.1% del total contratado, los otros pagadores utilizan la modalidad

de evento y para el pago del plan de intervenciones colectivas se utilizan otras formas de pago.



Cuadro 176. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 178.4 | 0.0 | -100% | -26 |
| 2. Régimen Subsidiado | 1541.8 | 1552.0 | 1% | -22.3 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 159.3 | 152.2 | -4% | -22.7 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 159.3 | 152.2 | -4% | -22.7 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0% | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 147.6 | 139.9 | -5% | -50.8 |
| 5. Otros Pagadores | 8.9 | 6.0 | -33% | |
| **Total venta de servicios de salud** | **2036.1** | **1850.1** | **-9%** | **-26.7** |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.

Se observa en el cuadro anterior que a excepción del régimen subsidiado disminuyeron todos los montos contratados, donde se evidencia que para la vigencia 2012 no hubo contrato con el régimen contributivo lo que afecto significativamente la disminución en el monto total contratado, puesto que en la vigencia 2011 la contratación con el régimen contributivo fue $178.4 millones, la disminución en los montos contratados se refleja en la disminución de la producción por pagador.

Cuadro 177. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen Subsidiado | Cafesalud | Servicios de primer nivel | 46.391 | 6174 | 994 |
| Régimen Subsidiado | Asmet salud | Servicios de primer nivel | 45.7465 | 3721 | 558.1 |

**Fuente:** Institución pública prestadora de servicios de salud.

En la modalidad de pago por capitación con el régimen subsidiado la ESE cuenta con un total de 9.895 usuarios capitados, de los cuales se encuentran afiliados a EPS Cafesalud el 62.4%, y a Asmet salud el 37.6%, en cuanto a la UPC el porcentaje pactado con Cafesalud fue de 46.39%, y con Asmet Salud fue 45.75%.

## Ingresos y Recaudos

Cuadro 178. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 426.5 | 449.4 | 5% | |
| 2. Régimen subsidiado | 1,624.2 | 1,646.2 | 1% | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **153.7** | **152.2** | **-1%** | |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 153.7 | 152.2 | -1% | |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 147.6 | 129.2 | -13% | |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 165.8 | 155.9 | -6% | |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 27.2 | 1.0 | -96% | |
| **Total** | **2,545.0** | **2,533.9** | **-0.4%** | |
| Por venta de servicios | 2,517.9 | 2,532.9 | 1% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 152.0 | 578.4 | 281% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

El presupuesto de Ingresos de la E.S.E. para la vigencia 2012, frente a la vigencia 2011, presenta variación del 5% de incremento en el ítem de régimen contributivo, del 1% en régimen subsidiado, y en los demás ítems presenta disminución, siendo el rubro más significativo el rubro de otros ingresos no asociados a la

venta de servicios de salud, con una disminución del 96%, frente al 2011, esto se debió a que en la vigencia 2011 se reconocieron recursos por pago de excedentes del saneamiento de aportes patronales, con la ARP Colmena, y la S.O.S. en el rubro de reintegros y en el rubro de intereses, por los mismo conceptos; en general se presenta un incremento del 1% en los reconocimientos por venta de servicios.



En el ítem de cuentas por cobrar de vigencias anteriores, se presenta un incremento del 281% frente a la vigencia del año 2011, es de anotar que este incremento obedeció a recuperación de recursos de la cuenta maestra del municipio decreto 1080 por un valor de $ 421 millones, es decir que el valor real atribuible fue de $ 157
Millones, por lo cual sin los recursos del 1080 la cartera aumentó solo en 3.3%.

Cuadro 179. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Recaudo | | | Δ Cart 60 -360 días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1.Régimen contributivo | 324.3 | 314.5 | -3% | 40.2 |
| 2.Régimen subsidiado | 1,532.1 | 1,524.9 | -0.5% | 26 |
| 3.Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | **151.8** | **152.2** | **0.3%** | **-100** |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 151.8 | 152.2 | 0.3% | -100 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0 | 0 |
| 4.Plan de intervenciones colectivas | 116.5 | 129.2 | 11% | -49.5 |
| 5.Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 145.0 | 138.0 | -5% | |
| 6.Otros ingresos no asociados a VSS | 27.2 | 1.0 | -96% | |
| **Total** | **2,296.8** | **2,259.8** | **-2%** | |
| Por venta de servicios | 2,269.6 | 2,258.8 | -0.5% | |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 152.0 | 578.4 | 281% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos recaudados. **Δ Cartera 60 – 360 días**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de cartera entre 60 y 360 días. **Fuente:** Minsalud- SIHO - Formulario *Ingresos*.

Los recaudos en general presentan una disminución del 2% (2011 pesos constantes 2012), frente a la vigencia 2012, donde el régimen contributivo presenta una disminución del 3%, el régimen subsidiado, la contratación para

población pobre no presenta mayor variación, otras ventas de servicios con una disminución del 5% y otros ingresos con el 96% de disminución, pero el ítem de plan de intervenciones colectivas presenta un incremento del 11%, en lo referente a la tasa de crecimiento de la cartera de 60 a 360 días se vio incrementada en los siguientes pagadores: el régimen subsidiado y contributivo..



Cuadro 180. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | %Variación |
| 1. Régimen contributivo | 76% | 70% | -6% |
| 2. Régimen subsidiado | 94% | 93% | -2% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 99% | 100% | 1% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 99% | 100% | 1% |
| 3.2 Servicios No POS | - | - | - |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 79% | 100% | 21% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 87% | 89% | 2% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 100% | 0% |
| **Total** | **90%** | **89%** | **0.010615055** |
| Por venta de servicios | 90% | 89% | 1% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100% | 100% | 0% |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var:** Diferencia absoluta del porcentaje, 2011-2012. **Fuente:** Minsalud- SIHO.

Al comparar el comportamiento de los ingresos recaudados frente a los reconocidos se ve que en los regímenes contributivo y subsidiado que disminuyeron el porcentaje de recaudo en un 6 y 2% respectivamente.

Gastos comprometidos



Cuadro 181. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 637.0 | 667.0 | 5% |
| Servicios personales indirectos | 855.0 | 822.0 | -4% |
| Gastos generales | 0% | 516.0 | 4% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | | 486.0 | 6% |
| **Gastos variables (2)** | -27% | **2,491.0** | **2%** |
| Otros gastos (3) | 34% | 21.0 | **0%** |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **2,470.0** | **2,512.0** | **2%** |
| Cargos vacantes | 3.0 | 3.0 | |
| Planta transitoria | - | - | |
| Producción equivalente | 715,697.2 | 524,516.4 | |
| CxP vigencias anteriores | 118.0 | 158.0 | |

**(1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios. **(3) Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública. **(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Cuadro 182. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta **(1)** | 26% | 27% | 1% |
| Servicios personales indirectos | 35% | 33% | -2% |
| Gastos generales | 20% | 21% | 0% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 19% | 19% | 1% |
| **Gastos Variables (2)** | **99%** | **99%** | **0%** |
| Otros gastos **(3)** | 1% | 1% | 0% |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **100%** | **100%** | **0%** |

**Var:** Diferencia absoluta 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.

Los gastos comprometidos en la vigencia 2012 presentan un incremento del 2% frente a la vigencia 2011, según detalle:

**Gastos de personal de planta**, incremento del 5%, debido al incremento salarial realizado con el IPC, y las directivas de la ESE refieren en la evaluación del 2193 que se cubrió el cargo de enfermera que para la vigencia del año 2011, se

encontraba por contratación, no obstante en la información del SIHO aparece para las dos vigencias se reflejan 3 cargos vacantes.



**Servicios Personales indirectos**, presentan disminución del 4% lo cual se debe a la disminución en la contratación del cargo de enfermera cubierto por planta.

**Gastos generales** con un incremento del 4%, se debe al incremento en los compromisos principalmente por los siguientes rubros: mantenimiento, con incremento del 18.1%, el cual pasa de $97.127 a $114.757 en la vigencia 2012. Servicios públicos, con un incremento del 24% que pasa de $44.541 a $55.255, este incremento se originó por una obligación con las empresas de servicios públicos del municipio de Santuario. rubro de Seguros con incremento del 27%, que pasa de $27.593, a 35.276, se debe al incremento en el valor de la Póliza de RC, por 1000 SMLMV. y rubros de vigilancia, aseo, y lavandería se incrementaron en un 5%, con respecto a la vigencia 2011.

**Gastos de Operación comercial,** con un incremento del 6% debido a compra de materiales de laboratorio, material médico quirúrgico y medicamentos para implementar cambios necesarios para cumplir con protocolo de habilitación.

Comportamiento en términos de eficiencia



Cuadro 183. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | a | 636.9 | 667.0 | 4.7 |
| Total servicios personales indirectos | b | 854.7 | 821.5 | -3.9 |
| Gasto total de personal | c | 1,491.6 | 1,488.6 | -0.2 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | d | 2,459.0 | 2,501.2 | 1.7 |
| Total facturado por VSS | e | 2,706.4 | 3,068.8 | 13.4 |
| Ingresos reconocidos por VSS | f | 2,517.9 | 2,532.9 | 0.6 |
| Ingresos recaudados por VSS | g | 2,269.6 | 2,258.8 | -0.5 |
| **Producción equivalente (en UVR)** | **h** | **715,697.2** | **524,516.4** | **-26.7** |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 2,084.1 | 2,838.0 | 36.2 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 3,435.9 | 4,768.5 | 38.8 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 3,781.5 | 5,850.8 | 54.7 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida | l=f/h* 1.000.000 | 3,518.1 | 4,829.0 | 37.3 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 3,171.2 | 4,306.5 | 35.8 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | 82.2 | 60.5 | -26.5 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | -264.7 | -462.1 | 74.6 |

**Fuente:** Minsalud - SIHO – Formulario eficiencia económica

La producción equivalente tuvo una disminución del 26.7%, y mientras que el promedio del gasto comprometido tanto del gasto por personal como del gasto por Funcionamiento y de Operación, comercialización y Prestación de servicios por unidad producida aumento en un 36.2% y 38.8% respectivamente, lo que demuestra ineficiencia en el gasto con relación a la UVR producción, pero el valor promedio de facturación por unidad producida aumento 54.7, así como el valor

reconocido y recaudado por unidad producida aumentaron en un 37 y 36% respectivamente. Por lo cual se presenta eficiencia en los ingresos.



No obstante al realizar la diferencia entre el ingreso reconocido versus los gastos comprometidos por unidad producida se evidencia que la ESE está comprometiendo por debajo del ingreso reconocido, pero al comparar lo recaudado por Venta de servicios por unidad producida y el Total gastos comprometidos de funcionamiento y de operación, comercialización y prestación de servicios por unidad producida da - $ 462.1 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida incrementando en déficit con relación a la vigencia 2011.

Análisis de equilibrio

Cuadro 184. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Ing. reconocidos por venta de servicios de salud | A | 2,517.9 | 2,532.9 | 0.60% |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | B | 1,990.0 | 2,005.0 | 0.75% |
| Gastos comprometidos de operación comercial y prestación de servicios | C | 459.0 | 486.0 | 5.88% |
| Ing. reconocidos por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | d=a/(b+c) (%) | 1.03 | 1.02 | -1.13% |
| Ing. recaudados por venta de servicios de salud | E | 2,269.6 | 2,258.8 | -0.48% |
| Ing. recaudados por venta servicios salud frente a Gastos habituales de la operación corriente | f=e/(b+c) (%) | 0.93 | 0.91 | -2.00% |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

La ESE presentó equilibrio presupuestal con reconocimiento es decir que comprometió el gasto por debajo de los ingresos reconocidos, pero al comparar con lo realmente recaudado de los ingresos con el compromiso, la ESE por cada peso comprometido recauda solo 0.91 pesos lo que significa que no presentó equilibrio en el ejercicio corriente.

Cuadro 185. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | O | 152.0 | 578.4 | 280.56% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | P | 118.0 | 158.0 | 33.90% |
| **Diferencia** | **q=o-p** | **34.0** | **420.4** | **1136.80%** |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

En cuanto al equilibrio presupuestal no corriente, la ESE presenta equilibrio en las dos vigencias ya que el recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores frente a las cuentas por pagar de vigencias anteriores presenta una diferencia positiva lo que significa que con lo recaudado por cuentas por cobrar puede cubrir el total de las cuentas por pagar de vigencias anteriores y le queda para apalancar la operación corriente.

Situación de los pasivos

Cuadro 186. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 | | | 2012 | | | Var | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total |
| Servicios personales | 115.2 | - | 115.2 | 80.5 | - | 80.5 | -30.2 | - | -30.2 |
| *…Nómina* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Cesantías, prestaciones sociales, pensiones y prestaciones económicas por pagar* | 63.4 | - | 63.4 | 80.5 | - | 80.5 | 26.9 | - | 26.9 |
| *…Otras deudas laborales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Servicios personales indirectos* | 51.8 | - | 51.8 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| Cuentas por pagar | 114.3 | - | 114.3 | 4.5 | - | 4.5 | -96.0 | - | -96.0 |
| *…Proveedores y servicios públicos* | 102.5 | - | 102.5 | 1.8 | - | 1.8 | -98.2 | - | -98.2 |
| *…Aportes patronales y parafiscales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otras cuentas por pagar* | 11.8 | - | 11.8 | 2.7 | - | 2.7 | -77.2 | - | -77.2 |
| Anticipos | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Demás pasivos | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otros ingresos recibidos por anticipado* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Operaciones de financiamiento e instrumentos derivados* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *…Bonos pensionales* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Otros pasivos* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **SUBTOTAL PASIVOS** | 229.5 | - | 229.5 | 85.0 | - | 85.0 | -63.0 | - | -63.0 |
| Recaudos por clasificar | 0.4 | - | 0.4 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| Ventas por cuenta de terceros | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Cobro cartera de terceros | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Otros recaudos a favor de terceros | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pasivos estimados | - | - | - | 280.6 | - | 280.6 | - | - | - |
| *…Provisión para contingencias* | - | - | - | 280.6 | - | 280.6 | - | - | - |
| *…Otras provisiones* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **TOTAL PASIVOS** | **229.9** | **-** | **229.9** | **365.6** | **-** | **365.6** | **59.0** | **-** | **59.0** |



El total de pasivo se incrementó en un 13.66% pasando de $229.9 a $ 365.6 millones el pasivo que más impacto para este incremento es la provisión para contingencias que se incrementó 280.6% por una demanda laboral en curso, y una posible sentencia del juzgado laboral.

Situación de la cartera

Cuadro 187. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 | | 2012 | | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valor | %Part | Valor | %Part | |
| **Régimen Contributivo** | **104.0** | **34.9** | **174.0** | **43.0** | **67.3** |
| ...menor a 60 días | 38.0 | - | 52.0 | - | 36.8 |
| ...de 61 a 360 días | 59.0 | - | 83.0 | - | 40.7 |
| ...mayor a 360 días | 7.0 | - | 39.0 | - | 457.1 |
| **Régimen Subsidiado** | **138.0** | **46.3** | **197.0** | **48.6** | **42.8** |
| ...menor a 60 días | 7.0 | - | 25.0 | - | 257.1 |
| ...de 61 a 360 días | 77.0 | - | 97.0 | - | 26.0 |
| ...mayor a 360 días | 54.0 | - | 75.0 | - | 38.9 |
| **SOAT – ECAT** | **10.0** | **3.4** | **16.0** | **4.0** | **60.0** |
| ...menor a 60 días | 1.0 | - | 3.0 | - | 200.0 |
| ...de 61 a 360 días | 5.0 | - | 5.0 | - | - |
| ...mayor a 360 días | 4.0 | - | 8.0 | - | 100.0 |
| **Otros Deudores VSS** | **46.0** | **15.4** | **18.0** | **4.4** | **-60.9** |
| ...menor a 60 días | 36.0 | - | 9.0 | - | -75.0 |
| ...de 61 a 360 días | 6.0 | - | - | - | -100.0 |
| ...mayor a 360 días | 4.0 | - | 9.0 | - | 125.0 |
| **Total** | **298.0** | **-** | **405.0** | **-** | **35.9** |
| ...menor a 60 días | 82.0 | - | 89.0 | - | 8.5 |
| ...de 61 a 360 días | 147.0 | - | 185.0 | - | 25.9 |
| ...mayor a 360 días | 69.0 | - | 131.0 | - | 89.9 |
| | | | - | | |

**Cartera pendiente de reconocer**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total cartera reconocida | 298.0 | 405.0 | 35.9 |
| Cartera pendiente de reconocer | 41.6 | 35.2 | -15.4 |



**Participación de la glosa en la cartera reconocida**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glosa inicial | 17.8 | 30.5 | 71.3 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 6% | 8% | 26.1 |

La cartera total se incrementó en un 35.9%, donde se ve aumento en el pagador régimen subsidiado que aumento en un 42.75%, el principal deudor de la ESE en régimen subsidiado, en la cartera menor a 360 días es Cafesalud con un saldo de $ 81 millones y Caprecom con $30.527millones, esto debido al proceso de liquidación de contratos, y adicionalmente por el no pago oportuno de la cápita.

En el régimen contributivo también aumento el monto de la cartera en un 67.3%, donde el principal deudor del régimen contributivo fue la nueva eps con $28.477millones.

En cuanto a la cartera de más de 360 días que representa un 32.3% del total de la cartera a la fecha de la evaluación se encontraba en trámite de conciliación con las diferentes entidades, y con proceso de cobro pre jurídico por valor de $130.9 millones.

En la cartera por servicios de salud POS, inferior a 360 días, principal deudor nueva eps con un saldo de $76.883 millones.

Aunque se incrementó el porcentaje de cartera reconocida y se disminuyó el monto de comparada con la vigencia 2011, el monto inicial de glosa se incrementó.

Con la cartera corriente equivalente a $274 millones cubriría los pasivos de $ 85 millones que son los reales de operación y quedaría un excedente para cubrir los pasivos estimados en caso de materializarse la demanda en curso, la cual estaríua totalmente cubierta con efectivo, cartera menor a 360 días, recursos entregados en administración y quedaría un saldo de $66.5 millones.

El indicador de riesgo fiscal aplicada la metodología establecida por el Ministerio de Salud y protección social quedó en riesgo bajo.

# ESE SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD



## ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 188. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % Capitación | % evento | % paquetes | % otras Formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 1649.4 | | 19.7 | 14.2 | |
| 2. Régimen contributivo | 709.2 | | 0.6 | 14.8 | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 1274.4 | | | | 26.7 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 1274.4 | | | | 26.7 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 0.0 | | | | |
| 5. Otros pagadores | 1146.5 | | | 24 | |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **4779.5** | | **20.3** | **53** | **26.7** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

Como se observa en el cuadro anterior el mecanismo de pago más utilizado por diferentes pagadores es por paquetes en un 53%, le sigue por otras formas de pago que representa un 26.7% y por evento que representa un 20.3%, al analizar por cada uno de los pagadores se observa que en el régimen subsidiado los mecanismos de pago utilizados es por modalidad de evento y por paquetes, el régimen contributivo utiliza en mayor proporción la modalidad de pago por paquetes, aunque refleja algunos pagos por evento y la población pobre no asegurada es por otras formas de pago, los otros pagadores utilizan la modalidad de paquetes.

Cuadro 189. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 582.3 | 709.2 | 22% | 33.8 |
| 2. Régimen Subsidiado | 111.7 | 1649.4 | 1377% | 1399.4 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | 1463.4 | 1274.4 | -13% | -56.2 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 1463.4 | 1274.4 | -13% | -56.2 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | 0% | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 0.0 | 0.0 | 0% | |
| 5. Otros Pagadores | 522.9 | 1146.5 | 119% | 27.2 |
| **Total venta de servicios de salud** | **2680.3** | **4779.5** | **78%** | **28.4** |

**Fuente:** Minsalud- SIHO

Como se puede observar se obtuvo un crecimiento del 78% en el total de ventas de servicios de salud con respecto al año 2011, siendo el de mayor participación el régimen subsidiado que se incrementó con respecto al 2011 en un 1.377%. Por la unificación del POS contributivo con el subsidiado para las personas de 18 a 59 años de edad.

La E.S.E por ser de segundo nivel no tiene contratos por capitación

Ingresos y Recaudos

Cuadro 190. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | 2011 | 2012 | Var % | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 582.3 | 709.2 | 21.8 | - |
| Régimen Subsidiado | 111.7 | 1,649.4 | 1,377.0 | - |
| PPNA | 1,463.4 | 914.6 | -37.5 | - |
| Demás Pagadores | 799.8 | 1,146.5 | 43.3 | - |
| Otros ingresos no asociados a VSS generados durante la vigencia | 2,085.8 | 610.4 | -70.7 | - |
| **Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores)** | **5,043.0** | **5,030.1** | **-0.3** | **-** |
| Por venta de servicios | 2,957.2 | 4,419.7 | 49.5 | - |
| CxC vigencias anteriores | 687.8 | 780.6 | 13.5 | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **Δ glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

Respecto a los ingresos reconocidos, se observa que al tomar los ingresos totales reconocidos excluyendo cuentas por cobrar y disponibilidad inicial se pasa de $5,043 a 5,030.1 millones, observándose una disminución de 0.3%, al revisar los ingresos reconocidos por venta por servicios se observa un incremento del 49%, la disminución en el ingreso total reconocido no es representativa, aunque por pagador si se reflejan cambios significativos como el incremento en la venta de servicios al régimen subsidiado en un 1.377% y de otras ventas de servicios en un 43.3%. El crecimiento del 1.377% del régimen subsidiado, obedeció al cambio de normatividad donde hubo inclusión de servicios de salud mental, en el POS-Subsidiado.

Cuadro 191. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Δcart 60-360d |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 227.8 | 165.2 | -27.5 | 71.7 |
| Régimen Subsidiado | 29.3 | 570.4 | 1,848.0 | 1,308.5 |
| PPNA | 1,235.4 | 877.3 | -29.0 | -70.1 |
| Demás Pagadores | 757.4 | 857.7 | 13.2 | 2,852.0 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 1,950.9 | 610.4 | -68.7 | -98.4 |
| **Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores)** | **4,200.8** | **3,081.0** | **-26.7** | **146.3** |
| Por venta de servicios | 2,249.9 | 2,470.6 | 9.8 | 222.5 |
| CxC vigencias anteriores | 687.8 | 780.6 | 13.5 | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos recaudados. **Δ Cartera 60 – 360 días**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de cartera entre 60 y 360 días. **Fuente:** Minsalud- SIHO - Formulario *Ingresos*.

De los ingresos recaudados, se puede observar que teniendo en cuenta el ítem de Ingresos totales recaudados, pasó de $4.200.8 a $3.081 millones, lo que representa una disminución del 26.7%, teniendo su mayor peso una disminución del 68.7% en otros ingresos no asociados a Venta de servicios generados durante la vigencia, en lo referente a venta de servicios la disminución el comportamiento de la Población pobre no asegurada con un 29%, fue debido a que el contrato

para atender a la población pobre disminuyó con respecto al 2011 y en el régimen contributivo disminuyó un 27%, debido a la alta cartera que presenta Saludcoop.

Cuadro 192. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Concepto | 2011 % | 2012 % | Var |
|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 39.1 | 23.3 | -15.8 |
| Régimen Subsidiado | 26.2 | 34.6 | 8.4 |
| PPNA | 84.4 | 95.9 | 11.5 |
| Demás Pagadores | 94.7 | 74.8 | -19.9 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 93.5 | 100.0 | 6.5 |
| **Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores)** | **83.3** | **61.3** | **-22.0** |
| Por venta de servicios | 76.1 | 55.9 | -20.2 |
| CxC vigencias anteriores | 100.0 | 100.0 | -0.0 |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var:** Diferencia absoluta del porcentaje, 2011-2012. **Fuente:** Minsalud- SIHO.

En el Régimen contributivo disminuyo el porcentaje de recaudo en el 2012 con relación a 2011 en un 15.8% y con otros pagadores en un 20%, en total el recaudo disminuyo en un 22% y por venta de servicios disminuyo en un 20%, esto obedeció a dificultades por volumen de glosas.

Gastos comprometidos

Cuadro 193. Gastos comprometidos por concepto

(En millones de pesos constantes 2012)

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de Personal de planta (1) | 1,446.4 | 1,526.6 | 5.5 |
| Servicios Personales Indirectos | 943.8 | 1,062.0 | 12.5 |
| Gastos Generales | 668.7 | 868.6 | 29.9 |
| Gastos de Operación, Comercialización y PS | 608.4 | 775.0 | 27.4 |
| Gastos Variables (2) | 2,220.9 | 2,705.6 | 21.8 |
| Otros Gastos (3) (Transferencias C + Inversión + Deuda Pública) | 179.2 | 417.2 | 132.9 |
| **Total Gastos Comprometidos (4) Excluye CxP de vig. Anteriores** | **3,846.5** | **4,649.5** | **20.9** |
| Cargos vacantes | 4 | 2 | -50.0 |
| Planta transitoria | - | - | - |
| Producción equivalente | 237,390 | 304,721 | 28.4 |
| Gasto de personal | 2,390.2 | 2,588.6 | 8.3 |
| Gastos totales sin inversión | 3,667.3 | 4,232.2 | 15.4 |
| CxP de vigencias anteriores | 95.1 | - | -100.0 |

**(1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios. **(3) Incluye:** Transferencias

corrientes, Inversión y Deuda pública. **(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.



En cuanto al gasto total comprometido, que excluye cuentas por pagar, paso de $ 3,846 millones a $4,649.5 millones, se observa que hubo un incremento del 20.9%, debido al incremento de la producción en un 28.4% y a la inversión en una nueva área de terapia ocupacional donde se invirtieron alrededor de $400 millones.

## Comportamiento en términos de eficiencia

Cuadro 194. Evolución de los Gastos comprometidos Vs. Producción y Facturación

En millones de pesos

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | a | 1,446.4 | 1,526.6 | 5.5 |
| Total servicios personales indirectos | b | 943.8 | 1,062.0 | 12.5 |
| Gasto total de personal | c | **2,390.2** | **2,588.6** | **8.3** |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | d | 3,820.0 | 4,249.7 | 11.2 |
| Total facturado por VSS | e | 4,085.8 | 4,232.6 | 3.6 |
| Ingresos reconocidos por VSS | f | 2,957.2 | 4,419.7 | 49.5 |
| Ingresos recaudados por VSS | g | 2,249.9 | 2,470.6 | 9.8 |
| **Producción equivalente (en UVR)** | **h** | **237,390.3** | **304,721.1** | **28.4** |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 10,068.7 | 8,495.1 | -15.6 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 16,091.8 | 13,946.2 | -13.3 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 17,211.4 | 13,890.0 | -19.3 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida | l=f/h* 1.000.000 | 12,457.1 | 14,504.0 | 16.4 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 9,477.5 | 8,107.8 | -14.5 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | -3,634.6 | 557.8 | -115.3 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | -6,614.3 | -5,838.4 | -11.7 |

La producción equivalente en UVR tuvo un incremento en 28.4%, mientras que el promedio del gasto comprometido tanto del gasto por personal como del gasto por Funcionamiento y de Operación, comercialización y Prestación de servicios por unidad producida disminuyo en un 15.6% y 13.3% respectivamente, lo que demuestra eficiencia en el gasto con relación a la UVR producción, pero el valor promedio de facturación por unidad producida disminuyo en un 19.3%, así como el valor recaudado por unidad producida que disminuyo en un 14.5%.

Al realizar la diferencia entre el ingreso reconocido versus los gastos comprometidos por unidad producida se evidencia que la ESE está comprometiendo por debajo del ingreso reconocido generando superávit, pero al comparar lo recaudado por Venta de servicios por unidad producida y el total gastos comprometidos de funcionamiento y de operación, comercialización y prestación de servicios por unidad producida da - $ 5,838.4 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.

Análisis de equilibrio

Cuadro 195. Equilibrio presupuestal corriente

En millones de pesos de 2012

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos reconocidos por venta de salud | a | 2,957.2 | 4,419.7 | 49.5 |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | b | 3,211.6 | 3,474.7 | 8.2 |
| Gastos comprometidos de operación y prestación de servicios | c | 608.4 | 775.0 | 27.4 |
| Ingresos reconocidos por venta de servicios de salud frente a Gastos habituales | d=a/(b+c) (%) | 77.4 | 104.0 | 26.6 |
| Ingresos recaudados por venta de salud | e | 2,249.9 | 2,470.6 | 9.8 |
| Ingresos recaudados por venta de servicios de salud frente a Gastos habituales | f=e/(b+c) (%) | 58.9 | 58.1 | -0.8 |

En el primer indicador, es decir el % de reconocimientos/ compromisos, se puede observar un 104, lo que quiere decir que la ESE, está comprometiendo por debajo del ingreso reconocido es decir, que por cada 100 pesos comprometidos tiene 104 reconocidos en el ingreso.



En el segundo indicador, es decir el de % de recaudos/ compromisos, se puede observar que en este indicador es que la ESE está comprometiendo en su gasto habitual muy por encima de sus ingresos recaudados, lo que quiere decir que el Hospital por cada 100 pesos comprometidos en el gasto, tiene 58 pesos recaudados en el Ingreso.

Cuadro 196. Diferencia vigencias anteriores -

En millones de pesos de 2012

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| CxC recaudadas vigencias anteriores | o | 687.8 | 780.6 | 13.5 |
| CxP comprometidas vigencias anteriores | p | 95.1 | - | -100.0 |
| Diferencia | q=o-p | 592.7 | 780.6 | -592.7 |

Con relación a este indicador se observa que para la vigencia 2012 se recaudó de vigencias anteriores $780.6 millones y no se debían cuentas por pagar de vigencias anteriores, por lo cual el recaudo de vigencias anteriores apalanca la operación corriente.

Situación de los pasivos

Cuadro 197. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 < 1 año | 2011 > 1 año | 2011 Total | 2012 < 1 año | 2012 > 1 año | 2012 Total | Var < 1 año | Var > 1 año | Var Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales | 191.5 | - | 191.5 | 260.3 | - | 260.3 | 35.9 | - | 35.9 |
| *…Nómina* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| *…Cesantías, prestaciones sociales, pensiones y prestaciones económicas por pagar* | 191.5 | - | 191.5 | 260.3 | - | 260.3 | 35.9 | - | 35.9 |
| *…Otros pasivos* | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **SUBTOTAL PASIVOS** | 191.5 | - | 191.5 | 260.3 | - | 260.3 | 35.9 | - | 35.9 |
| Recaudos por clasificar | 11.0 | - | 11.0 | 1.0 | - | 1.0 | -90.6 | - | -90.6 |
| **TOTAL PASIVOS** | **202.5** | **-** | **202.5** | **261.3** | **-** | **261.3** | **29.0** | **-** | **29.0** |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social Formulario pasivos SIHO

El total de los pasivos asciende a $261.3 millones, discriminado así:

A Diciembre 31 de 2012 el pasivo por cesantías ley antigua ascendía a $122.1 millones y del año a $62.2 millones para un total de $184.3, de los cuales $75.9 millones, por prestaciones sociales (prima de servicios, vacaciones y bonificación). y las consignaciones sin identificar por la suma de $1 millón, pertenece a recaudo por estampilla. El pasivo tuvo un incremento del 29.3%, al pasar de 202 millones a 261.3 millones.

Situación de la cartera

Cuadro 198. Situación de la cartera

En millones de pesos corrientes

| Concepto | 2011 Valor | 2011 %Part | 2012 Valor | 2012 %Part | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 368.5 | 41.4 | 580.6 | 28.7 | 57.6 |
| ...menor a 60 días | 96.2 | 10.8 | 122.2 | 6.0 | 27.1 |
| ...de 61 a 360 días | 245.6 | 27.6 | 421.8 | 20.9 | 71.7 |
| ...mayor a 360 días | 26.7 | 3.0 | 36.6 | 1.8 | 37.2 |
| Régimen Subsidiado | 95.1 | 10.7 | 1,099.0 | 54.3 | 1,055.5 |
| ...menor a 60 días | 27.7 | 3.1 | 350.8 | 17.3 | 1,165.1 |
| ...de 61 a 360 días | 51.7 | 5.8 | 728.1 | 36.0 | 1,308.5 |
| ...mayor a 360 días | 15.7 | 1.8 | 20.0 | 1.0 | 27.6 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SOAT – ECAT | 2.6 | 0.3 | 2.6 | 0.1 | - |
| ...menor a 60 días | - | - | - | - | - |
| ...de 61 a 360 días | - | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 días | 2.6 | 0.3 | 2.6 | 0.1 | - |
| PPNA Departamental | 219.8 | 24.7 | 37.3 | 1.8 | -83.1 |
| ...menor a 60 días | 101.9 | 11.4 | 2.0 | 0.1 | -98.1 |
| ...de 61 a 360 días | 117.9 | 13.2 | 35.3 | 1.7 | -70.1 |
| ...mayor a 360 días | - | - | - | - | - |
| Otros Deudores VSS | 73.4 | 8.2 | 300.1 | 14.8 | 308.9 |
| ...menor a 60 días | 35.0 | 3.9 | 116.2 | 5.7 | 231.8 |
| ...de 61 a 360 días | 5.8 | 0.7 | 172.6 | 8.5 | 2,852.0 |
| ...mayor a 360 días | 32.5 | 3.7 | 11.3 | 0.6 | -65.3 |
| Otros Deudores Concepto Diferente VSS | 131.1 | 14.7 | 2.6 | 0.1 | -98.0 |
| ...menor a 60 días | - | - | 0.4 | 0.0 | - |
| ...de 61 a 360 días | 131.1 | 14.7 | 2.1 | 0.1 | -98.4 |
| ...mayor a 360 días | - | - | - | - | - |
| **Total por cobrar con facturación radicada** | **890.5** | **100.0** | **2,022.1** | **100.0** | **127.1** |
| ...menor a 60 días | 260.9 | 29.3 | 591.7 | 29.3 | 126.8 |
| ...de 61 a 360 días | 552.2 | 62.0 | 1,360.0 | 67.3 | 146.3 |
| ...mayor a 360 días | 77.5 | 8.7 | 70.5 | 3.5 | -9.0 |
| Total cartera radicada | 890.5 | 100.0 | 2,022.1 | 100.0 | 127.1 |
| Cartera pendiente de radicar | - | - | - | - | - |
| Glosa inicial | 5.2 | 0.6 | 28.0 | 1.4 | 433.3 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 0.6 | 0.1 | 1.4 | 0.1 | 134.9 |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social Formulario Cartera SIHO

Se puede observar un incremento del 127.1% en el total de la cartera comparada con la vigencia 2011, pasando de 890.5.0 millones a 2.022.1 millones, aumentando en 1131.6 millones. Este comportamiento indica la dificultad que ha tenido el Hospital en los últimos años para que las EPS, tanto del régimen contributivo, como subsidiado, se pongan al día con las cuentas. Además al entrar en vigencia el acuerdo 032 del 17 de mayo del 2012, el mayor pagador dejo de ser la Gobernación de Risaralda que era buen pagador, pasando a ser las EPS de ambos regímenes (contributivo y subsidiado) razón por la cual también aumentó el promedio de glosa inicial.

Las cuentas por cobrar por servicios de salud corrientes (menor de 360 días) asciende a $1.951.6 millones y mayor de 360 días asciende a $70.5millones, para un total de $2.022.1

Los más representativas deudores son:

CAFESALUD SUBSIDIADO $563.7millones, incluidos $20 millones mayor de 360 días.

ASMETSALUD SUBSIDIADO: $496.2 millones, entre la cual se incluye cartera entre 181 y 360 días que ascendió a $91.1millones.

SALUDCOOP: $481.5 millones, incluidos $25.8 millones cartera mayor de 360 días

Y la Gobernación de Risaralda que con corte a diciembre quedó adeudando la suma de $224.7 millones discriminados así:

| | |
|---|---|
| Por el contrato de población pobre la suma de | $37.259.065 |
| Por convenio Inimputable | $168.361.200 |
| Fosyga desplazados | $9.132.417 |
| Por servicios de salud | $214.755.682 |

Entre estas cuatro Entidades adeudaban a la ESE hospital mental un total de $1.756 millones, lo que representó un 86% del total adeudado por servicios de salud.

Con la metodología adoptada por el Ministerio de Salud y protección social la ESE hospital Mental Universitario quedó categorizada en Riesgo bajo.

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 199. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % Capitación | % evento | % Paquetes | % otras formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 5,403.6 | 17.6 | 36.2 | | |
| 2. Régimen contributivo | 1,355 | 1.4 | 12.1 | | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 1,518.2 | 2.8 | | | 12.3 |
| 3.1 Población pobre no asegurada | - | | | | |
| 3.2 Servicios No POS | - | | | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 1,206 | | | | 12% |
| 5. Otros pagadores | 551.4 | | 5.5 | | |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **10,034.2** | **21.8** | **53.8** | | **24.3** |

**Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

Como se observa en el cuadro anterior el mecanismo de pago más utilizado por diferentes pagadores es por evento en un 53.8%, le sigue por otras formas de pago que representa un 24.3% y por capitación representa un 21.8%, al analizar por cada uno de los pagadores se observa que en el régimen subsidiado los mecanismos de pago utilizados fue por modalidad de evento y por capitación, el régimen contributivo utilizó en mayor proporción la modalidad de pago por evento, aunque refleja algunos pagos por capitación y la población pobre no asegurada utilizó otras formas de pago y también por capitación pero en un porcentaje muy bajo, para el pago del plan de intervenciones colectivas utilizaron otras formas de pago y en el caso de otros pagadores utilizaron la modalidad de eventos.

Cuadro 200. Contratación por el mecanismo de capitación 2012.

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| SUBSIDIADO | ASMETSALUD | Medicamentos | 6.16 | 4800 | 96 |
| SUBSIDIADO | CAFESALUD | Primer Nivel | 51.19 | 7677 | 1,189 |
| SUBSIDIADO | CAPRECOM | Primer Nivel | 43 | 2747 | 290 |
| SUBSIDIADO | CAPRECOM | Promoción y Prevención | 10 | 3663 | 55 |
| CONTRIBUTIVO | COMFAMILIAR | Primer Nivel laboratorio y consulta externa | 16.67 | 2500 | 139 |
| VINCULADO | ALCALDIA DE LA VIRGINIA | Primer Nivel | | | 280 |

**Fuente: ESE** San Pedro y San Pablo La Virginia 2012.

En la modalidad de pago por capitación con el régimen subsidiado la ESE contó con un total de 18,887 usuarios capitados, de los cuales se encontraban afiliados a EPS Cafesalud el 40.64%, y a Caprecom el 34% y a Asmet salud el 25.36%, también contó en la vigencia 2012 con servicios contratados con una EPS del régimen contributivo con un número de usuarios de 2500, en cuanto al % de UPC contratado con cada una de las EPS fue así:

El porcentaje pactado con Cafesalud fue de 51.19% para atención de primer nivel, con caprecom tuvo contratado para primer nivel y promoción y prevención por 43% y 10% respectivamente; y con Asmet Salud tuvo contratado solo medicamentos por un porcentaje de la UPC 6.16% y con Comfamiliar Risaralda tuvo contratado Primer Nivel, laboratorio y consulta externa por un porcentaje de UPC de 16.67%.

Cuadro 201. Montos contratación por grupos responsables de pago

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Y% |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 1,089.6 | 1,355.0 | 24.3 | 0.6 |
| Régimen Subsidiado | 5,000.7 | 5,403.6 | 8.1 | 27.6 |
| PPNA* Población pobre no asegurada | 1,989.9 | 1,518.2 | -23.7 | -56.5 |
| Demás Pagadores | 1,756.2 | 1,757.4 | 0.1 | 24.2 |
| Total Venta de Servicios de Salud | 9,836.5 | 10,034.2 | 2.0 | -5.0 |



Como se puede observar se obtuvo un crecimiento del 2% en el total de ventas de servicios de salud con respecto al año 2011, siendo el régimen contributivo el que presento mayor incremento en un 24.3%, no obstante el régimen subsidiado sigue siendo el que en mayor porcentaje le compra servicios de salud a la ESE pues el valor contratado por el régimen subsidiado equivale al 53.8% del total de las ventas de servicios de salud. Donde se presentó una reducción considerable en el monto de la contratación fu en la población pobre no asegurada donde disminuyo en un 23.7% pasando de $1,989.9 a $1,518.2 esta disminución de facturación de servicios a la población vinculada de 400 millones de pesos, fue debido al modelo de contratación de la ESE con la Secretaria de Salud Departamental ya que se pasó de la modalidad de capitación a evento, además el impacto que género la unificación del POS para el año 2012 pasando muchas de las actividades a ser con cargo a las EAPB`s directamente. La reducción en el monto del contrato se reflejó en la producción de servicios de este pagador que disminuyó en un 56%.

Ingresos y Recaudos

Resulta pertinente registrar en el presente informe que los resultados financieros correspondientes a la vigencia 2.012, estuvieron influenciados directamente por las siguientes situaciones: -Transición en la Gerencia durante el primer cuatrimestre del 2012, la unificación del Pos a partir del 1 de julio de 2.012

situación que incidió en forma directa en el comportamiento de los recursos por concepto de vinculados, el no re-uso de insumos de acuerdo a lo establecido en las normas legales, además del cambio de modelo en la contratación con el vinculado, tal y como se verá en el reconocimiento presupuestal y recaudo.



Cuadro 202. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 1,001.9 | 1,148.5 | 14.6 | - |
| Régimen Subsidiado | 3,785.8 | 4,648.5 | 22.8 | - |
| PPNA | 2,021.3 | 1,116.3 | -44.8 | - |
| Demás Pagadores | 1,859.9 | 1,072.0 | -42.4 | - |
| Otros ingresos no asociados a VSS generados durante la vigencia | **54.3** | **69.6** | **28.1** | - |
| *…Aportes no ligados a VSS* | 20.7 | - | -100.0 | - |
| *…… Plan de saneamiento fiscal y financiero* | - | - | - | - |
| *…… FONSAET* | - | - | - | - |
| *…… Aportes Patronales* | - | - | - | - |
| *…… Otros aportes* | 20.7 | - | -100.0 | - |
| *…Otros ingresos no ligados a VSS* | 33.6 | 69.6 | 107.3 | - |
| **Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores)** | **8,723.2** | **8,055.0** | **-7.7** | **-** |
| Por venta de servicios | 8,668.9 | 7,985.3 | -7.9 | - |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **Δ glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

En las ventas totales por servicios de salud se presentó un decrecimiento del 7.9% pasando de unas ventas en el 2011 de $ 8,668.9 a $7,985.3 millones.

En el Régimen Contributivo se evidenció un aumento del 14.6% comparado con el año anterior, básicamente relacionado con la negociación de tarifas con algunas EAPB, además del aumento en los servicios en otras tales como: SOLSALUD, NUEVA EPS, COOMEVA, SALUDCOOP.

En el régimen subsidiado los efectos de la unificación del POS a partir del 1 de julio de 2.012, donde para algunos servicios, procedimientos y medicamentos que

se realizaban a los vinculados, bajo los parámetros establecidos por la norma, ya se convirtieron en responsabilidad directa de las diferentes EAPB Y aseguradoras, lo que permitió obviamente que se presentara un aumento en los ingresos reconocidos para el régimen subsidiado de un 23%, lo anterior también se reflejó en una disminución de los ingresos reconocidos por atención a la población pobre no asegurada el decrecimiento fue del 45% con respecto al año 2.011, porque muchos de los servicios que se cobraban a la Secretaría de Salud Departamental, a partir de la unificación del POS, se debieron tramitar con las diferentes EAPB Y aseguradoras, teniendo que pedir las correspondientes autorizaciones, igualmente afectó el cambio en el modelo de contratación, ya que en la vigencia 2.011, el modelo fue evento mientras que en la vigencia 2012 se vuelve al modelo de cápita por techo, es claro que por evento el volumen de facturación fue mucho más representativo, es importante aclarar que en este sentido la tendencia de la operación con el vinculado seguirá decreciendo teniendo en cuenta estos aspectos.



También se presentó una reducción del 61% en el plan de intervenciones colectivas que refiere la ESE está sustentado en la reducción de los recursos tanto a nivel Departamental como a nivel Municipal en el año 2.012, además es de tener en cuenta que en la vigencia anterior, igualmente se trabajó el tema de salud mental a lo cual aportó el Departamento la suma de $200 millones, situación que no se presentó en el año 2.012.

En los otros ingresos por venta de servicios a otros pagadores se presentó una leve disminución en la prestación de servicios a entidades del régimen especial, situación influenciada por el contrato con el ICBF del Centro de Recuperación Nutricional.

El aumento en este renglón rentístico otros ingresos no asociados a la venta de servicios en salud tiene que ver con el pago de excedentes de facturación en este sentido durante esta vigencia por parte del Departamento se reciben 119 millones y del Municipio la suma de 500 millones.



Cuadro 203. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Δcart 60-360d |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 704.9 | 593.4 | -15.8 | 235.7 |
| Régimen Subsidiado | 3,095.8 | 3,282.3 | 6.0 | 38.0 |
| PPNA | 1,663.6 | 970.3 | -41.7 | -40.4 |
| Demás Pagadores | 1,380.3 | 733.9 | -46.8 | 8.8 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 54.3 | 69.0 | 27.0 | - |
| *…Aportes no ligados a VSS* | 20.7 | - | -100.0 | |
| *…… Otros aportes* | 20.7 | - | -100.0 | |
| *…Otros ingresos no ligados a VSS* | 33.6 | 69.0 | 105.4 | |
| **Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores)** | **6,899.0** | **5,648.9** | **-18.1** | **52.1** |
| Por venta de servicios | 6,844.7 | 5,579.9 | -18.5 | 52.1 |
| CxC vigencias anteriores | 1,485.4 | 2,088.4 | 40.6 | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos recaudados.
**Δ Cartera 60 – 360 días**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de cartera entre 60 y 360 días. **Fuente:** Minsalud- SIHO – Formulario *Ingresos*.

En general los ingresos recaudados por venta de servicios disminuyeron en un 18.5% con relación a la vigencia anterior, así mismo se incrementó la cartera de 60 a 360 días en un 52%, al analizar por cada uno de los pagadores se puede observar que:

En el régimen contributivo aunque aumentó el reconocimiento por radicación de facturación, en materia de recaudos este decreció en el 16%, debido a las situaciones de intervención de algunas EAPB por parte de la Superintendencia, lo que impidió el giro de los recursos por parte de estas entidades, entre ellas saludcoop, al igual se alcanzó con los pagos la nueva EPS.

En el régimen subsidiado pese a las situaciones efecto de la intermediación, durante la vigencia 2012 se evidencia un incremento en el recaudo por este régimen en el 6%, lo que en parte tiene que ver con las gestiones que se adelantaron por el departamento de cartera de la ESE y la presión que se realizó por parte de los abogados externos en cuanto al proceso de cobro coactivo que se generó desde finales de la vigencia 2.011, con las principales EAPB del régimen subsidiado.

En la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, es consistente el decrecimiento tanto en el reconocimiento como en el recaudo del 41.7% en la atención a vinculados cuyas razones ya fueron expuestas, la cartera por este concepto en el mismo rango y los mismos periodos se redujo en el 40.4%, es de aclarar que las actividades por este concepto por parte del Municipio no fueron canceladas durante la vigencia quedando pendiente el pago para la vigencia 2.013.

En cuanto a otros ingresos por venta de servicios a otros pagadores igual que en el reconocimiento se evidencia una reducción en los servicios a entidades de regímenes especiales, del 47% en materia de recaudos cuya razón se encuentra en la disminución en las operaciones que tienen que ver con el Centro de Recuperación Nutricional convenio firmado con el ICBF, hasta el segundo semestre del año 2.012.

En el renglón rentístico otros ingresos no asociados a la venta de servicios es consistente el aumento en el recaudo igualmente en el reconocimiento atribuible a los recursos por excedentes por facturación que se recibieron en la vigencia 2.012, los cuales presupuestalmente fueron reconocidos y recaudados.

Cuadro 204. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

(Porcentaje de recaudo)

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 70% | 52% | 19% |
| 2. Régimen subsidiado | 82% | 71% | 11% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 85% | 87% | -2% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 85% | 87% | -2% |
| 3.2 Servicios No POS | 0% | 0% | 0% |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 67% | 49% | 19% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 87% | 84% | 3% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 100% | 0% |
| **Total** | **80%** | **72%** | **8%** |
| Por venta de servicios | 80% | 70% | 10% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100% | 100% | 0 |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var:** Diferencia absoluta del porcentaje, 2011-2012.
**Fuente:** Minsalud- SIHO.

Es evidente que mientras en el año 2011 se recaudó el 70% de los reconocimientos en el régimen contributivo en el año 2012 el recaudo fue del 52%, lo que genera una reducción del 19%, así mismo esta relación fue más efectiva en el año 2011 en el régimen subsidiado con el 82% del recaudo, ya que en el 2012 bajo al 71% es de tener en cuenta que el reconocido fue mayor en el 2012, de acuerdo a la variación en ambos años, en cuanto atención a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda aunque la operación decreció ostensiblemente la relación recaudo-reconocimiento fue más efectiva, lo cual es la resultante de las condiciones en el nuevo modelo de contratación de pago contra radicado, caso muy similar se genera en el plan de intervenciones colectivas, En los otros ingresos por venta a entidades de regímenes especial se evidencia un decrecimiento leve en la efectividad del recaudo del 3% con respecto al año anterior.

Es importante precisar que al cierre de la vigencia 2012 se optimizó por parte de la ESE la radicación de la facturación para dar cumplimiento a los indicadores establecidos mediante la resolución 710 y 2509 de 2012, además que los resultados presupuestales del año 2.011 estuvieron influenciados en el

reconocimiento y en el recaudo por ingresos que se adicionaron finalizando la vigencia pero cuyos compromisos y giros se ejecutaron en la vigencia 2012, es decir que estos movimientos en el presupuesto impactaron de manera positiva los resultados del 2011 y de manera negativa la vigencia del 2012.



Gastos comprometidos

Cuadro 205. Gastos comprometidos por concepto

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de Personal de planta (1) | 1,338.7 | 1,241.5 | -7.3 |
| Servicios Personales Indirectos | 3,873.7 | 4,699.8 | 21.3 |
| Gastos Generales | 1,042.2 | 1,403.7 | 34.7 |
| Gastos de Operación, Comercialización y PS | 1,324.8 | 1,380.3 | 4.2 |
| **Gastos Variables (2)** | **6,240.6** | **7,483.8** | **19.9** |
| Otros Gastos (3) (Transferencias C + Inversión + Deuda Pública) | 67.8 | 151.4 | 123.4 |
| Total Gastos Comprometidos (4) Excluye CxP de vig. anteriores | 7,647.1 | 8,876.6 | 16.1 |
| Cargos vacantes | 7 | 7 | - |
| Planta transitoria | - | - | - |
| Producción equivalente | 1,270,544 | 1,207,341 | -5.0 |
| CxP de vigencias anteriores | 111.6 | 7.3 | -93.5 |
| Gasto de personal | 5,212.3 | 5,941.3 | 14.0 |
| Gastos totales sin inversión | 7,579.3 | 8,725.2 | 15.1 |
| CxP de vigencias anteriores | 111.6 | 7.3 | -93.5 |

El total de gastos comprometidos muestran un incremento del 16%, y los gastos variables un incremento del 20 %, lo cual no es coherente frente a una disminución en la producción equivalente en UVR en un 5%.

En el análisis de los componentes del gasto es importante reflejar como fue el comportamiento:

En los gastos de personal de planta en esta apropiación se registró un decrecimiento del 7% el cual la ESE justificó que fue por la disminución del sueldo de la Gerencia a partir de la vigencia 2.012, adicionalmente salió pensionado un auxiliar de enfermería.

En los Servicios personales indirectos el cumplimiento de la sentencia 690 de la corte constitucional en cuanto a que todo el personal que se contrate a través de

Cooperativas de Trabajo Asociado o Empresas de Servicios Temporales que suministran trabajadores en misión se les debe garantizar los mínimos laborales, en este sentido en el presupuesto de la vigencia 2.012, se inicia este proceso, generándose en consecuencia una variación creciente del 21% en esta apropiación, igualmente a partir de esta vigencia se da cumplimiento a lo establecido en la ley 1474 en materia de contratar personal para la realización de la interventoría y supervisión tanto a los contratos administrativos como asistenciales, para dar cumplimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental, además de lo anterior durante la vigencia 2.012 se comprometieron y giraron recursos del contrato de salud mental cuyos ingresos fueron adicionados en el presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia 2.011, por un valor de $108 millones.

En los gastos generales esta apropiación se vio afectada por la inversión que se debió realizar en la vigencia 2.012 en el mejoramiento de las instalaciones físicas para ampliar el portafolio de servicios y mejorar la calidad del mismo, por lo que se presentan diferencias significativas en compra de equipo, mantenimiento, además se debe tener en cuenta que en impresos y publicaciones se debió cumplir con la generación de folletos para dar cumplimiento a los programas del plan de intervenciones colectivas salud mental cuyos recursos se habían desembolsado a finales de la vigencia 2,011, así mismo en comunicaciones y transporte durante esta vigencia se contrató camioneta para los servicios de desplazamiento a actividades misionales de personal de la ESE y la Gerencia, todos estos aspectos reflejaron la variación creciente del 35% en gastos generales, durante la vigencia 2012 se realizó la reparación de los motores de las dos ambulancias, se empezó además con el programa de mantenimiento preventivo, ya que en los años anteriores el mismo era de tipo correctivo, es importante entonces registrar las variaciones más representativas de las apropiaciones antes mencionadas:

| GASTOS GENERALES | 2012 | 2011 | VARIACION |
|---|---|---|---|
| COMPRA DE EQUIPO | 174.674.713,00 | 110.427.382,00 | 58% |
| COMUNICACIONES Y TRANSPORTE | 13.355.000,00 | 1.221.000,00 | 994% |
| IMPRESOS Y PUBLICACIONES | 57.176.960,00 | 4.002.900,00 | 1328% |



En el cuadro anterior se pueden evidenciar las variaciones más representativas, es de tener en cuenta que el aumento en la compra de equipo se generó principalmente por los requerimientos en la habilitación en el mes de junio de 2012.

En los gastos de operación comercial, dado el no re-uso de los insumos médico-quirúrgicos, generó que en la vigencia 2012 se presentara un leve crecimiento en la compra de bienes para la venta, así como también los medicamentos en un 4% por el aumento en las urgencias y días estancia de hospitalización, aumento en las cirugías programadas, finalmente se debe tener en cuenta que los contratos de medicamentos en un alto porcentaje se tiene por cápita lo que implicó un pago mensual fijo independiente del aumento o no de la producción.

En otros gastos corresponden a las transferencias corrientes y su variación creciente se debe al fallo judicial que obligó el pago de una demanda por valor de $107 millones más los intereses.

Cuadro 206. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 % | 2012 % | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de Personal de planta (1) | 17.5 | 14.0 | -3.5 |
| Servicios Personales Indirectos | 50.7 | 52.9 | 2.3 |
| Gastos Generales | 13.6 | 15.8 | 2.2 |
| Gastos de Operación, Comercialización y PS | 17.3 | 15.5 | -1.8 |
| Gastos Variables (2) | 81.6 | 84.3 | 2.7 |
| Otros Gastos (3) (Transferencias C + Inversión + Deuda Pública) | 0.9 | 1.7 | 0.8 |
| Total Gastos Comprometidos (4) Excluye CxP de vig. anteriores | 100.0 | 100.0 | - |

En el anterior cuadro se puede visualizar la participación por apropiación en el total de los compromisos presupuestales de la vigencia 2012, siendo la participación más representativa la de servicios técnicos con un 52%, por las razones ya expuestas que impactaron en forma significativa esta apropiación, seguido están con un 16% los gastos generales y de operación comercial, finalmente la participación de los gastos de personal de planta del 14%.

Comportamiento en términos de eficiencia



Cuadro 207. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(Millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | A | 1,338.7 | 1,241.5 | -7.3 |
| Total servicios personales indirectos | B | 3,873.7 | 4,699.8 | 21.3 |
| Gasto total de personal | C | 5,212.3 | 5,941.3 | 14.0 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS ( | D | 7,639.2 | 8,876.6 | 16.2 |
| Total facturado por VSS | E | 9,394.4 | 8,663.7 | -7.8 |
| Ingresos reconocidos por VSS | F | 8,668.9 | 7,985.3 | -7.9 |
| Ingresos recaudados por VSS | G | 6,844.7 | 5,579.9 | -18.5 |
| **Producción equivalente (en UVR)** | **H** | **1,270,544.1** | **1,207,340.5** | **-5.0** |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 4,102.5 | 4,921.0 | 20.0 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 6,012.5 | 7,352.2 | 22.3 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 7,394.0 | 7,175.8 | -3.0 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida | l=f/h* 1.000.000 | 6,823.0 | 6,614.0 | -3.1 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 5,387.2 | 4,621.7 | -14.2 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | 810.4 | -738.2 | -191.1 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | -625.3 | -2,730.6 | 336.7 |

Total contratación con terceros corresponde al valor de la externalización de servicios de ESE. **Var%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

Analizando la relación del recurso humano requerido para la producción se evidencia que en el año 2012 cada unidad producida es más costosa que en la vigencia anterior atendiendo al reconocimiento de los mínimos laborales, además de las otras variables que afectaron principalmente los gastos por externalización, lo anterior igualmente es atribuible a la participación del costo fijo en la operación, lo que genera que a menor producción el impacto es mucho más severo por cada unidad que se produce, lo anterior indica que la producción estuvo por debajo de la capacidad instalada de la ESE durante la vigencia 2012. Así mismo se puede

evidenciar que cada unidad producida fue más costosa desde el punto de vista del funcionamiento, los medicamentos e insumos en la vigencia 2012.



Después de realizado el análisis de los ingresos recaudados menos los gastos comprometidos por cada unidad producida se puede concluir que el déficit en la operación corriente fue mucho mayor en la vigencia 2012 pues paso de -$625.3 millones a -$2,730.6 millones.

Análisis de equilibrio

Cuadro 208. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos reconocidos por venta de salud | a | 8,668.9 | 7,985.3 | -7.9 |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | b | 6,314.4 | 7,496.3 | 18.7 |
| Gastos comprometidos de operación y prestación de servicios | c | 1,324.8 | 1,380.3 | 4.2 |
| Ingresos reconocidos por venta de servicios de salud frente a Gastos habituales | d=a/(b+c) (%) | 113.5 | 90.0 | -23.5 |
| Ingresos recaudados por venta de salud | e | 6,844.7 | 5,579.9 | -18.5 |
| Ingresos recaudados por venta de servicios de salud frente a Gastos habituales | f=e/(b+c) (%) | 89.6 | 62.9 | -26.7 |

El equilibrio corriente en la vigencia 2012 se vio afectado desde el punto de vista de los reconocimientos y los recaudos dada la disminución en ambos componentes, igualmente por el aumento en los gastos comprometidos, lo cual genera que en ambas relaciones existan variaciones desfavorables, al comparar ingresos reconocidos frente a gastos habituales queda en un 90% lo cual quiere decir que por cada 100 pesos que compromete solo le reconocieron en sus ingresos 90 pesos. y al comparar los gastos con lo efectivamente recaudado por cada 100 pesos comprometidos logró recaudar solo 63 pesos. No obstante lo anterior el equilibrio de vigencias anteriores registra un comportamiento adecuado

con una variación positiva del 10%, tal y como se puede evidenciar en el siguiente cuadro.

Cuadro 209. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var% |
|---|---|---|---|---|
| Cuentas x cobrar recaudadas de vigencias anteriores | o | 1432 | 1462 | 2% |
| Cuentas x pagar comprometidas vigencias anteriores | p | 108 | 7 | -94% |
| Diferencia | q=o-p | 1324 | 1455 | 10% |

**Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.**

Situación de los pasivos

Cuadro 210. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 < 1 año | 2011 > 1 año | 2011 Total | 2012 < 1 año | 2012 > 1 año | 2012 Total | Var < 1 año | Var > 1 año | Var Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | 241,0 | 362,0 | 603,0 | 174,0 | 381,0 | 555,0 | -27,8 | 5,2 | -8,0 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | - | | - | | | - | - | - | - |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | | | - | 15,0 | - | 15,0 | - | - | - |
| *...Servicios Personales Indirectos* | 3,0 | 1,0 | 4,0 | 1,0 | 2,0 | 3,0 | -66,7 | 100,0 | -25,0 |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | 4,0 | | 4,0 | 90,0 | - | 90,0 | 2.150,0 | - | 2.150,0 |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | 2,0 | 2,0 | 4,0 | 161,0 | - | 161,0 | 7.950,0 | -100,0 | 3.925,0 |
| **Total Pasivos** | **250,0** | **365,0** | **615,0** | **426,0** | **383,0** | **809,0** | **70,4** | **4,9** | **31,5** |
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | | | - | 7,0 | | 7,0 | - | - | - |
| Pasivos estimados | | | - | 150,0 | | 150,0 | - | - | - |

**Fuente:** Minsalud - SIHO. Información reportada para cada año.

Con respecto a los pasivos se debe tener en cuenta que estos registran un aumento con respecto a la vigencia anterior del 31.5%, teniendo en cuenta lo establecido en las normas del plan general de contabilidad pública, se deben

realizar las provisiones contables para el pago de fallos judiciales sobre demandas en contra de la entidad, en este sentido por este concepto se estimaron pasivos por $150 millones, los cuales se tienen reconocidos en el pasivo no corriente en el entendido que no se puede establecer el momento de su exigibilidad, es la variación más representativa en este componente.



## Situación de la cartera

Cuadro 211. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 Valor | 2011 %Part | 2012 Valor | 2012 %Part | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 281.2 | 12.9 | 574.3 | 17.5 | 104.2 |
| ...menor a 60 días | 175.8 | 8.0 | 234.4 | 7.2 | 33.4 |
| ...de 61 a 360 días | 95.4 | 4.4 | 320.2 | 9.8 | 235.7 |
| ...mayor a 360 días | 10.0 | 0.5 | 19.6 | 0.6 | 95.4 |
| Régimen Subsidiado | 847.7 | 38.8 | 1,967.7 | 60.1 | 132.1 |
| ...menor a 60 días | 286.1 | 13.1 | 1,067.5 | 32.6 | 273.1 |
| ...de 61 a 360 días | 384.4 | 17.6 | 530.5 | 16.2 | 38.0 |
| ...mayor a 360 días | 177.2 | 8.1 | 369.6 | 11.3 | 108.6 |
| SOAT – ECAT | 101.6 | 4.6 | 103.1 | 3.1 | 1.4 |
| ...menor a 60 días | 24.0 | 1.1 | 28.5 | 0.9 | 18.5 |
| ...de 61 a 360 días | 15.4 | 0.7 | 19.5 | 0.6 | 26.6 |
| ...mayor a 360 días | 62.2 | 2.8 | 55.1 | 1.7 | -11.4 |
| PPNA Departamental | 372.2 | 17.0 | 117.9 | 3.6 | -68.3 |
| ...menor a 60 días | 244.8 | 11.2 | 74.5 | 2.3 | -69.6 |
| ...de 61 a 360 días | 106.9 | 4.9 | 32.5 | 1.0 | -69.6 |
| ...mayor a 360 días | 20.5 | 0.9 | 11.0 | 0.3 | -46.4 |
| PPNA Distrital Municipal | - | - | 39.1 | 1.2 | - |
| ...menor a 60 días | - | - | 7.9 | 0.2 | - |
| ...de 61 a 360 días | - | - | 31.2 | 1.0 | - |
| ...mayor a 360 días | - | - | - | - | - |
| Otros Deudores VSS | 581.8 | 26.6 | 472.1 | 14.4 | -18.9 |
| ...menor a 60 días | 392.7 | 18.0 | 266.3 | 8.1 | -32.2 |
| ...de 61 a 360 días | 36.2 | 1.7 | 36.7 | 1.1 | 1.3 |
| ...mayor a 360 días | 152.9 | 7.0 | 169.1 | 5.2 | 10.6 |
| Otros Deudores Concepto Diferente VSS | 0.4 | 0.0 | - | - | -100.0 |
| ...menor a 60 días | 0.4 | 0.0 | - | - | -100.0 |
| ...de 61 a 360 días | - | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 días | - | - | - | - | - |
| **Total por cobrar con facturación radicada** | **2,184.9** | **100.0** | **3,274.1** | **100.0** | **49.9** |
| ...menor a 60 días | 1,123.9 | 51.4 | 1,679.2 | 51.3 | 49.4 |
| ...de 61 a 360 días | 638.2 | 29.2 | 970.5 | 29.6 | 52.1 |
| ...mayor a 360 días | 422.8 | 19.4 | 624.4 | 19.1 | 47.7 |
| Total cartera radicada | 2,184.9 | 70.0 | 3,274.1 | 94.7 | 49.9 |
| Cartera pendiente de radicar | 935.0 | 30.0 | 181.9 | 5.3 | -80.6 |
| Glosa inicial | 230.4 | 10.5 | 571.9 | 17.5 | 148.3 |
| Porcentaje glosa inicial Vs. cartera reconocida | 10.5 | 0.5 | 17.5 | 0.5 | 65.7 |

La Cartera reconocida o radicada con corte al 31 de Diciembre de 2012 aumento en 1089.2 millones (50%) con respecto al mismo corte de 2011, esto se debió a que la cartera pendiente por reconocer o radicar disminuyo en 753 millones alrededor de un 80% consistente con la estrategia de radicar la facturación de diciembre en el mismo mes, opción que fue implementada.

Por otro lado si bien la cartera ha aumentado las edades de la misma se mantienen proporcionalmente: menor a 60 días, entre 60 y 360 y mayor a 360 días pero como un buen indicador es que la cartera mayor a 360 días no alcanza a ser el 20% del total de la cartera. Todo lo anterior se interpreta como un incremento de la cartera como consecuencia de un aumento en la facturación radicada.

Al revisar la cartera por régimen reportada para el informe del 2193:

Se observa un aumento en la participación de la cartera del régimen subsidiado pasando de 38% a un 60% del total de la cartera producto de la unificación de planes de beneficios de este régimen, así mismo el régimen contributivo tiene un aumento porcentual del 5% aproximadamente y cartera con la Secretaría Departamental disminuyeron en un 14% entre los dos años así como las de otros deudores en un 12%.

La anterior información nos dice que prácticamente el 80% del total de la cartera se encuentra concentrada en los regímenes contributivo y subsidiado representados en 2,619 millones de pesos del total de la cartera. En tal sentido la ESE ha recurrido a mecanismos de cobro coactivo ante las EPS del régimen subsidiado, para la fecha de la evaluación 2193 se tenían en demanda las entidades: Seguros del Estado (soat), Asmet Salud, Salud vida, Caprecom,

Cafesalud, y humana vivir en pretensiones totales para estas entidades cercanas a los 1.000 millones de pesos.



No obstante el total del pasivo de la ESE es cubierto por la cartera menor a 60 días, lo que indica que los resultados de la ESE cuyo indicadores no le favorecieron aplicando la metodología del Ministerio de Salud y protección Social quedo categorizada en Riesgo medio, No obstante lo que en realidad indica que la mayor afectación en los resultados se deben al no pago oportuno por las entidades responsables de pago, puesto que el incremento en los gastos fue justificado.

## ESE HOSPITAL SANTA MONICA DOSQUEBRADAS

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 212. Mecanismos de pago prestación de servicios por grupos responsables, 2012

| Responsables de pago de servicios | Valor contratado (millones $) | % capitación | % evento | % paquetes | % otras Formas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen subsidiado | 9,670.0 | 59 | 2.6 | | |
| 2. Régimen contributivo | 138.9 | | 0.9 | | |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | **3,102.1** | | | | **19.8** |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 2,939.1 | | | | 18.8 |
| 3.2 Servicios No POS | 163.0 | | | | 1 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 503.5 | | | | 3.2 |
| 5. Otros pagadores | 2,197.9 | | 14.7 | | |
| **Total Ventas de servicios de salud** | **15,612.4** | **59** | **18** | **0** | **23** |

**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO.

Como se observa en el cuadro la modalidad de pago más representativa en la contratación de la ESE es la capitación que equivale a un 59% del total contratado, en otras formas de pago representa el 23% y por modalidad de evento contrató un 18%.



Cuadro 213. Montos contratación por grupos responsables de pago

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Y% |
|---|---|---|---|---|
| 1. Régimen Contributivo | 115.3 | 138.9 | 20.5% | 208.6 |
| 2. Régimen Subsidiado | 11,283.1 | 9,670.0 | -14.3% | 14 |
| **3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda** | **3,889.1** | **3,102.1** | **-20.2%** | **22.7** |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 3,889.1 | 2,939.1 | -24.4% | |
| 3.2 Servicios No POS | - | 163.0 | | |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 827.5 | 503.5 | -39.1% | 39.2 |
| 5. Otros Pagadores | 207.5 | 2,197.9 | 959.4% | |
| **Total venta de servicios de salud** | **16,322.4** | **15,612.4** | **-4.3%** | |

**Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de valores contratados. **ΔY%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de producción por pagador. **Fuente:** Min Salud y Protección Social - SIHO - Formulario *Contratación*.

En el Régimen subsidiado se firmaron contratos por valor de 9.670 millones, de los cuales el 95.9% corresponde a la modalidad de Capitación, es decir $9.270 millones suscritos con CAFESALUD, ASMETSALUD y CAPRECOM y el 4.1% corresponde a la modalidad de evento, es decir $399 millones, suscritos con ASMETSALUD y CAPRECOM, no obstante el monto de contratación con este régimen disminuyó con respecto al 2011 en un 14.3%, disminución que no se reflejó en la tasa de crecimiento de la producción que para este pagador en lugar de disminuir aumento en un 14%.

En el régimen contributivo se firmaron contratos por un valor de $ 138.9 aumento el monto contratado en un 20.5% y la tasa de crecimiento de producción aumento 208.6 % porcentaje de incremento en la producción alto comparado con el porcentaje de incremento del monto contratado

El monto del contrato para la Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda disminuyó en un 20.2% pasando de $ 3,889.1 a $ 3,102.1, en general el total del monto contratado paso de $ 16,322.4 millones en el 2011 a $ 15,612.4 millones disminuyendo en un 4.3%.



Cuadro 214. Contratación por el mecanismo de capitación

| Tipo de régimen | Pagador | Servicios contratados | % UPC pactado | No. Usuarios capitados | Valor contrato |
|---|---|---|---|---|---|
| SUBSIDIADO | ASMETSALUD | 1 NIVEL | 32.12% | 26785 | 2,789,282,760 |
| SUBSIDIADO | ASMETSALUD | PYP | 16.19% | 26785 | 1,405,248,240 |
| SUBSIDIADO | ASMETSALUD | EVENTO | | | 240,000,000 |
| SUBSIDIADO | CAFESALUD | 1 NIVEL - PYP | 51.19% | | 4,670,438,831 |
| SUBSIDIADO | CAPRECOM | PYP | 10% | | 73,191,193 |
| SUBSIDIADO | CAPRECOM | 1 NIVEL | 45.50% | | 332,823,720 |
| SUBSIDIADO | CAPRECOM | EVENTO | | | 159,000,000 |

**Fuente:** ESE Hospital Santa Mónica

En el Régimen Subsidiado se firmaron contratos por valor de 9.670 millones, de los cuales el 95.9% corresponde a la modalidad de Capitación, es decir $9.270 millones suscritos con CAFESALUD, ASMETSALUD y CAPRECOM se atienden a 26,785 usuarios, se tiene contrato con Asmet Salud en los servicios de primer nivel y acciones de promoción y prevención, con Cafesalud también tiene contratado los mismos servicios aunque el porcentaje de UPC pactado con Cafesalud (51.19%) es más alto que el pactado con Asmet salud (48.31%), con Caprecom se tiene contratado también el primer nivel y acciones PyP por un % pactado para primer nivel de 45.50% y para PyP del 10%, es pertinente mencionar que la ESE tenía contrato suscrito con CAFESALUD para la atención de segundo nivel pero dicho contrato no estipula un valor total, establece las tarifas a cobrar y determina que el monto total es indeterminado, por ésta razón el monto de este contrato no se refleja en los cuadros anteriores de mecanismos de pago.

Ingresos y Recaudos

Cuadro 215. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Ejecución | | | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1. Régimen contributivo | 107.3 | 118.6 | 11% | 11.4 |
| 2. Régimen subsidiado | 10,811.3 | 12,163.3 | 13% | 25.4 |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a la demanda | **3,903.3** | **3,246.3** | **-17%** | **-0.42** |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 3,903.3 | 3,246.3 | -17% | -0.42 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | 0 |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 824.6 | 505.5 | -39% | 0 |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 1,218.0 | 2,226.1 | 83% | 18 |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 2,173.9 | 290.0 | -87% | 0 |
| **Total** | **19,038.4** | **18,549.9** | **-3%** | |
| Por venta de servicios | 16,864.4 | 18,259.9 | 8% | 54 |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 1,284.7 | 7,902.1 | 515% | |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var %**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos reconocidos. **Δ glosa**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de glosas según información ESE. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Ingresos*.

Los ingresos reconocidos por el régimen contributivo en el año 2012, se incrementó en un 11%, pues se suscribieron contratos de prestación de servicios con las EPS Salud Total y EPS Sura por la modalidad de evento.

En el régimen Subsidiado el incremento fue del 13% correspondió a dos factores:

- Unificación de los planes obligatorios de salud para las personas de 18 a 59 años, según Acuerdo Nº 032 de 2012, donde las actividades de segundo nivel que se les brinda a esta población se realizaron con cargo al régimen subsidiado.

- Se realizaron negociaciones por parte de la ESE con las EPS del régimen subsidiado donde se garantiza una atención integral a los pacientes es decir si una consulta que es atendida por especialistas de la ESE requieren

de cirugías, ayudas diagnosticas o terapias; estas serán realizadas por la ESE, contando con la respectiva autorización



Los ingresos reconocidos para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda registró una disminución del 17%, que obedece a reducción en el convenio del Municipio por valor de $100.8 millones y a la población que requiere atenciones de segundo nivel las cuales son realizadas con cargo al régimen subsidiado.

En el plan de intervenciones colectivas en el año 2012 presentó una disminución del 39% ya que para este año no se firmó convenio con el Departamento para actividades de salud Pública.

Los ingresos reconocidos por concepto de otros ingresos por venta de servicios de salud para el año 2012 registraron un incremento del 83% derivado de la contratación que se realizó con la seccional de sanidad de la Policía de Risaralda para la prestación de servicios.

En los otros ingresos no asociados a la venta de servicios de salud se presentó una disminución del 87%, que obedece al valor registrado por concepto de excedentes de facturación que para el año 2011 equivalieron a $1.245 millones y que fueron reconocidos en Ingresos de Capital y para el año 2012, por instrucciones dadas por el Ministerio de la Protección Social los excedentes de facturación que se reconocieron por valor de $5.768.7 millones, se registraron en la hoja de presupuesto del informe 2193 en Cuentas por cobrar Otras vigencias.

En lo referente a glosas definitivas en el régimen contributivo se presentó un incremento del 11.4 % en las glosas definitivas lo cual obedeció al resultado de jornadas de conciliación con las entidades Salud Total y S.O.S.

En el régimen subsidiado se presentó un incremento de las glosas definitivas que fue del 25.4% y obedecieron a la conciliación de glosas con la EPSS Cafesalud por el año 2011 (Abril a Diciembre), al igual que la conciliación con la EPSS AsmetSalud, cuyas glosas correspondían a los años 2010 y 2011.

En los otros ingresos por venta de servicios de salud otros pagadores el incremento de glosas definitivas fue del 18%, esto debido a que se efectuaron varias jornadas de conciliación con la aseguradora Seguros del Estado y se aceptaron glosas por parte de la Policía Nacional las cuales fueron ocasionadas al asignar erradamente la administradora.

Cuadro 216. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Pagador | Recaudo | | | Δ Cart 60 - 360 días |
|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Var % | |
| 1.Régimen contributivo | 69.5 | 53.6 | -23% | 7 |
| 2.Régimen subsidiado | 9,866.0 | 9,589.8 | -3% | 361 |
| 3.Población pobre no cubierto con subsidios a demanda | **2,950.9** | **3,001.1** | **2%** | **-276** |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 2,950.9 | 3,001.1 | 2% | -276 |
| 3.2 Servicios No POS | 0.0 | 0.0 | | |
| 4.Plan de intervenciones colectivas | 521.2 | 503.5 | -3% | -54 |
| 5.Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 1,028.9 | 1,822.9 | 77% | -59 |
| 6.Otros ingresos no asociados a VSS | 2,173.9 | 288.8 | -87% | 0 |
| **Total** | **16,610.3** | **15,259.7** | **-8%** | |
| Por venta de servicios | 14,436.4 | 14,970.9 | 4% | 21 |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 1,284.7 | 7,900.8 | 515% | 0 |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de ingresos recaudados. **Δ Cartera 60 – 360 días**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de cartera entre 60 y 360 días. **Fuente:** Minsalud- SIHO - Formulario *Ingresos*.

En los ingresos recaudados se presentó disminución en el pagador régimen contributivo en un 23%, así mismo disminuyó el recaudo en el régimen subsidiado en un 3%, es de mencionar que en el régimen subsidiado se incrementó la

cartera de 60 a 360 días en un 361%; El recaudo por venta de servicios en total aumento en un 4% y las cuentas por cobrar vigencias anteriores aumento en un 515% es decir, paso de $ 1,284.7 millones a $ 7,900.8 millones en este valor de cuentas por cobrar de vigencias anteriores está incluido el valor de los excedentes de facturación decreto 1080.



Cuadro 217. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

*(Porcentaje de recaudo)*

| Pagador | Ejecución | | |
|---|---|---|---|
| | 2011 | 2012 | Variación |
| 1. Régimen contributivo | 65% | 45% | -20% |
| 2. Régimen subsidiado | 91% | 79% | -12% |
| 3. Población pobre en no cubierto con subsidios a demanda | 76% | 92% | 17% |
| 3.1 Población pobre no asegurada | 76% | 92% | 17% |
| 3.2 Servicios No POS | 0% | 0% | 0% |
| 4. Plan de intervenciones colectivas | 63% | 100% | 36% |
| 5. Otros ingresos por VSS a otros pagadores | 84% | 82% | -3% |
| 6. Otros ingresos no asociados a VSS | 100% | 100% | 0% |
| **Total** | **87%** | **82%** | **-4.9%** |
| Por venta de servicios | 86% | 82% | 4% |
| Cuentas x Cobrar vigencias anteriores | 100% | 100% | 0% |

**Total:** No incluye disponibilidad inicial y cuentas por cobrar de vigencias anteriores. **Var:** Diferencia absoluta del porcentaje, 2011-2012.
**Fuente:** Minsalud- SIHO.

Como se puede observar en el cuadro anterior al comparar los ingresos recaudados vs ingresos reconocidos se concluye que en el régimen contributivo disminuyó el recaudo en un 20%, en el régimen subsidiado disminuyó en un 12%, mientras que el recaudo del contrato de población pobre no asegurada aumento en un 17% al igual aumento el recaudo por el plan de intervenciones colectivas en un 36%, en el recaudo total se presentó una disminución del 5%.

Gastos comprometidos

Cuadro 218. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta (1) | 2,796.0 | 2,831.0 | 1% |
| Servicios personales indirectos | 8,833.0 | 10,274.0 | 16% |
| Gastos generales | 2,294.0 | 2,579.0 | 12% |
| Gastos de operación, comercialización y PS | 3,885.0 | 4,367.0 | 12% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Gastos variables (2)** | **17,808.0** | **20,051.0** | **13%** |
| Otros gastos (3) | 1,573.0 | 522.0 | **-67%** |
| **Total gastos comprometidos (4)** | **19,381.0** | **20,573.0** | **6%** |
| Cargos vacantes | 11 | 11 | 0% |
| CxP vigencias anteriores | 369.0 | 2,159.0 | 485% |

**(1) Incluye**: Sueldos personal de nómina, Horas extras, dominicales y festivos, contribuciones inherentes a la nómina y otros conceptos asociados a la misma. **(2) Incluye**: Servicios personales indirectos + Gastos generales + Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios. **(3) Incluye:** Transferencias corrientes, Inversión y Deuda pública. **(4) Excluye**: Cuentas por pagar de vigencias anteriores. **Var%:** Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. **Fuente:** Minsalud - SIHO - Formulario *Gastos*.



En términos generales los gastos variables se incrementaron en un 13% y en el total de gastos comprometidos se incrementaron en un 6%, el comportamiento por cada concepto se comportó así:

En los servicios personales indirectos en el año 2012 reflejó un incremento del 16% en estos gastos, los cuales fueron derivados de nuevas contrataciones de personal realizadas en el área asistencial con el objeto de cumplir con las obligaciones contractuales de la E.S.E, incluyendo nuevas contrataciones como la de Sanidad de la Policía, igualmente se contrataron nuevas especialidades como cirugía pediátrica, dermatología, cardiología, otorrino.

De otro lado a 31 de Diciembre se realizaron adiciones presupuestales que cubrieran los primeros días de mes de Enero de 2013 a contratos que por su objeto no podían ser interrumpidos tales como médicos rurales, prestación de servicios de personal asistencial, personal de facturación, vigilancia, aseo y lavandería, por valor de $323.4 millones.

Igualmente para el año 2012 se realizó incremento entre el 3% y 4% en los diferentes tipos de contratación. Se cambió el sistema de contratación de cooperativas de trabajo asociado por compañías temporales, agregándose un sobrecosto por administración que oscilo entre el 8.5% y 12.5%.

Se realizó la contratación de un outsourcing para el proceso de facturación de la E.S.E



En los gastos Generales se presentó incremento del 12%, registrándose en el rubro de mantenimiento mayor compromiso con respeto al año 2011.

En cuanto a la ejecución del programa de mantenimiento vigencia 2012, el 28 de Diciembre, se adiciono al presupuesto la suma $5.344.2 millones, correspondiente a excedentes de facturación de los cuales el 5% fue destinado al rubro de mantenimiento, no se logró comprometer el 5% debido a la cercanía del cierre de la vigencia.

En los gastos operación y comercialización se presentó incremento del 12%, reflejándose en los rubros de compra de bienes para la venta de medicamentos, derivados del contrato suscrito con la Gobernación de Risaralda para la dispensación de medicamentos por fallos de tutela, así como también por la ampliación de cobertura de medicamentos según Acuerdo 029 de 2011, emanado por la CRES (Comisión Reguladora en Salud) como son: Carvedilol, Atorvastatina, Clopidogrel, y material médico quirúrgico requerido para las cirugías de ortopedia y traumatología que se incrementaron significativamente para el año 2012

Comportamiento en términos de eficiencia



Cuadro 219. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

(Millones de pesos constantes 2012) Total contratación con terceros corresponde al valor de la externalización de servicios de ESE. **Var%**: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada.

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | a | 2,795.7 | 2,831.2 | 1.3 |
| Total servicios personales indirectos | b | 8,833.1 | 10,274.4 | 16.3 |
| Gasto total de personal | c | 11,628.8 | 13,105.6 | 12.7 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | d | 18,014.4 | 20,386.0 | 13.2 |
| Total facturado por VSS | e | 16,512.8 | 18,863.7 | 14.2 |
| Ingresos reconocidos por VSS | f | 16,864.4 | 18,259.9 | 8.3 |
| Ingresos recaudados por VSS | g | 14,436.4 | 14,970.9 | 3.7 |
| Producción equivalente (en UVR) | h | 2,344,933.6 | 2,456,774.0 | 4.8 |
| Vr. Promedio Gasto de personal comprometido por unidad producida | i=c/h* 1.000.000 | 4,959.1 | 5,334.5 | 7.6 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | j=d/h* 1.000.000 | 7,682.3 | 8,297.9 | 8.0 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | k=e/h* 1.000.000 | 7,041.9 | 7,678.3 | 9.0 |
| Vr. Promedio ingresos reconocidos por VSS por unidad producida | l=f/h* 1.000.000 | 7,191.9 | 7,432.5 | 3.3 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | m=g/h* 1.000.000 | 6,156.4 | 6,093.7 | -1.0 |
| Diferencia entre el ingreso reconocido por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | n=l-j | -490.4 | -865.4 | 76.5 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | ñ=m-j | -1,525.8 | -2,204.2 | 44.5 |

La producción equivalente en UVR tuvo un incremento en 4.8%, mientras que el promedio del gasto comprometido tanto del gasto por personal como del gasto por Funcionamiento y de Operación, comercialización y Prestación de servicios por unidad producida aumento en un 12.7% y 13.2% respectivamente, lo que demuestra ineficiencia en el gasto con relación a la UVR producción, pero eficiencia comparándola con el ingreso reconocido puesto que el valor promedio de facturación por unidad producida aumento en un 9%, el valor recaudado por unidad producida tuvo una disminución leve del 1% con relación al 2011.

Al realizar la diferencia entre el valor promedio del ingreso reconocido por venta de servicios por unidad producida versus el valor promedio de los gastos comprometidos de funcionamiento y de operación, comercialización y prestación de servicios por unidad producida se evidencia que la ESE está comprometiendo por encima del ingreso reconocido generando déficit, así mismo al comparar lo recaudado por Venta de servicios por unidad producida y el total gastos comprometidos de funcionamiento y de operación, comercialización y prestación de servicios por unidad producida da - $ 2,204.2 lo que significa que la ESE Hospital presentó déficit en la operación corriente por unidad producida.

Análisis de equilibrio

Cuadro 220. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos reconocidos por venta de salud | a | 16,864.4 | 18,259.9 | 8.3 |
| Gastos comprometidos de funcionamiento | b | 14,129.6 | 16,019.4 | 13.4 |
| Gastos comprometidos de operación y prestación de servicios | c | 3,884.8 | 4,366.6 | 12.4 |
| Ingresos reconocidos por venta de servicios de salud frente a Gastos habituales | d=a/(b+c) (%) | 93.6 | 89.6 | -4.0 |
| Ingresos recaudados por venta de salud | e | 14,436.4 | 14,970.9 | 3.7 |
| Ingresos recaudados por venta de servicios de salud frente a Gastos habituales | f=e/(b+c) (%) | 80.1 | 73.4 | -6.7 |

**Fuente:** Minsalud – SIHO.

El equilibrio corriente en la vigencia 2012 se vio afectado desde el punto de vista de los reconocimientos y los recaudos dada la disminución en ambos componentes, igualmente por el aumento en los gastos comprometidos, lo cual genera que en ambas relaciones existan variaciones desfavorables, al comparar ingresos reconocidos frente a gastos habituales quedó en un 90% lo cual quiere decir que por cada 100 pesos que comprometió solo le reconocieron en sus ingresos 90 pesos. y al comparar los gastos con lo efectivamente recaudado por cada 100 pesos comprometidos logró recaudar solo 73 pesos. No obstante lo

anterior el equilibrio de vigencias anteriores registra un comportamiento adecuado con una variación positiva, tal y como se puede evidenciar en el siguiente cuadro.



Cuadro 221. Equilibrio presupuestal corriente – Diferencia vigencias anteriores

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| CxC recaudadas vigencias anteriores | o | 1,284.7 | 7,900.8 | 515.0 |
| CxP comprometidas vigencias anteriores | p | 369.0 | 2,159.3 | 485.1 |
| Diferencia | q=o-p | 915.7 | 5,741.5 | 4,825.9 |

Var%: Tasa de crecimiento 2011-2012 de variable analizada. Fuente: Minsalud - SIHO, reportes: Ingresos reconocidos por VSS: Formulario Ingresos; Ingresos recaudados por VSS: Formulario Ingresos; Gastos comprometidos de funcionamiento: Formulario Gastos; Gastos comprometidos operación comercial y prestación de servicios: Formulario Gastos.

## Situación de los pasivos

Cuadro 222. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 < 1 año | 2011 > 1 año | Total | 2012 < 1 año | 2012 > 1 año | Total | Var 2011 Vs 2012 < 1 año | > 1 año | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | 1,102.1 | 68.2 | 1,170.3 | 695.4 | 120.2 | 815.6 | -36.9 | 76.2 | -30.3 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | 391.0 | 68.2 | 459.2 | 331.4 | 120.2 | 451.6 | -15.3 | 76.2 | -1.7 |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | 14.6 | - | 14.6 | 52.9 | - | 52.9 | 261.8 | - | 261.8 |
| *...Servicios Personales Indirectos* | 711.1 | - | 711.1 | 363.9 | - | 363.9 | -48.8 | - | -48.8 |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | 987.2 | - | 987.2 | 919.5 | - | 919.5 | -6.9 | - | -6.9 |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | 174.7 | - | 174.7 | 200.7 | 100.0 | 300.7 | 14.9 | - | 72.1 |
| **Total Pasivos** | **2,278.6** | **68.2** | **2,346.8** | **1,868.5** | **220.2** | **2,088.7** | **-18.0** | **222.8** | **-11.0** |
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | 46.1 | - | 46.1 | - | - | - | -100.0 | - | -100.0 |
| Pasivos estimados | 100.0 | - | 100.0 | 167.9 | 100.0 | 267.9 | 67.9 | - | 167.9 |

El total de pasivos disminuye en un 11% discriminado y por concepto se refleja que:

En los servicios personales de planta la disminución de las prestaciones sociales menores a 360 días obedeció a que se pagaron cesantías retroactivas por valor de $ 158 millones frente a $ 104.9 millones que fueron pagadas en la vigencia 2011.



En los servicios personales indirectos se evidencia una disminución del 48.8 % esto debido a que al 31 de diciembre de 2012, se logró cancelar la mayoría de los pasivos por honorarios y servicios que la ESE adeudaba, los mayores acreedores de estos rubros son: Etemco $ 146.2 millones y Prosesa $ 107.3 millones

En las cuentas por pagar el valor adeudado al 31 de diciembre de 2012 de este rubro está representado principalmente por: pasivos de bienes y servicios: Coodesuris $ 626.8 millones y Productos Roche $ 54.6 millones, Retención en la fuente: 67.9 millones y Estampillas Pro-Hospital y Pro-Desarrollo $ 34.4 millones, avances y anticipos por valor de $ 23.2 millones corresponde a consignaciones pendientes por identificar que para efectos del informe del 2193 del año tuvo que ser reclasificado en este rubro.

Los demás pasivos se incrementaron en el valor de las provisiones de demandas y litigios, en el año 2011 se estimó una provisión de 100 millones y para el año 2012 fue ajustada la metodología de estas provisiones incrementándose a $ 167.86 millones.

Situación de la cartera

Cuadro 223. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

| Concepto | 2011 | | 2012 | | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valor | %Part | Valor | %Part | |
| Régimen Contributivo | 81.0 | 1.8 | 94.0 | 1.5 | 16.0 |
| ...menor a 60 días | 7.0 | - | 31.0 | - | 342.9 |
| ...de 61 a 360 días | 27.0 | - | 34.0 | - | 25.9 |
| ...mayor a 360 días | 47.0 | - | 29.0 | - | -38.3 |
| Régimen Subsidiado | 2,276.0 | 50.0 | 4,286.0 | 70.4 | 88.3 |
| ...menor a 60 días | 101.0 | - | 1,451.0 | - | 1,336.6 |
| ...de 61 a 360 días | 761.0 | - | 1,122.0 | - | 47.4 |
| ...mayor a 360 días | 1,414.0 | - | 1,713.0 | - | 21.1 |
| SOAT – ECAT | 333.0 | 7.3 | 556.0 | 9.1 | 67.0 |
| ...menor a 60 días | 29.0 | - | 106.0 | - | 265.5 |
| ...de 61 a 360 días | 110.0 | - | 207.0 | - | 88.2 |
| ...mayor a 360 días | 194.0 | - | 243.0 | - | 25.3 |
| PPNA Departamental | 757.4 | 16.6 | 187.7 | 3.1 | -75.2 |
| ...menor a 60 días | 450.2 | - | 141.2 | - | -68.6 |
| ...de 61 a 360 días | 284.3 | - | 11.8 | - | -95.9 |
| ...mayor a 360 días | 23.0 | - | 34.7 | - | 50.6 |
| PPNA Distrital Municipal | 267.1 | 5.9 | 129.3 | 2.1 | -51.6 |
| ...menor a 60 días | 230.5 | - | 86.8 | - | -62.3 |
| ...de 61 a 360 días | 12.1 | - | 7.5 | - | -37.6 |
| ...mayor a 360 días | 24.5 | - | 35.0 | - | 42.5 |
| Otros Deudores VSS | 841.5 | 18.5 | 839.0 | 13.8 | -0.3 |
| ...menor a 60 días | 296.0 | - | 93.0 | - | -68.6 |
| ...de 61 a 360 días | 339.5 | - | 130.0 | - | -61.7 |
| ...mayor a 360 días | 206.0 | - | 616.0 | - | 199.0 |
| Otros Deudores Concepto Diferente VSS | - | - | - | - | - |
| ...menor a 60 días | | - | | - | - |
| ...de 61 a 360 días | | - | | - | - |
| ...mayor a 360 días | | - | | - | - |
| **Total** | **4,556.0** | **-** | **6,092.0** | **-** | **33.7** |
| ...menor a 60 días | 1,113.6 | - | 1,909.1 | - | 71.4 |
| ...de 61 a 360 días | 1,533.8 | - | 1,512.3 | - | -1.4 |
| ...mayor a 360 días | 1,908.5 | - | 2,670.6 | - | 39.9 |

El total de la cartera aumentó en un 33.7%, situación que preocupa es el hecho que la cartera mayor a 360 días se incrementó en un 40% el doble de del máximo esperado que es de un 20%.



Por los diferentes pagadores se comportó de la siguiente manera:

La cartera del régimen contributivo aumento en un 16%, presentándose una disminución en la rotación, el incremento de la cartera se reflejó en las EPS Humana vivir, Salud Total y Saludcoop.

La Cartera corriente para el año 2011 corresponde al 43% y para el 2012 es del 69%, situación que se da por la mejora en la rotación de cartera y conciliaciones iniciadas en el mes de Noviembre de 2012.

En el régimen subsidiado dado el aumento en el monto de lo contratado así mismo de manera considerable la cartera tuvo un incremento del 88%, pero se debe destacar que en su mayoría está representada en cartera corriente debido al giro directo realizado por el Ministerio, solo se debe mencionar que a finales del año 2012, se presentó demora del giro directo por parte del Departamento lo cual afecto el resultado final.

La concentración de la cartera del régimen subsidiado se encuentra en Cafesalud, Caprecom y AsmetSalud siendo esta última la de mayor concentración, igualmente se incrementa la cartera con Coosalud. Para el año 2011 el 38% de la cartera era corriente y para el año 2012 la cartera corriente es del 60%.

Para la cartera mayor a 360 días desde el 2007 se ha adelantado tres procesos jurídicos contra cafesalud, Asmet salud y Caprecom por un total de $1556

millones, para el saldo restante la E.S.E adelanta procesos de conciliación con las diferentes entidades sin embargo las entidades Saludcoop y Cafesalud no responden derechos de petición y citas a conciliación.



En el SOAT-ECAT el valor total de la cartera por este régimen aumenta, básicamente por las aseguradoras QBE y Seguros del Estado. Para el año 2011 la cartera corriente obedecía a un 42% y en el año 2012 56%

En lo referente a población pobre no asegurada la cartera disminuye, la mayor parte de la cartera se concentra en el Municipio de Dosquebradas y Gobernación de Risaralda con cartera corriente, las cuentas de la Gobernación corresponden en su mayoría a medicamentos y atención a desplazados.

Con la metodología actual utilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social la ESE hospital Santa Mónica quedó categorizada en Riesgo bajo.

# ESE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



## ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA

Mecanismos de pago por servicios

Cuadro 224. Evolución de la facturación realizada por grupo responsable de pago

***(En millones de pesos constantes 2012)***

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | ΔY% |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 1.192,9 | 926,1 | -22,4 | -35,5 |
| Régimen Subsidiado | 29.984,2 | 42.305,2 | 41,1 | -7,8 |
| PPNA* | 23.818,6 | 15.884,9 | -33,3 | -11,5 |
| Demás Pagadores | 5.718,5 | 5.185,4 | -9,3 | -9,2 |
| **Total Venta de Servicios de Salud** | **60.714,2** | **64.301,6** | **5,9** | **2,0** |

*Fuente:* ***lo reportada en cada año al MPS; SIHO - Formulario Facturación.***

Con respecto a la vigencia 2011, la facturación se incrementó en un 5.9%, dado principalmente por el régimen subsidiado es cual creció en 41.1%, debido a la nivelación del POS-S y la universalización del aseguramiento, pero se observa una disminución importante en la facturación a la población pobre no asegurada del 33.3%, debido a las causas ya expuestas.

En el régimen contributivo se continúa con la misma tendencia de los últimos años la cual refleja la pérdida de mercado, toda vez que las tarifas de la institución no son competitivas y realizan sus convenios con otras entidades del sector que ofrecen tarifas más bajas, ofreciendo a la institución solo las actividades en las que superan la capacidad de respuesta de los pagadores. Esto sumado a que muchas entidades tienen su propia red de prestadores de servicios de salud.

Durante 2011 y 2012, no se realizaron contratos por capitación con ninguna

entidad.

Ingresos y Recaudos



Cuadro 225. Comportamiento ingresos reconocidos

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Δ Glosa |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 1.276,5 | 854,4 | -33,1 | 0,0 |
| Régimen Subsidiado | 28.677,0 | 42.055,2 | 46,7 | -0,1 |
| PPNA | 28.226,0 | 15.765,8 | -44,1 | -0,4 |
| Demás Pagadores | 5.233,7 | 4.866,4 | -7,0 | -3,5 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 7.379,8 | 6.428,0 | -12,9 | |
| Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores) | 70.793,1 | 69.969,7 | -1,2 | -0,5 |
| Por venta de servicios | 63.413,2 | 63.541,8 | 0,2 | - |

***Fuente:*** *MPS; SIHO - Formulario Ingresos.*

El total de los reconocimientos por venta de servicios para la vigencia 2012, presentó un incremento del 0.2% con respecto al 2011, es importante destacar el incremento que se dio en el régimen subsidiado (46.7%), de la misma manera una disminución en los ingresos reconocidos por atención a población pobre no Asegurada del 44.1% y en el régimen contributivo una variación negativa del 33.1%.

Es de anotar que aunque la producción crece en el 2%, la facturación lo hace en el 5.9% debido primordialmente a los procedimientos de hemodinamia los cuales impactan notoriamente la facturación por su valor, y frente a los reconocimientos estos permanecieron prácticamente, constantes (0.2%), debido a que durante el año 2012 se incrementó la facturación en un 41.1% por la nivelación del POS-S y la ampliación de coberturas de aseguramiento, razón por la cual quedaron pendientes por radicar 5.684,5 millones, valores generados entre el 15 y 31 de diciembre

Los reconocimientos mantienen la misma tendencia mencionada en la facturación, en los regímenes subsidiado, contributivo y Población Pobre No Asegurada, dado

por la Universalización del aseguramiento, la nivelación del POS-S y la pérdida de mercado en régimen contributivo. Comparativamente con la vigencia 2011, el total de los reconocimientos crecieron un 18,1% debido a los recursos reconocidos y recaudados por recuperación de cartera y por concepto de excedentes de facturación ($6.934.528.628)



Cuadro 226. Comportamiento ingresos recaudados

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % | Δcart 60-360d |
|---|---|---|---|---|
| Régimen Contributivo | 952,0 | 279,1 | -70,7 | -37,2 |
| Régimen Subsidiado | 14.456,3 | 22.210,9 | 53,6 | -1,3 |
| PPNA | 24.457,2 | 15.333,1 | -37,3 | 65,0 |
| Demás Pagadores | 3.455,3 | 3.177,4 | -8,0 | -29,0 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 7.223,9 | 5.387,8 | -25,4 | 127,7 |
| Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores) | 50.544,8 | 46.388,3 | -8,2 | -7,7 |
| Por venta de servicios | 43.320,8 | 41.000,5 | -5,4 | 93,3 |

*Fuente: MPS, SIHO-Formulario de Ingresos*

El total recaudado durante el año 2012 presentó un incremento del 22.7%, debido en gran medida a la recuperación de cartera de vigencias anteriores la cual presentó un incremento del 210.8% con respecto al 2011. Igualmente se hizo una buena gestión para la obtención de ingresos por excedentes de facturación y recursos contemplados en el decreto 1080 con los municipios.

Sin tener encuentra vigencias anteriores el recaudo disminuyo con relación al 2011 en un 8.2%, debido principalmente a al régimen contributivo cuya disminución (70.7%) obedeció a la crisis que afronta el sector, toda vez que a pesar de las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud, en contra de las EPS, la cartera de la vigencia no refleja lo esperado.

El recaudo por venta de servicios de la vigencia disminuyó en un 5.4% debido primordialmente al sistema de pagos que aplican las diferentes entidades a las cuales la ESE les vende los servicios, toda vez que un gran porcentaje de sus pagos están orientados a cubrir facturación de otras vigencias, lo cual evita que la cartera siga envejeciendo y generando traumatismos para su recuperación.



Cuadro 227. Comportamiento ingresos recaudados Vs ingresos reconocidos

(Porcentaje de recaudo)

| Concepto | 2011 | 2012 | Var |
|---|---|---|---|
| | % | % | |
| Régimen Contributivo | 74.6 | 32.7 | -41.9 |
| Régimen Subsidiado | 50.4 | 52.8 | 2.4 |
| PPNA | 86.6 | 97.3 | 10.6 |
| Demás Pagadores | 66.0 | 65.3 | -0.7 |
| Otros Ingresos no Asociados a VSS generados durante la vigencia | 97.9 | 83.8 | -14.1 |
| Total (sin Disp.Inicial y Cuentas x Cobrar Vig.Anteriores) | 71.4 | 66.3 | -5.1 |
| Por venta de servicios | 68.3 | 64.5 | -3.8 |
| CxC vigencias anteriores | 100.0 | 99.1 | -0.9 |

*Fuente: MPS, SIHO.*

Los valores recaudados por venta de servicios de salud tienen una disminución del 3,8% con respecto al año anterior, básicamente porque dada las circunstancias de unificación del POS se pasó de tener un buen pagador como es la gobernación de Risaralda y se incrementaron las ventas al régimen subsidiado con quienes se tiene la mayor problemática para el recaudo. El régimen contributivo es el que menos pago (32.7%) con respecto a los reconocimientos, el mejor recaudo se presentó por el pago por parte de la gobernación, en lo que respecta a la atención a la población pobre no asegurada (97.3%). Con respecto al régimen subsidiado a pesar de haber crecido significativamente la facturación, se incrementó el recaudo solo en un 2.4% con respecto a la vigencia 2011.

Con respecto a las cuentas por cobrar de otras vigencias, quedó pendiente un saldo de 192 millones correspondientes a pagos por márgenes en la contratación del decreto 1080 con el municipio de Quinchía, toda vez que por trámites administrativos no alcanzaron a ingresar al corte de la vigencia.



Por otros ingresos no asociados a venta de servicios se recaudó el 83.8% de lo reconocido, debido primordialmente a algunos arrendamientos que quedaron pendientes para ingresar en la vigencia 2013.

Cuadro 228. Plan de mejoramiento de recaudo

| Concepto | Fórmula | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|
| Total ingresos reconocidos por ventas de servicios de salud | a | 63,413.2 | 63,541.8 |
| Régimen Subsidiado | | 28,677.0 | 42,055.2 |
| Régimen Contributivo | | 1,276.5 | 854.4 |
| Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | | 28,226.0 | 15,765.8 |
| Demás pagadores (SOAT, PIC, Otras ventas, etc.) | | 5,233.7 | 4,866.4 |
| Total ingresos recaudados por ventas de servicios de salud | b | 43,320.8 | 41,000.5 |
| Régimen Subsidiado | | 14,456.3 | 22,210.9 |
| Régimen Contributivo | | 952.0 | 279.1 |
| Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | | 24,457.2 | 15,333.1 |
| Demás pagadores (SOAT, PIC, Otras ventas, etc.) | | 3,455.3 | 3,177.4 |
| % recaudo de la vigencia | b/a | 68% | 65% |
| Ingresos recaudados de vigencias anteriores por ventas de servicios de salud (recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores) | c | 6,649.9 | 20,669.0 |
| Diferencia entre ing. reconocidos y recaudados de la vigencia | d=(a-b) | 20,092.4 | 22,541.3 |
| % recaudo de cartera de la vigencia anterior | $e=c/d_{año\ -1}$ | 58% | 103% |
| Reconocimiento ajustado (denominador) | f=(a-d*e) | 51,673.7 | 40,353.6 |
| **Mejoramiento de la gestión de recaudo** | **g=(b/f)** | **84%** | **101.6%** |

El indicador *Gestión de Recaudo* de la vigencia 2012 se incrementó en un 17.6 puntos pasando del 84% en la vigencia anterior al 101.6%. Se observa que a pesar de que el reconocimiento por venta de servicios, para este periodo no fue significativo (0.2%), de la misma manera que el recaudo fue inferior en tres puntos, si se presenta un volumen de recuperación de cartera de otras vigencias bastante buena, adicionalmente en concordancia con las directrices del Ministerio de Salud

y Protección Social, todos los ingresos por excedentes de facturación se sumaron al rubro de Recuperación de cartera de vigencias anteriores, mostrando alto impacto en el comportamiento del plan de Mejoramiento de Recaudo.



Cuadro 229. Gastos comprometidos por concepto

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Concepto | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|
| Gastos de Personal de planta (1) | 8,904.8 | 8,450.7 | -5.1 |
| Servicios Personales Indirectos | 22,709.2 | 24,852.3 | 9.4 |
| Gastos Generales | 5,133.7 | 6,736.0 | 31.2 |
| Gastos de Operación, Comercialización y PS | 17,116.4 | 18,733.8 | 9.4 |
| Gastos Variables (2) | 44,959.3 | 50,322.2 | 11.9 |
| Otros Gastos (3) (Transferencias C + Inversión + Deuda Pública) | 2,487.6 | 2,188.3 | -12.0 |
| Total Gastos Comprometidos (4) Excluye CxP de vig. anteriores | 56,352 | 60,961 | 8.2 |

Gastos comprometidos

Se presentó una disminución del 5.1% en los gastos de personal de planta con respecto a lo reportado durante 2011, esta diferencia está representada por el número de vacantes existentes a la fecha (15), comparativamente con el año 2011 en donde se tenían 13. Los servicios personales indirectos también se incrementaron en un 9.4% con respecto al año anterior, debido a que se tuvo que contratar por prestación de servicios el área misional por 45 días aproximadamente, adicionalmente la contratación con temporales, en donde el porcentaje de intermediación hace más costosos los procesos, además que se requirió cubrir más vacantes del personal de planta, que el año anterior, además de otros contratos que fueron requeridos por parte del área asistencial con el fin de cumplir con las exigencias de habilitación.

Con respecto a los gastos generales estos presentan un incremento considerable (31.2%), en relación con lo ejecutado en el 2011. Debido a que se realizó el

contrato de renovación del cableado estructurado el cual tuvo un costo de $378 millones, el arrendamiento de los equipos de la UCI, el cual se incrementó en $ 271.4 millones, principalmente por la emergencia por la explosión del Poliducto a finales del 2011 y que se legalizaron durante el mes de febrero de 2012, seguros que se incrementaron por un valor de $ 237 millones de pesos, además del fortalecimiento de mantenimiento y adecuaciones a la infraestructura física y eléctrica de la institución con objeto de las adecuaciones que se han estado realizando para las oficinas administrativas, las cuales se han hecho directamente por parte de la ESE, logrando minimizar el costo.

Los gastos de operación y comercialización se incrementaron en un 9.4% dado primordialmente porque durante el 2011 solo se prestó el servicio de hemodinamia durante siete meses, y durante el 2012 el servicio estuvo presente toda la vigencia, cabe anotar que este servicio le cuesta a la institución en promedio 450 millones de pesos mensuales, la institución realizó un esfuerzo en este sentido para reducir gastos tanto en Hemodinamia como imagenologia al cambiar las condiciones de operación del negocio con Imágenes Diagnósticas logrando reducir el presupuesto de este rubro. Las transferencias y otros gastos disminuyeron en un 12% con relación al 2011, lo cual está representado en el pago de cuotas partes pensionales al ISS Patrono y la Universidad del Valle.

Cuadro 230. Composición del gasto

*(Porcentaje del gasto total)*

| Concepto | 2011 % | 2012 % | Var |
|---|---|---|---|
| Gastos de Personal de planta (1) | 15.8 | 13.9 | -1.9 |
| Servicios Personales Indirectos | 40.3 | 40.8 | 0.5 |
| Gastos Generales | 9.1 | 11.0 | 1.9 |
| Gastos de Operación, Comercialización y PS | 30.4 | 30.7 | 0.4 |
| Gastos Variables (2) | 79.8 | 82.5 | 2.8 |
| Otros Gastos (3) (Transferencias C + Inversión + Deuda Pública) | 4.4 | 3.6 | -0.8 |
| Total Gastos Comprometidos (4) Excluye CxP de vig. anteriores | 100.0 | 100.0 | - |

**Fuente:** MSPS; SIHO - Formulario Gastos.

La distribución de los gastos de personal de planta, con respecto al total presenta una disminución de 1.9 pero se incrementa en el rubro de Gastos generales 1.9, obedeciendo a lo expuesto en el análisis de la tabla anterior, el resto de los componentes mantienen su tendencia.

Comportamiento en términos de eficiencia

Cuadro 231. Comportamiento gastos frente a producción y facturación

*(En millones de pesos constates 2012)*

| Concepto | | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Gastos de personal de planta comprometidos | a | 8,904.8 | 8,450.7 | -5.1 |
| Total gastos externalizados | b | 22,709.2 | 24,852.3 | 9.4 |
| Gasto recurso humano total | c | 31,614.0 | 33,303.0 | 5.3 |
| Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS | d | 56,098.4 | 58,772.9 | 4.8 |
| Total facturado por VSS | e | 60,714.2 | 64,301.6 | 5.9 |
| Ingresos recaudados por VSS | f | 43,320.8 | 41,000.5 | -5.4 |
| **Producción equivalente** | **g** | **10,654,578.2** | **10,872,376.2** | **2.0** |
| Vr. Promedio Gasto de recurso humano comprometido por unidad producida | h=c/g* 1.000.000 | 2,967.2 | 3,063.1 | 3.2 |
| Vr. Promedio Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | i=d/g* 1.000.000 | 5,265.2 | 5,405.7 | 2.7 |
| Vr. Promedio facturado por unidad producida | j=e/g* 1.000.000 | 5,698.4 | 5,914.2 | 3.8 |
| Vr. Promedio ingresos recaudados por VSS por unidad producida | k=f/g* 1.000.000 | 4,065.9 | 3,771.1 | -7.3 |
| Diferencia entre el ingreso recaudado por VSS y el Total gastos comprometidos de Funcionamiento y de Operación, comercialización y PS por unidad producida | l=k-i | -1,199.3 | -1,634.6 | 36.3 |

Con respecto a la eficiencia, el cuadro anterior indica que a pesar que la UVR creció (2%) con respecto a lo observado durante el 2011, el valor promedio Gasto de Recurso humano por unidad producida se incrementó en 3.2%, debido a que los gastos externalizados crecieron en un 9.4% y también debido a las negociaciones de las convenciones colectivas que impactan directamente este rubro. Este mismo comportamiento se observa en el valor de la unidad producida en relación con los gastos de funcionamiento y de Operación, comercialización y

Prestación de servicios donde la ESE fue menos eficiente con respecto al mismo al 2011, en un 2.7%.

En sentido contrario, el comportamiento del total facturado por venta de servicios mejoró en un 5.9% comparado con el valor dado por la UVR (2%), evidenciando que los procedimientos de hemodinamia influyeron notablemente por su valor, es decir menos actividades pero más costosas. igualmente como ya se mencionó, el recaudo por venta de servicios de salud fue muy bajo, lo cual representó una disminución del 7.3% por unidad Producida

Análisis de equilibrio

Cuadro 232. Equilibrio presupuestal corriente

*(En millones de pesos constantes 2012)*

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por venta de salud reconocidos | a | 63,413.2 | 63,541.8 | 0.2 |
| Gastos de funcionamiento comprometidos | b | 37,580.2 | 42,227.3 | 12.4 |
| Gastos de operación y prestación de servicios comprometidos | c | 17,116.4 | 18,733.8 | 9.4 |
| Gastos habituales frente a ingresos reconocidos por venta de servicios de salud | d=a/(b+c) (%) | 115.9 | 104.2 | -11.7 |
| Ingresos por venta de salud recaudados | e | 43,320.8 | 41,000.5 | -5.4 |
| Gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud | f=e/(b+c) (%) | 79.2 | 67.3 | -11.9 |

| Indicador | Fórmula | 2011 | 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| CxC recaudadas vigencias anteriores | o | 6,649.9 | 20,669.0 | 210.8 |
| CxP comprometidas vigencias anteriores | p | 3,747.6 | 2,315.1 | -38.2 |
| Diferencia | k=o-p | 2,902.3 | 18,353.9 | 15,451.6 |

En la operación corriente se evidencia una contribución al equilibrio presupuestal, porque los ingresos reconocidos por Ventas de Servicios de Salud, cubrieron un 104,2% de los gastos de funcionamiento y operación y comercialización. En relación con la vigencia 2011 se evidencia una disminución del 11.7%, dado principalmente por el aumento en los gastos de funcionamiento en general, y por

la facturación (5.684 millones), que quedó pendiente de radicar.



Pero al comparar los gastos habituales frente a ingresos recaudados por venta de servicios de salud desmejoró con relación al 2011 en un 11.9% pasando de un indicador del 79% al 67%, lo cual quiere decir que por cada 100 pesos comprometidos logró recaudar solo 67 pesos. No obstante a lo anterior el equilibrio con vigencias anteriores registra un comportamiento adecuado con una variación positiva, tal y como se puede evidenciar en la relación cuentas por cobrar recaudadas de vigencias anteriores vs cuentas por pagar de vigencias anteriores la institución tuvo para cubrir 8.9 veces los pagos de las cuentas por pagar presupuestales, siendo un resultado excelente.

Por encontrarse la ESE Hospital universitario San Jorge, en convenio de desempeño 280, se requiere que se analice el equilibrio de la operación total excluyendo los recursos del convenio de desempeño:

Cuadro 233. Equilibrio presupuestal total, excluyendo recursos del convenio ejecutados en cada vigencia

*En millones de pesos 2012*

| Concepto | Fórmula | 2011 | 2012 | var % |
|---|---|---|---|---|
| Ingreso reconocido total | a=b+c | 79,765.9 | 94,204.2 | 18.1 |
| Ingreso reconocido de recursos del convenio | b | | | |
| Ingreso reconocido sin recursos del convenio | c | 79,765.9 | 94,204.2 | 18.1 |
| Gasto comprometido total | d=e+f | 60,239.1 | 63,330.5 | 5.1 |
| Gasto comprometido de recursos del convenio | e | | | |
| Gasto comprometido sin recursos del convenio | f | 60,239.1 | 63,330.5 | 5.1 |
| **Relación reconocimiento/ compromiso sin recursos del convenio** | g=c/f (%) | 132.42 | 148.75 | **12.34** |
| Ingreso recaudado total | h=i+j | 59,517.6 | 70,430.4 | 18.3 |
| Ingreso recaudado de recursos del convenio | i | | | |
| Ingreso recaudado sin recursos del convenio | j | 59,517.6 | 70,430.4 | 18.3 |
| **Relación recaudo/ compromiso sin recursos del convenio** | k=j/f (%) | 98.80 | 111.21 | **12.56** |

Como la manifestamos la institución presenta un indicador muy bueno en lo referente a los reconocimientos totales vs las obligaciones el cual es del 148,75, un 12.34% por encima de lo observado durante el año 2011, esto dado por el magnífico resultado obtenido en el recaudo que se realizó de la cartera de otras vigencias, los rendimientos financieros que se reconocieron y recaudaron de los fondos de pensiones y cesantías, las gestiones gerenciales para la consecución de los recursos de las cuentas maestras y los excedentes de facturación.

El indicador de Equilibrio presupuestal de Recaudo presenta un variación positiva del 12.56% con respecto a lo observado durante el 2011, comportamiento histórico para la ESE, a pesar de la incertidumbre y la problemática que afronta el sector salud a nivel nacional.

Situación de los pasivos

Cuadro 234. Comportamiento de los pasivos de la IPS pública

*(En millones de pesos corrientes)*

| Concepto | 2011 | | | 2012 | | | Var | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total | < 1 año | > 1 año | Total |
| Servicios personales, Incluyendo Aportes patronales y parafiscales | 997.9 | 1,194.2 | 2,192.1 | 1,137.6 | 953.2 | 2,090.8 | 14.0 | -20.2 | -4.6 |
| *...Servicios Personales de planta, Excluye Servicios Personales Indirectos* | 807.0 | 1,183.8 | 1,990.8 | 1,128.1 | 913.6 | 2,041.7 | 39.8 | -22.8 | 2.6 |
| *...Aportes patronales y parafiscales* | - | 10.4 | 10.4 | - | 7.1 | 7.1 | - | -31.6 | -31.6 |
| *...Servicios Personales Indirectos* | 190.9 | - | 190.9 | 9.5 | 32.5 | 42.0 | -95.0 | - | -78.0 |
| Cuentas por pagar, Excluyendo Aportes Patronales y Parafiscales | 1,825.0 | - | 1,825.0 | 496.5 | 149.1 | 645.6 | -72.8 | - | -64.6 |
| Demás pasivos (Obligaciones financieras + Mesadas pensionales + Otros pasivos) | 6,721.2 | 16,477.7 | 23,199.0 | 312.7 | 2,850.2 | 3,162.9 | -95.3 | -82.7 | -86.4 |
| **Total Pasivos** | 9,544.1 | 17,671.9 | 27,216.1 | 2,184.1 | 7,314.5 | 9,498.6 | -77.1 | -58.6 | -65.1 |
| Ingresos recibidos (consignaciones sin identificar) | 60.5 | 158.0 | 218.5 | 222.7 | 158.0 | 380.7 | 268.0 | 0.0 | 74.2 |
| Pasivos estimados | 2,477.4 | 15,918.4 | 18,395.8 | 14.6 | 3,204.0 | 3,218.6 | -99.4 | -79.9 | -82.5 |

**Fuente:** MSPS; SIHO formulario pasivos.

Los pasivos disminuyeron en total en un 65%, por los diferentes conceptos así:

En los servicios personales se presentó una disminución por prestaciones sociales en cesantías retroactivas lo cual obedeció a retiros de cesantías de empleados oficiales aprobadas por el Área de Recursos Humanos. Adicionalmente debido a la consolidación de las prestaciones sociales al cierre de la vigencia 2012.



En los servicios personales indirectos y cuentas por pagar se evidencia una disminución con respecto a la vigencia 2011 debido al cumplimiento oportuno con las obligaciones a fin de año con los diferentes proveedores y acreedores gracias al aumento en el flujo de recursos obtenido para el cierre de la vigencia fruto del esfuerzo de la administración y demás entidades que intervinieron en el proceso lo cual permitió cumplir con este tipo de compromisos.

Al cierre de la vigencia 2012 se evidencia una disminución significativa en los demás pasivos menores a 360 días por la exclusión de la provisión de los Bonos pensionales los cuales una vez revisado el convenio de concurrencia se determinó que estaban incluidos en el mismo por lo anterior la ESE no debía registrar dicha provisión; así mismo se realizó un reajuste a la provisión para el Cálculo Actuarial teniendo en cuenta los jubilados que están a cargo de la ESE.
También se evidencia una disminución considerable en los demás pasivos mayores a 360 días debido los importantes ajustes en materia de Provisión para Bonos Pensiónales, Calculo Actuarial y la Provisión para contingencias, teniendo en cuenta la probabilidad de fallos en contra de la ESE dados en una misma vigencia de acuerdo con evaluación y estudio realizado por parte del área jurídica.

Situación de la cartera

Cuadro 235. Comportamiento de la cartera de la IPS pública

***(En millones de pesos corrientes)***

| Concepto | 2011 Valor | 2011 %Part | 2012 Valor | 2012 %Part | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| Regimen Contributivo | 1.301,9 | 3,1 | 928,7 | 2,1 | -28,7 |
| ...menor a 60 dias | 158,9 | 0,4 | 307,1 | 0,7 | 93,3 |
| ...de 61 a 360 dias | 497,9 | 1,2 | 312,7 | 0,7 | -37,2 |
| ...mayor a 360 dias | 645,1 | 1,5 | 308,8 | 0,7 | -52,1 |
| Regimen Subsidiado | 22.568,7 | 53,3 | 32.164,6 | 71,1 | 42,5 |
| ...menor a 60 dias | 6.573,5 | 15,5 | 12.647,9 | 28,0 | 92,4 |
| ...de 61 a 360 dias | 10.647,4 | 25,1 | 10.508,1 | 23,2 | -1,3 |
| ...mayor a 360 dias | 5.347,8 | 12,6 | 9.008,6 | 19,9 | 68,5 |
| SOAT - ECAT | 3.937,4 | 9,3 | 4.631,3 | 10,2 | 17,6 |
| ...menor a 60 dias | 661,2 | 1,6 | 663,5 | 1,5 | 0,3 |
| ...de 61 a 360 dias | 769,6 | 1,8 | 848,6 | 1,9 | 10,3 |
| ...mayor a 360 dias | 2.506,5 | 5,9 | 3.119,2 | 6,9 | 24,4 |
| PPNA Departamental | 5.533,5 | 13,1 | 1.535,9 | 3,4 | -72,2 |
| ...menor a 60 dias | 4.033,7 | 9,5 | 680,0 | 1,5 | -83,1 |
| ...de 61 a 360 dias | 680,3 | 1,6 | 193,0 | 0,4 | -71,6 |
| ...mayor a 360 dias | 819,5 | 1,9 | 663,0 | 1,5 | -19,1 |
| PPNA Distrital Municipal | - | - | - | - | - |
| ...menor a 60 dias | - | - | - | - | - |
| ...de 61 a 360 dias | - | - | - | - | - |
| ...mayor a 360 dias | - | - | - | - | - |
| Otros Deudores VSS | 2.315,1 | 5,5 | 2.322,3 | 5,1 | 0,3 |
| ...menor a 60 dias | 460,7 | 1,1 | 483,9 | 1,1 | 5,0 |
| ...de 61 a 360 dias | 601,6 | 1,4 | 236,4 | 0,5 | -60,7 |
| ...mayor a 360 dias | 1.252,8 | 3,0 | 1.602,0 | 3,5 | 27,9 |
| Otros Deudores Concepto Diferente VSS | 6.712,4 | 15,8 | 3.656,5 | 8,1 | -45,5 |
| ...menor a 60 dias | 5.040,2 | 11,9 | 1.836,4 | 4,1 | -63,6 |
| ...de 61 a 360 dias | 58,7 | 0,1 | 133,6 | 0,3 | 127,7 |
| ...mayor a 360 dias | 1.613,5 | 3,8 | 1.686,5 | 3,7 | 4,5 |
| Total | 42.368,9 | 100,0 | 45.239,4 | 100,0 | 6,8 |
| ...menor a 60 dias | 16.928,3 | 40,0 | 16.618,8 | 36,7 | -1,8 |
| ...de 61 a 360 dias | 13.255,5 | 31,3 | 12.232,4 | 27,0 | -7,7 |
| ...mayor a 360 dias | 12.185,2 | 28,8 | 16.388,1 | 36,2 | 34,5 |

El total de la cartera aumento en un 6.8%, pasando de 42.368,9 millones de pesos a 45.239,4 millones, no obstante la cartera menor a 60 días disminuyo en un 1,8% y la cartera de 61 a 360 días disminuyo en un 7.7%, La variación se presentó principalmente en la cartera mayor a 360 días la cual se incrementó en un 34.5%, a pesar de todos los esfuerzos realizados, y las medidas tomadas por la superintendencia nacional de salud como son las medidas cautelares, intervenciones forzosas y audiencias de conciliación, las EPSS continúan con sus políticas del no pago de sus obligaciones.

Igualmente dentro de las variaciones importantes de la tabla anterior se evidencia la disminución de la cartera de la PPNA en un 72.2% y un amento en la cartera del

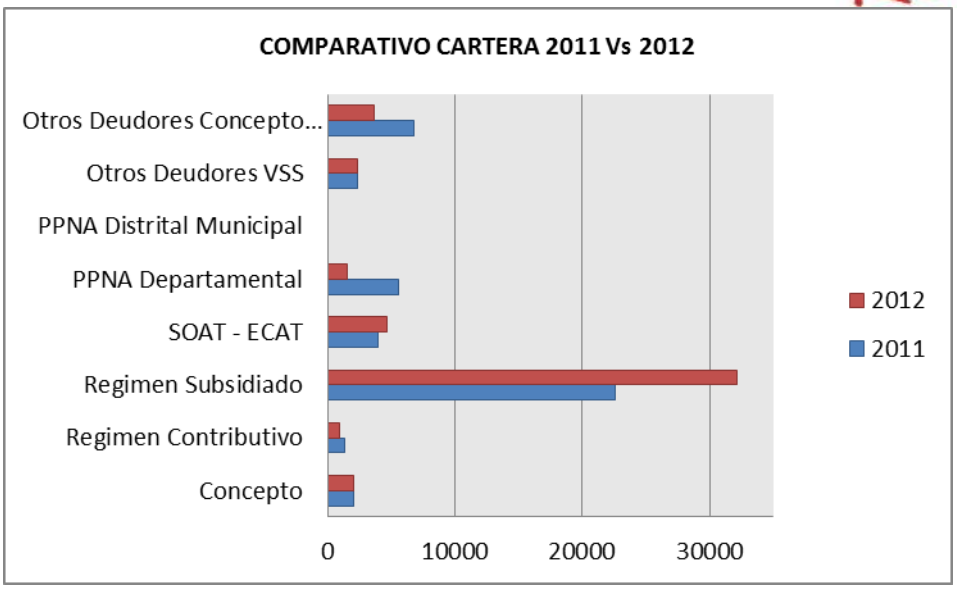
régimen subsidiado en un 42.5%, lo anterior dada la tendencia del cubrimiento por el régimen subsidiado a toda la población pobre anteriormente no asegurada.



Cuadro 236. CARTERA POR RÉGIMEN

| Concepto | 2011 | | 2012 | | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valor | %Part | Valor | %Part | |
| Regimen Contributivo | 1.301,9 | 3,1 | 928,7 | 2,1 | -28,7 |
| Regimen Subsidiado | 22.568,7 | 53,3 | 32.164,6 | 71,1 | 42,5 |
| SOAT - ECAT | 3.937,4 | 9,3 | 4.631,3 | 10,2 | 17,6 |
| PPNA Departamental | 5.533,5 | 13,1 | 1.535,9 | 3,4 | -72,2 |
| PPNA Distrital Municipal | - | - | - | - | - |
| Otros Deudores VSS | 2.315,1 | 5,5 | 2.322,3 | 5,1 | 0,3 |
| Otros Deudores Concepto Diferente VSS | 6.712,4 | 15,8 | 3.656,5 | 8,1 | -45,5 |
| Total | 42.368,9 | 100,0 | 45.239,4 | 100,0 | 6,8 |

Al realizar un análisis a la cartera por régimen, nos damos cuenta que el mayor porcentaje de la cartera se encuentra en el régimen subsidiado con una participación del 71%, aumentando significativamente en comparación con el año anterior, mientras que la participación el régimen contributivo en el total de la cartera cada vez es menos, pasando de 3.1% al 2.1%. a continuación de ilustra gráficamente este comportamiento.




Se justifica el aumento de la cartera del régimen subsidiado en el incremento significativo en la facturación por este mismo concepto, debido la ampliación de la cobertura. Igualmente la falta de pago por parte de las entidades responsables afecta directamente este indicador.

Cuadro 237. Cartera pendiente de reconocer

*En millones de pesos corrientes*

| Concepto | 2011 | | 2012 | | Var % |
|---|---|---|---|---|---|
| | Valor | %Part | Valor | %Part | |
| Total cartera reconocida | 38.641,8 | 91,2 | 39.554,8 | 87,4 | 2,4 |
| Cartera pendiente de reconocer | 3.727,1 | 8,8 | 5.684,5 | 12,6 | 52,5 |

*Fuente: lo reportada en cada año al MPS; SIHO - Formulario Cartera.*

La cartera no reconocida comparada con la cartera de la vigencia 2011 aumento en un 2.4%. Aunque su participación disminuyo contra el total de la cartera.

La cartera pendiente de reconocer aumento en un 52.5% al igual que su participación en el total de cartera, debido la alta facturación del mes de diciembre la cual se radica en el mes de enero de 2013.

GESTIONES DE CARTERA

Por medio de la Resolución 2320 el Ministerio de la Protección Social, estableció el mecanismo mediante el cual obliga a las Entidades Promotoras de Salud de reportar el monto a girar a las entidades prestadoras de servicios de salud de su red.

La empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge de Pereira, durante el año 2012 recibió por giro directo de las diferentes entidades del régimen subsidiado la suma de $18.426 millones de pesos, distribuidos en las entidades relacionadas a continuación:

| NOMBRE EPS | TOTAL GIRO DIRECTO MINISTERIO DE SALUD | % |
|---|---|---|
| ASMET SALUD | 7.400.000.000,00 | 40,16% |
| CAFESALUD | 6.363.126.288,00 | 34,53% |
| PIJAOSALUD | 2.594.303.663,37 | 14,08% |
| CAPRECOM | 1.471.930.747,63 | 7,99% |
| SOLSALUD | 205.689.734,00 | 1,12% |
| AMBUQ | 115.768.056,00 | 0,63% |
| COOSALUD | 57.462.116,00 | 0,31% |
| MALLAMAS | 52.427.926,00 | 0,28% |
| EMSSANAR | 48.576.547,00 | 0,26% |
| SALUDVIDA | 46.771.452,00 | 0,25% |
| COMFACHOCO | 28.367.201,00 | 0,15% |
| CONDOR | 23.000.000,00 | 0,12% |
| A.I.C. | 12.501.682,00 | 0,07% |
| FENALCO DE TOLIMA | 4.389.228,00 | 0,02% |
| COMPARTA | 1.453.610,00 | 0,01% |
| ECOOPSOS | 1.000.000,00 | 0,01% |
| **TOTAL** | **18.426.768.251,00** | **100,00%** |

Como podemos observar la entidad Asmet Salud tiene la mayor representación con un 40.16% seguida de Cafesalud Subsidiado con un 34.53%, luego Pijaos Salud con un 14.08%; Caprecom con un 7.9% y las demás con una representación más baja.



Cabe aclarar que algunas entidades han destinado estos recursos a pagar deudas de vigencias anteriores.

Cuadro 238. Comportamiento de la producción equivalente UVR 2011-2012

| Municipio | Institución | Producción equivalente en UVR 2011 | Producción equivalente en UVR 2012 | Var % |
|---|---|---|---|---|
| **E.S.E HOSPITALES PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | |
| Apía | E.S.E Hospital San Vicente de Paúl | 249,309 | 263,487 | 6% |
| Balboa | E.S.E Hospital Cristo Rey | 156,261 | 121,752 | -22% |
| Belén de umbría | E.S.E Hospital San Jose | 392,400 | 414,384 | 6% |
| Guática | E.S.E. Hospital Santa Ana | 165,959 | 205,183 | 24% |
| La Celia | E.S.E Hospital San Jose | 110,704 | 119,902 | 8% |
| Marsella | E.S.E Hospital San Jose | 324,720 | 368,985 | 14% |
| Mistrató | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 312,706 | 253,325 | -19% |
| Pereira | E.S.E Salud Pereira | 3,159,040 | 3,220,946 | 2% |
| Pueblo rico | E.S.E. Hospital San Rafael | 261,054 | 306,320 | 17% |
| Quinchía | E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía | 406,852 | 449,553 | 10% |
| Santa rosa de cabal | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 1,431,321 | 2,131,965 | 49% |
| Santuario | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 715,694 | 524,499 | -27% |
| | **Subtotal primer Nivel** | **7,686,021** | **8,380,301** | **9%** |
| **E.S.E HOSPITALES SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | |
| Dosquebradas | E.S.E Hospital Santa Mónica | 2,321,080 | 2,428,904 | 5% |
| La Virginia | E.S.E Hospital San Pedro Y San Pablo | 1,270,479 | 1,207,324 | -5% |
| Pereira | E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda | 237,390 | 304,720 | 28% |
| | **Subtotal segundo nivel.** | **3,828,949** | **3,940,948** | **3%** |
| **E.S.E HOSPITALES TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | |
| Pereira | E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira | 10,654,578 | 10,872,376 | 2% |
| | **Total RED pública Risaralda** | **22,169,548** | **23,193,625** | **5%** |

Fuente: Ficha 2193 SIHO Ministerio de la Protección Social de las ESE Hospitales del Departamento

Teniendo un número en unidad de valor relativo (UVR) para cada producto hospitalario y de cada nivel, se hizo el conteo de unidad de valor relativo (UVR) producidas por cada hospital. Estas UVR por IPS, es la suma de todos los productos de cada uno en dicha medida.

Se observa que en 12 de las 16 ESE aumentaron su producción en la vigencia 2012 comparada con la del 2011, a excepción de las ESE Cristo Rey de Balboa, San Vicente de Paúl de Santuario, San Vicente de Paúl Mistrató y la ESE san Pedro y san Pablo de la Virginia.

La producción se incrementó en el primer nivel en un 9%, en el segundo en un 3% y un 2% en el tercer nivel, crecimiento que se dio básicamente en los servicios de gineco-obstretricia, apoyo diagnóstico y las actividades de promoción y prevención, por servicios prestados básicamente a la población del régimen subsidiado. De forma análoga los resultados muestran que los hospitales de niveles de complejidad II y III, producen más UVRs, pero esto no implica que estén realizando un mayor número intervenciones u hospitalizaciones, sino que sus productos son de Mayor complejidad técnica y por tanto producen más número total de UVR.

Cuadro 239. Porcentaje de recaudos sobre reconocimientos con y sin vigencias anteriores

Red Pública de Risaralda 2011-2012

| Municipio | Institución | Porcentaje de recaudos sobre reconocimientos sin vigencias anteriores | | Porcentaje de recaudos sobre reconocimientos con vigencias anteriores | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| **E.S.E HOSPITALES PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | | |
| Apía | E.S.E Hospital San Vicente de Paúl | 91,5 | 87,3 | 92,3 | 80,9 |
| Balboa | E.S.E Hospital Cristo Rey | 91,5 | 89,7 | 92,0 | 91,0 |
| Belén de umbría | E.S.E Hospital San Jose | 90,1 | 81,8 | 90,7 | 75,1 |
| Guática | E.S.E. Hospital Santa Ana | 95,4 | 92,8 | 95,6 | 93,0 |
| La Celia | E.S.E Hospital San Jose | 88,7 | 91,4 | 89,7 | 74,7 |
| Marsella | E.S.E Hospital San Jose | 93,6 | 86,9 | 93,9 | 87,5 |
| Mistrató | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 97,5 | 92,3 | 93,8 | 93,2 |
| Pereira | E.S.E Salud Pereira | 86,3 | 85,8 | 87,2 | 87,6 |
| Pueblo rico | E.S.E. Hospital San Rafael | 98,3 | 92,3 | 96,1 | 92,5 |
| Quinchía | E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía | 96,2 | 86,6 | 96,2 | 83,8 |
| Santa rosa de cabal | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 82,9 | 77,8 | 84,1 | 81,7 |
| Santuario | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 90,3 | 89,2 | 90,8 | 91,2 |
| ***Subtotal primer nivel*** | | 93,1 | 86,4 | 93,0 | 84,8 |
| **E.S.E HOSPITALES SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | | |
| Dosquebradas | E.S.E Hospital Santa Mónica | 87,3 | 82,3 | 88,1 | 87,6 |
| La Virginia | E.S.E Hospital San Pedro Y San Pablo | 80,1 | 73,6 | 82,9 | 78,5 |
| Pereira | E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda | 87,4 | 73,5 | 88,6 | 76,0 |
| ***Subtotal segundo nivel.*** | | 85,4 | 78,2 | 86,7 | 83,3 |
| **E.S.E HOSPITALES TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | | |
| Pereira | E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira | 72,2 | 67,9 | 74,6 | 74,8 |
| ***Total RED pública Risaralda*** | | 82,8 | 77,2 | 83,9 | 80,3 |

Fuente: MSPS_SIHO

Para efectos de tabular el cuadro anterior y que se reflejara visualmente los resultados se determinó que los indicadores que estuvieran por encima del 90% era un resultado aceptable por lo cual aparece el dato en color negro, para los resultados que estuvieran entre el 85% y menor a 90% se estableció el color amarillo y los inferiores al 85% se indican en color rojo.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que el porcentaje de recaudo frente a los reconocimientos sin vigencias anteriores desmejoro considerablemente de la vigencia 2011 a la vigencia 2012, pues para el 2011, solo una ESE San Vicente de Paúl de Santa rosa de Cabal se encontraba con un porcentaje inferior al 85% y dos ESE hospitales se encontraban en amarillo mayor al 85% la ESE salud Pereira y la ESE san José de la Celia, para el año 2012 dos ESE quedan en rojo y siete en amarillo, lo cual indica que el porcentaje de recaudo frente al reconocimiento de la vigencia corriente presenta déficit para todas las ESE del primer nivel pero que existen ocho que dicho recaudo está por debajo del esperado 90%.

En el segundo nivel  en el 2011 una ESE hospital el porcentaje dio por debajo del 85% que fue la ESE Hospital San Pedro y San Pablo de la Virginia, y las otras dos estaban en amarillo, para la vigencia 2012 todas quedaron en rojo; en el caso del tercer nivel  el hospital San Jorge también refleja dificultades en el recaudo pues para las dos vigencias esta en rojo, por lo cual el total de la red refleja un porcentaje de recaudo sin vigencias anteriores del 77% y con vigencias anteriores del 80% ambos casos en rojo, es de mencionar que con vigencias anteriores quedan 8 ESE en rojo  5 del primer nivel, dos del segundo y el del tercer nivel.

Si bien es cierto que la norma obliga a los prestadores a brindar atención a quien lo solicite, también es preocupante el hecho que no es igual de imperativa en

obligar al asegurador o pagador a cancelar los servicios prestados. Aunque medidas como el giro directo en el régimen subsidiado han comenzado a tener efectos positivos en cuanto a la oportunidad de los pagos, los hospitales continúan atendiendo a los enfermos pero los pagos por parte de las EPS han ido disminuyendo y la cartera vencida creciendo, las instituciones públicas se han visto afectadas y su sostenibilidad ha sido puesta a prueba y va en descenso como lo refleja el cuadro de porcentaje de recaudos vs reconocimientos.



Cuadro 240. Comportamiento de la Cartera Red Pública Departamento de Risaralda

| Municipio | Institución | Comportamiento de la cartera (Millones de $) | | Variación 2012/2011 |
|---|---|---|---|---|
| | | 2011 | 2012 | |
| **E.S.E HOSPITALES PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | |
| Apía | E.S.E Hospital San Vicente de Paúl | 219 | 572 | **161%** |
| Balboa | E.S.E Hospital Cristo Rey | 129 | 174 | **35%** |
| Belén de umbría | E.S.E Hospital San Jose | 517 | 1,448 | **180%** |
| Guática | E.S.E. Hospital Santa Ana | 163 | 259 | **59%** |
| La Celia | E.S.E Hospital San Jose | 184 | 541 | **194%** |
| Marsella | E.S.E Hospital San Jose | 295 | 490 | **66%** |
| Mistrató | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 236 | 266 | **13%** |
| Pereira | E.S.E Salud Pereira | 872 | 843 | **-3%** |
| Pueblo rico | E.S.E. Hospital San Rafael | 249 | 486 | **95%** |
| Quinchía | E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía | 3,045 | 8,835 | **190%** |
| Santa rosa de cabal | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 2,373 | 3,085 | **30%** |
| Santuario | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 298 | 405 | **36%** |
| ***Subtotal primer nivel*** | | **8,580** | **17,404** | **103%** |
| **E.S.E HOSPITALES SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | |
| Dosquebradas | E.S.E Hospital Santa Mónica | 4,556 | 6092 | **34%** |
| La Virginia | E.S.E Hospital San Pedro Y San Pablo | 2,185 | 3274 | **50%** |
| Pereira | E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda | 890 | 2022 | **127%** |
| ***Subtotal segundo nivel.*** | | **7,631** | **11388** | **49%** |
| **E.S.E HOSPITALES TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | |
| Pereira | E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira | 34,012 | 39,555 | **16%** |
| ***Total RED pública Risaralda*** | | **50,223** | **68,347** | **36%** |

Fuente: Ficha 2193 SIHO Ministerio de la Protección Social de las ESE Hospitales del Departamento vigencias 2011-2012

Como se observa en el cuadro anterior se presentó un incremento en la cartera del 103% en la cartera de las ESE del primer nivel pasando de $ 8,580 millones a $ 17,404 millones, donde las ESE hospitales que más incrementaron su cartera fueron en su orden: Hospital san José de la Celia (194%), Hospital Nazareth de Quinchía (190%), Hospital San José de belén de umbría (180%) y Hospital San

Vicente de Paúl de Apía (161%), y Hospital San Rafael de Pueblo Rico (95%); la única ESE que disminuyó el monto de la cartera fue la ESE salud Pereira que disminuyó en un 3%, las demás tuvieron incrementos por debajo del 66% en su cartera.



En el segundo nivel la cartera aumento en total en un 49% pasando de $ 7,631 a $11,388 donde se presentó incremento de la cartera para las tres ESE de este nivel, pero el mayor incremento se reflejó en la ESE Hospital Mental en un 127% pasando de $ 890 millones a $ 2,022 millones.

El Hospital universitario San Jorge se le incremento el monto de la cartera solo en un 16%, en el total de la Red pública del Departamento se incrementó la cartera en un 36% pasando de $ 50,223 millones a $ 68,347 millones.

Es necesario precisar que a las IPS públicas del Departamento de Risaralda, objeto de este diagnóstico, les cambio el panorama en el sentido que disminuyó el flujo de los recursos para la atención de la población pobre no asegurada donde históricamente el Departamento de Risaralda cancelaba lo más oportunamente posible (dentro de la vigencia corriente en su gran mayoría), lo cual les permitía a las ESE tener un flujo de recursos importantes y de buena rotación. Pero el avance hacia una universalización del aseguramiento ha disminuido la Población pobre no asegurada y ha aumentado la población afiliada al régimen subsidiado a cargo de las EPS-S, Sin embargo, aunque lo anterior posibilita el crecimiento de los recursos a contratar con el régimen subsidiado, e incluso con el régimen contributivo, no se está reflejando una mejoría en la situación, pues aunque teóricamente las relaciones son bilaterales en cuanto a la negociación y a pesar de la ampliación de los portafolios de servicios por parte de las ESE, esto no ha

sido suficientes para que las EPS mejoren en los aspectos que afectan de manera recurrente las finanzas de las ESE Hospitales, tales como:



- No incremento de la UPC-S
- Incumplimiento del 60% de contratación pública.
- Cambio de condiciones pactadas.
- Cartera sin cancelar.
- La no atención en el municipio de residencia de los usuarios aunque la ESE tenga los servicios habilitados, generando desplazamientos de los usuarios a otros municipios donde las EPS han contratado su red generando sobrecostos al usuario, incumplimiento normatividad[7] y traslado de recursos de un municipio a otro, pues con las ESE de cada municipio contratan lo menos posible, pues cuentan con IPS y a la ESE llegan los usuarios para la atención por urgencias.
- Giro incompleto de contratos por mecanismo de pago capitación.
- Reconocimiento de menores valores, los cuales son pagados hasta la liquidación de los contratos como es el caso de la EPS Cafesalud que realiza en mayor proporción esta práctica.
- Generación de recobros y glosas sin previa conciliación con la ESE.
- Giro de recursos aplicando en forma inapropiada el pago por parte de las EPS (donde establecen que el giro es para pago de cartera no corriente).

[7] Incumplimiento a lo estipulado en la Ley 1122/2007 y Ley 1438/2011.

Cuadro 241. Comportamiento cartera régimen subsidiado

| Municipio | Institución | Total Cartera | Cartera Régimen Subsidiado | Cartera Otros | % Cartera R. Subsidiado sobre total cartera |
|---|---|---|---|---|---|
| | | millones $ | | | |
| | | 2012 | | | |
| **E.S.E HOSPITALES PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | | |
| Apía | E.S.E Hospital San Vicente de Paúl | 572 | 157 | 415 | 27.4% |
| Balboa | E.S.E Hospital Cristo Rey | 174 | 78 | 96 | 44.8% |
| Belén de umbría | E.S.E Hospital San Jose | 1,448 | 497 | 951 | 34.3% |
| Guática | E.S.E. Hospital Santa Ana | 259 | 169 | 90 | 65.3% |
| La Celia | E.S.E Hospital San Jose | 541 | 59 | 482 | 10.9% |
| Marsella | E.S.E Hospital San Jose | 490 | 248 | 242 | 50.6% |
| Mistrató | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 266 | 115 | 151 | 43.2% |
| Pereira | E.S.E Salud Pereira | 843 | 432 | 411 | 51.2% |
| Pueblo rico | E.S.E. Hospital San Rafael | 486 | 233 | 253 | 47.9% |
| Quinchía | E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía | 8,835 | 5,657 | 3,178 | 64.0% |
| Santa rosa de cabal | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 3,085 | 1,552 | 1,533 | 50.3% |
| Santuario | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 405 | 197 | 208 | 48.6% |
| ***Subtotal primer nivel*** | | ***17,404*** | ***9,394*** | ***8,010*** | ***54.0%*** |
| **E.S.E HOSPITALES SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | | |
| Dosquebradas | E.S.E Hospital Santa Mónica | 6,092 | 4,286 | 1,806 | 70.4% |
| La Virginia | E.S.E Hospital San Pedro Y San Pablo | 3,274 | 1,968 | 1,306 | 60.1% |
| Pereira | E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda | 2,022 | 1,099 | 923 | 54.4% |
| ***Subtotal segundo nivel.*** | | ***11,388*** | ***7,353*** | ***1,345*** | ***64.6%*** |
| **E.S.E HOSPITALES TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | | |
| Pereira | E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira | 39,555 | 27,652 | 11,903 | 69.9% |
| ***Total RED pública Risaralda*** | | ***68,347*** | ***44,399*** | ***23,948*** | ***65%*** |

Fuente: Ficha 2193 SIHO Ministerio de la Protección Social de las ESE Hospitales del Departamento vigencia 2012

Si bien es cierto que a partir de Julio de 2012 con la unificación del POS, se incrementó los montos por prestación de servicios a la población atendida del régimen subsidiado, esto también ha generado un aumento en la cartera como se observa en el cuadro anterior que del total de la cartera del primer nivel el 54% está representado en cartera de servicios prestados a usuarios del Régimen Subsidiado, en el segundo nivel representa el 64% y en el tercer nivel el 65%, lo que enmarca una preocupante situación y es que las EPS del Régimen subsidiado no están siendo buenas pagadoras por el contrario, como se observa en el cuadro

siguiente de recaudos vs reconocimientos del régimen subsidiado la situación se hace aún más evidente en la vigencia 2012 comparada con el año 2011.



Cuadro 242. Recaudos vs reconocimientos del régimen subsidiado

| Municipio | Institución | Porcentaje de recaudos sobre reconocimientos del Régimen subsidiado | |
|---|---|---|---|
| | | 2011 | 2012 |
| **E.S.E HOSPITALES PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | |
| Apía | E.S.E Hospital San Vicente de Paúl | 94.04 | 91.62 |
| Balboa | E.S.E Hospital Cristo Rey | 91.9 | 94.73 |
| Belén de umbría | E.S.E Hospital San Jose | 94.08 | 86.8 |
| Guática | E.S.E. Hospital Santa Ana | 97.16 | 93.87 |
| La Celia | E.S.E Hospital San Jose | 97.22 | 95.16 |
| Marsella | E.S.E Hospital San Jose | 97.4 | 90.54 |
| Mistrató | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 97.52 | 94.85 |
| Pereira | E.S.E Salud Pereira | 88.68 | 89.05 |
| Pueblo rico | E.S.E. Hospital San Rafael | 98.77 | 94.35 |
| Quinchía | E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía | 96.31 | 83.36 |
| Santa rosa de cabal | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 89.02 | 86.21 |
| Santuario | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 94.33 | 92.63 |
| ***Subtotal primer nivel*** | | ***95.08*** | ***87.13*** |
| **E.S.E HOSPITALES SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | |
| Dosquebradas | E.S.E Hospital Santa Mónica | 91.26 | 78.84 |
| La Virginia | E.S.E Hospital San Pedro Y San Pablo | 81.77 | 70.61 |
| Pereira | E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda | 26.22 | 34.58 |
| ***Subtotal segundo nivel.*** | | ***88.32*** | ***72.81*** |
| **E.S.E HOSPITALES TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | |
| Pereira | E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira | **50.41** | **52.81** |
| ***Total RED pública Risaralda*** | | ***79.61*** | ***71.64*** |

Fuente: Ficha 2193 SIHO Ministerio de la Protección Social de las ESE Hospitales del Departamento vigencia 2011 – 2012

Como se observa en el cuadro anterior el recaudo empeoro en la vigencia 2012 comparado con el 2011 en lo que respecta al régimen subsidiado, pues para las IPs del 1 nivel de complejidad se pasó de un recaudo de 95 a uno del 87%, pero se refleja aún más para el segundo nivel donde el recaudo disminuyo de un 88 a un 73%, y solo en el tercer nivel presento un leve incremento pasando de un 50% a un 53%, situación que en su conjunto afecto el resultado para toda la red

disminuyendo el recaudo de un de un 79.61 a un 71.64% disminuyendo en 8 puntos básicos de la vigencia 2011 a la 2012.



Cuadro 243. Porcentaje de recaudos sobre compromisos

| Municipio | Institución | Porcentaje de recaudos sobre compromisos sin vigencias anteriores | | Porcentaje de recaudos sobre compromisos con vigencias anteriores | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| **E.S.E HOSPITALES PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | | |
| Apía | E.S.E Hospital San Vicente de Paúl | 1,02 | 1,00 | 1,07 | 1,07 |
| Balboa | E.S.E Hospital Cristo Rey | 0,9 | 0,93 | 0,95 | 1,02 |
| Belén de umbría | E.S.E Hospital San Jose | 0,94 | 0,85 | 0,89 | 0,79 |
| Guática | E.S.E. Hospital Santa Ana | 1 | 1,05 | 1,05 | 1,07 |
| La Celia | E.S.E Hospital San Jose | 0,93 | 0,92 | 1,02 | 1 |
| Marsella | E.S.E Hospital San Jose | 0,99 | 0,93 | 1 | 0,99 |
| Mistrató | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 0,99 | 1,03 | 1,01 | 1,19 |
| Pereira | E.S.E Salud Pereira | 1 | 0,96 | 0,81 | 0,95 |
| Pueblo rico | E.S.E. Hospital San Rafael | 1,01 | 0,95 | 1,07 | 1,11 |
| Quinchía | E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía | 1,15 | 1,05 | 1,16 | 1,17 |
| Santa rosa de cabal | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 0,86 | 0,86 | 0,91 | 1,01 |
| Santuario | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | 0,93 | 0,9 | 0,95 | 1,06 |
| ***Subtotal primer nivel*** | | ***0,98*** | ***0,95*** | ***0,91*** | ***0,99*** |
| **E.S.E HOSPITALES SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | | |
| Dosquebradas | E.S.E Hospital Santa Mónica | 0,86 | 0,74 | 0,91 | 1,02 |
| La Virginia | E.S.E Hospital San Pedro Y San Pablo | 0,96 | 0,75 | 1,14 | 0,99 |
| Pereira | E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda | 1,52 | 1,16 | 1,66 | 1,33 |
| ***Subtotal segundo nivel.*** | | ***0,97*** | ***0,80*** | ***1,06*** | ***1,05*** |
| **E.S.E HOSPITALES TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | | |
| Pereira | E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira | *0,93* | *0,82* | *0,99* | *1,11* |
| ***Total RED pública Risaralda*** | | ***0,96*** | ***0,87*** | ***0,97*** | ***1,05*** |

Fuente: Ficha 2193 SIHO Ministerio de la Protección Social de las ESE Hospitales del Departamento vigencias 2011-2012

El equilibrio presupuestal total corresponde a la relación total ingresos recaudados de la vigencia sobre el total de gastos comprometidos de la vigencia, incluyendo los recaudos y compromisos de vigencias anteriores pero sin incluir vigencias anteriores corresponde al equilibrio de la operación corriente.

De acuerdo a los parámetros contemplados por la Dirección Seccional de Salud de Risaralda en cada una de las evaluaciones correspondientes, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) Públicas de Risaralda deben lograr durante cada vigencia la financiación de los compromisos con el total de los recaudos.

En cuanto a los resultados para el indicador de equilibrio presupuestal se observa como en el primer nivel, 9 de 12 IPS tienen el indicador igual o superior a 1, y 2 de las 12 registran un indicador del 95.0% o más, En el año 2011 las entidades que tenían un indicador superior a 1, fueron 7 y en 2012 se termina con 9 entidades con un indicador superior a 1. Con respecto al número de entidades que no cumplieron el indicador, se viene mejorando también desde 2010, año en el cual 3 entidades no lo cumplieron (Ese H. San Vicente de Paúl de Apia, Ese Salud Pereira y Ese H. San José de Belén de Umbría), para 2011 fueron 2 saliendo de este grupo la Ese H. San Vicente de Paúl de Apía, y para 2012 apenas fue de 1 entidad (Ese H. San José de Belén de Umbría).

Es importante resaltar que si bien el promedio del indicador se sostiene en 2011 con respecto a 2010 en el 0.91, ya para 2012 el promedio de las doce entidades de primer nivel se ubica en 0.99 con un crecimiento de 8 puntos básicos. Esto necesariamente muestra la buena gestión administrativa en las entidades de primer nivel y muestra también el impacto positivo en la mayoría de los casos de la aplicación por parte de las Direcciones Locales de Salud del decreto 1080 de 2012.

Para el segundo nivel de atención en salud se conserva en 2011 el comportamiento de 2010. Si bien en 2010 3 de 3 IPS presentaron un indicador por encima de 1.0, en el año 2011 2 de 3 IPS presentaron el indicador en iguales

circunstancias. Para el año 2012 se conserva el número de IPS con indicador superior a 1.0. Para el año 2011 el menor indicador se calculó en 0.91 mientras que en 2012 se calcula en 0.99. Por su parte la Ese H. Mental Universitario de Risaralda conserva su excelente posición financiera. La mejora en los indicadores desde 2011 a 2012 en las tres entidades de segundo nivel de atención repercute en la mejora del promedio del indicador para ese nivel, el cual viene de 1.06 en 2011 para posicionarse en el 1.05 en 2012.

Con respecto al tercer nivel y gracias a los esfuerzos realizados desde la administración de la Gobernación de Risaralda y a las directivas de la ESE, en todos los años a partir de 2009 hasta 2012 se viene cumpliendo el indicador. Es importante resaltar que para el 2012 se logra el mejor valor del mismo con 1.11.

En resumen, el indicador de equilibrio presupuestal para la vigencia 2012 teniendo en cuenta el 100% de red pública departamental pasa de 0.97 a 1.05. Se puede observar un crecimiento de 8 puntos básicos en el primer nivel, de 5 en el segundo nivel y de 12 en el tercero; con un crecimiento promedio en toda la red de 8 puntos básicos. Aun así, el comportamiento de los recaudos del régimen subsidiado no permitió una mejora más importante en el indicador de equilibrio financiero con base a los recaudos.

Es de anotar que el logro del equilibrio financiero para toda la red con vigencias anteriores fue resultado en gran parte por la aplicación del decreto 1080 de 2012, pues como se evidencia el porcentaje de recaudos sobre compromisos en el ejercicio corriente el resultado del indicador dio por debajo del 0.87 en 5 de las 16 ESE, y en promedio para toda la red este indicador quedo en 0.87. Situación .que comparado con el resultado de la vigencia 2011 empeoro puesto que para dicha vigencia 2 ESE habían quedado por debajo del 0.90 pero el total había quedado

en 0.96 y para 2012 bajo en promedio de la red a un 0.87 bajando 9 puntos básicos.



Cuadro 244. RESUMEN CALIFICACION DE RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

ESE HOSPITALES DEPARTAMENTO DE RISARALDA

| Municipio | Institución | Carácter | Categorización del riesgo 2012 | Categorización del riesgo 2013* |
|---|---|---|---|---|
| **E.S.E HOSPITALES PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | |
| Apía | E.S.E Hospital San Vicente de Paúl | Municipal | Sin riesgo | Sin riesgo |
| Balboa | E.S.E Hospital Cristo Rey | Municipal | Riesgo bajo | Riesgo bajo |
| Belén de umbría | E.S.E Hospital San Jose | Municipal | Riesgo alto | Sin riesgo |
| Guática | E.S.E. Hospital Santa Ana | Municipal | Riesgo bajo | Sin riesgo |
| La Celia | E.S.E Hospital San Jose | Municipal | Sin riesgo | Sin riesgo |
| Marsella | E.S.E Hospital San Jose | Municipal | Riesgo bajo | Sin riesgo |
| Mistrató | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | Municipal | Riesgo bajo | Riesgo bajo |
| Pereira | E.S.E Salud Pereira | Municipal | Riesgo alto | Sin riesgo |
| Pueblo rico | E.S.E. Hospital San Rafael | Municipal | Riesgo bajo | Riesgo bajo |
| Quinchía | E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía | Municipal | Sin riesgo | Riesgo bajo |
| Santa rosa de cabal | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | Municipal | Riesgo bajo | Sin riesgo |
| Santuario | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | Municipal | Riesgo bajo | Riesgo bajo |
| | | | | |
| **E.S.E HOSPITALES SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | |
| Dosquebradas | E.S.E Hospital Santa Mónica | Departamental | Riesgo bajo | Riesgo bajo |
| La Virginia | E.S.E Hospital San Pedro Y San Pablo | Departamental | Sin riesgo | Riesgo medio |
| Pereira | E.S.E Hospital Mental Universitario de Risaralda | Departamental | Riesgo bajo | Sin riesgo |
| | | | | |
| **E.S.E HOSPITALES TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD** | | | | |
| Pereira | E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira | Departamental | Sin riesgo | Sin riesgo |

Fuente: MSPS –SIHO
*(NOTA: Los categorizados en riesgo alto y medio en 2012(resolución 2509), repiten para el año 2013(resolución 1877)).

En cumplimiento de los artículos 80, 81 y 82 de la Ley 1438 de 2011 las Empresas Sociales del Estado son categorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social sin riesgo, en riesgo bajo, medio o alto, de acuerdo a dicha categorización aquellas instituciones categorizadas en riesgo medio o alto, deben adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero con sujeción a los parámetros generales de contenido definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

La situación Fiscal y financiera para las ESE hospitales del Departamento de Risaralda objeto de este análisis como se observa en el cuadro anterior de las 16 ESE evaluadas con información 2012 en su categorización de riesgo fiscal y financiero para el 2013 quedaron categorizadas según Resolución 1877 de 30 Mayo de 2013, siete entidades quedaron sin riesgo, 5 de las cuales son de primer nivel, 1 de segundo nivel y el Hospital Universitario San Jorge de Pereira de tercer nivel, en riesgo bajo quedaron calificadas 6 ESE Hospitales 5 de primer nivel y 1 de segundo nivel, en riesgo medio quedó categorizada la ESE san Pedro y San pablo de la Virginia que es de segundo nivel de complejidad, y en riesgo alto quedaron dos instituciones la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE BELEN DE UMBRIA y la E.S.E. SALUD PEREIRA las dos de primer nivel de complejidad; es de aclarar que las dos ESE Hospitales quedaron categorizadas en riesgo alto debido a que la resolución 1877 en su artículo tercero estableció que las ESE categorizadas en riesgo alto y medio para la vigencia 2012 según resolución 2509, repiten para el año 2013[8]; así sus indicadores hayan mejorado, por lo cual como se observa en el cuadro estas dos ESE si no hubieran sido categorizadas en riesgo alto para la vigencia anterior hubieran quedado sin riesgo, pero debido a la normatividad se debieron quedar en plan de saneamiento fiscal y financiero.

Por los resultados de la categorización del Riesgo Fiscal y Financiero alto y medio para las 3 ESE mencionadas debieron presentar Programas de saneamiento Fiscal y financiero de acuerdo a los lineamientos emitidos por el Ministerio de hacienda y crédito público, así mismo de manera complementaria dichas instituciones recibieron por parte de la Dirección territorial acompañamiento, es decir que la coordinación en la elaboración y monitorización de la implementación

8 Artículo 3°. *Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia 2013*. La categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2013, será la siguiente: 1. Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas, mediante la Resolución número 2509 de 2012, en riesgo medio o alto, continuarán con igual categorización de riesgo y deberán adoptar el programa de saneamiento fiscal y financiero en las condiciones que determine el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. La categorización se encuentra contenida en el Anexo Técnico número 1 que hace parte integral de la presente resolución.

de los Planes de Saneamiento Fiscal y financiero están a cargo del Departamento y se deberá verificar que dichos programas estén alineados con el Programa Territorial de Reorganización y modernización de las redes Empresas Sociales del estado.



Por lo cual la propuesta de modelo de red, asume esta realidad financiera y presenta propuestas de intervención que permitan fortalecer a todas las instituciones al ampliar y flexibilizar su portafolio de servicios, hasta el punto en que las condiciones del mercado se lo permitan. De esta manera el alcance final de la propuesta va más allá de dimensionar una red pública para la población pobre no asegurada, en el papel de la Dirección territorial de Salud como asegurador, sino más bien de reorientar y guiar a las ESE del Departamento en su nuevo rol como prestadores de servicios de salud competitivos. Así, la tarea primordial para las IPS públicas será mejorar la calidad de sus servicios para hacerse competitivas aprovechando las protecciones especiales, la tradición y el respaldo comunitario y en muchos casos el ser único prestador en el territorio.

## CONCLUSIONES ANALISIS FINANCIERO



De acuerdo a la información contenida en este documento a continuación se presentan algunas conclusiones a considerarse en las propuestas de intervención:

- Las EPS están segmentando y fragmentando la prestación de los servicios de salud a su conveniencia, tienen diseñadas sus propias redes de prestación de servicios contratando y subcontratando procedimientos con el prestador público o privado que ofrezca más baratos los servicios, pero en esta práctica el más afectado es el usuario (afiliado) porque lo anterior aumenta las barreras de acceso, limita la calidad, oportunidad e integralidad de los servicios en salud y obstaculizan la solución de las necesidades sentidas de la población.

- La unificación del POS y la inclusión de nuevos medicamentos y procedimientos han estado asociadas con un crecimiento en la afiliación y la atención en decir en la accesibilidad; Sin embargo, la asignación y el flujo de recursos y el crecimiento desbordado del No POS es un problema latente que no se ha podido solucionar.

- Es evidente el escepticismo de las ESE Hospitales del departamento frente a las jornadas realizadas y desarrolladas con la Superintendencia nacional de Salud y la Procuraduría general de la Nación, donde se han generado múltiples conciliaciones sin resultados donde cada vez más se dilatan las conciliaciones y aclaraciones de cuentas, y persiste el incumplimiento permanente de la normatividad vigente por parte de las EPS y no se evidencian sanciones ejemplarizantes a las EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

- Es necesario y urgente concertar una estrategia realmente efectiva en el ámbito nacional que permita y garantice la contratación y los pagos de las aseguradoras tanto del régimen subsidiado como contributivo con la red pública de prestadores de servicios de salud; en donde se cumplan los plazos y los procesos establecidos en la normatividad vigente, de tal forma que los recursos transformados retornen en forma oportuna a las ESE como pago a las atenciones de la población afiliada. Porque las EPS del régimen subsidiado y contributivo tienen en fragilidad financiera a las ESE Hospitales quienes en su operación corriente están vigencia tras vigencia presentando déficit.

- Se requiere por parte del nivel nacional, definir rápidamente los lineamientos y el marco normativo para el proceso de implementación del artículo 103 de la ley 1438 de 2011 donde estipula que el personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes, de tal forma que se establezcan los planes de formalización laboral por parte de las ESE para aplicación de manera gradual, toda vez que el hecho de trasladar personal a empresas temporales como se reflejó en este análisis incremento los costos de manera significativa, por lo cual se predice que dicha formalización laboral[9] incrementara los costos fijos de manera significativa.

[9] Sentencias de la corte constitucional que obligan Sentencia C 614 de 2009, Decreto 2025 de 2011, y ley 1438 de 2011.

- Persisten aún problemas en la calidad, oportunidad y la integralidad de los tratamientos médicos, la entrega de medicamentos es deficiente, las salas de urgencias se han convertido en la puerta de entrada al sistema de manera generalizada en el Departamento generando insuficiencia en la red pública en el servicio de urgencias. Adicionalmente hay problemas con la capacidad resolutiva de los hospitales de baja complejidad, dificultades de acceso que incentivan a la gente a usar los servicios de urgencia.

- La reforma estatutaria a la Salud plantea acabar con la intermediación financiera en el sistema de salud, acabar con las EPS, para realizar una contratación directa entre las entidades administradoras de fondos territoriales de seguridad social en salud, con los prestadores de servicios. De acuerdo al panorama financiero de la red pública del Departamento se considera que esto es totalmente posible, menos oneroso, más eficiente y protege los recursos públicos financieros del sistema y a la vez protege a la red pública hospitalaria de los problemas del lento flujo de los recursos y al no pago, a lo que las han sometido todos estos años las EPS.

- Se refleja aun limitantes por carencia sistemas de información, facturación y costos en las ESE Hospitales, así como rotación de recurso humano en áreas críticas, que han dificultado la creación y el fortalecimiento de capacidades y han obstaculizado la consolidación de aprendizaje institucional.

- Para establecer la propuesta de reorganización es necesaria la definición clara de los roles que cada ESE debe cumplir en las condiciones del mercado y de los pagadores de servicios. Por tanto se plantea la conveniencia de fortalecer y orientar los esfuerzos de las ESE al cumplimiento de su misión institucional y el mejoramiento de la calidad, así como el fortalecimiento de los servicios existentes y la prestación de los servicios con los que aún no cuentan para el nivel de complejidad en la cual están caracterizados. Lo anterior, no quiere decir el cierre de posibilidades de ampliar en el mediano y largo plazo propuestas para mejorar sus portafolios y categorizarse en otro nivel de complejidad solo que con el diagnostico actual sería riesgoso para garantizar la viabilidad.

# PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Posterior al análisis multivariado (accesibilidad, población infraestructura, sostenibilidad financiera, etc.), la Secretaria de Salud, considera que la red pública de prestadores de servicios de salud del departamento de Risaralda, el cual obedece a un modelo de aseguramiento, debe de continuar con la división geográfica de tres zonas (oriente- centro y occidente), con 2 cabezas de red de mediana complejidad como son la ESE San Pedro y San Pablo de la Virginia y la ESE Santa Mónica de Dosquebradas

En la medida que la Gobernación de Risaralda deja de ser aseguradora y por lo tanto ya no tiene ni la competencia ni los recursos para contratar prestación de servicios con las ESE, la lógica del modelo de red se transforma y comienza a ser más importante la ubicación de cada IPS en las distintas redes de prestación de servicios de cada una de las EPS subsidiadas y contributivas. El sistema de referencia y contra-referencia también se modifica en la medida en que la decisión del traslado y ubicación de un paciente es competencia de la EPS, dentro de la red que tenga contratada.

En las actuales circunstancias del SGSSS, las IPS públicas deben procurar la venta de servicios dentro de un diseño de portafolios que les garantice la viabilidad financiera de los servicios, en un sistema de mercado en donde sobrevivirán las entidades que ofrezcan calidad, oportunidad y continuidad en los servicios. Desde esta perspectiva no es conveniente limitar las posibilidades de la IPS públicas para ofrecer y vender servicios. Al contrario esta flexibilidad puede ser uno de los factores diferenciadores y competitivos de las IPS públicas que ya tienen

adelantada la inversión en todos los municipios y que por lo tanto el ofrecimiento de nuevos servicios dependerá solamente de lograr el equilibrio financiero a partir del diseño de una oferta adecuada para el tamaño de la demanda. Por lo tanto cada institución debe ofrecer el portafolio de servicios que sea capaz de prestar en condiciones de calidad y con equilibrio financiero. Las intensidades de la oferta, es decir, la cantidad de tiempo y recursos destinados para la prestación de los servicios dependerá de cada servicio en particular y de la capacidad de negociación de cada ESE, por lo cual cada que se vaya a ofertar un nuevo servicio requiere que para su habilitación se realice el estudio de oferta-demanda.

## CLASIFICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE LA RED SEGÚN TIPOS DE PORTAFOLIOS:

De acuerdo con el grado de complejidad de la atención, los portafolios se ordenan en ATENCIONES DE BAJA, MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD. A su vez, cada uno de estos portafolios se clasifica en varios tipos dentro de la complejidad, así:

BAJA COMPLEJIDAD**.** Corresponden a servicios a ofertar en los nodos primarios de atención dentro de la red.

BAJA COMPLEJIDAD TIPO A. Se caracterizan por:

(a) Las atenciones en salud serán prestadas por recurso humano de formación básica, liderados por el médico general y que incluye odontología general, enfermería, con soporte de laboratorio clínico básico.

(b) Las atenciones en salud operarán en el ámbito de los principios de la atención primaria en salud, lo que incluye una labor en los propios espacios sociales, con los diversos actores e instituciones locales –participación comunitaria e

intersectorial- bajo un escenario geográfico poblacional específico, con tecnología apropiada o primaria

(c) Que la atenciones en salud serán de vocación extramural y se realizan mediante equipos de salud, ya no intrahospitalarios, que "esperan el paciente" en puntos de atención "fijos" y de reacción pasiva, sino móviles y proactivos que interactúan de manera dinámica con la población a la que "protegen". Los puntos de encuentro entre el equipo proveedor de servicios y las población objetivo, podrán ser los espacios comunales, los domicilios de las familias y para las intervenciones que requieren alguna infraestructura básica propia de salud (por requisitos técnico científicos de habilitación), se realizará en puestos de salud y en algunos casos centros de salud.

(d) los servicios que ofrecen, corresponden a los procedimientos contenidos dentro de los programas de salud previamente protocolizados y a las atenciones para la recuperación de la salud o asistenciales básicas ambulatorias realizadas por medicina y odontología general, enfermería y promotores de salud, con apoyo de toma de muestras.

(e) La disponibilidad de estos servicios se tendrá, de acuerdo con la programación de metas de atención previamente realizada, según número de familias a monitorear e intervenir y según el perfil de atenciones a ofertar. Así, podrían realizarse intervenciones diarias, semanales, quincenales, mensuales, etc. Sin embargo la observación y monitoreo de la población y del comportamiento de los factores de riesgo y protectores, deberá realizarse de manera permanente, y es aquí donde cobran importancia los sistemas de información y el papel de promotores locales de salud, especialmente en las zonas de más difícil acceso o de mayor incidencia de problemas de salud.

Cada uno de las IPS locales de primer nivel organizará los puestos y centros de salud de su área de influencia, en términos de costo eficiencia.

BAJA COMPLEJIDAD TIPO B**.** Corresponde al "portafolio de servicios mínimo básico" al que deberá acceder cualquier ciudadano en cualquier municipio. Se caracteriza por contener los servicios descritos en el de baja complejidad TIPO A, pero con la siguiente diferencia incremental de atenciones:

(a) Los servicios asistenciales o de recuperación, incluirán además de la atención ambulatoria móvil extramural e intramural en puestos, centros de salud y hospital local, la atención obstétrica de bajo riesgo –partos-, de urgencias 24 horas, y habrá disponibilidad de un número mínimo de camas de apoyo a la atención de urgencias y partos y de estudios diagnósticos de laboratorio clínico básico.

BAJA COMPLEJIDAD TIPO C**.** Se caracteriza por contener los servicios descritos en los de baja complejidad tipos A y B, y además:

(a) Servicios asistenciales de hospitalización de estancia general, con camas que generan egresos, diferenciadas entre hombres, mujeres y niños, servicios de ayuda diagnóstica completa de baja complejidad en laboratorio clínico y radiología.

MEDIA COMPLEJIDAD**.** Corresponden a servicios a ofertar en los nodos articuladores o secundarios de atención dentro de la red, con servicios especializados de apoyo o complementarios a la labor de las redes primarias de atención.

MEDIA COMPLEJIDAD TIPO A. Portafolio de servicios básicos especializados de tipo ambulatorio. Se caracteriza por:

(a) Disponer con servicios médicos especializados de Ginecoobstetricia, Pediatría, Cirugía general, Medicina interna y ortopedia/traumatología según perfil epidemiológico, todos, de tipo ambulatorio y con una disponibilidad acorde con el volumen de demanda de servicios requerido, esto es, si la demanda solo indica la

necesidad de contar con alguno de estos servicios dos días a la semana, ésta será entonces la oferta a proveer. Por ello, la oferta de estos servicios depende además de la posibilidad de contar con recurso humano especializado disponible para laborar en la localidad. Este tipo de atención ambulatoria, implica la posibilidad de ofertar consulta externa y procedimientos de tipo ambulatorio y electivo, así como también servicios de cirugía ambulatoria y electiva, pudiendo además prestar apoyo de interconsulta a los médicos generales en la hospitalización de baja complejidad. Se prestan además servicios de apoyo diagnóstico de media complejidad, de laboratorio clínico, Imagenología radiológica con radiólogo, ecografía, así como también servicios de apoyo terapéutico de rehabilitación básica, con terapia física y del lenguaje.

(b) Estos servicios podrán disponerse en ámbitos ambulatorios extramurales, en los nodos de atención primaria, siempre y cuando exista la infraestructura disponible para prestar los servicios en condiciones de garantía requeridas por los estándares de habilitación. Esta modalidad de atención implica que los médicos especialistas se desplacen hacia puntos de atención en donde sea posible la realización de las actividades ambulatorias, de acuerdo con el perfil de salud de la población.

(c) La prestación de servicios de media complejidad ambulatoria, se prestan de manera simultánea con los servicios de baja complejidad tipo C.

MEDIA COMPLEJIDAD TIPO B**.** portafolio de servicios básicos especializados de tipo ambulatorio y de urgencias 24 horas**.** Se caracteriza por:

(a) Además de los servicios de media complejidad tipo A, se dispondrá de servicios médicos especializados 24 horas, en las especialidades básicas y se dispondrá de otras especialidades de tipo ambulatorio, como otorrinolaringología, oftalmología, urología, cirugía plástica y dermatología, que son las requeridas con mayor frecuencia luego de las básicas. Contará con servicios de hospitalización

con estancia especializada y cirugía de urgencias, y podría contar con servicios de apoyo especializado en estancia de cuidados intermedios. El apoyo diagnóstico contará con laboratorio clínico especializado 24 horas y apoyo terapéutico, en rehabilitación contará con fisiatra y con servicio de transfusión sanguínea y servicios de procedimientos endoscópicos.



MEDIA COMPLEJIDAD TIPO B**.** PORTAFOLIO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL**.** Se caracteriza por:

(a) Dispone de servicios médicos especializados en psiquiatría, tanto de tipo ambulatorio como de internación, además de satisfacer las atenciones de urgencias siquiátricas las 24 horas del día durante todo el año.
(b) Se cuenta con servicios de apoyo tanto diagnóstico como terapéutico en psicología, trabajo social, terapia ocupacional, terapia de grupo, con los profesionales requeridos.}
(b) La población a atender con este portafolio corresponderá a poblaciones superiores de 1 millón de habitantes la cual se corresponde con el ámbito departamental.

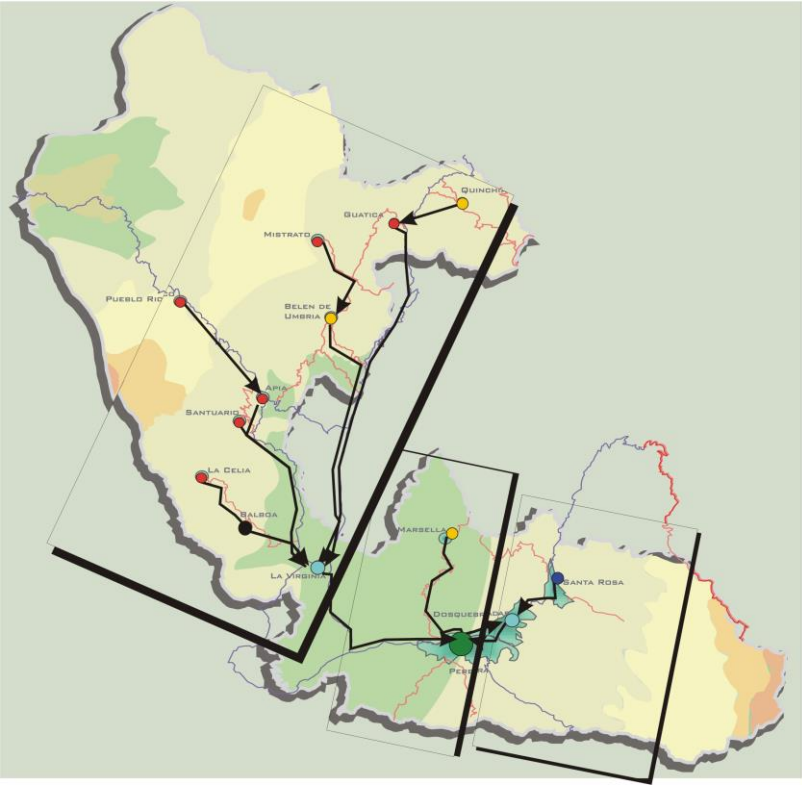
ALTA COMPLEJIDAD**.** Corresponden a servicios a ofertar en los nodos terciarios de atención dentro de la red y que son la cúspide de la jerarquización e la red.

ALTA COMPLEJIDAD TIPO A**.** **PORTAFOLIO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADAS**. Comprende los servicios descritos en el portafolio de media complejidad tipo B y además incluye los servicios de todas las demás especialidades disponibles, tanto clínicas, como quirúrgicas. CLINICAS: cardiología, neumología, reumatología, gastroenterología,

hematología, infectología y otras. QUIRÚRGICAS: cirugía general, traumatología/ortopedia, cirugía plástica, cirugía vascular, cirugía pediátrica. Incluye la atención en estancia especializada en unidad de cuidados intensivos adultos, pediátrica, neonatal y unidad de quemados.



ALTA COMPLEJIDAD TIPO B**. PORTAFOLIO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO**. Comprende el conjunto de atenciones requeridos para la atención de patologías ruinosas o catastróficas, consideradas de alto costo: Trasplante y diálisis Renal, Reemplazos Articulares, Manejo del Trauma Mayor, Cirugía Cardiaca, Manejo del Gran Quemado, Manejo de Pacientes Infectados por VIH, Quimioterapia y Radioterapia para el Cáncer, Manejo de pacientes en UCI, Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas y Neurocirugía Sistema Nervioso.



| GRADO DE COMPLEJIDAD | TIPO | SERVICIOS HABILITADOS |
|---|---|---|
| Baja Complejidad | Tipo A | Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, observación, en lo que se denomina primer nivel de atención o baja complejidad. |
| | Tipo B | Se caracteriza por contener los servicios descritos en el de baja complejidad TIPO A, pero con la siguiente diferencia incremental de atenciones: Los servicios asistenciales o de recuperación, incluirán además de la atención ambulatoria móvil extramural e intramural en puestos, centros de salud y hospital local, la atención obstétrica de bajo riesgo – partos -, de urgencias 24 horas, y habrá disponibilidad de un número mínimo de camas de apoyo a la atención de urgencias y partos y de estudios diagnósticos de laboratorio clínico básico. |
| | Tipo C | Se caracteriza por contener los servicios descritos en los de baja complejidad tipos A y B, y además: (a) Servicios asistenciales de hospitalización de estancia general, con camas que generan egresos, diferenciadas entre hombres, mujeres y niños, servicios de ayuda diagnóstica completa de baja complejidad en laboratorio clínico y radiología. |
| Mediana Complejidad A | | (a) Disponer con servicios médicos especializados de Ginecoobstetricia, Pediatría, Cirugía general, Medicina interna y ortopedia/traumatología según perfil epidemiológico, todos, de tipo ambulatorio y con una disponibilidad acorde con el volumen de demanda de servicios. Este tipo de atención ambulatoria, implica la posibilidad de ofertar consulta externa y procedimientos de tipo ambulatorio y electivo, así como también servicios de cirugía ambulatoria y electiva, pudiendo además prestar apoyo de interconsulta a los médicos generales en la hospitalización de baja complejidad. Se prestan además servicios de apoyo diagnóstico de media complejidad, de laboratorio clínico, Imagenología radiológica con radiólogo, ecografía, así como también servicios de apoyo terapéutico de rehabilitación básica, con terapia física y del lenguaje.<br>(b) Estos servicios podrán disponerse en ámbitos ambulatorios extramurales, en los nodos de atención primaria, siempre y cuando exista la infraestructura disponible para prestar los servicios en condiciones de garantía requeridas por los estándares de habilitación. Esta modalidad de atención implica que los médicos especialistas se desplacen hacia puntos de atención en donde sea posible la realización de las actividades ambulatorias, de acuerdo con el perfil de salud de la población.<br>(c) La prestación de servicios de media complejidad ambulatoria, se prestan de manera simultánea con los servicios de baja complejidad tipo C. |
| Mediana Complejidad B | | (a) Además de los servicios de media complejidad tipo A, se dispondrá de servicios médicos especializados 24 horas, en las especialidades básicas y se dispondrá de otras especialidades de tipo ambulatorio, como otorrinolaringología, oftalmología, urología, cirugía plástica y dermatología, que son las requeridas con mayor frecuencia luego de las básicas. Contará con servicios de hospitalización con estancia especializada y cirugía de urgencias, y podría contar con servicios de apoyo especializado en estancia de cuidados intermedios. El apoyo diagnóstico contará con laboratorio clínico especializado 24 horas y apoyo terapéutico, en rehabilitación contará con fisiatra y con servicio de transfusión sanguínea y servicios de procedimientos endoscópicos. |
| Mediana Complejidad B, portafolio de servicios especializados en salud mental | | (a) Dispone de servicios médicos especializados en psiquiatría, tanto de tipo ambulatorio como de internación, además de satisfacer las atenciones de urgencias psiquiátricas las 24 horas del día durante todo el año.<br>(b) Se cuenta con servicios de apoyo tanto diagnóstico como terapéutico en psicología, trabajo social, terapia ocupacional, terapia de grupo, con los profesionales requeridos.}<br>(b) La población a atender con este portafolio corresponderá a poblaciones superiores de 1 millón de habitantes la cual se corresponde con el ámbito departamental. |

| GRADO DE COMPLEJIDAD | TIPO | SERVICIOS HABILITADOS |
|---|---|---|
| Alta Complejidad Tipo A | | **PORTAFOLIO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADAS**. Comprende los servicios descritos en el portafolio de media complejidad tipo B y además incluye los servicios de todas las demás especialidades disponibles, tanto clínicas, como quirúrgicas. CLINICAS: cardiología, neumología, reumatología, gastroenterología, hematología, infectología y otras. QUIRÚRGICAS: cirugía general, traumatología/ortopedia, cirugía plástica, cirugía vascular, cirugía pediátrica. Incluye la atención en estancia especializada en unidad de cuidados intensivos adultos, pediátrica, neonatal y unidad de quemados. |
| Alta Complejidad Tipo B | | **PORTAFOLIO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO**. Comprende el conjunto de atenciones requeridos para la atención de patologías ruinosas o catastróficas, consideradas de alto costo: Trasplante y diálisis Renal, Reemplazos Articulares, Manejo del Trauma Mayor, Cirugía Cardiaca, Manejo del Gran Quemado, Manejo de Pacientes Infectados por VIH, Quimioterapia y Radioterapia para el Cáncer, Manejo de pacientes en UCI, Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas y Neurocirugía Sistema Nervioso. |

## REGION OCCIDENTE: TERRITORIO DE RISARALDA SOBRE LA CORDILLERA OCCIDENTAL.

En el siguiente cuadro, se presenta una relación de los prestadores de servicios de salud ubicados en la REGION OCCIDENTE, así como el municipio y grado de complejidad.

Cuadro 245. RELACION DE IPS SEGÚN ORIGEN Y GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA REGION OCCIDENTE

| MUNICIPIO | NOMBRE DEL PRESTADOR | ORIGEN | GRADO DE COMPLEJIDAD |
|---|---|---|---|
| Apia | ESE Hospital San Vicente de Paúl | Público | Bajo tipo C |
| Balboa | ESE Hospital Cristo Rey | Público | Bajo tipo C |
| Belén de Umbría | ESE Hospital San José | Público | Bajo tipo C |
| Guática | ESE Hospital Santa Ana | Público | Bajo tipo C |
| La Celia | ESE Hospital San José | Público | Bajo tipo C |

| | | | |
|---|---|---|---|
| La Virginia | ESE Hospital San Pedro y San Pablo | Público | Media tipo A (para la atención ambulatoria) |
| Mistrató | ESE Hospital San Vicente de Paúl | Público | Bajo tipo C |
| Pueblo Rico | ESE Hospital San Rafael | Público | Bajo tipo C |
| Quinchía | ESE Hospital Nazareth | Público | Bajo tipo C |
| Santuario | ESE Hospital San Vicente de Paúl | Público | Bajo tipo C |

FUENTE: Dirección Operativa de Servicios de Salud



A continuación se hace una descripción del papel de cada prestador dentro de la Red de Servicios de Salud.

## Municipio de Apia.

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL: En la actualidad se encuentra clasificado como un prestador de servicios de salud de Primer Nivel de Atención, el cual ofrece servicios de baja complejidad tipo C, a pesar de no contar con radiología, equipo que se tiene proyectado adquirir para la nueva sede. Igualmente se está a la espera de fallo judicial con respecto a la construcción de la nueva sede, para la reubicación de la ESE.

Bajo el esquema del Sistema General de Participaciones debe:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Apia que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia.

- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Pedro y San Pablo, Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Ser entidad receptora para aquellas personas provenientes del municipio de Pueblo Rico con requerimientos de servicios de baja complejidad no disponibles en ese ente territorial.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros), y atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage. En coordinación con el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

## Municipio de Balboa

ESE HOSPITAL CRISTO REY: Próximamente se trasladará a la nueva sede, Clasificado como hospital de primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo C, no cuenta con equipo de radiología. Es el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S. Además de:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Balboa que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Pedro y San Pablo, Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos,

Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

ESE HOSPITAL SAN JOSE: Clasificado como de primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo C, cuenta con radiología y atiende una población de 27.726 habitantes.

Actualmente en plan de saneamiento fiscal, ya que en el año 2012 fue clasificado en riesgo financiero alto.

Es el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Belén de Umbría que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Pedro y San Pablo, Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.

- Ser entidad receptora para el bajo nivel de complejidad en los servicios no prestados a los participantes vinculados por el Hospital San Vicente de Paul de Mistrató y Santa Ana de Guática.
- Ofrecer servicios de cirugía ambulatoria de mediana complejidad a su población y otra del departamento de acuerdo a las necesidades y manera de contratación por parte de la Secretaría Departamental de Salud.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último. De acuerdo a la magnitud del evento y su duración podrá ser receptor de personal de salud de tipo especializado para resolver problemas de mediana complejidad.

## Municipio de Guática.

ESE HOSPITAL SANTA ANA: Clasificado como de primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo C, no cuenta con radiología y atiende una población 15.446 habitantes, será el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Guática que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital San José de Belén de Umbría o San Pedro y San Pablo de La Virginia.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Pedro y San Pablo, Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL: Clasificado como de primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo C, a pesar de no contar con radiología y atender una población menor de 20.000 habitantes. (8.646), es el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a La Celia que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Pedro y San Pablo, Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.

- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

## Municipio de La Virginia.

ESE HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO: Clasificado como de segundo nivel de atención tipo A, ofrece la mayoría de los servicios de baja complejidad y los ambulatorios de mediana complejidad.

Clasificado en riesgo financiero medio en el año 2013, el incremento de servicios ofertados en el portafolio, estará condicionado al cumplimiento del plan de saneamiento fiscal y a la sostenibilidad financiera de la institución, no se considera pertinente llevarlo a un segundo nivel de complejidad pleno en el mediano plazo, deberá realizar estrategias para el incremento de las actividades ofertadas, como las consultas itinerantes de especialistas a los municipios de su responsabilidad y ante la poca capacidad de respuesta del hospital mental y la disminución de la misma por la entrada en vigencia de la Resolución 1441 de 2013, se permitirá la apertura de camas de hospitalización para el manejo de pacientes con patología mental. Una vez superado el escenario financiero actual, se podrán ir habilitando en forma gradual servicios de mediana complejidad hasta lograr un segundo nivel pleno.

La ESE Hospital San Pedro y San Pablo, será el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada con otra IPS pública o privada a los participantes vinculados y subsidiados del Corregimiento de Caimalito del Municipio de Pereira.
- Ser entidad receptora para los servicios de baja complejidad de los pacientes remitidos por los hospitales ubicados en la Subregión Occidente según el orden establecido para cada uno.
- Ser entidad receptora para los servicios de mediana complejidad ambulatoria, del participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S para los habitantes de los municipios de la Subregión Occidente.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.
- Ser centro de reserva para la atención de emergencias y desastres en los municipios de su área de influencia de acuerdo a lo establecido por el

Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud dentro de su programa de urgencias, emergencias y desastres.

- Ser entidad remitente de pacientes vinculados y subsidiados para aquellos servicios de tercer y cuarto nivel no incluidos en el POS-S, ni disponibles en su entidad hacia otras IPS privadas con las cuales se tenga contrato o fuera del departamento previa autorización de la Secretaría de Salud Departamental.



## Municipio de Mistrató.

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL: Clasificado como del primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo A+B+C, no cuenta con radiología y su población a atender es de 15.815 habitantes, es el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Mistrató que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital San José de Belén de Umbría o San Pedro y San Pablo de la Virginia.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Pedro y San Pablo, Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge.

- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

## Municipio de Pueblo Rico.

HOSPITAL SAN RAFAEL: Clasificado como del primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo A+B+C, no cuenta con radiología y su población a atender es de 12.825 habitantes, es el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones

geográficas acceden más fácilmente a Pueblo Rico que al Hospital de su municipio de procedencia.

- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital San Vicente de Paul de Apia, o San Pedro y San Pablo de La Virginia.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Pedro y San Pablo, Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

ESE HOSPITAL NAZARETH. Clasificado como del primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo A+B+C, cuenta con radiología y su población a atender es de 33.602 habitantes, es el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Quinchía que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Pedro y San Pablo, Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.

- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

## Municipio de Santuario.

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. Clasificado como del primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo A+B+C, cuenta con radiología y su población a atender es de 15.610 habitantes, es el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Santuario que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos

en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Pedro y San Pablo, Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge.

- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

COMPLEJIDAD
SUBREGION
MUNICIPIO
BAJA
TIPO A
TIPO B
TIPO C
REFERENCIA
MEDIA
TIPO A
TIPO B
SALUD MENTAL
ALTA
TIPO A
TIPO B
OCCIDENTE
Apia
Balboa
Belén de Umbría
Guática
La Celia
La Virginia
Mistrató
Pueblo Rico
Quinchía
Santuario
ESE Hospital San Vicente de Paúl
ESE Hospital Cristo Rey
ESE Hospital San José
ESE Hospital Santa Ana
ESE Hospital San José
ESE Hospital San Vicente de Paúl
ESE Hospital San Rafael
ESE Hospital Nazareth
ESE Hospital San Vicente de Paúl
Ambulatoria
Salud mental
Urgencia
ESE Hospital San Pedro y San Pablo
ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda
ESE Hospital Universitario San Jorge

| MUNICIPIO | NOMBRE DEL PRESTADOR | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|
| APÍA | ESE Hospital San Vicente de Paúl | En espera fallo para el inicio de obra de la nueva sede. | Construcción Nueva sede, implementación RX | Seguimiento |
| BALBOA | ESE Hospital Cristo Rey | Puesta en marcha nueva sede de la Entidad | Implementar servicios de RX | Seguimiento |
| BELÉN DE UMBRÍA | ESE Hospital San José | Implementación Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero |
| GUÁTICA | ESE Hospital Santa Ana | Fortalecimiento del Portafolio de Servicios | Fortalecimiento del Portafolio de Servicios | Seguimiento |
| LA CELIA | ESE Hospital San José | Fortalecimiento del Portafolio de Servicios | Fortalecimiento del Portafolio de Servicios | Seguimiento |
| LA VIRGINIA | ESE Hospital San Pedro y San Pablo | Implementación Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, fortalecimiento portafolio de servicios para llegar a mediana complejidad tipo B | Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero |
| MISTRATÓ | ESE Hospital San Vicente de Paúl | Fortalecimiento Portafolio de Servicios | Fortalecimiento Infraestructura y servicios extramurales | Seguimiento |
| PUEBLO RICO | ESE Hospital San Rafael | Fortalecimiento de el Portafolio de Servicios | Fortalecimiento infraestructura, terminación áreas de hospitalización y Laboratorio Clínico. | Seguimiento |
| QUINCHÍA | ESE Hospital Nazareth | Fortalecimiento de el Portafolio de Servicios | Fortalecimiento en Dotación | Seguimiento |
| SANTUARIO | ESE Hospital San Vicente de Paúl | Fortalecimiento de el Portafolio de Servicios | Fortalecimiento en Dotación | Seguimiento |

## REGION CENTRO: TERRITORIO RISARALDENSE UBICADO SOBRE LA CORDILLERA CENTRAL.

El cuadro presenta una relación de los prestadores de servicios de salud ubicados en esta región, así como el municipio y grado de complejidad.

Cuadro 246. RELACIÓN DE IPS SEGÚN ORIGEN Y GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA REGIÓN CENTRO

| MUNICIPIO | NOMBRE DEL PRESTADOR | ORIGEN | GRADO DE COMPLEJIDAD |
|---|---|---|---|
| Pereira | ESE Salud Pereira | Público | Bajo tipo C |
| | ESE Hospital Universitario San | Público | Alto tipo A - B |

| | | |
|---|---|---|
| Jorge | | |
| ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda | Público | Mediano tipo B |

FUENTE: Dirección Operativa de Prestación de Servicios de Salud



A continuación se hace una descripción del papel de cada prestador dentro de la Red de Servicios de Salud.

## Municipio de Pereira.

ESE HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO: Clasificado como del segundo nivel de atención con servicios de mediana complejidad es el responsable de atender a la población vinculada del departamento, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de salud mental incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa para aquellos pacientes vinculados de los municipios del departamento de Risaralda.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital del municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de mediana y alta complejidad no disponibles hacia los hospitales San Pedro y San Pablo de La Virginia, Hospital Santa Mónica de Dosquebradas o el Hospital Universitario San Jorge según corresponda.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado con alteraciones no mentales y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.

- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología mental en condición de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro del departamento.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Según su capacidad de urgencias atenderá todos los pacientes considerados como verdes o se apoyará en otras instituciones prestadoras de servicios de salud. En coordinación con el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas.
- Ser contra remitente hacia el centro asistencial de procedencia de los pacientes que le fueron remitidos.

La entrada en vigencia de la Resolución 1441 de 2013, es una amenaza para la ESE, ya que implica una disminución del 50% de su capacidad instalada de camas, sin tener opción de una nueva ampliación de la infraestructura.

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE: Clasificado como del tercer nivel de atención con servicios de mediana y alta complejidad, se pretende que a mediano plazo especialice su atención en la alta complejidad, es el responsable de atender a la población vinculada del departamento, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado así:

- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad hacia el centro asistencial de primer nivel del municipio de procedencia.
- Ser receptor para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S

- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en entidad receptora en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y manejo de la urgencia de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y remitirá (según su capacidad de respuesta) a las IPS de bajo y mediano grado de complejidad aquellos pacientes codificados como verde. En coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas.
- Ser entidad remitente de pacientes vinculados y subsidiados para aquellos servicios de tercer y cuarto nivel no incluidos en el POS-S, ni disponibles en su entidad hacia otras IPS privadas con las cuales se tenga contrato o fuera del departamento previa autorización de la Secretaría de Salud Departamental.
- Ser prestador de servicios de traslado medicalizado para el transporte del paciente críticamente enfermo tanto dentro como fuera del Departamento.

ESE SALUD PEREIRA. Clasificado como del primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo C, es el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Actualmente en plan de saneamiento fiscal, ya que en el año 2012 fue clasificado en riesgo financiero alto.

A través de la red de unidades intermedias de salud, la ESE Salud Pereira podrá ofertar algunos servicios de las especialidades básicas, a nivel ambulatorio y/o

cirugía ambulatoria programada, dicho incremento se servicios está condicionado al cumplimiento del plan de saneamiento fiscal y a la sostenibilidad de la ESE.

En caso de que la ESE Hospital Universitario San Jorge, no garantice los servicios de mediana complejidad, con la oportunidad requerida por la población de la ESE Salud, esta podrá iniciar la oferta de dichos servicios, llegando inclusive a una mediana complejidad plena a mediano plazo, siempre y cuando dichas atenciones no se apalanquen en los de baja complejidad.

A través de sus unidades intermedias cubrirá la demanda de servicios así:



UNIDAD INTERMEDIA DE CUBA.

- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia la Unidad Intermedia de Kennedy, Centro o Santa Mónica de Dosquebradas según la disponibilidad de recursos.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Jorge, Hospital Santa Mónica, Hospital San Pedro y San Pablo.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.

- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación con el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas.
- Ser receptor de los pacientes vinculados de Pereira con requerimientos de servicios de baja complejidad que por insuficiente oferta sean enviados desde las otras unidades intermedias.

UNIDAD INTERMEDIA DE KENNEDY

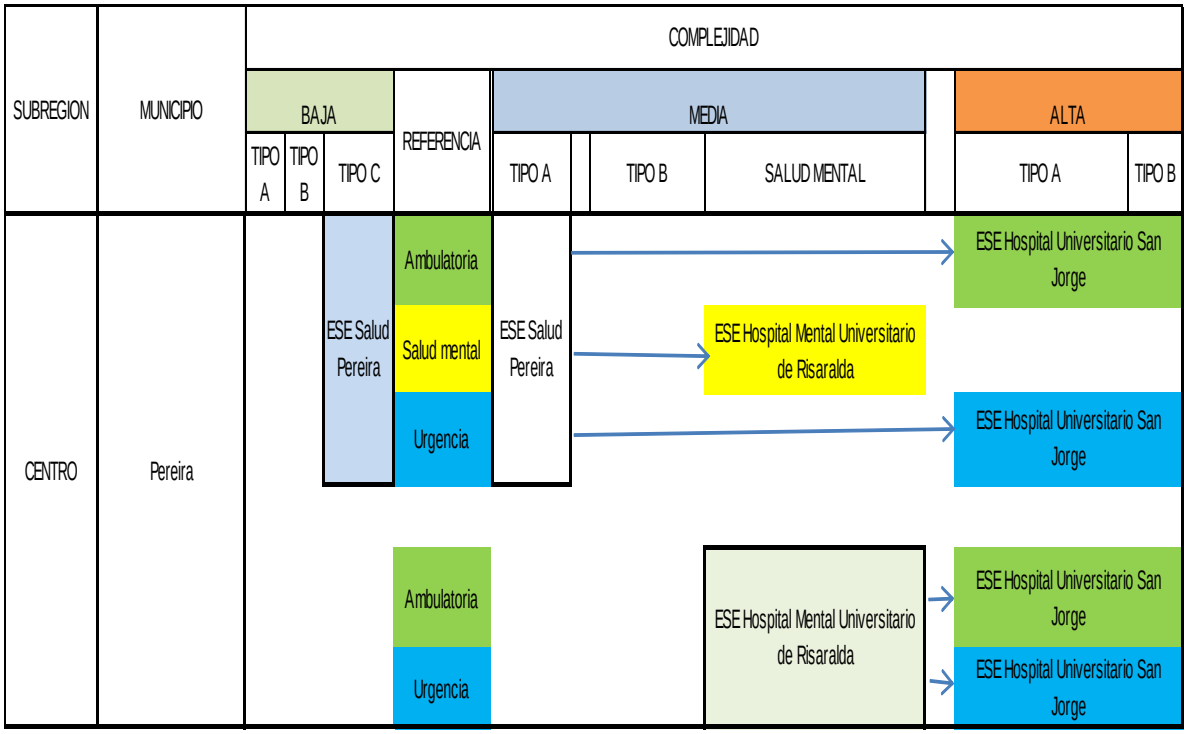
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia la Unidad Intermedia de Kennedy, Centro o Santa Mónica de Dosquebradas según la disponibilidad de recursos.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Jorge, Hospital Santa Mónica, Hospital San Pedro y San Pablo.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.

- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación con el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas.
- Ser receptor de los pacientes vinculados de Pereira con requerimientos de servicios de baja complejidad que por insuficiente oferta sean enviados desde las otras unidades intermedias.

UNIDAD INTERMEDIA DEL CENTRO

- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia la Unidad Intermedia de Kennedy, Centro o Santa Mónica de Dosquebradas según la disponibilidad de recursos.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital San Jorge, Hospital Santa Mónica, Hospital San Pedro y San Pablo.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.

- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación con el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas.
- Ser receptor de los pacientes vinculados de Pereira con requerimientos de servicios de baja complejidad que por insuficiente oferta sean enviados desde las otras unidades intermedias.



| MUNICIPIO | NOMBRE DEL PRESTADOR | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|
| Pereira | ESE Salud Pereira | Implementación Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero | Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, fortalecimiento del Portafolio de Servicios con actividades de media complejidad ambulatoria. | Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero |
| | ESE Hospital Universitario San Jorge | Fortalecimiento del Portafolio de alta complejidad | Seguimiento | Seguimiento |
| | ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda | Fortalecimiento | Seguimiento | Seguimiento |

## REGION ORIENTAL:

El cuadro presenta una relación de los prestadores de servicios de salud ubicados en esta región, así como el municipio y grado de complejidad.

Cuadro 247. RELACIÓN DE IPS SEGÚN ORIGEN Y GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA REGIÓN ORIENTAL

| MUNICIPIO | NOMBRE DEL PRESTADOR | ORIGEN | GRADO DE COMPLEJIDAD |
|---|---|---|---|
| Santa Rosa de Cabal | ESE Hospital San Vicente de Paúl | Público | Bajo tipo C |
| Dosquebradas | ESE Hospital Santa Mónica | Público | Media tipo A |
| Marsella | Hospital San José | Público | Bajo tipo C |

FUENTE: Dirección Operativa de Prestación de Servicios de Salud

Municipio de Santa Rosa de Cabal.

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL Clasificado como del primer nivel de atención con servicios de baja complejidad tipo C, por lo que es el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. En caso de que la ESE Santa Mónica de Dosquebradas cabeza de red de la región oriente, no garantice la oportunidad para la atención de especialidades básicas, podrá ofertar dichas actividades y los procedimientos ambulatorios que de estos se generen llevándola a un II nivel de complejidad tipo A, además de:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Santa Rosa de Cabal que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, en el siguiente orden: Hospital Santa Mónica, Hospital San Jorge, Hospital San Pedro y San Pablo. En caso de superarse la capacidad de atención del Hospital Santa Mónica, este centro asistencial podrá implementar servicios ambulatorios y de internación de segundo nivel para la atención de vinculado acorde con las posibilidades de la Dirección Departamental de Salud.
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.

- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Ofrecer servicios de cirugía ambulatoria de mediana complejidad a su población y otra del departamento de acuerdo a las necesidades y manera de contratación por parte de la Secretaría Departamental de Salud.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

## Municipio de Dosquebradas

ESE HOSPITAL SANTA MONICA Clasificado como del segundo nivel de atención con servicios de mediana complejidad, quien a mediano plazo será un institución tipo B, y posteriormente proyectar la prestación de servicios de alta complejidad como unidad de cuidados intensivos, esto condicionado al comportamiento de los indicadores de gestión y a la sostenibilidad financiera de la ESE, por lo anterior, continuara siendo el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos vinculados y subsidiados

en lo no POS procedentes de Santa Rosa de Cabal y Marsella, así como de pacientes procedentes de aquellos hospitales públicos de la región occidental no atendidos por insuficiente disponibilidad del Hospital San Pedro y San Pablo. Igualmente realizara jornadas de consulta de especialidades básicas, en las ESE de la región oriente permitiendo oportunidad y accesibilidad a la población de dichos municipios.



- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.
- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como rojos. Atenderá los pacientes considerados como, verdes y negros dentro de la clasificación del triage; los pacientes amarillos serán atendidos en este centro de acuerdo a la disponibilidad de los servicios de mediana complejidad quirúrgica o remitirse a otro centro asistencial. En coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.
- Ser entidad receptora para la realización de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios del mediano grado de complejidad con prioridad sobre los pacientes vinculados remitidos de Santa Rosa de Cabal, Marsella y el mismo Dosquebradas, según su disponibilidad atenderá otros municipios.

- Ser entidad remitente de pacientes vinculados y subsidiados para aquellos servicios de tercer y cuarto nivel no incluidos en el POS-S, ni disponibles en su entidad hacia otras IPS privadas con las cuales se tenga contrato o fuera del departamento previa autorización de la Secretaría de Salud Departamental.



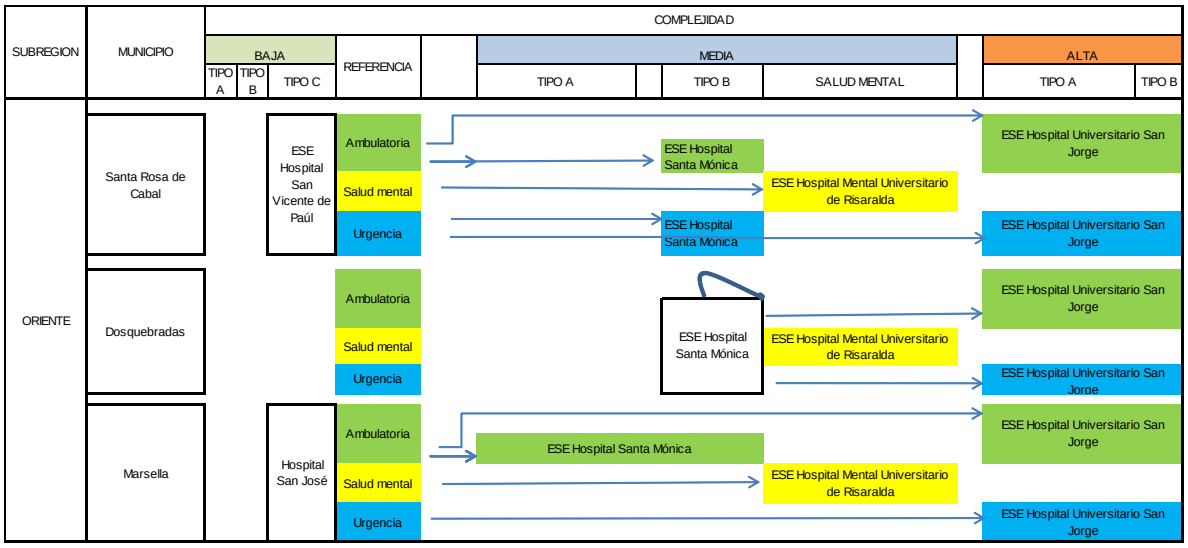
## Municipio de Marsella.

HOSPITAL SAN JOSE. Clasificado como del primer nivel de atención con servicios de baja complejidad será el responsable de atender a la población vinculada del municipio, así como aquellos usuarios del POS-S y POS-C que le sea contratado. Además:

- Garantizar los servicios de baja complejidad incluidos en el Plan Obligatorio de Salud en forma directa o contratada de aquellas poblaciones que por razones geográficas acceden más fácilmente a Marsella que al Hospital de su municipio de procedencia.
- Ser remitente de los pacientes vinculados que requieren servicios de baja complejidad no disponibles hacia el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas o la ESE Salud Pereira.
- Ser entidad remitente para los servicios de mediana y alta complejidad ambulatoria, para el participante vinculado y en aquellos servicios no incluidos en el POS-S, hacia la ESE Hospital Santa Mónica
- Ser remitente para los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Universitario San Jorge.
- Ser remitente para los servicios de salud mental para el participante vinculado y en aquellos no incluidos en el POS-S hacia el Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS.

- Ser entidad receptora para aquellas personas con patología de urgencias atendidas en el ámbito prehospitalario ya sea directamente o por intermedio de los organismos de socorro dentro de su área de influencia.
- Constituirse en Centro de Atención y Clasificación de Heridos en caso de una emergencia o desastre, realizando estabilización y transporte hacia otros centros asistenciales de los pacientes clasificados como críticos (Amarillos, Rojos, Negros). Atenderá todos los pacientes considerados como verdes dentro de la clasificación del triage y en coordinación el Instituto de Medicina Legal apoyará el esquema de atención a las personas fallecidas establecido por este último.

Las ESE de I nivel del Departamento, podrán incluir dentro de su portafolio de servicios actividades de II nivel como psicología, nutrición, fisioterapia, terapia respiratoria, laboratorio de mediana complejidad, optometría y otros, facilitando el acceso e integralidad de la atención a la población de estos servicios.



| MUNICIPIO | NOMBRE DEL PRESTADOR | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|
| Santa Rosa de Cabal | ESE Hospital San Vicente de Paúl | Seguimiento | Fortalecimiento en infraestructura y dotación, implementación de servicios de mediana complejidad ambulatorios ofertados por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas. | Seguimiento |
| Dosquebradas | ESE Hospital Santa Mónica | Seguimiento | Implementación servicios de media complejidad tipo B | Implementación de algunos servicios de Alta complejidad |
| Marsella | Hospital San José | Ingresa a conformar parte de la Región Oriente | Fortalecimiento en infraestructura y dotación | Seguimiento |

# CARACTERISTICAS DE LA PRESTACION DEL SERVICIO

## LINEAMIENTOS GENERALES

Redes integradas de servicios de salud y estrategia de atención primaria.

Conforme a la ley 1438 de 2011, La prestación de los servicios de salud a la población Risaraldense se hará a través de redes integradas de servicios de salud las cuales serán conformadas y organizadas por las entidades territoriales en coordinación con las empresas promotoras de salud EPS a través del Consejo Territorial de Seguridad Social en salud; estas redes incluirán y articularán prestadores públicos, privados y mixtos de servicios de salud, para lo cual bajo la gobernanza del departamento se podrán adelantar convenios interadministrativos y/o acuerdos de voluntades que permitan

garantizar el cumplimiento de las características de la calidad, descritas en el ítem 2.2, para todos los usuarios de las redes conformadas.



La estrategia transversal para facilitar el funcionamiento de las redes integradas y el cumplimiento de los objetivos propuestos en el sistema departamental de seguridad social en salud, será la estrategia de atención primaria APS, la cual se debe concebir como una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Asimismo el modelo deberá propiciar la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutiva, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población Risaraldense.

Para el desarrollo de la estrategia, cada actor, conforme a sus competencias, deberá conformar equipos básicos de salud, conforme a la reglamentación que al respecto desarrolle el nivel nacional y/o departamental.

CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los de servicios de salud para la población pobre y vulnerable del departamento de Risaralda deben prestarse cumpliendo a cabalidad con los criterios de calidad estipulados en el decreto 1011 de 2006 artículo 3:



Accesibilidad. Entendida como la real posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para tal efecto y retomando uno de los principios de la estrategia de atención primaria en salud, se deben buscar alternativas que permitan llevar los servicios de salud lo más cercanamente posible al lugar donde viven y trabajan los usuarios.

Para tal efecto es menester buscar estrategias que permitan subsanar dificultades para el acceso de los servicios del tipo:

Accesibilidad geográfica. Las ESE Hospitales y las Direcciones Locales de Salud deben ofertar servicios de salud en el área rural de los municipios y en las diferentes comunas y barrios urbanos, teniendo en cuenta la facilitación del acceso de los ciudadanos a los servicios, para lo cual y conforme a las particularidades de cada territorio se deben implementar estrategias del tipo de:

Gestores de salud
Promotoras de salud rurales y/o urbanas
UROCs (Unidades de rehidratación oral comunitaria)
UAIRAS (Unidades de atención a la infección respiratoria aguda)
Equipos extramurales
Unidades móviles Puestos de Salud Centros de Salud
Centros de Salud con camas

La anterior estrategia disminuye en parte las dificultades de accesibilidad financiera, dado el menor costo del transporte de los usuarios y el menor tiempo de desplazamiento.

Accesibilidad funcional. Las ESE Hospitales en la organización de la oferta de los servicios deben buscar estrategias que permitan:

- Asignación de citas y turnos prioritariamente por vía telefónica
- Flexibilización de los horarios de asignación de citas y turnos cuando se hagan de tipo presencial
- La asignación de las citas y turnos debe realizarse en el momento de la solicitud por parte de los usuarios, independiente del tiempo para el cual esta sea posible asignarla, reduciendo a cero la demanda rechazada, esto con el fin de determinar el tiempo real de oportunidad de los servicios contemplados en la resolución 1446 de 2006 .
- Los horarios de atención al público deben programarse teniendo en cuenta las características propias de cada municipio y los impedimentos laborales de los usuarios, para lo cual los servicios deben brindarse los días sábados y dominicales en algunos municipios y en horarios que pueden ir desde las 7 de la mañana hasta las 9 de la noche inclusive.

Oportunidad. Entendida como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación

institucional para gestionar el acceso a los servicios.



Aunado a las estrategias descritas para el ítem 2.1.1 es menester que se implementen las siguientes estrategias encaminadas a mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios:

En cumplimiento del Parágrafo 1 del artículo 5 del decreto 4747 de 2007, en el diseño y organización de la prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativo de contacto con el paciente, las Direcciones Territoriales de Salud, los Aseguradores y los Prestadores de Servicios de Salud, garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los usuarios, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica, como es el caso de comunidades asentadas en zonas limítrofes al casco urbano de otros municipios, como sucede entre otros, con poblaciones Pereiranas asentadas en limites a los cascos urbanos de Cartago y La Virginia.

Conforme al artículo 10 del decreto 4747 de 2007, las ESE Hospitales que tengan habilitados servicios de urgencias adoptaran el sistema de selección y clasificación de pacientes –triage - que defina el Ministerio de la Protección Social para aplicar a los pacientes que acudan a dichos servicios, el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores.

Según el parágrafo 1 del artículo 11 del mismo decreto, el procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente,
"triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Las ESE Hospitales de mediana y alta complejidad darán prelación en las asignación de citas y turnos a los pacientes que a juicio del profesional tratante, el servicio requerido sea de carácter prioritario, según lo establecido en el artículo 6 de la resolución 3047 de 2008.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Para garantizar el cumplimiento de esta característica de calidad las ESE Hospitales deben:

Desarrollar las estrategias, los planes e instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud contempladas en la resolución 00741 de 1997 del Ministerio de Salud (hoy de la Protección Social) o la normatividad que la modifique o reemplace.

Desarrollar la Política de Seguridad del Paciente trazada por el Ministerio de la Protección Social y desarrollada en parte por el ítem 2.5 de este documento.

Pertinencia. Entendida como el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Para tal efecto los prestadores de servicios de salud deben incluir en las auditorias médicas las variables de pertinencia en cuanto a: los elementos diagnósticos, tratamientos instaurados, remisiones realizadas, adherencia a las guías y protocolos adoptados por la institución, dejando evidencia escrita de dichos procesos de auditoria para confrontación de las Direcciones Territoriales de Salud como Entidades Responsables de Pago.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

## PORTAFOLIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Para mayor claridad de los servicios ofertados por las ESE Hospitales, la Secretaría de Salud Departamental ha elaborado formato en Excel que discrimina las actividades, intervenciones y procedimientos a ofertar por cada una de las instituciones, la cual recoge el modelo desarrollado por Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y para las vigencias 2012 y 2013 fue ajustado al acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud CRES; dicho modelo se seguirá ajustando en forma periódica de acuerdo a los cambios normativos del sector.

La Gerencia de las ESE Hospitales deben remitir impreso y en medio magnético el portafolio de servicios ofertados, el cual luego de revisado y concertado con las Direcciones Territoriales de Salud será publicado en forma permanente

en la página Web de las Direcciones Locales de Salud y de la Secretaría de Salud Departamental para consulta permanente de los usuarios.



Según lo contemplado en el parágrafo 1 del artículo 7 del decreto 4747 de 2007. Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la contratación por presupuesto global prospectivo deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por presupuesto global prospectivo son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

## POBLACIONES ESPECIALES

Se considera como Poblaciones Especiales aquellas que se encuentran en: situación de desplazamiento, en situación de discapacidad, población afrocolombiana y población indígena.

Las poblaciones especiales pobres y vulnerables no aseguradas accederán a los servicios integrales de salud ofertados por la Red Publica Departamental de Prestadores de Servicios de Salud como población vinculada.

En la medida que se disponga de recursos adicionales del orden nacional, departamental o municipal para cubrir las necesidades de salud de estas poblaciones, se realizarán los respectivos contratos y las atenciones serán cubiertas por los mismos de acuerdo a los objetos pactados.

Para efectos de hacer visibles las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación que se brindan a estas poblaciones especiales, es necesario que las ESE Hospitales establezcan mecanismos que permitan registrar y consolidar a través de los RIPS dichas atenciones.

## ATENCION PRIORITARIA

Es necesario que se dé prioridad en la atención, facilitando la accesibilidad, oportunidad, integralidad, continuidad a las gestantes, infantes, niños, niñas y adolescentes y mujeres en situación de desplazamiento, conforme a las sentencias de las Altas Cortes y a la normatividad vigente.

## INTEGRALIDAD DE LAS ACCIONES

Conforme al artículo 6 parágrafo 2 del decreto 4747 de 2007, los servicios que se oferten y se contraten para la atención de la población pobre no asegurada, deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Para claridad y desarrollo del concepto, este documento adopta el principio descrito en el artículo 5 del acuerdo 029 de 2011 de la CRES, así:

Integralidad. Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

## POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los Prestadores de Servicios de Salud deben adoptar la Política Nacional de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas.

Para el efecto se entiende como seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Por lo tanto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

- Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son

los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

- Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas
  organizacionales y los diferentes actores.
- Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

Asimismo se deben buscar estrategias que permitan lograr los objetivos de la política de seguridad del paciente, para beneficio de la población usuaria de los servicios:

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la
  adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

Algunas de las prácticas seguras que se propone implementar a los prestadores de servicios de salud en los lineamientos de la política, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes

- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología



Para ello es necesario, entre otras:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente

## PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El artículo 3 literal e del decreto 4747 establece que con el ánimo de prestar adecuadamente los servicios de salud, se garanticen los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago en este caso el Departamento.

La ESE Hospitales cumplirán a cabalidad con el diligenciamiento del aplicativo en línea que recoge los formatos, los lineamientos y procedimientos normalizados para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Departamento de Risaralda y adoptados por la resolución 056 de 2009 de la Secretaría de Salud Departamental o aquella que la sustituya o modifique.

REFERENCIA DE PACIENTES

La interconsulta o referencia de pacientes a servicios ambulatorios especializados de mediana complejidad debe realizarse hacia las ESE Hospitales: San Pedro y San Pablo de La Virginia para la población de la región de occidente, Santa Mónica de Dosquebradas para la población de la región de oriente y Universitario San Jorge para la población de la región del centro.

La referencia de pacientes a servicios de urgencias y hospitalarios de mediana y alta complejidad deben remitirse a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Los lineamientos generales que regulan las responsabilidades asumidas por las ESE de mediana y alta complejidad son las que se concerten y presenten por parte de los prestadores a la Secretaría de Salud en los formatos en Excel diseñados para portafolio de servicios, capacidad de oferta y metas de indicadores de calidad para la prestación de los servicios de salud; y que hacen parte integral de los contratos interadministrativos celebrados entre las partes.

CONTRARREFERENCIA

Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió; es necesario que como mínimo dicha respuesta contemple:

- La contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones de tratamiento y seguimiento a continuar en el hospital que remitió.

- La información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora
- El resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.



En los procesos de referencia de pacientes que requieren servicios de urgencias y/o internación de mayor complejidad, es necesario que dicho proceso se informe y coordine a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUED del departamento de Risaralda y se cumpla con los procesos estandarizados y socializados por dicha dependencia.

Como lo establece el artículo 17 del decreto 4747 de 2007 “La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora”.

## ALGUNOS ASPECTOS ASISTENCIALES Y LOGÍSTICOS

### ATENCIÓN DE URGENCIAS

Conforme al artículo 67 de la ley 715 de 2001, la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada.

Una vez sea reglamentado el artículo 67 de la ley 1438 de 2011, las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, se

articularán al sistema de emergencias médicas que adopte el departamento de Risaralda, con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, este sistema de emergencias médicas se desarrollará, entendiéndolo como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servidos pre-hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.

VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS

El artículo 11 decreto 4747 de 2007 determina que la verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad. Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el Parágrafo 1 del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007; Dicha verificación, deberá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS.



La autorización para la realización de servicios de carácter electivo, sean éstos ambulatorios u hospitalarios contemplados en la contratación de red complementaria adelantada por la Secretaría de Salud Departamental, deberá realizarse en el formato definido en el anexo técnico No. 3 de la resolución 3047 de 2008, el cual será enviado a la Secretaría de Salud Departamental conforme a los lineamientos adoptados en el procedimiento PR 5 de la resolución 056 de 2009 de la Secretaría de Salud Departamental.

En ningún caso, se podrá exigir que el usuario o su acudiente se desplacen físicamente hasta las instalaciones de la Secretaría de Salud Departamental para entregar la solicitud de autorización.

Las Direcciones Territoriales de Salud, como entidades responsables de pago, y en cumplimiento del parágrafo 1 del artículo 6 del decreto 4747 de 2007, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

## REQUISITOS POR PARTE DE LOS PRESTADORES

HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS A PRESTAR



Para efectos del cumplimiento del artículo 5 del decreto 4747 de 2007, los prestadores de servicios de salud que contraten servicios con las entidades territoriales, deben estar inscritos en el registro especial de prestadores de servicios de salud y demostrarlo mediante certificación actualizada expedida por la Secretaría de Salud Departamental.

Conforme a la ley 715 de 2001 en el artículo 54. ORGANIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE REDES. Los servicios de salud a nivel territorial deberán prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

## SOPORTE DE LA SUFICIENCIA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS POR CONTRATAR ESTIMADA A PARTIR DE LA CAPACIDAD INSTALADA.

Los prestadores de servicios de salud deberán diligenciar y mantener actualizado el formato en Excel, diseñado por la Secretaría de Salud Departamental, para la verificación de la capacidad de oferta según capacidad física instalada y recurso humano disponible, el cual debe adjuntarse como soporte a los acuerdos de voluntades que se firmen con las Direcciones Territoriales de Salud.

INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PAMEC



Como lo señala el artículo 6 parágrafo 3 del decreto 4747 de 2007**,** los prestadores de servicios de salud deben adelantar procesos de auditoría de la calidad de la atención de los servicios, los cuales deberán desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Semestralmente los prestadores de servicios de salud deberán remitir, adjunto al informe del 2193, la información de calidad que determina la resolución 1446 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya, la cual define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

Todas las IPS y ESE Hospitales garantizaran que la generación de los archivos RIPS contenga la calidad y la integridad del dato, dado que esta es la fuente única reconocida para la presentación de todos los informes.

## MECANISMOS Y MEDIOS DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LOS USUARIOS



El documento "MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA" será publicado en la página Web de la Secretaría de Salud de Risaralda, para consulta permanente de las Direcciones Locales de Salud, Las ESE Hospitales y los usuarios.

En cumplimento del Parágrafo 2 del artículo 5 del decreto 4747 de 2007 las Direcciones Territoriales de Salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página Web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

# BIBLIOGRAFIA

http://MUNICIPIO-risaralda.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mIxx-1-&m=f#geografia

Richard Kronick, David C. Goodman, John Wennberg, and Edward Wagner. The marketplace in health care reform. N Engl J Med 1993; 328:148-152January 14, 1993

http://www.diariomedico.com/2009/05/26/area-profesional/sanidad/los-sistemas-mundiales-necesitan-23-medicos-por-cada-100000-habitantes

http://www.indexmundi.com/map/?v=2227&l=es

Hospital beds: a primer for counting and comparing., Wilson A, Fitzgerald GJ, Mahon S.,Med J Aust. 2010 Sep 6;193(5):302-4.

Myths of ideal hospital size.,Jones RP.,Med J Aust. 2010 Sep 6;193(5):298-300.

Plan Territorial de Salud Pública para el periodo 2012 – 2015: “RISARALDA: UNIDA, INCLUYENTE Y CON RESULTADOS”.

Modelo de Atención en Salud para la Población Pobre no Asegurada del Departamento de Risaralda 2.012 y 2.013



Lineamientos Metodológicos Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes Empresas Sociales del Estado – ESE Minsalud Junio de 2012

Análisis y Evaluación Estructural Funcional e Interaccional de la Red de Servicios de Atención en Salud para el Desarrollo de la Salud Pública en el Departamento de Risaralda, Patricia Granada Echeverri, Diomedes Tabima García, Olga Lucia Zuluaga Rodríguez. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012
ISBN 978-959-212-811-8