

**CAUSA DE LA CRISIS FINANCIERA Y ASISTENCIAL EN LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE
DE TULUA, VALLE DEL CAUCA**

VÍCTOR HUGO DE LEÓN FERNÁNDEZ

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y HUMANÍSTICAS
PROGRAMA DE DERECHO**

TULUÁ

2017

**CAUSA DE LA CRISIS FINANCIERA Y ASISTENCIAL EN LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE
DE TULUA, VALLE DEL CAUCA**

VÍCTOR HUGO DE LEÓN FERNÁNDEZ

**Monografía para optar por el título de
ABOGADO**

Director

Juan Carlos Ricardo Ladino

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y HUMANÍSTICAS
PROGRAMA DE DERECHO**

TULUÁ

2017

Nota de Aceptación

Presidente de Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

Tuluá, enero 30 de 2017.

AGRADECIMIENTOS

Reconozco y agradezco el apoyo incondicional que recibí de mis queridos padres, hermanos, hijos y allegados en este logro; igualmente mi gratitud y respeto al talento humano de la UCEVA, quienes periódicamente hacen posible la paciente tarea de transmitir conocimiento y valores.

Espero aportar con este proyecto un insumo en el proceso de restablecimiento del Hospital Tomás Uribe Uribe, institución de mis afectos, en la que inicié las prácticas asistidas como médico interno en 1993 y la que 8 años después me brindó la oportunidad de ser parte de su equipo directivo durante casi una década.

VÍCTOR HUGO DE LEÓN FERNÁNDEZ

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
GLOSARIO.....	8
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I. ORIGEN Y FLUJO DE RECURSOS ASIGNADOS AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE ESE Y LA COMPETENCIA TERRITORIAL DE LOS MISMOS.....	17
1.1 Caracterización del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE.....	17
1.1.1 Objeto	17
1.1.2 Misión	18
1.1.3 Visión Institucional.....	18
1.1.4 Portafolio de servicios.....	18
1.1.5 Infraestructura.....	20
1.1.6 Área de Influencia.....	20
1.1.7 Usuarios del servicio.....	21
1.1.8 Recurso humano y planta de cargos.....	22
1.1.8.1 Estructura básica.....	22
1.1.8.2 Atención al usuario.....	22
1.1.8.3 Logística.....	22
1.1.8.4 Distribución de planta en las áreas de gestión.....	23
1.1.9 Análisis de la planta de personal.....	23
1.1.9.1 Planta de cargos.....	23
1.1.9.2 Clasificación de los empleos de la planta.....	25
1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud – (SGSSS)	26
1.2.1 Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – (SGSSS)	26
1.2.1.1 Fondo de Solidaridad y Garantía – (FOSYGA)	27
1.2.1.2 Sistema General de Participaciones – (SGP).....	29
1.2.1.3 Aportes patronales.....	29
1.2.1.4 Rentas territoriales destinadas a Salud.....	30
1.2.1.5 Recursos de juegos de suerte y azar.....	31
1.2.1.6 Loterías (foráneas, renta del monopolio, utilidades y juegos promocionales).....	32
1.2.1.7 Régimen de juegos de apuestas permanentes o chance.....	32
1.2.1.8 Presupuesto de ingresos del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE... 32	32
1.3 Contratos de prestación de servicios de salud entre ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, las Administradoras (EPS), las Aseguradoras y los entes territoriales.....	33

1.4 Competencia de los entes territoriales en lo financiero y asistencial.....	34
--	----

CAPÍTULO II. CONDICIONES FINANCIERAS EN LAS QUE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EL HTUU ESE Y LA INCIDENCIA DE ÉSTA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES....	36
--	----

2.1 Análisis financiero en el HTUU ESE.....	38
2.1.1 Análisis financiero (2007 – 2010) HTUU ESE.....	39
2.1.2 Análisis con indicadores financieros (2007 – 2010).....	42
2.1.3 Estados de actividad financiera, económica, social y ambiental (2007 – 2010)...	44
2.2 Aspectos relevantes del presupuesto de ingresos HDTUU.....	50
2.2.1 Ingreso por venta de servicios de salud (2011 – 2015)	50
2.2.2 Facturación por servicios de salud prestados a los usuarios del HTUU (2008 – 2015).....	53
2.2.3 Comparativo radicación de facturación primer semestre (2014 – 2015).....	58
2.2.4 Ingresos por aliados estratégicos en cuentas por participación.....	62
2.2.5 Aspectos relevantes del presupuesto de gastos HDTUU (2011 – 2015).....	63
2.2.6 Ejecución gastos vigencia (2011 – 2015)	63
2.2.7 Costos de la planta de cargos aprobada por nivel jerárquico HTUU (2011 – 2015).....	64
2.2.8 Presupuesto de gastos comprometidos vigencia (2011 – 2015).....	66
2.2.9 Análisis del estado de actividad financiera, económica, social y ambiental.....	71
2.2.10 Razones e indicadores financieros (miles de pesos)	72
2.2.11 Indicadores de liquidez.....	72
2.2.12 Razón corriente.....	72
2.2.13 Prueba ácida.....	73
2.2.14 Capital neto de trabajo.....	73
2.2.15 Activo corriente – pasivo corriente.....	73
2.2.16 Indicadores de eficiencia.....	74
2.2.17 Margen bruto de utilidad.....	74
2.2.18 Utilidad bruta.....	74
2.2.19 Rentabilidad sobre ventas.....	75
2.2.20 Rentabilidad sobre activos.....	75
2.2.21 Rentabilidad sobre patrimonio.....	75
2.2.22 Rotación de activos.....	75
2.2.23 Indicadores de desempeño.....	76
2.2.24 Índice de crecimiento en ventas.....	76
2.2.25 Indicadores de endeudamiento.....	76
2.2.25.1 Endeudamiento.....	76
2.2.25.2 Autonomía.....	77
2.3 Aspectos generales y específicos que han afectado directa e indirectamente las finanzas del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE.....	77
2.3.1 Relación de procesos judiciales contra la ESE HOSPITAL	

DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE.....	77
2.3.1.1 Controversias contractuales.....	78
2.3.1.2 Ordinario laboral.....	78
2.3.1.3 Nulidad y restablecimiento del derecho.....	78
2.3.1.4 Reparación directa.....	79
2.3.2 Procesos terminados.....	81
2.3.2.1 Ejecutivos.....	81
2.3.2.2 Reparación directa.....	81
2.4 Competencia comercial del HTUU ESE en desigualdad de condiciones con IPS privadas.....	83
2.4.1 Transformación de los recursos de oferta en demanda.....	85
2.4.2 Aspectos relevantes del área asistencial del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE y su relación con la crisis financiera.....	87
2.4.2.1 Objetivos corporativos del HDTUU.....	88
2.4.2.2 Política de calidad.....	89
2.4.2.3 Política de seguridad del paciente.....	90
2.4.2.4 Estructura organizacional.....	91
2.4.2.5 Portafolio de servicios.....	92
2.4.2.6 Capacidad instalada Hospital Tomás Uribe Uribe ESE de Tuluá.....	92
2.4.2.7 Promoción y prevención en salud.....	92
2.4.2.8 Diagnóstico por imágenes.....	94
2.4.2.9 Diagnóstico paraclínico.....	94
2.4.2.10 Consulta profesional.....	95
2.4.2.11 Unidad de diagnóstico y video-endoscopia.....	95
2.4.2.12 Cirugía general.....	95
2.4.2.13 Ginecología.....	95
2.4.2.14 Urología.....	95
2.4.2.15 Otorrinolaringología.....	95
2.4.2.16 Ortopedia.....	96
2.4.2.17 Sala de cirugía.....	96
2.4.2.18 Hospitalización.....	96
2.5 Producción de servicios HTUU ESE (2007 – 2015)	96
2.6 Medidas emprendidas para conjurar la crisis financiera y asistencial en la ESE HTUU y sus efectos.....	102
CONCLUSIONES.....	112
RECOMENDACIONES.....	113
BIBLIOGRAFÍA.....	117

**CAUSA DE LA CRISIS FINANCIERA Y ASISTENCIAL EN LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE
DE TULUÁ, VALLE DEL CAUCA**

GLOSARIO

La estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la cual hace parte las Empresas Sociales del Estado, contempla unos términos y siglas que deben ser entendidos para una efectiva comunicación, por lo que a continuación referencio los más comunes:

- **Acceso:** Capacidad de obtener un servicio de salud cuando este sea requerido.
- **ARS:** Administradora del Régimen Subsidiado.
- **ATEP:** Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. Incluidos en el tercer Libro de la Ley 100 de 1993.
- **Cobertura:** Cubrimiento o alcance que se hace por medio de un servicio.
- **CODFIS:** Consejo Departamental de Política Fiscal.
- **COHOSVAL:** Cooperativa de Hospitales del Valle.
- **CxC:** Cuentas Por Cobrar.
- **CxP:** Cuentas Por Pagar.
- **DAFP:** Departamento Administrativo de la Función Pública.
- **ECAT:** Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito. Comprende las llamadas enfermedades ruinosas y de alto costo.
- **Entidades Territoriales:** Distritos, Municipios y Departamentos.
- **ESAP:** Escuela Superior de Administración Pública.

- **EPS:** Empresa Promotora de Salud, son responsables de la afiliación, del riesgo y del recaudo de las cotizaciones. Su misión es garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud.
- **ESE:** Empresa Social del Estado.
- **FINDETER:** Financiera de Desarrollo Territorial.
- **FMI:** Fondo Monetario Internacional; Entidad que como el BID, Banco Interamericano de Desarrollo, o el Banco Mundial, financian a los Estados que necesiten recursos para su desarrollo.
- **FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantías en Salud. Una de las fuentes de recursos para financiar el SGSSS. Creado en la ley 100/93. Para compensar costos de tratamientos que exceden los montos de la contratación del servicio prestado.
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud, son las encargadas de la prestación de los servicios médicos asistenciales de acuerdo a su nivel de complejidad.
- **Morbilidad:** Es el número de personas que enferman en una población y período determinados.
- **Mortalidad:** además de la 'cualidad de mortal, es el 'número de defunciones en una población y período determinados
- **NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas. Forma de clasificar la población vulnerable, según sus carencias.
- **Niveles de Atención en Salud I, II, III y IV:** Tiene que ver con la complejidad de la atención, que va desde la baja complejidad o el Nivel I: Atención Primaria. Consulta Externa, hasta el nivel IV, que es la alta complejidad y cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- **Nivel de Complejidad:** Consiste en la capacidad resolutoria del hospital para prestar los servicios de salud, siendo los de más baja complejidad los básicos asistenciales de prevención y promoción con médicos generales; los de mediana por especialidades como ginecología, medicina interna,

pediatría, cirugía y ortopedia, y los de alta todas las sub especialidades, unidades de cuidados intensivos, trasplantes y demás de alto nivel tecnológico y científico.

- **ONG:** Organizaciones No Gubernamentales.
- **ORL:** Otorrino Laringología.
- **PAB:** Plan de Atención Básica en Salud a las personas en general. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante información y educación en los riesgos con alta influencia del entorno a las comunidades. En caso de enfermedades Endémicas y Epidémicas.
- **Política de Cobranza:** Son las medidas o procedimientos seguidos por el hospital para hacer efectivo el cobro de sus cuentas.
- **POS:** Plan Obligatorio de Salud.
- **Prevención de la Enfermedad:** Acciones para evitar la pérdida de la salud.
- **Promoción de la Salud:** Fomento que se hace a las personas para mantener su salud.
- **PSFF:** Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
- **Régimen contributivo:** Conformado por personas con capacidad de pago, que devengan un salario o tengan vinculación laboral del cualquier tipo.
- **Régimen subsidiado:** Conformado por personas que no tienen capacidad de pago, compuesto por población pobre y vulnerable.
- **Rentas Cedidas:** Son recursos que los departamentos recaudan por impuesto a la cerveza, licor, loterías y juegos de azar con el propósito de transferirlos a los hospitales para garantizar los servicios medico a la población pobre y vulnerable no cubiertos con subsidios a la demanda.
- **SDS:** Secretaria Departamental de Salud. Dependencia del Departamento del Valle, encargada de la vigilancia y control de la red hospitalaria del Departamento.

- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Causado por la infección de un virus llamado H.I.V., que es el virus de inmunodeficiencia humano, hace parte de las enfermedades ruinosas.
- **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **S.G.P:** Sistema General de Participaciones, son los recursos que el Estado transfiere por Ley 715 de 2001 a los prestadores de servicios de salud, los cuales gozan del carácter de inembargables dado su fin específico para el servicio esencial de la salud, especialmente la de los vulnerables social y económicamente.
- **SISBEN:** Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales.
- **Situado Fiscal:** Porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación ICN, con destinación específica para salud y educación y hacen parte del 4% del Producto Interno Bruto (PIB). Así se denominaban los recursos que transfería el estado a los entes, su denominación cambio con la vigencia de la Ley 715 de 2001.
- **SOAT:** Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. Para cubrir una buena parte de los gastos en salud ocasionados por accidentes de tránsito, lo deben adquirir todos los propietarios o tenedores de vehículos motorizados en el país.
- **SMLMV:** Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.
- **Subsidio a la demanda:** Recursos que recibe la población por parte de la Nación, para garantizar su aseguramiento en salud.
- **Subsidio a la oferta:** Recursos que reciben los hospitales por parte de la Nación provenientes del Sistema General de Participación y de las rentas cedidas de los Departamentos.
- **Supervisión del Crédito:** Es el seguimiento a las cuentas por cobrar con el fin de determinar si los clientes están pagando de conformidad con las condiciones pactadas.

- **Términos de Venta:** Son las condiciones en que el hospital como empresa venderá sus bienes y servicios.
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos.
- **UPC:** Unidad Por Cabeza o per cápita.
- **Vigencia:** Periodo que para efectos fiscales y financieros inicia el primero de enero y concluye el 31 de diciembre.
- **Vinculado:** Personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención en salud.

INTRODUCCIÓN

La reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud contenida en las Leyes 10 de 1990¹, 60 de 1993² y especialmente en la 100 de 1993³, trajo consigo profundos cambios en la estructura y funcionamiento administrativo y asistencial sobre todo en las instituciones públicas prestadoras del servicio (IPS), las cuales debieron iniciar un proceso de transformación regulado por el Decreto 1876 de agosto de 1994⁴, fue así como el Hospital Tomás Uribe Uribe en el año de 1996 y por medio de la ordenanza 005⁵ de Enero 12, se transformó en Empresa Social del Estado, con Autonomía Administrativa, Patrimonial y Personería Jurídica.

Para complementar y regular el nuevo sistema de salud se crearon las Leyes 344 de 1996⁶, ley 715 de 2001⁷, 1122 de 2007⁸ y 1438 de 2011⁹, con las cuales se terminó de estructurar dicho sistema y transformó la Oferta en Demanda de

¹ Congreso de la República de Colombia, Ley 10 de 1990, Enero 10, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

² Congreso de la República de Colombia, Ley 60 de 1993, Agosto 12, por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

³ Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

⁴ Presidente de la República de Colombia, Decreto 1876 de 1994, Agosto 3, por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.

⁵ Asamblea Departamental Del Valle del Cauca, Ordenanza No. 005 de Enero 12 de 1996, por medio de la cual se crean los Hospitales Departamentales de Sevilla, Cartago y Tomás Uribe de Tulúa como Empresas Sociales del Estado del orden Departamental.

⁶ Congreso de la República de Colombia, Ley 344 de 1996, Diciembre 27, por la cual se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público, se conceden unas facultades extraordinarias y se expiden otras disposiciones.

⁷ Congreso de la República de Colombia, Ley 715 de 2001, Diciembre 21, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

⁸ Congreso de la República de Colombia, Ley 1122 de 2007, Enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

⁹ Congreso de la República de Colombia, Ley 1438 de 2011, Enero 19, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

servicios de salud, de tal manera que los usuarios pobres y vulnerables que se clasifican en niveles socioeconómicos uno y dos mediante la aplicación del instrumento denominado SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales), pasaron a ser subsidiados por el Estado y afiliados a las Administradoras del Régimen Subsidiado en Salud (ARS) y aquellos que tenían patrono y capacidad de pago, al Régimen contributivo (EPS).

Definido los dos regímenes de salud (Subsidiado y Contributivo), los cuales son administrados por las Empresas Promotoras de Salud, los usuarios fueron afiliándose progresivamente a cada uno de ellos dependiendo de su condición, proceso que se desarrolló en un periodo de transición que según la Ley 100 de 1993, no debió superar el año 2001 (cobertura universal).

Durante el citado periodo de transición, los usuarios que aún continuaban en el régimen anterior, es decir que siendo pobres o vulnerables no habían sido afiliados a una EPS del Régimen subsidiado y aquellos que no cotizaban aun teniendo capacidad de pago o que sus patronos no los afiliaban al Régimen Contributivo, continuaban en el esquema anterior de la Oferta y los que si ingresaban a uno de los regímenes pasaban al sistema de Demanda.

En 1996 se expidió la Ley 344, la cual transformó los recursos económicos de Oferta en Demanda de tal manera que en 1997 se le recortó a los aportes de salud un 15%, en 1998 un 25%, en 1999 35%, en 2000 un 60% y en 2001 el 100%, afortunadamente no pudieron suprimir el 100% en 2001, dado que los cálculos no le permitieron al Estado, en esa fecha, tener a todos los colombianos afiliados en uno de los Regímenes.

Cada usuario que pasaba a ser afiliado a una de los dos regímenes entraba automáticamente en el esquema de la Demanda, es decir que los Hospitales cuando le prestan un servicio de salud, emiten una factura a unas tarifas definidas

por ley, y la administradora (EPS) a la que pertenece asume los costos del servicio prestado.

Paralelamente las mismas leyes que iniciaron la transformación del sistema de salud introdujeron otros cambios consistentes en la Descentralización o Municipalización de la salud, por lo que la competencia de la atención Básica (nivel uno) paso a ser de los Municipios y las Acciones de Mediana y alta Complejidad a los Departamentos. Esta Transformación para el caso concreto del Municipio de Tuluá, condujo a la Creación de un hospital de Nivel Uno (asistencia básica) que nació jurídicamente mediante Acuerdo del Concejo Municipal como Empresa Social del Estado.

El proceso de Descentralización de la Salud estatuye que los alcaldes deben asumir la responsabilidad de la prestación del servicio esencial del nivel básico y a recibir del Departamento todo el recurso humano vinculado, que para el caso concreto de Tuluá, el que se encontraba vinculado a la planta de cargos del hospital Tomás Uribe Uribe, igualmente se debió transferir la infraestructura y equipos médicos del mismo nivel. Estos últimos procesos no se surtieron de conformidad, pues los alcaldes de los periodos correspondientes entre los años 1993 y 2001 hicieron caso omiso, sin embargo vale decir que si crearon la ESE municipal (Hospital Rubén Cruz Vélez) pero no recibieron del Hospital Tomás Uribe Uribe el Recurso Humano, adicionalmente de manera ilegal y anti técnica se apropiaron de la asistencia del nivel básico en el Régimen Subsidiado, con lo que crearon una división perversa a los intereses de la salud pública, de los usuarios, afectando así las finanzas del Hospital Departamental. Cabe precisar que funcionarios del municipio direccionaban los usuarios al Hospital Rubén Cruz Vélez en franca violación de la Libre Elección definida en el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993. Con lo que reagudizó la crisis financiera y asistencial del Tomás Uribe Uribe.

Hoy existen en la ciudad de Tuluá y su área de influencia varias Clínicas Privadas (IPS) que ofertan con tecnología, calidad y oportunidad eficientes servicios de salud, compitiendo así en un mercado libre con los hospitales públicos en desigualdad de condiciones, dado que estos, pese a que la ley los favorece obligando a las EPS del régimen subsidiado a contratar con ellos mínimo el 60% de las acciones, son blanco de la politiquería, la burocracia, la corrupción y la inoperancia administrativa.

No es de esperar hoy algo distinto a tener en el centro del Valle un hospital Departamental atravesando por una profunda crisis asistencial y financiera, pues fue transformado en Empresa Social del Estado, sin el saneamiento de sus pasivos prestacionales, con un marcado déficit, sin la dotación de equipos médicos de alta tecnología, con inadecuada infraestructura y con un recurso humano no capacitado ni preparado para la transformación.

Agrava la lamentable situación financiera y asistencial del Tomás Uribe Uribe la indiferencia, la falta de conocimientos técnicos y la inobservancia de la ley por parte de quienes teniendo la responsabilidad y competencia no la han asumido o han sido indiferentes e insolidarios y hasta “homicidas en potencia”, puesto que la citada crisis ha agravado la salud y ha puesto en grave riesgo la vida de muchos humanos residentes en esta ciudad y en su área de influencia.

Este proceso de investigación se realizó en general a nivel municipal, toda vez que la Empresa Social del Estado denominada Hospital Tomás Uribe Uribe se encuentra localizada en Tuluá municipio del valle del Cauca y las causas que se estudian como generadoras de la crisis asistencial y financiera aunque pueden tener origen nacional y departamental, inciden sobre una institución con autonomía administrativa, patrimonial y jurídica.

CAPITULO I

ORIGEN Y FLUJO DE RECURSOS ASIGNADOS AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE E.S.E, Y LA COMPETENCIA TERRITORIAL DE LOS MISMOS

Para comprender las causas de la crisis financiera y asistencial del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE, se hace necesario e indispensable abordar los aspectos fundamentales e inherentes a su naturaleza, la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S), identificar el origen o las fuentes de financiación, el flujo de los recursos asignados, los tipos de contratación con las administradoras de los regímenes, el mercado, la red de prestadores (IPS - ESE), la planta de personal y de contratos de prestación de servicios, y las condiciones de infraestructura, tecnología en las que ofertan los servicios médicos y hospitalarios.

1.1 Caracterización del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE¹⁰

1.1.1 Objeto¹¹

“El objeto de la Empresa, será, la prestación de los servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del estado y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud. En consecuencia en desarrollo de este objeto, adelantara acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud. En consecuencia podrá prestar los servicios correspondientes al plan obligatorio de salud POS y los demás servicios incluidos en los planes de beneficios del SGSS, de acuerdo con su capacidad de resolución”.

¹⁰ Gerencia Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Plan Estratégico de Desarrollo 2012 – 2015.

¹¹ *Ibíd.*

La plataforma estratégica en la ESE se constituye en el referente de mediano y largo plazo que orienta la Entidad Pública hacia el cumplimiento de su misión, el alcance de su visión y el logro de sus objetivos globales.

1.1.2 Misión¹²

La Misión Institucional establece la razón de ser de la ESE, se expresa de la siguiente manera:

“El Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, E.S.E., brinda a la comunidad en general servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad. Participa en la formación, desarrollo y actualización del Talento Humano en la modalidad formal y educación para el trabajo, en el marco de los convenios docencia – servicios contribuyendo a satisfacer las necesidades en salud de sus usuarios, con herramientas gerenciales fundamentadas en la eficiencia, seguridad, calidad y humanización, contando con tecnología avanzada y talento humano idóneo, generando auto sostenibilidad y rentabilidad social dentro del marco legal de la seguridad social en salud”.

1.1.3 Visión Institucional¹³

La visión institucional establece la situación deseada y factible que la ESE ha construido para guiar y orientar el cumplimiento de su misión:

“El Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe E.S.E. de Tuluá, en los Próximos cinco (5) años será la institución de salud del Centro y Norte del Valle, más reconocida por garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención de sus servicios de salud, de mediana y alta complejidad, asegurando su posicionamiento, como la primera IPS pública del Centro y Norte del Valle del Cauca, generando mejor calidad de vida a su comunidad, siendo reconocido como el principal escenario para la formación y entrenamiento del talento humano del sector salud”.

1.1.4 Portafolio de Servicios¹⁴

La ESE HOSPITAL “TOMÁS URIBE URIBE”, ofrece a la comunidad de Tuluá, centro y parte del norte del Valle del Cauca, servicios médico-asistenciales desarrollados por el área de atención al usuario de baja , mediana y parte de la alta complejidad en salud, así:

¹² Ibídem.

¹³ Ibídem.

¹⁴ Ibídem.

Consulta Médica Especializada:

- Medicina Interna
- Cirugía
- Anestesiología
- Traumatología
- Pediatría
- Ginecología
- Cirugía Reconstructiva
- Otorrino
- Oftalmología
- Dermatología
- Urología
- Fisioterapia
- Terapia Respiratoria
- Optometría

SERVICIO DE AYUDA DIAGNOSTICA

Rayos X

Patología

Laboratorio Clínico

SERVICIOS TERCERIZADOS:

Colonoscopia

Ecografía Obstétrica

Ecografía de Abdomen

Escanografía

ACTIVIDADES DE PRIMER NIVEL:

Consulta Medico General

Actividades de Promoción y Prevención

1.1.5 Infraestructura¹⁵

- Edificio de tres plantas con área de consulta externa con 13 consultorios, para especialistas, 3 para médicos generales, hospitalización de Pediatría, M. interna, cirugía, Gineco-obstetricia y Quirúrgicas, 3 Quirófanos, uno para cirugías de urgencias y dos para electivas.
- UCI con doce cubículos.
- Urgencias: Observación Hombres-Mujeres y Niños, área de facturación, 3 consultorios médicos y sala de espera, estación de enfermería, reanimación, 1 consultorio para triage, trauma y oxigeno terapia.
- Red de Gases Medicinales en Urgencias, cirugía y UCI.
- Estudio de vulnerabilidad sísmica general y reforzamiento estructural solo en área de UCI.

1.1.6 Área de influencia¹⁶

El Hospital Tomás Uribe Uribe ESE pertenece a la Región Centro de la Red Departamental Pública de Prestación de Servicios de Salud del Valle del Cauca, definida mediante Ordenanza No. 381¹⁷ de octubre 30 de 2013 y reglamentada por los decretos 265 del 7 de abril de 2014 y 879 de septiembre de 2014.

El área de influencia de la ESE “Hospital Tomás Uribe Uribe” cuenta con 800.000 habitantes, de los cuales el 23% corresponden al Municipio de Tuluá y el 77%

¹⁵ Ibídem.

¹⁶ Ibídem.

¹⁷ Asamblea Departamental Del Valle del Cauca, Ordenanza No. 381 de Octubre 30 de 2013, por la cual se autoriza adelantar el proceso de la transformación de la organización de la Red de servicios de salud del departamento Del Valle del Cauca.

restante corresponde a los Municipios de Andalucía, Bugalagrande, Riofrio, Trujillo, San Pedro, Buga, Darién, Yotoco, Guacarí, Restrepo, Zarzal, Bolívar, Roldanillo, La Victoria, La Unión, Toro, El Dovio, Versalles, Sevilla, Caicedonía. (Tomado del Plan de Desarrollo 2012-2015)

1.1.7 Usuarios del servicio¹⁸

Los potenciales usuarios del Hospital Tomás Uribe Uribe, conforme al aseguramiento son los siguientes:

- Población pobre y vulnerable no cubierta con subsidio a la demanda (antes llamados vinculados)
- Afiliados al Régimen Subsidiado
- Afiliados al Régimen contributivo
- Régimen especiales
- S.O.A.T.
- Otras aseguradoras en salud
- Particulares.

Si consideramos a Tuluá y vecinos municipios que no cuentan con oferta de servicios en la mediana complejidad (Riofrío, Trujillo. Andalucía, Bugalagrande y San Pedro), de un total de 296.218 habitantes, están asegurados en el Régimen Contributivo 134.759, de estos 110.250 se ubican en Tuluá. El 59 %, en promedio de los residentes en el centro del Valle están afiliados al Régimen Subsidiado (156.710 personas) de los cuales 102.757 son de Tuluá. Cabe precisar que en el régimen especial se encuentra el 0.50% y los no asegurados en un 5% en promedio.

¹⁸ ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, “Informe Final Convenio No. 016 de Junio 28 de 2011, suscrito con el Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá”.

1.1.8 Recurso humano y planta de cargos¹⁹

Para abordar el estudio y análisis de la planta de personal de la ESE, es necesario identificar el marco normativo interno en el que se desenvuelve la organización.

1.1.8.1 Estructura básica

- **Dirección:** Conformada por la Junta Directiva y el Gerente.

1.1.8.2 Atención al usuario

Conformada por el conjunto de unidades orgánico- funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de Servicios de Salud con sus respectivos procedimientos y actividades.

1.1.8.3 Logística

Comprende las Unidades Funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la empresa, y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

- **Unidades Funcionales:** Gineco-Obstetricia, Urgencias, Quirófanos, Hospitalización, Laboratorio, Banco De Sangre, Patología, Imagenología, Servicio de Apoyo y Rehabilitación, DX Video Endoscopia, farmacia, Apoyo Logístico.
- **Servicios:** Orl, Urología, Oftalmología, Psiquiatría, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General, Cirugía Plástica, Dermatología, Anestesia, Medicina Interna, Pediatría, Interna, UCI, Quirúrgicas, Radiología, Ecografía, Trabajo Social, Terapia física, Terapia Respiratoria, Terapia del lenguaje, Nutrición y dietética, Psicología.

¹⁹ Ibídem.

1.1.8.4. Distribución de la Planta en las Áreas de Gestión.

La distribución de los cargos según el área de gestión se encuentra dentro de los indicadores del DAFP, que dice “Al distribuir los empleos, asignar una mayor proporción al área misional que encierra la razón de ser de la entidad, a la cual puede corresponder el 75% y un 25 % para los empleos de las demás áreas funcionales” Aun así, la ESE debe revisar la composición de la planta del área misional, por cuanto los cargos de apoyo misional (nivel jerárquico asistencial) corresponden al 62% que es un indicador alto para este nivel de empleo.

1.1.9 Análisis de la Planta de Personal

1.1.9.1 Plan de cargos

La Junta Directiva de la ESE Hospital “Tomás Uribe Uribe”, aprueba anualmente el plan de cargos con la denominación y el código que les asigna el Decreto 785 de 2005²⁰.

Durante los últimos años la planta de empleos correspondiente a los funcionarios de la ESE ha permanecido sin variaciones importantes, para el 2011 se tenía una planta de 388 cargos.

En el siguiente cuadro se aprecia en el Nivel Directivo cuatro (4), en el Nivel Asesor dos (2), en el Nivel Profesional ciento ocho (108), Nivel Técnico doce (12), en el Nivel Asistencial ciento noventa y seis (196) y Trabajadores oficiales sesenta y seis (66).

PLAN DE CARGOS

Acuerdo 003 de abril 19 de 2011

<i>CODIGO</i>	<i>CARGO</i>	<i>Nº CARGOS</i>
<i>NIVEL DIRECTIVO</i>		
<i>085</i>	Gerente Ese	<i>1</i>

²⁰ Presidente de la República de Colombia, Decretó 785 de 2005, Marzo 17, por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004.

068	Subdirector Administrativo	1
068	Subdirector Científico	1
006	Jefe De Oficina	1
NIVEL ASESOR		
115	Jefe Oficina Asesora Jurídica	1
105	Asesor	1
NIVEL PROFESIONAL		
211	Médico General (4h)	16
211	Medico Gral.	23
211	Médico General (6h)	1
213	Médico Especialista8h	11
213	Médico Especialista 6h (Patología)	5
213	Médico Especialista 4h	18
214	Odontólogo (4h)	4
217	Prof. Servicio Social Obligatorio	2
219	Profesional Universitario-01	4
219	Profesional Universitario-02	7
219	Profesional Universitario-03	1
219	Profesional Universitario-04	1
237	Profesional Universitario Área	1
237	Profesional Universitario Área	5
237	Prof. Universitario .Área Salud 4hr	1
237	Prof. Universitario .Área Salud 4hr	1
243	Enfermero	7
NIVEL TÉCNICO		
323	Técnico Área Salud-02 4hrs	1
314	Técnico Operativo-02	1
323	Técnico Área Salud- 8hs	1
314	Técnico Operativo-03	1
367	Técnico Administrativo	1
314	Técnico Operativo-04	1
314	Técnico Operativo-05	4
314	Técnico Operativo-06	2
NIVEL ASISTENCIAL		
412	Auxiliar Área Salud-01	26
412	Auxiliar Área Salud-02	8
407	Auxiliar Administrativo-1	7
412	Auxiliar Área Salud-04	9
407	Auxiliar Administrativo-2	27
407	Auxiliar Área Salud (-04)	2
412	Auxiliar Área Salud-05	4

412	Auxiliar Área Salud-06	3
412	Auxiliar Área Salud-07	105
412	Auxiliar Área Salud-06	1
425	Secretaria Ejecutiva.	2
407	Auxiliar Administrativo-3	2
TRABAJADORES OFICIALES		
	Trabajadores Oficiales	66
Total		388

1.1.9.2 Clasificación de los empleos de la planta

NATURALEZA DEL EMPLEO	2011	2012	2013	2014	2015
Libre nombramiento	5	3	3	3	3
Periodo fijo	3	3	3	4	4
Carrera administrativa	139	133	121	109	115
En provisionalidad	118	126	124	111	89
Vacantes	43	64	79	105	121
Trabajadores oficiales	66	59	58	56	56
Total	388	388	388	388	388

En vigencia de la anterior planta de cargos, se encontraron varios servidores públicos con edad y tiempo de jubilación entre los cuales trece auxiliares de enfermería, un médico general, dos especialistas, un odontólogo, dos auxiliares administrativos, tres auxiliares en salud y un técnico, uno de servicios generales, un celador con trámites ante los fondos en curso, los cuales para ese momento representaban un costo anual que incluye prestaciones y parafiscales por valor de \$852.707.890 (\$645.557.458 + \$207.150.432). Hoy la planta de cargos ya no los

tiene pero fueron en su totalidad sustituidos por contratos de prestación de servicios; que si bien representan un aparente ahorro en prestaciones se convierte, para el caso que desarrollan actividades misionales en potenciales demandas por contratos realidad.

Para comprender las causas de la crisis financiera y asistencial del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE, se hace necesario e indispensable abordar la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S), identificar el origen o las fuentes de financiación, el flujo de los recursos asignados, los tipos de contratación con las administradoras de los regímenes, el mercado, la red de prestadores (IPS- ESE), la planta de personal y de contratos de prestación de servicios y las condiciones de infraestructura, tecnología en las que ofertan los servicios médicos y hospitalarios.

1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud - (SGSSS)

El SGSSS es un conjunto de entidades públicas y privadas, con normas y procedimientos destinados a garantizar a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros un seguro que cubre los gastos de salud. Está integrado por el Estado (Ministerio de Salud y Protección Social), quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS); y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios. También hacen parte las Entidades Territoriales (Secretarías de Salud Departamental y Municipal) y la Superintendencia Nacional de Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos pilares fundamentales de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. Cabe precisar que también contempla de manera transicional una población no

asegurada (antes llamada población Vinculada) y aún conserva un Régimen excepcional.

Con la reforma del SGSSS iniciada en los años noventa, el Tomás Uribe Uribe, al ser transformado en ESE, compite en desigualdad de condiciones con el sector privado (IPS privadas), dado que en el proceso de transformación el Estado no saneó sus pasivos laborales, continuó arrastrando el déficit presupuestal de muchos años atrás, no le fueron renovados con tecnología de punta sus equipos médicos y de oficina, bastante obsoletos por cierto, lo que sumado a la falta de preparación o capacitación de su recurso humano, de herramientas y de habilidades en la aplicación de buenos procesos de facturación, de costos y de contratación con los administradores de los regímenes y del sistema en general, llevaron a un creciente déficit financiero y asistencial.

1.2.1 Fuentes de Financiación y usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – (SGSSS)²¹

1.2.1.1 Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)²² fue creado por el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, la cual tiene a cargo los recursos que financian y/o cofinancian el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Conforme los artículos 167 y 219 de la Ley 100 de 1993 y el 41 del Decreto Ley 4107 de 2011²³, este fondo posee cinco Subcuentas cada una con su propia fuente y uso, así:

1. Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo (para el Régimen contributivo).

²¹ Ministerio de Salud y Protección Social, *“Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS”*, Junio de 2016.

²² *Ibíd.*

²³ Presidente de la República de Colombia, Decreto Ley 4107 de 2011, Noviembre 2, por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

2. Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud, como su nombre lo dice para cofinanciar con los entes territoriales, los subsidios a los afiliados el Régimen Subsidiado.
3. Subcuenta de Promoción de la Salud, para financiar actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad
4. Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, para atención de accidentes de tránsito, eventos catastróficos, catástrofes naturales y atención en salud a la población desplazada
5. Subcuenta de Garantías para la Salud con el objeto de procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud de tal manera que propende por el fortalecimiento patrimonial del IPS y EPS, garantizándoles acceso a crédito y otras formas de financiamiento, igualmente participa transitoriamente en el capital de los aseguradores y prestadores de servicios de salud y apoya financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Los recursos de esta subcuenta podrán destinarse de forma directa para compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Empresas Promotoras de Salud

1.2.1.2 Sistema General de Participaciones (SGP)²⁴

El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución

²⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, “Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS”. Op. Cit. 21.

Política²⁵ a las Entidades Territoriales teniendo como prioridad los servicios de salud.

La Ley 715 de 2001 modificada por la Ley 1176 de 2007²⁶, prevé la asignación de los recursos denominadas participaciones específicas para salud, de tal manera que del 96% del total de los recursos del SGP se destina el 24.5% para este fin.

De conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Ley 715 de 2001, los recursos del SGP en salud se destinarán a financiar los gastos de salud, en los siguientes componentes:

- Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda.
- Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Acciones de salud pública.

1.2.1.3 Aportes Patronales²⁷

El artículo 58 de la Ley 715 de 2001 estipula que las sumas correspondientes a los recursos que las Entidades Territoriales y sus entes descentralizados, deben destinar como aportes patronales de los empleados del sector salud, que se venían financiando con los recursos del situado fiscal, deberán ser pagadas con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de Salud y deben ser giradas directamente por la Nación a los Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se encuentren afiliados los trabajadores.

1.2.1.4 Rentas Territoriales destinadas a Salud²⁸ (*Impuesto al Consumo de Cerveza, Sifones, Refajos Licores, Vino, Aperitivos y Similares*)

²⁵ Constitución Política de Colombia de 1991.

²⁶ Congreso de la República de Colombia, Ley 1176 de 2007, Diciembre 27, por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

²⁷ Op. Cit. 21.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 223 de 1995²⁹, este es el impuesto pagado por el consumo en el territorio nacional de cervezas, sifones, refajos y mezclas de bebidas fermentadas con bebidas no alcohólicas. Estos recursos son propiedad de la Nación y su producto se encuentra cedido a los Departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo de los productos gravados en sus jurisdicciones.

El artículo 190 de la Ley 223 de 1995 modificado por el artículo 1 de la Ley 1393 de 2010³⁰, establece que la tarifa al impuesto de Cerveza y Sifones es el 48% y 20% de los Refajos, de los cuales el 8% corresponde al Sector Salud.

La distribución de los recursos entre los 3 componentes será la siguiente: como mínimo se destinará a la financiación del Régimen Subsidiado un 65% de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las Entidades Territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015.

Un 10% para el componente de salud pública y el porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia.

Estos recursos serán girados directamente por los productores nacionales y el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de Productos Extranjeros a los Fondos o Direcciones Seccionales de Salud y al Fondo Distrital de Salud, según el caso, el porcentaje mencionado dentro de los quince (15) días calendario siguiente al

²⁸ *Ibíd.*

²⁹ Congreso de la República de Colombia, Ley 223 de 1995, Diciembre 20, por la cual se expiden normas sobre racionalización tributaria y se dictan otras disposiciones.

³⁰ Congreso de la República de Colombia, Ley 1393 de 2010, Julio 12, por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.

vencimiento de cada periodo gravable. El período gravable de este impuesto es mensual.

1.2.1.5 Recursos de Juegos de Suerte y Azar³¹

En la Ley 10 de 1990, se consagró como monopolio rentístico de la Nación, los recursos que se generaran por la explotación de todos aquellos juegos de azar diferentes a las loterías y apuestas permanentes a través de una Sociedad Especial de Capital Público de la cual son socios la Nación y las Entidades Territoriales.

La Ley 643 de 2001³², establece que el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar se define como la facultad exclusiva del Estado para explotar, organizar, administrar, operar, controlar, fiscalizar, regular y vigilar todas las modalidades de juegos de suerte y azar, y para establecer las condiciones en las cuales los particulares pueden operarlos, facultad que siempre se debe ejercer como actividad que debe respetar el interés público y social y con fines de arbitrio rentístico a favor de los servicios de salud, incluidos sus costos prestacionales y la investigación.

Se fijan los principios que rigen la explotación, organización, administración, operación, fiscalización y control de estos juegos y se ratifica la finalidad social de todo juego de suerte y azar, el cual debe contribuir eficazmente a la financiación del servicio público de salud.

1.2.1.6 Loterías (Foráneas, Renta del monopolio, Impuesto a ganadores, Renta del monopolio utilidades y Rifas y juegos promocionales)³³

³¹ Op. Cit. 21.

³² Congreso de la República de Colombia, Ley 643 de 2001, Enero 16, por la cual se fija el Régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.

³³ Op. Cit. 21.

La Ley 643 de 2001, ratifica que los derechos de explotación de cada juego, estos recursos no podrán destinarse para cubrir gastos de funcionamiento y deberán ser girados al correspondiente Fondo Local de Salud dentro de los primeros (10) días hábiles del mes siguiente a la realización del juego.

1.2.1.7 Régimen del Juego de Apuestas Permanentes o Chance³⁴

En el año de 1991 la Ley 1ª crea esta forma de financiación de los servicios de Salud; este tipo de juegos de azar es administrado por las loterías o por concesiones que crean los particulares para tal fin, quienes se obligan a pagar el valor de los talonarios y un 6% de regalías calculado sobre el valor máximo pactado como apuesta; la lotería descuenta lo correspondiente a la administración del juego de chance y la diferencia la transfiere al Servicios Seccional de Salud.

1.2.1.8 Presupuesto de ingresos del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE

El Presupuesto de ingresos del Hospital Tomás Uribe Uribe tiene como fuente y origen los recursos definidos en este capítulo, siendo pertinente especificar que la forma como ingresan es por venta de servicios de salud a las EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado, a las Aseguradoras de Accidentes de Tránsito (SOAT) y otras; Administradoras de Riegos Laborales (ARL), a los entes Territoriales (Secretarías de salud Departamental y Municipal) para la atención de población pobre y vulnerable no cubierta con recursos de demanda y para las acciones colectivas de salud pública priorizadas en la ESE.

Adicionalmente el SGSSS, le fue paulatinamente recortando los recursos económicos que otrora recibía el Hospital Tomás Uribe Uribe a manera de “Transferencias a la Oferta” y los fue transformando en recursos de “Demanda”,

³⁴ Ibídem.

mediante la conversión de recursos que se requerirían para la vinculación de su población usuaria pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado.

1.3 Contratos de Prestación de Servicios de Salud entre ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, las Administradoras (EPS), las Aseguradoras y los Entes Territoriales

La prestación de los servicios de salud se da conforme a los convenios interadministrativos entre la ESE y con los entes territoriales para efectos de garantizar la atención a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda y para las acciones de salud pública que la norma obliga en materia de Intervenciones Colectivas a que se haga prioritariamente con las IPS públicas.

Para el caso de las EPS, éstas contratan con el hospital a tarifas decretadas por el estado (Decreto 2423 de 1996³⁵) bajo la figura de evento o por capitación. Vale acá mencionar que para las actividades de baja complejidad en el régimen subsidiado la contratación se da por capitación y en la mediana y alta complejidad por evento. Con los accidentados de tránsito media fundamentalmente la atención con la presentación del documento SOAT vigente, se reporta el evento ante la respectiva aseguradora y se facturan los servicios a tarifario del Decreto 2423 de 1996. Los servicios que necesiten pacientes en urgencias vitales no requieren mediación alguna de contrato, pues la administradora o aseguradora responsable debe asumir los costos de la prestación de dicho servicio.

A su vez las EPS del régimen subsidiado y las del Contributivo tienen la opción de re direccionar sus afiliados a otras IPS de la red de prestadores, principalmente a las clínicas particulares que empezaron a proliferar ante un mercado de libre competencia, pues era de esperarse que estas ofertarían con mejor

³⁵ Presidente de la República de Colombia, Decreto 2423 de 1996, Diciembre 31, por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.

infraestructura, dotación de equipos médicos de alta tecnología, mejor oportunidad y calidad en la prestación de los servicios asistenciales.

1.4 Competencia de los entes territoriales en lo financiero y asistencial

Conforme al artículo 6 de la Ley 10 de 1990, las competencias en salud se determinaron con base en los niveles de complejidad en salud, de tal manera que la baja complejidad paso a depender de los municipios, y la mediana y alta de los departamentos. Lo anterior conduce a que el departamento del Valle del Cauca deba de sus rentas propias (impuestos a licores, cerveza, lotería y juegos de azar) transferir recursos al Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe mediante Convenio Interadministrativo, para con ello garantizar la atención médica de la mediana complejidad especialmente de los servicios de salud a la población no asegurada y cofinanciar a su vez el régimen subsidiado. Cabe precisar que pese a que el Hospital en comento tiene oferta de servicios de salud de la baja complejidad y recurso humano asignado para este fin, solo accede a una pequeña porción de los recursos del régimen subsidiado destinados para este nivel, toda vez que como se citó en la introducción, el Concejo Municipal de Tuluá, mediante Acuerdo creó una Empresa Social del Estado de nivel 1 (Hospital Rubén Cruz Vélez).

Lo anterior, permite colegir que los entes municipales (Tuluá, Riofrío, Trujillo, Bugalagrande, Andalucía y San Pedro) asumen la competencia del nivel 1 y remiten al Tomás Uribe Uribe los pacientes que requieren servicios de salud correspondiente a la mediana y parte de la alta complejidad.

El proceso de descentralización o municipalización de la salud, la designación de competencias territoriales y la división por niveles de complejidad condujeron a la creación de una nueva ESE de carácter municipal con lo que se originó separación asistencial de los usuarios de la salud, pasando así en el caso del municipio de Tuluá, al nuevo Hospital (Rubén Cruz Vélez) la función y

competencia de atender las acciones de baja complejidad de la población afiliada al régimen subsidiado.

CAPÍTULO II

CONDICIONES FINANCIERAS EN LAS QUE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EL HOSPITAL TOMÁS URIBE URIBE ESE Y LA INCIDENCIA DE ÉSTA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES

Para el abordaje de las condiciones financieras del Hospital Tomás Uribe Uribe y considerando el objetivo de este trabajo, se hace necesario e inevitable precisar aspectos relevantes del presupuesto de ingresos y gastos aprobado por su Junta Directiva en las últimas vigencias, la facturación por servicios prestados a los usuarios afiliados a las distintas EPS y Aseguradoras, la cartera, los estados financieros, el flujo de los recursos, las adversidades del Sistema de Salud y la conexidad técnica y legal entre lo administrativo, financiero y asistencial.

Dentro del proceso de estructuración del SGSSS, se han aprobado paralelamente una serie de normas tendientes a regular en las Empresas Sociales del Estado su funcionamiento, la disposición y reporte de información, evaluación y control de gestión técnica, financiera, administrativa y asistencial. Razón por la cual fueron emitidas la Resolución 4444 de 1995³⁶, emanada de la Contaduría General de la República, en la cual se establece que las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) se regirán conforme al Manual para la Contabilidad Pública; igualmente deben contar en cada vigencia con un presupuesto debidamente aprobado por su Junta Directiva y el Consejo Departamental de Política Fiscal (CODFIS).

Igualmente se condiciona a las ESE a que todo ingreso y gasto de la vigencia debe presupuestarse y ejecutarse de acuerdo a las normas presupuestales

³⁶ Contaduría General de la República. Resolución 4444 de 1995, por la cual se prueba y adopta el Plan General de Contabilidad Pública – PGCP, y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

establecidas en el Decreto 115 de 1996³⁷ y contar con un plan de desarrollo, financiero y un plan de acción debidamente aprobados por la Junta Directiva. Es así como el presupuesto de estas instituciones es de caja para ingresos y de causación para gastos.

El citado presupuesto de ingresos de la ESE, comprende la disponibilidad inicial, los ingresos corrientes que se esperan recaudar durante la vigencia fiscal y los recursos de capital; el de gastos comprende las apropiaciones para gastos de funcionamiento, gastos de operación comercial, servicio de la deuda y gastos de inversión que se causen durante la vigencia fiscal respectiva. La causación del gasto debe contar con la apropiación presupuestal correspondiente, así su pago se efectúe en la siguiente vigencia fiscal³⁸.

En el presupuesto de gastos sólo se podrán incluir apropiaciones que correspondan a:

- a) Créditos judicialmente reconocidos.
- b) Gastos decretados conforme a la ley citada.
- c) Las destinadas a dar cumplimiento a los planes y programas de desarrollo económico y social.
- d) Las normas que organizan la ESE.

Es competencia de la Nación definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como divulgar sus resultados,

³⁷ Presidente de la República de Colombia, Decreto 115 de 1996, Enero 15, por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y de las Sociedades de Economía Mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras.

³⁸ *Ibíd.*

con la participación de las entidades territoriales, conforme a lo establecido en el artículo 42 de la ley 715 de 2001 y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, de conformidad con el Decreto 2193 de 2004³⁹.

Para el citado abordaje de las condiciones financieras del Tomás Uribe, iniciaré textualmente con el análisis realizado por la ESAP de los años 2007 a 2010, para luego continuar con el periodo comprendido entre 2011 y 2015, fundamentándome para ello en los informes gerenciales emitidos en audiencias públicas, al Ministerio de la Protección Social y a la Secretaria de Salud Departamental del Valle en virtud del decreto 2193 de 2004; igualmente a los reportes de la contadora y del revisor fiscal del Hospital Tomás Uribe Uribe.

2.1 Análisis financiero en el HTUU ESE

El análisis financiero comprende la compilación de información, interpretación, comparación y estudio de los estados financieros de una organización. Esto implica la aplicación de indicadores para evaluar su desempeño financiero y operacional, lo que ayuda a la administración a tomar decisiones en cualquier momento del ejercicio contable.

El análisis por razones o indicadores señala los puntos fuertes y débiles de la entidad e indica probabilidades y tendencias. También enfoca la atención del

³⁹ Presidente de la República de Colombia, Decreto 2193 de 2004, Julio 08, por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003.

analista sobre determinadas relaciones que requieren posterior y más profunda investigación.

Dentro de las acciones desarrolladas por el hospital para identificar la crisis y asumir estrategias de superación de la misma, se realizó un profundo análisis con el fin de determinar la situación financiera y su capacidad de generación de flujos de recursos para financiar su operación a través del tiempo, para ello se perfeccionó el convenio No. 016 entre el Hospital y la ESAP, tomando el periodo comprendido entre 2007 y 2010, con sus respectivos estados financieros (Balances generales y Estados de actividad financiera, económica, social y ambiental) preparados por la entidad hospitalaria y entregados por su contadora Olga Moreno Montaña, a los funcionarios de la ESAP, quienes emitieron el resultado siguiente:

2.1.1 Análisis Financiero (2007-2010) HTUU ESE⁴⁰

“Se evidencia en las cifras de los balances generales con corte a diciembre 31, señalados en los cuadros siguientes, una reducción entre 2007 – 2008, evidenciada en el activo en la amortización de los intangibles y los depósitos entregados en administración, y en general el activo no corriente que se reduce un 8%, mientras que el activo circulante se incrementa en un 3,2%. En el mismo periodo se observa una reducción de la cartera en un 26,2%, que resulta especialmente en la cuenta de otros deudores y el crecimiento en la provisión de cartera que en 2008 llegó a \$ 1.804 millones (331,5%), con relación al saldo 2007.

En 2008 la cartera por servicios de salud presentó un crecimiento del 28,7%, confirmando que la reducción en el saldo del grupo obedece básicamente al incremento del saldo crédito en la provisión de cartera.

Para los dos (2) años comentados, la liquidez fue de 0,5 veces, o sea que por cada peso de deuda con vencimiento en el corto plazo, la entidad solamente disponía de cincuenta (50) centavos para su cancelación.

Entre 2008 – 2009 y 2009 – 2010 se presentaron crecimientos en las cifras del balance, en niveles del 2,5% y el 16,5% respectivamente, apalancados especialmente en los altos niveles de

⁴⁰ Op. Cit. 18.

excedente que se liquida al cierre de los dos (2) últimos años analizados, que contrastan con los déficits con que cerraron los dos (2) primeros años.

BALANCE GENERAL							
A DICIEMBRE 31							
(Cifras en miles de pesos)							
ACTIVO	2007	2008	%	2009	%	2010	%
CORRIENTE	5.495.718	5.670.871	3,2	6.096.151	7,5	7.481.081	22,7
Efectivo	334.046	818.017	144,9	241.490	-70,5	271.125	12,3
Inversiones	15.705	34.147	117,4	43.242	26,6	49.422	14,3
Deudores	4.610.892	3.400.710	-26,2	3.644.755	7,2	7.043.974	93,3
Servicios de Salud	2.904.568	3.738.880	28,7	4.034.331	7,9	7.910.168	96,1
Avances y antic. Entregados	-	49.979	100,0	593.168	1087	130.789	-78,0
Depósitos entregados	65.273	111.126	70,2	6.971	-93,7	53.095	662
Otros Deudores	2.185.366	1.576.620	-27,9	1.576.620	0,0	-	-100
Deuda de difícil cobro	-	272.768	100,0	-	-100	-	0,0
Provisión para deudores	- 544.315	- 2.348.663	331,5	- 2.566.335	9,3	- 1.050.078	-59,1
Inventarios	535.075	1.417.997	165,0	2.166.664	52,8	116.560	-94,6
Materiales para la prest. de servicios	545.703	1.428.625	161,8	2.177.292	52,4	1.831.585	-15,9
Prov. protección de Inventarios	- 10.628	- 10.628	0,0	- 10.628	0,0	- 1.715.025	1604
NO CORRIENTE	16.299.325	14.987.509	-8,0	15.072.696	0,6	17.176.295	14,0
Depósitos entregados en Admón.	4.005.114	3.081.899	-23,1	3.659.379	18,7	3.770.429	3,0
Otros Deudores - margen de contrat.	-	-	0,0	-	0,0	3.183.707	100
Deuda de Difícil Cobro	-	-	0,0	379.582	100	368.695	-2,9
Propiedad planta y equipo	7.063.338	6.739.025	-4,6	5.725.768	-15,0	4.587.011	-19,9
Terrenos	872.489	872.489	0,0	872.489	0,0	872.489	0,0
Construcciones en Curso	-	-	0,0	-	0,0	414.568	100
Bienes muebles en bodega	777.253	777.546	0,0	449.700	-42,2	361.677	-19,6
Edificaciones	5.967.833	6.318.191	5,9	6.318.191	0,0	6.318.191	0,0
Plantas y Ductos	15.237	15.237	0,0	15.237	0,0	15.237	0,0
Maquinaria y equipo	344.993	358.946	4,0	390.961	8,9	434.269	11,1
Equipo médico y científico	7.617.419	8.053.596	5,7	8.499.148	5,5	8.499.148	0,0
Muebles, enseres y equipo de oficina	830.555	880.963	6,1	883.618	0,3	949.249	7,4
Equipo de comunic. y computación	620.101	694.529	12,0	694.529	0,0	694.529	0,0
Equipo de transp. tracción y elevación	194.663	327.658	68,3	329.797	0,7	329.797	0,0
Depreciación acumulada	- 9.917.093	-11.300.018	13,9	-12.467.790	10,3	-14.042.031	12,6
Prov. Protección Prop., P. y Equipo	- 260.112	- 260.112	0,0	- 260.112	0,0	- 260.112	0,0
Otros activos	5.230.873	5.166.585	-1,2	5.307.967	2,7	5.266.453	-0,8
Gastos Pagados x Anticipado	255.189	139.229	-45,4	296.381	113	259.233	-12,5
Intangibles	84.697	-	-100	-	0,0	-	0,0
Amortización Acumulada Intangibles	- 84.697	-	-100	65.499	0,0	65.499	0,0
Bienes Entregados a terceros	-	65.499	100	- 13.100	-120	- 17.466	33,3
Valorizaciones	4.975.684	4.961.857	-0,3	4.959.187	-0,1	4.959.187	0,0
TOTAL ACTIVO	21.795.043	20.658.380	-5,2	21.168.847	2,5	24.657.376	16,5

La mayor parte del crecimiento entre 2009 y 2010 se refleja en un apreciable incremento de las cuentas por cobrar, que por concepto de servicios de salud, prácticamente duplica su saldo al cierre de 2010 con relación a la misma fecha de 2009, a pesar del castigo registrado al saldo de otros deudores en 2010.

A pesar del superávit liquidado al cierre de 2009, no se presenta un significativo crecimiento en la cifras del balance, debido a la cancelación de la obligación financiera que se estaba registrando en los años anteriores, con cuyo servicio, el pasivo corriente se redujo en un 50,5% entre 2008 y 2009. Es de anotar que esta obligación venía siendo registrada como pasivo corriente, a pesar que se mantuvo por varios periodos, en el evento en que se hubiera reclasificado al pasivo no corriente, se había modificado significativamente la situación de iliquidez de los indicadores en 2008 y 2009.

El capital fiscal en 2010 vuelve a tener un saldo importante, superior a los \$ 3.000 millones, comparado con 2009 que cerró con saldo negativo, producto de los déficits liquidados en los años anteriores, amenazando la viabilidad financiera de la entidad. Se observa un crecimiento significativo en el pasivo no corriente en las obligaciones con proveedores nacionales”.

BALANCE GENERAL A DICIEMBRE 31 HTUU ESE 2007 - 2010							
PASIVO	2007	2008	%	2009	%	2010	%
CORRIENTE	10.974.255	12.191.295	11,1	6.034.182	-50	5.531.872	-8,3
Obligaciones financieras	6.462.293	6.357.347	-1,6	15.871	-99	-	-100
Créditos Obtenidos	1.687.500	1.687.500	0,0	-	-100	-	0,0
Intereses Créditos Obtenidos	4.774.793	4.669.847	-2,2	15.871	-99	-	-100
Cuentas por pagar	2.897.833	3.649.445	25,9	3.808.918	4,4	4.007.423	5,2
Proveedores Nacionales	2.400.690	2.772.150	15,5	2.637.402	-4,9	2.282.177	-13
Acreeedores	437.182	689.355	57,7	883.015	28,1	1.169.547	32,4
Retefuente e Impto. de Timbre	29.263	44.662	52,6	53.148	19,0	43.702	-17
Impuestos, contrib y tasas x pagar	30.698	53.228	73,4	155.065	191	328.537	112
Créditos Judiciales	-	90.050	100	80.288	-10,8	183.460	129
Obligaciones laborales	1.355.885	1.294.958	-4,5	1.373.669	6,1	844.982	-38
Obligaciones laborales	1.355.885	1.294.958	-4,5	1.373.669	6,1	844.982	-38,5
Pasivos Estimados	174.398	198.747	14,0	390.353	96,4	458.521	17,5
Provisión Prestaciones Sociales	174.398	198.747	14,0	390.353	96,4	458.521	17,5
Otros pasivos	83.846	690.798	724	445.371	-35	220.946	-50
Recaudo a Favor de Terceros	73.468	557.883	660	435.222	-22,0	200.184	-54,0
Ingresos Recibidos por anticipado	10.378	132.915	1181	10.149	-92,4	20.762	105333
NO CORRIENTE	3.537.584	3.390.175	-4,2	6.053.306	78,6	5.540.923	-8,5
Obligaciones Financieras	-	-	0,0	29.148	100	-	-100
Proveedores Nacionales	-	-	0,0	1.471.268	100	1.471.852	0,0
Acreeedores	-	-	0,0	242.545	100	571.316	135
Impuestos, contrib. y tasas x pagar	-	-	0,0	-	0,0	147.202	100

Créditos Judiciales	-	-	0,0	13.050	100	1.396.485	10601
Otras Cuentas por Pagar	-	-	0,0	-	0,0	29.148	100
Obligaciones laborales	-	-	0,0	606.340	100	815.414	34,5
Obligaciones laborales	-	-	0,0	606.340	100	815.414	34,5
Pasivos estimados	3.537.584	3.390.175	-4,2	3.362.375	-0,8	910.793	-73
Provisión Para Contingencias	2.626.791	2.451.582	-6,7	2.451.582	0,0	-	-100
Calculo Actuarial Cuotas Partes P.	910.793	910.793	0,0	910.793	0,0	910.793	0,0
Provisiones Diversas-Serv. Públicos	-	27.800	100	-	-100	-	0,0
Otros pasivos	-	-	0,0	328.580	100	198.713	-39
Recaudo a Favor de Terceros	-	-	0,0	328.580	100	198.713	-39,5
PASIVO TOTAL	14.511.839	15.581.470	7,4	12.087.488	-22,4	11.072.795	-8,4
PATRIMONIO INSTITUCIONAL	7.283.204	5.076.910	-30	9.081.359	78,9	13.584.581	49,6
Capital Fiscal	4.090.630	2.199.898	-46	- 78.623	104	3.928.496	5097
Resultado de Ejercicio Anterior	99.654	-	-100	-	0,0	-	0,0
Resultado de Ejercicio	- 2.069.712	- 2.278.521	10	4.007.120	276	4.503.223	12,4
Superávit por Donación	186.948	193.676	3,6	193.676	0,0	193.676	0,0
Superávit por Valorización	4.975.684	4.961.857	-0,3	4.959.186	-0,1	4.959.186	0,0
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	21.795.043	20.658.380	-5,2	21.168.847	2,5	24.657.376	16,5

2.1.2 Análisis con Indicadores financieros (2007-2010)⁴¹

INDICADORES FINANCIEROS HTUU ESE 2007 - 2010				
INDICADOR	2007	2008	2009	2010
LIQUIDEZ				
Liquidez	0,5	0,5	1,0	1,4
Prueba ácida	0,5	0,3	0,7	1,3
Capital de trabajo	- 5.478.537,00	-6.520.424,00	61.969,00	1.949.209,00
Solvencia	1,5	1,3	1,8	2,2
ENDEUDAMIENTO				
Deuda total	66,6%	75,4%	57,1%	44,9%
Concentración del endeudamiento				
Pasivo corriente	75,6%	78,2%	49,9%	50,0%
Obligaciones financieras	58,9%	52,1%	0,3%	0,0%
Cuentas por pagar	26,4%	29,9%	63,1%	72,4%
ACTIVIDAD				
Rotación de cartera (No. de días)	109	66	65	123
Rotación de cuentas por pagar	120	139	102	104
RENDIMIENTO				
Margen de contribución	-8,4%	7,5%	-1,0%	-16,3%
Excedente neto	-13,5%	-12,2%	19,9%	21,9%

⁴¹ Ibídem.

“El anterior cuadro muestra los indicadores generalmente utilizados para el análisis de estados financieros, los cuales para el caso del Hospital Tomás Uribe Uribe en el periodo 2007 – 2010 registran así:

Durante los años 2007 y 2008, la entidad registró niveles de iliquidez críticos, afectados por las obligaciones financieras que por valor de \$ 1.687 millones se registraron como pasivo corriente, aunque el plazo para su cancelación superó el año. Una vez cancelada dicha obligación en 2009, se recuperó el indicador hasta llegar a la par, es decir a disponer de un peso (\$ 1.00) para cancelar cada peso (\$1.00) de obligación corriente a cargo de la entidad. Para 2010, mejoró sustancialmente hasta alcanzar un peso con cuarenta (\$ 1.40).

Teniendo en cuenta que los inventarios constituyeron, en promedio del periodo, solamente el 6.8% del activo, podemos observar que la prueba ácida (indicador de liquidez inmediata), no afectó significativamente el índice de liquidez comentado en 2007 y 2010, sin embargo, en 2008 y 2009, reduce el indicador a treinta centavos (\$ 0.30) y setenta centavos (\$ 0.70) por peso de deuda, respectivamente. A pesar que en 2010, se observó una situación de aparente liquidez, el largo periodo de recaudo de la cartera (123 días) afectó la capacidad de pago de la entidad, por lo que retuvo los pagos a los proveedores en promedio 104 días durante 2010 y 116 días en promedio en el periodo. Es decir que durante todo el periodo analizado la E.S.E. presentó una situación de iliquidez que puso en riesgo su capacidad de negociación con proveedores, limitó sus posibilidades de acceso a descuentos o por lo menos a precios que no estén afectados con recargos por prevención a la retención de la obligación por encima de los plazos concedidos.

No obstante las dificultades para el pago oportuno de las obligaciones, los niveles de endeudamiento corriente de la entidad se recuperaron satisfactoriamente desde el 75.4%, pico presentado en 2008, hasta llegar al 44.9%, en 2010. El problema que se presentó es que este pasivo corriente se concentra precisamente en las cuentas por pagar (72.4%), lo que puso en riesgo el cumplimiento a los proveedores que constituyeron la casi totalidad de este grupo de obligaciones.

El margen de contribución (excedente bruto: ingresos operacionales – costo de ventas) es negativo en tres (3) de los cuatro (4) años del periodo analizado, mientras que el excedente neto pasó de negativo en 2007 y 2008 a niveles significativos en 2009 y 2010, comportamiento que será analizado en el examen de los Estados de actividad financiera, económica, social y ambiental que se hace a continuación, y que se basa especialmente en el margen de contratación registrado a partir de 2010, y se relaciona con el sistema de contratación y pago de los servicios asistenciales facturados por el hospital.”

2.1.3 Estados de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental (2007-2010)⁴²

“El siguiente cuadro muestra comparativamente, los estados de actividad financiera, económica, social y ambiental, acumulados a 31 de diciembre entre los años 2007 y 2010

HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE							
ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA ECONOMICA Y SOCIAL A DBRE 31							
CUENTAS	2007	2008	%	2009	%	2010	%
INGRESOS OPERACIONALES	15.285.829	18.652.417	22,0	20.134.867	7,9	20.579.511	2,2
Venta de Servicios – Salud	15.285.829	18.652.417	22,0	20.134.867	7,9	20.579.511	2,2
COSTO VENTA DE SERVICIOS	8.706.508	9.446.608	8,5	13.412.665	42,0	13.860.377	3,3
Costo de Ventas de Bienes y servicios	8.706.508	9.446.608	8,5	13.412.665	42,0	13.860.377	3,3
GASTOS OPERACIONALES	7.864.343	7.811.110	-0,7	6.926.703	-11,3	10.082.668	45,6
De administración	6.322.255	4.623.837	-26,9	5.333.399	15,3	6.739.302	26,4
servicios personales	3.183.065	2.922.418	-8,2	3.037.987	4,0	4.135.655	36,1
Contribuciones Efectivas	465.672	497.453	6,8	481.992	-3,1	526.992	9,3
Aporte Sobre Nomina	88.228	148.003	67,8	98.077	-33,7	109.532	11,7
Generales	2.572.012	1.037.171	-59,7	1.702.554	64,2	1.943.664	14,2
Impuestos Tasas y Contribuciones	13.278	18.792	41,5	12.789	-31,9	23.459	83,4
Provisión, agotamiento y amortización.	1.542.088	3.187.273	106,7	1.593.304	-50,0	3.343.366	110
Provisión para Deudores	192.122	1.804.348	839,2	270.163	-85,0	60.363	-77,7
Provisión protección Inventario	0	0	0,0	0	0,0	1.704.396	100,0
Depreciación	1.349.966	1.382.925	2,4	1.310.041	-5,3	1.574.241	20,2
Amortización de Bienes Entregados	0	0	0,0	13.100	100	4.366	-66,7
EXCEDENTE OPERACIONAL	(1.285.022)	1.394.699	-	(204.501)	-	(3.363.534)	1544,8
			208,5		114,7		
OTROS INGRESOS	125.812	510.947	306,1	9.086.193	1679	10.864.770	19,6
Financieros	1.167	370	-68,3	1.200	224,3	2.003	66,9
Margen en la contratación	0	0	0,0	0	0,0	1.077.674	100
Extraordinarios	113.476	288.616	154,3	6.603.557	2188	3.266.298	-50,5
Ajustes a ejercicios anteriores	11.169	221.961	1888	2.481.436	1018	6.518.795	163
OTROS GASTOS	910.502	4.184.167	359,5	4.874.572	16,5	2.998.013	-38,5
Intereses	129.907	54.471	-58,1	84.641	55,4	0	-100
Gastos Comisiones Bancarias	2.866	10.201	255,9	16.442	61,2	12.933	-21,3
Financieros	13.501	34.222	153,5	4.999	-85,4	25.417	409
Otros Gastos ordinarios	0	1.276.360	100	1.376.204	7,8	799.554	-41,9
Margen en la Contratación	0	2.752.000	0,0	3.305.000	0,0	1.271.691	100
Otros Gastos extraordinarios	117.872	42.813	-63,7	2.471	-94,2	0	-100
Ajustes a ejercicios anteriores	646.356	14.100	-97,8	84.815	502	888.418	948
EXCEDENTE DEL EJERCICIO	(2.069.712)	(2.278.521)	10,1	4.007.120	276	4.503.223	12,4

⁴² Ibídem.

Los costos de ventas de bienes y servicios presentaron crecimientos superiores a la inflación entre los años del periodo analizado, sin embargo entre 2007 y 2008, ese crecimiento fue inferior al de los ingresos en el mismo lapso. Entre 2008 y 2009, se presentó un crecimiento del 42%, que fue contenido entre 2009 y 2010, periodo en el cual se comportó en niveles muy cercanos a la inflación.

En cuanto a los gastos operacionales, se presentó una importante reducción entre los dos (2) primeros años del periodo, pero vuelven a crecer en los siguientes, especialmente en 2010, periodo en el cual ese crecimiento llegó a 45,6%. En este componente del gasto, los servicios personales son un factor importante, toda vez que constituyen en promedio el 42,5% de los gastos operacionales de la entidad.

En tres (3) de los cuatro (4) años del periodo analizado, se liquida déficit operacional, sin embargo, los dos (2) primeros años presentan déficit neto, mientras que los dos (2) últimos presentan superávit neto, apalancados en los altos ingresos de otros conceptos (Ingresos Extraordinarios y Ajustes de ejercicios anteriores) que se registran en el año 2009, por recursos transferidos por el departamento en cuantía de \$ 3.600 millones, para cancelación de la deuda pública que presentaba el hospital, \$ 1.140 millones, por concepto de un ajuste al fondo constituido para la atención de las cesantías de los empleados cobijados por el régimen anterior y recuperación de intereses causados por la deuda pública por \$ 2.242 millones. En 2010 por \$ 3.184 millones por ajustes a la facturación de vigencias anteriores y recuperación de gastos por \$ 1.490 millones, correspondientes a la provisión establecida en exceso para atender la sentencia en el proceso adelantado contra el hospital por Miguel Vargas C. En ese mismo año se presenta una recuperación por ajuste a la provisión de cartera que redujo su saldo de \$ 2.566 millones en 2009 a \$ 1.051 millones en 2010, y resoluciones de reconocimientos del Ministerio de Protección Social y FOSYGA, que fueron causados en el año anterior, pero recaudados efectivamente en el 2011.

El año 2008 es el único año que presentó superávit operacional, sin embargo, se registró en dicho año un déficit neto por \$ 2.278 millones, debido al registro por valor superior a los \$ 2.752 millones por margen de contratación, que corresponde a gastos por valor superior a los contratados en la modalidad de capitación.

No se causaron, ni se registraron provisiones para atender al pago de sentencias y pasivos contingentes y cuando se concreta una obligación por estos conceptos, se afecta directamente el estado de actividad financiera, económica, social y ambiental del año en que se presenta la incidencia legal, generando el consecuente impacto en los resultados del año respectivo”.

Revisado los estados financieros desde 2007 hasta 2010, no es difícil concluir la grave condición de la institución y la consecuente limitación del servicio médico asistencial y como quiera que la actual crisis financiera del hospital Tomás Uribe Uribe, no es ajena al resto de las Empresas Sociales del Estado, en el territorio nacional se están fortaleciendo las medidas con miras a conjurar la crisis del sector y a reformar el Sistema de Seguridad Social en Salud, razón, entre otras, por la cual fue emitida la ley 1438 de 2011.

La citada ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

En el capítulo III de ley 1438 de 2011, el Gobierno Nacional estableció un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin creó un fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permite desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer en la ESE la capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención, de tal manera que las que demuestren buenos resultados en los indicadores de salud, bajo riesgo fiscal y financiero, y documenten trabajo en el proceso de calidad podrán acceder a créditos condonables y otros estímulos que ofrezca el Gobierno Nacional, en especial para dotación tecnológica y capacitación del talento humano.

Los condicionamientos citados para acceder a los créditos condonables, no son a corto ni mediano plazo alcanzables en el caso particular del Hospital Tomás Uribe Uribe, debido a el fraccionamiento y reducción del número de sus usuarios, la

unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) entre el régimen subsidiado y contributivo, la transformación de subsidios de oferta en demanda, el recorte progresivo e importante de las transferencias (situado fiscal – SGP y Rentas Cedidas) que otrora recibía del Estado, la falta de adecuados procesos de facturación, recaudo, contratación, costeo de servicios; la inadecuada y obsoleta tecnología sumada a un perverso flujo de recursos y la galopante corrupción político administrativa.

Adicionalmente la permanencia del hospital en el mercado se encuentra en grave riesgo, toda vez que está limitada la infraestructura, la consecución de equipos, insumos, suministros y la disponibilidad de recurso humano misional, necesarios para la prestación adecuada, oportuna y con calidad de los servicios de salud.

La condición antes citada conduce igualmente al pago inoportuno de los salarios y demás gastos inherentes a la nómina, con los consecuentes conflictos laborales, cese de actividades, que a su vez expone a grave riesgo la comunidad usuaria e incrementa los indicadores de morbilidad, sobre todo en la población pobre y vulnerable domiciliada en Tuluá y su área de influencia.

En la adversa condición administrativa y asistencial citada, el Tomás Uribe se hizo blanco del Programa Nacional para el Saneamiento de cartera de las Empresas Sociales del Estado, cualificación del riesgo teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad e indicadores financieros, conforme a lo establecido en el mismo capítulo de la citada Ley 1438 de 2011. Consecuentemente se le ordenó al Ministerio de la Protección Social determinar y comunicar a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, razón ésta que conllevó a que el hospital en comento fuese clasificado en “riesgo alto”.

Categorizado el Hospital Tomás Uribe Uribe ESE en riesgo alto, conforme a lo establecido en el Artículo 81 de la Ley 1438 de 2011 y a la Resolución 2509 de 2012⁴³, emanada del Ministerio de Salud y Protección social, fue sometido a la adopción de un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental de salud del Valle del Cauca, so pena de ser intervenido por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Como quiera que las Empresas categorizadas en riesgo medio o alto, deben adoptar el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF), a que se refiere el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011, al realizársele un análisis comparativo con referencia de los años 2012, 2013 y 2014, de la capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes frente a los ingresos operacionales corrientes, el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá Valle del cauca se encontró en Alto Riesgo, por lo tanto, debió iniciar la ejecución de los citados programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, desarrollar las acciones necesarias para su visualización ante el Ministerio de Hacienda y crédito Público y ante la Superintendencia Nacional de Salud en los casos que corresponda.

La comentada crisis financiera y asistencial junto a la calificación de Riesgo Alto, condujo a la Junta Directiva de la entidad hospitalaria a emitir el Acto Administrativo No. 005 del 07 de enero de 2014, por el cual adoptó el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, fundamentado y ponderado en los siguientes términos:

- Acompañar a los pre-pensionables para la presentación de la documentación ante los distintos fondos (2 puntos de ponderación).

⁴³ Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución No. 2509 de 2012, Agosto 29, por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012.

- Revisión de Convenios existentes en el hospital para establecer beneficios, costos y medidas de compensación (2 puntos de ponderación).
- Definir la necesidad y el empleo eficiente de los recursos humanos y físicos en el área administrativa y asistencial (3 puntos de ponderación).
- Reestructurar la planta de cargos y Redefinir Unidades de Trabajo de la Planta Global para incorporar eficazmente los nuevos servicios de acuerdo con la Red Publica Departamental (10 puntos de ponderación).
- Mantener el nivel costos y consumo de insumos controlado para lograr el equilibrio fiscal (5 puntos de ponderación).
- Control de los factores que inciden en la ejecución de los contratos con las EPS para lograr el equilibrio económico (5 puntos de ponderación).
- Mantener la Implementación de las BPM (5 puntos de ponderación).
- Establecer acuerdos de pago que beneficien la sostenibilidad de la institución (5 puntos de ponderación).
- Estructurar y ejecutar el Plan de Saneamiento de pasivos de acuerdo con el flujo de recursos proyectado para el PSFF (10 puntos de ponderación).
- Liberación de embargos y sentencias judiciales (10 puntos de ponderación).
- Gestión eficaz para lograr el recaudo de cartera bajando los días de rezago (5 puntos de ponderación).
- Establecer alianzas estratégicas público privadas para prestar los servicios de UCI, Salud Mental, alto riesgo obstétrico y Oncología de acuerdo a lo dispuesto en la transformación de la red pública y a la necesidad de la región (10 puntos de ponderación).
- Establecer alianzas estratégicas público privadas para prestar los servicios del SOAT (3 puntos de ponderación).
- Gestionar la actualización de los equipos biomédicos incluyendo ambulancia medicalizada (5 puntos de ponderación).
- Gestionar el reforzamiento estructural de las áreas que carecen y efectuar las adecuaciones arquitectónicas (3 puntos de ponderación).

- Gestionar la disponibilidad de herramientas de sistematización en línea a través de la presentación de proyectos y/o de contrato de arrendamiento (10 puntos de ponderación).
- Mejorar los indicadores de productividad de medicina especializada teniendo como base los indicadores de productividad del cuadro 7 (5 puntos de ponderación).
- Reportar todas las actividades de producción de la ESE al sistema SIHOS (2 puntos de ponderación).

Siguiendo el hilo conductor y definida la categorización del riesgo en el Hospital Tomás Uribe Uribe ESE y del acogimiento de los 18 puntos citados en el acto administrativo No. 005 del 07 de enero de 2014, emanado de la Junta Directiva, se hace necesario e indispensable continuar con el análisis financiero de los últimos 5 años e incorporar el componente del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) de los años 2013, 2014 y 2015 para identificar su situación en los siguientes términos:

2.2 Aspectos relevantes del presupuesto de ingresos HDTUU (2011-2015)

2.2.1 Ingreso por venta de servicios de salud

Con la transformación de los subsidios de oferta en demanda, las transferencias que otrora recibía en Hospital Tomás Uribe Uribe ESE, prácticamente han desaparecido hasta el punto que el monto de los contratos interadministrativos suscritos con el ente territorial (Departamento del Valle - Secretaria de salud Departamental) se redujeron de manera progresiva hasta llegar a menos del 20 %, situación agravada por la disminución en la venta de servicios de salud a las distintas EPS y Aseguradoras pese a que en virtud de la misma transformación aumentaron sus afiliados.

La falta de equipos médicos con tecnología de punta conlleva a la derivación de pacientes a otros centros prestadores (IPS) de la red pública o privada, con lo que, por razones obvias se afecta el presupuesto de ingresos del hospital.

En los últimos años, la venta de servicios de salud en las diferentes dependencias asistenciales del hospital, ha presentado una disminución importante, máxime si se tiene en consideración el ajuste anual de la UPC para efectos de facturación de los servicios prestados, como se puede apreciar en los tres siguientes cuadros:

INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD HTUU ESE 2012 – 2015				
CONCEPTO	VIGENCIA 2012	VIGENCIA 2013	VIGENCIA 2014	VIGENCIA 2015
Urgencia Consulta	275.908.076	682.586.305	155.128.400	170.072.850
Urgencias - Observación	372.309.970	571.995.379	227.863.190	756.404.168
Consulta Externa Medicina General	469.614.900	\$ 82.917.830	11.828.100	303.211.035
Consulta Especializada	- 110.495.900	396.027.990	\$ 77.703.700	21.745.592
Salud oral	22.954.900	30.253.300	3.304.100	
Promoción	41.038.567	30.199.400	5.836.700	994.200
Hospitalización - Estancia general	775.938.935	703.185.808	1.991.032.020	\$ 872.835.048
Quirófano y Salas de Parto	501.697.699	36.378.250	35.190.100	20.560.500
Salas	41.733.900	294.692.000	333.797.755	
Apoyo Diagnóstico	238.728.550	171.353.755	161.091.925	143.782.690
Apoyo Diagnóstico - Imagenología	229.404.365	186.286.000	113.547.600	75.450.257
Anatomía Patología	31.010.600	45.676.300	45.733.800	12.294.800
Apoyo Terapéutico - Rehabilitación	20.775.200	27.970.420	24.324.650	7.795.940
Apoyo Terapéutico Farmacia - Insumos	372.708.590	407.998.263	\$ 257.606.264	\$ 296.851.477
Servicios Conexos a la Salud	40.284.500	30.812.000	\$ 32.407.000	\$ 34.647.000
Otros Servicios	8.306.450			
Total en Pesos	\$ 3.552.911.102	\$ 4.237.217.481	\$ 3.437.289.549	\$ 3.050.443.312

Fuente: Departamento financiero del Hospital Tomás Uribe Uribe

En el siguiente, es decir el segundo de los tres cuadros citados, se evidencia entre las vigencias 2011 a 2015, que el reconocimiento por venta de servicios de salud tuvo una significativa reducción pasando de \$ 21.004.000.000.00 en el año 2011 a \$ 15.200.000.000.00 en la vigencia de 2015, pese a que con la ley 1438 de 2011, ya se habían empezado a tomar y aplicar a nivel nacional las medidas tendientes

al fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado, en recursos, capacidad instalada y modernización de la gestión, no siendo ajeno a dichas medidas el Hospital Tomas Uribe Uribe ESE .

INGRESOS RECONOCIDOS EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES 2011-2015					
Conceptos	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos Total reconocido - excluye CxC	21.004	26.617	20.496	24.520	15.200
Total Venta de Servicios de salud	18.673	17.784	15.377	16.075	13.423
Régimen Subsidiado	6.982	10.574	12.451	13.248	8.445
Régimen Contributivo	1.314	747	763	1.305	1.603
No asegurados pobres y vulnerables	8.434	4.935	1.251	655	3.053
Otras ventas de servicios	1.943	1.528	912	867	322
Aportes	0	4.450	3.863	7.267	1457
Otros ingresos	2.331	4.386	1.256	1.178	320
Cuentas de otras vigencias reconocidas	6.276	3.126	5.263	3.966.	6.324
Total ingresos en millones	27.280	29.743	25.759	28.486	21.524

Fuente: Hospital Tomás Uribe Uribe – Decreto 2193 de 2004

Si el citado ingreso lo comparamos de la misma forma con lo recaudado del reconocimiento, pasa de \$16.554.334.000.oo a \$11.783.313.000.oo, tal como lo registra en el siguiente cuadro:

INGRESOS RECAUDADOS EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES 2011-2015					
Conceptos	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos Total Recaudado - excluye CxC	16.554	19.276	15.030	16.502	11.783
Total Venta de Servicios de salud	14.233	11.722	9.975	8.066	10.007
Régimen Subsidiado	3.933	7.114	8.701	7.205	6.741
Régimen Contributivo	691	197	202	146	251
No asegurados pobres y vulnerables	8.434	3.505	459	219	2.851
Otras ventas de servicios	1.175	907	614	496	164
Aportes	0	4.130	3.863	7.267	1.457
Otros ingresos	2.331	3.424	1.191	1.169	320
Recaudo Vigencias Anteriores.	6.276	3.126	5.263	3.966	6.324
Total ingresos en millones	25.164.	29.959	25.347	28.904	19.883

Fuente: Información HTUU del Decreto 2193 de 2004 – SDS -Ministerio de la Protección Social

El 63% de la población atendida pertenece al régimen subsidiado, el 23% son usuarios pobres y vulnerables no cubiertos con subsidios a la demanda (población no asegurada), 12% corresponde a la afiliada al régimen contributivo y el 2%

restante a los particulares que tienen capacidad de pago, accidentados de tránsito, cuyos servicios son asumidos por las aseguradoras SOAT, a los estudiantes asegurados, Administradoras de Riesgos Laborales entre otros.

Vale señalar que dentro de la facturación, en “otras ventas de servicios” están incluidos los pacientes atendidos por accidente de tránsito, siendo pertinente precisar que es una de las primeras causas de morbilidad en la región. Llama la atención como el hospital pasó de recaudar por este concepto \$ 302.833.000.00 en 2013 a \$ 25.753.000.00, evidenciando así no solo un problema de gestión y de red, sino serias fallas en la disponibilidad de recurso humano y de insumos hospitalarios, entre ellos los materiales de osteosíntesis.

Con relación al total de ingresos por vigencias, se evidencia la progresiva disminución, siendo importante aclarar que para 2014 hubo una elevación del ingreso que no obedeció a la venta de servicios sino a un importante aporte de los entes territoriales por valor de \$ 7.267.000.000.00.

En 2015 los ingresos fueron inicialmente presupuestados en \$ 20.292.882.000, ejecutada la vigencia a 31 de Diciembre, el citado presupuesto fue ejecutado por reconocimiento en \$21.523.014.564 y por recaudo \$19.883.000.000.00 del total reconocido.

Si comparamos el ingreso por reconocimiento de 2015 con las vigencias de 2011 a 2014, nos encontramos con una preocupante y grave disminución de \$ 5.756.000.000.00, \$ 8.219.000.000.00, \$ 4.235.000.000.00, 6.962.000.000.00 respectivamente. Si hacemos el mismo análisis con el recaudo de vigencias anteriores no encontramos cambios significativos, lo que permite deducir que el ingreso se reduce marcadamente y el recaudo no sufre cambios de importancia.

2.2.2 Facturación por servicios de salud prestados a los usuarios del HTUU (2008 – 2015)

El HTUU ESE, factura a tarifario SOAT (decreto 2423 de 1996), los servicios de salud prestados a los pacientes afiliados a las aseguradoras y EPS tanto del

régimen subsidiado como contributivo, a la Secretaria Departamental de Salud del Valle (por la atención de la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda); a los accidentados de tránsito y eventos catastróficos. La citada facturación luego del proceso de auditoría y levantamiento de glosas, se convierte con el recaudo en ingresos por venta de servicios.

Cabe destacar que existen profundos problemas en la facturación de los servicios prestados a los usuarios del hospital, que se inician desde las EPS, toda vez que estas dilatan las autorizaciones o las condicionan en detrimento de la salud de los pacientes y de los intereses económicos del hospital. Se suma a las dificultades la falta de capacitación o actualización del personal asignado en el Tomás Uribe Uribe para este fin, las limitaciones del software de facturación, la poca capacidad y velocidad de los equipos, la inoportunidad del radicado de las cuentas de cobro, las barreras de acceso a la EPS, las marcadas y elevadas glosas con fines dilatorios y económicos, la paquidermia en el reconocimiento y posterior pago de los servicios prestados y la violación a las normas que regulan dicho procedimiento.

Para contrarrestar las prácticas indebidas de las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, relacionadas con el flujo de recursos económicos, La Superintendencia Nacional de Salud expidió la circular 016 de 2015⁴⁴, en ella se ampara lo reglamentado en el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, el cual establece los mecanismos de facturación en línea, el trámite de las glosas y las sanciones por el abuso del trámite de las mismas por parte de las citadas entidades Promotoras de Salud.

No es menos importante citar como parte de la crisis financiera en las Empresas Sociales del Estado, las siguientes prácticas contrarias a los principios y normas rectoras de parte de las EPS y las medidas emprendidas por los entes reguladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para prevenirlas:

⁴⁴ Superintendencia Nacional de Salud, Circular No. 016 de 2015, Agosto 27, asunto: “prácticas indebidas relacionada con el flujo de recursos”.

1. Restricción injustificada a la radicación de la facturación o no pago oportuno a las IPS:

Las entidades responsables del pago no pueden negar ni impedir la recepción de las facturas emitidas por los prestadores de servicio, con los que tengan acuerdos y que hayan sido radicadas en los plazos previstos.

No se podrá negar la radicación de la facturación de los prestadores con quienes no exista acuerdos de voluntades, y que hayan prestado atención de urgencias o autorizadas para prestar servicios adicionales, cuando la facturación se haya radicado en los horarios de atención establecidos por las entidades encargadas del pago.

2. Devolución Injustificada de la facturación individual o general:

No se podrá hacer devolución de facturas individualmente o de la totalidad, radicada en un mismo envío. Sólo en los casos previstos en la Resolución 3047 de 2008⁴⁵ o cuando medie la revisión, verificación y justificación de la devolución de cada factura radicada.

Hecha la radicación de la facturación en los plazos establecidos (según la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 4747 de 2007⁴⁶), la entidad responsable debe realizar el pago de las facturas correspondientes.

3. Negación o dilación injustificada de la entrega de soportes físicos exigibles a los prestadores para la radicación de la facturación con previa autorización de la EPS:

El incumplimiento de esta dará lugar a sanciones administrativas que impondrá la Superintendencia Nacional de Salud.

⁴⁵ Ministerio de la Protección Social, Resolución No. 3047 de 2008, Agosto 14, por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

⁴⁶ Presidente de la República de Colombia, Decreto 4747 de 2007, Diciembre 07, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

4. Cuando las IPS no actualizan oportuna y permanentemente la información contable:

Es obligación de las IPS realizar la depuración de sus estados financieros, respecto de las cuentas por cobrar que no tienen los soportes correspondientes, como la de mantener actualizada la información contable, una vez se realice el giro directo o los pagos por parte de las entidades responsables del pago, que deben ser aplicadas a las facturas informadas por esas entidades.

Si la entidad responsable del pago no reporta de manera oportuna la información correspondiente a las facturas imputadas con los pagos, las IPS deben proceder en conformidad con el artículo 2 del Decreto 1095 de 2013⁴⁷

Por el incumplimiento de las instrucciones impartidas por la Circular Externa 016 de 2015, la Superintendencia Nacional de Salud imputará multas de hasta 2500 smlmv, a las entidades vigiladas por la entidad, igualmente sanciones personales de 200 smlmv, a los representantes legales de las entidades responsables del pago y de las IPS, directores y secretarios de salud y demás funcionarios.

Pese a las disposiciones anteriores las prácticas indebidas siguen galopando en medio de la indiferencia de la Superintendencia de Salud y demás órganos de control, incluidos los entes territoriales (Secretarías de Salud Departamental del Valle y Municipales), quienes tienen la competencia de la Inspección, vigilancia y control.

Teniendo en consideración los aspectos del sistema citados, la facturación que genera los ingresos por venta de servicios de salud desde 2007 hasta 2015, en el Hospital Tomás Uribe Uribe ESE, y lo reconocido de ella tuvo el comportamiento registrado en el siguiente cuadro:

⁴⁷ Presidente de la República de Colombia, Decreto 1095 de 2013, Mayo 28, por el cual se reglamenta el inciso 2 del artículo 3 de la Ley 1608 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS HTUU ESE 2007 -2015

AÑO	TOTAL FACTURADO \$	TOTAL RECONOCIDO \$
2007	15,549,217,000	15,285,829,000
2008	18,652,417,000	17,879,490,000
2009	20,134,867,000	15,963,719,000
2010	20,579,511,000	21,049,758,000
2011	19,156,216,000	18,674,446,000
2012	21,185,641,000	17,783,298,000
2013	15,290,695,000	15,375,971,000
2014	12,545,709,294	16,075,604,000
2015	13,423,000,000	13,422,897,000

Fuente: Monitoreo – facturación- PSFF HDTUU- Información al Ministerio por Decreto 2193 de 2004⁴⁸

Como se puede apreciar la facturación por servicios prestados ha tenido una considerable disminución en los últimos 4 años, por las razones antes expuestas: Universalización del aseguramiento, la unificación del POS, la integración vertical del régimen contributivo y la competencia en desigualdad de condiciones con las clínicas privadas que tienen menores costos y tarifas en la prestación del servicio, la transformación del subsidio de oferta en demanda, son entre otros los factores que han incidido negativamente en la demanda de servicios de la ESE en comento. Vale mencionar como causante no cuantificable la dilación progresiva que las administradoras de manera perversa aplican a las autorizaciones que deben emitir para las valoraciones especializadas, los exámenes, ayudas

⁴⁸ Con relación a el cuadro anterior es pertinente precisar que una cosa es lo que factura el hospital por servicios prestados, otra lo que queda reconocido, es decir después de glosas en firme y otra lo que se recauda de esa facturación en la vigencia respectiva.

diagnósticas y a las intervenciones quirúrgicas requeridas por los usuarios cotizantes y beneficiarios.

Es importante dejar claro que entre lo facturado, reconocido y lo recaudado por prestación de servicios de salud tiene diferencias a favor y en contra como resultante de las glosas en firme, y la diferencia que normalmente se da para el caso de CAFESALUD EPS y el Departamento del Valle, donde hay contratos bajo la figura de capitación, en la cual es posible que el hospital al facturar individualmente las actividades a tarifas SOAT, están resulten mayor del valor contratado en la citada cápita.

Al comparar el ingreso por facturación de la vigencia de 2014 con la de 2015, la diferencia es solo del 12%, lo cual deja entrever una profundización de la crisis financiera y asistencial y un fracaso en las metas trazadas por la alta gerencia para sacar al Hospital Tomás Uribe Uribe del alto riesgo financiero en el que fue clasificado.

Analizado el ingreso efectivo por prestación de servicios, la EPS EMSSANAR es la administradora a la que más afiliados le son atendidos en el hospital (52%), le sigue CAFESALUD, ambas del régimen subsidiado. Con relación a las EPS del régimen Contributivo, la mayor demanda de servicios la tuvo la Nueva EPS.

2.2.3 Comparativo radicación de facturación primer semestre (2014 - 2015)

En el cuadro que a continuación se muestra, se puede apreciar que el porcentaje de radicación de la facturación realizada por parte del Hospital Tomas Uribe Uribe ESE, ante las distintas EPS, en el primer semestre de los años 2014 y 2015. Comparada con la de la vigencia de 2014, muestra una importante mejoría en 2015, infortunadamente el flujo de los dineros desde las mismas hacia el Hospital, por el contrario es adverso, puesto que las edades de las cuentas por cobrar han crecido pese a las medidas emprendidas por el estado y la propia institución hospitalaria tendientes a aumentar la facturación, reducir las glosas, mejorar la

oportunidad de radicado y recibir el pago oportuno de los servicios de salud prestados:

MES	PORCENTAJE RADICACION AL MES SIGUIENTE	
	AÑO 2014	AÑO 2015
ENERO	30%	82%
FEBRERO	34%	80%
MARZO	61%	85%
ABRIL	58%	42%
MAYO	51%	86%
JUNIO	40%	78%
JULIO	61%	86%
PROMEDIO	48%	77%

Fuente: Monitoreo PSFF HDTUU con corte a Julio 31 de 2015

El valor del recaudo disminuyó en cada vigencia, situación que se agudizó en los años 2013 y 2014, toda vez que el Departamento del valle del Cauca le adeuda dineros importantes a las EPS, las cuales a su vez retardaron los pagos al hospital Tomás Uribe Uribe. La gestión realizada para lograr el recaudo de cartera y disminuir los días de rezago no fue efectiva.

El valor recaudado en la vigencia de 2015 tuvo buen comportamiento debido a las medidas de choque adoptadas por el Gobierno Nacional, tales como compra de cartera, procesos de conciliación y acuerdos de pago en el marco de la circular 030 de 2013 los créditos otorgados por FINDETER a las EPS, el reconocimiento y pago de los servicios NO POS por parte de la secretaria departamental de salud a las EPS quienes a su vez cancelaron la cartera corriente, mejoramiento en el giro directo en virtud a la circular 014 de 2015.⁴⁹

El recaudo por venta de servicios para la vigencia 2015 fue insuficiente para cubrir los gastos institucionales; de enero a mayo y los meses de julio, agosto estuvieron

⁴⁹ Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, "Rendición de cuentas 2015" Emitido por la Gerente Dra. Licenia Salazar.

por debajo del 8%, los de septiembre a Diciembre evidencian un aumento significativo del recaudo debido a las medidas ya citadas.⁵⁰

El total de los recaudos en la vigencia 2015 fue de \$ 18.106.926.016, de los cuales el 55% corresponden a venta directa de servicios, el 8% recursos de Saneamiento Fiscal y Financiero, el 35% a la recuperación de cartera de Vigencia anterior, el 2% Corresponde aportes del departamento.⁵¹

La falta de oportunidad en el pago de las diferentes EPS, conllevó a tener cartera de difícil cobro, con el agravante de la imposibilidad, como ocurrió en los casos de Calisalud, Selvasalud, Solsalud, Caprecom, SaludCop, que han entrado en procesos de liquidación. Lo anterior hizo que los recursos que están registrados en los estados contables no se hayan podido recuperar, pese a que la institución hizo parte de la masa liquidataria de dichas entidades. Esta situación ha sido uno de los ingredientes en la crisis financiera que afronta la institución

Durante los últimos cuatro años la cartera por servicios de salud se ha disminuido en un 24%. La fuerte disminución en el proceso de facturación es una de las causas que ha conllevado la disminución de la cartera, toda vez que el proceso de recaudo sigue teniendo dificultades.

La venta de servicios de salud ha disminuido considerablemente pero los indicadores de recaudo no han mejorado, con el agravante de que se encuentran reclasificadas a deudas de difícil cobro la suma de \$2.764 millones.

El hospital registra en cuentas de orden facturación glosada en venta de servicios de salud por valor de \$1.653 millones.

⁵⁰ Ibídem.

⁵¹ Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, "Estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2015".

Por otro lado, en las notas hechas por la contadora del HTUU ESE a los estados financieros, en los informes reportados en virtud del Decreto 2193 de 2004, proyecta el siguiente cuadro que relaciona la cartera por edades con corte a diciembre 31 de 2015:

RELACIÓN DE CARTERA POR EDADES CON CORTE DICIEMBRE 31 DE 2015						
VARIABLE	Hasta 60	De 61 a 90	De 91 a 180	De 181 a 360	Mayor 360	Total x E
Subtotal Contributivo	194,783	312.107	358,521	339,322	752.552	1,957,285
Subtotal Subsidiado	858.415	414.888	763,834	237,876	2,238,992	4.514.005
Subtotal SOAT-ECAT	20.492	25.861	9,182	34,177	287.912	377,627
Subtotal Pobres No Asegurados	47,517	105,186	4,195	20,173	0	177,070
Subtotal Otros Deudores	595.768	30,684	0	12.449	230.199	869.100
TOTAL en Miles	\$1,716,975	\$888,726	\$1,135,732	\$643,997	\$3,509,655	\$7.895.085

Fuente: Información del Decreto 2193 de 2004 – HTUU departamento financiero

En el grupo de Deudores se observa que la mayor participación se concentra en el régimen subsidiado, principalmente en empresas en liquidación como CALISALUD, SELVASALUD. Agrava la situación el hecho que la Supersalud profirió la resolución de liquidación a las EPS CAPRECOM y SALUDCOOP.

En el segundo semestre de la vigencia fiscal 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió unas medidas de choque con el fin de mejorar el flujo de recursos del sistema (Créditos con FINDETER a las EPS, reconocimiento y pago de los servicios NO POS, compra de cartera), para que éstas a su vez cancelaran a la red pública y privada; para el caso del hospital la mayor recuperación se obtuvo en el último bimestre en el cual algunas EPS cancelaron anticipadamente.

El hospital gestionó la cartera a través de acuerdos de pago como es el caso de la Nueva EPS, CAFESALUD, ASMETSALUD, FOSYGA, teniendo en cuenta las medidas establecidas en el programa de saneamiento fiscal y financiero aprobado por la Junta Directiva del Hospital Tomás Uribe.

Pese a las gestiones y al Plan de Choque, a diciembre 31 de 2015, la cartera por servicios de salud ascendió a \$ 7.895.085.000.00, de los cuales radicada hay \$3.998.000.000.00 y pendiente de radicar \$905.000.000.00. Cabe recalcar que se refleja un valor importante en deuda de difícil cobro por la suma de \$2.772.000.000.00 y \$1.737.000.000.00 del saldo de cartera, con entidades que se encuentran en proceso de liquidación.

Con el saneamiento de pasivos, se ha logrado la terminación de algunos procesos ejecutivos en los cuales se habían decretado medidas cautelares, generando mayor liquidez a la ESE

La Supersalud expidió la circular 014 de 2015 con el fin de que las EPS cumplan con la normatividad vigente como es el giro del 50% de lo radicado en el mes inmediatamente anterior, lo cual no se ha cumplido, dado que las EPS dejan el otro 50% en rezagos de cartera.⁵²

2.2.4. Ingresos por aliados estratégicos en Cuentas por Participación

El Hospital Tomás Uribe Uribe ESE, en su actividad misional, ha realizado alianzas estratégicas con profesionales de la medicina especializados para prestar servicios que no pueden ser garantizados con el recurso humano que hace parte de su planta de cargos o que por ausencia de los equipos médicos necesarios para la práctica de algunos estudios o procedimientos no se realizan directamente. Lo anterior ha permitido mediante contratos de cuentas en participación, que el hospital capte recursos importantes que no solo generan impacto social en la comunidad usuaria si no también rentabilidad financiera para la institución. Los citados ingresos adicionales se pueden apreciar en los registros por concepto y denominación en los dos siguientes cuadros:

⁵² Ibídem.

ALIADOS ESTRATÉGICOS DEL HTUU ESE. ENERO – AGOSTO 2015

ALIANZA ESTRATEGICA	TOTAL FACTURA VENTA ANUAL	TOTAL UTILIDAD HOSPITAL	UTILIDAD OPERADOR ALIADO
RAYOS X	\$ 396,030,900	\$ 244,294,588	\$ 151,736,312
ECOGRAFIAS MULTI DOPPLER	\$ 307,212,100	\$ 184,921,980	\$ 122,290,120
COLPOSCOPIA	\$ 49,128,600	\$ 13,056,775	\$ 36,071,825
ECOGRAFIAS OBST	\$ 2,085,700	\$ 1,566,769	\$ 518,931
TOTAL	\$ 12,332,600	\$ 3,083,150	\$ 9,249,450
TOTAL	\$ 766,789,900	\$ 446,923,262	\$ 319,866,638

ALIANZAS ESTRATEGICAS	DENOMINACION	UTILIDAD HOSPITAL	%	UTILIDAD OPERADOR	%	FACTURADO ENERO-AGOSTO 2015
COLPOSCOPIA	MAJUEL SOTELO	\$ 3,270,280		\$ 2,358,720		\$ 5,629,000
DOPPLER	CARDIOLOGIA	\$ 17,369,268		\$ 48,513,500		\$ 65,882,768
ECOFEM	ECOGRAGIAS	\$ 27,561,723		\$ 82,812,788		\$ 110,374,511
MULTIMAGENES	RX, ECOGRAFÍAS	\$ 299,142,661		\$ 184,851,564		\$ 483,994,225
MEDICINA DIAGNOSTICA OICE	TAC	\$ 359,856,672		\$ 154,224,288		\$ 514,080,960
TOTAL	-	\$ 707,200,604		\$ 472,760,860		\$ 1,179,961,464

Fuente: Informe gerencial Dra. Licenia Salazar -Avance del Programa de SFF – HTUU

Cabe al respecto mencionar que estos contratos afectan presupuestalmente solo el ingreso por lo que no están afectados por disponibilidades previas, dado que la parte correspondiente al contratista se recauda con afectación a este.

2.2.5 Aspectos relevantes del presupuesto de gastos HDTUU (2011 - 2015)

Como se ha venido citando, el Hospital Tomás Uribe Uribe ESE cuenta con una Planta de cargos que no es flexible y adicionalmente no cuenta con el numero funcionarios necesarios para garantizar su actividad misional, lo que conduce a la forzosa vinculación de recurso humano por contrato de prestación de servicios y a tercerización de varios de sus servicios médicos asistenciales, con una implicación porcentual importante en el presupuesto de gastos de cada vigencia. Agrava esta condición las dificultades en la consecución y disposición de insumos y suministros tanto del área asistencial como administrativa generada por el

inoportuno pago a proveedores y el alto costos en el que se incurre para la adquisición de los mismos.

2.2.6 Ejecución de gastos vigencia (2011 - 2015)

El Presupuesto de Gastos del Hospital se causa principalmente por los servicios personales, gastos inherentes a la nómina, insumos y suministros asistenciales, razón por la cual haremos énfasis en ellos (gastos generales y de operación comercial).

El presupuesto de gastos a 31 de Diciembre de 2015 fue de \$24.835.696.938, con unas obligaciones de \$23.359.059.675. Los porcentajes de ejecución de los rubros fueron del 97% servicios personales, 64% gastos generales y 98% gastos de operación comercial.

Con respecto al cierre fiscal a diciembre 31 de 2015, el Hospital presentó a la Contraloría Departamental del Valle la siguiente situación financiera:

- Cuenta por pagar: \$ 5.323.211.200.00
- Estado de tesorería: \$ 71.077.521.00
- Diferencia recurso propios: \$ 5.252.133.679.00

Lo anterior significa que el Hospital pasó con un déficit operacional de \$5.252.133.679.00.

2.2.7 Costos de la Planta de Cargos aprobada por Nivel jerárquico HTUU (2011- 2015)

Iniciaré con el análisis del valor anual de los salarios por nivel jerárquico de los empleos de la planta de personal aprobada en la ESE Hospital Tomás Uribe Uribe para la vigencia de 2011 y continuaré con un comparativo entre la de 2014 y 2015,

siendo pertinente aclarar que las modificaciones que se han dado fundamentalmente obedecen a los incrementos salariales de ley, retiro de algunos de sus miembros como consecuencia de renunciaciones o del derecho al disfrute de sus pensiones. Aunque los cargos los han conservado vacantes en la citada planta, se sustituyeron por contratos de prestación de servicios.

**COSTO ANUAL PLANTA DE LA ESE HTUU SEGÚN
NIVEL JERÁRQUICO 2011**

NIVEL	Nº DE CARGOS	COSTO ANUAL \$	%
DIRECTIVO	4	309.024.797	3.1
ASESOR	2	106.758.471	1.1
PROFESIONAL	108	4.764.389.585	47.7
TÉCNICO	12	274.294.097	2.7
ASISTENCIAL	196	3.643.099.279	36.5
TRA.OFICIALES	66	883.944.960	8.8
TOTAL	388	9.981.511.189	100

Fuente: Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe

El cuadro anterior muestra que el mayor valor anual lo asume el nivel profesional con un 47.7% del total, le sigue el asistencial con un 36.5% del total. Es pertinente precisar que la planta de cargos representa (sin tener en cuenta el recurso humano vinculado por prestación de servicios) el 60% de los gastos generales, con el agravante que la misma, ante periodos de crisis, no es fácil ni breve su modificación, toda vez que se requeriría un proceso previo de reestructuración administrativa con todas las ritualidades que ello conlleva.

La Planta de Cargos para la vigencias de 2012 y 2013 no sufrió cambios distintos a los causados por renuncia y jubilación. Cabe precisar que fueron igualmente sustituidas las funciones por otra modalidad de vínculo laboral.

Como se puede evidenciar en el siguiente cuadro, para la vigencia de 2014 se pensionaron doce empleados, presentaron renuncia nueve (dos médicos

generales, un jefe de oficina asesora jurídica, un médico especialista, tres auxiliares áreas de salud, un técnico operativo y una auxiliar administrativa).⁵³

El promedio de ocupación hospitalaria fue de 44% durante el 2014, lo que evidencia que la crisis financiera repercute por razones obvias el área asistencial del hospital, es decir su actividad misional. Lo anterior elevó los costos de talento humano con respecto a la producción del servicio, toda vez que el recurso humano estático sigue generando los costos independientemente de que haya o no actividades médicas para ejecutar.

COSTO ANUAL EN MILES DE PESOS DE LA PLANTA DE LA ESE HTUU SEGÚN NIVEL JERÁRQUICO 2012-2015								
Nivel	Nº	COSTO 2012	Nº	COSTO 2013	Nº	COSTO 2014	Nº	COSTO 2015
Cargos aprobados	388		388		388		388	
Sin vacantes	324	\$11.322.933	309	\$13.882.979	282	\$13.971.764	268	\$13.736.830

Se puede apreciar una reducción relativa en 2015 en el valor anual de la nómina y los gastos inherentes a ella, lo cual obedeció a que muchos de los especialistas renunciaron por la falta del pago de sus salarios y por la carencia de los insumos y suministros necesarios para garantizar con seguridad y dignidad el ejercicio de sus profesiones; adicionalmente en una larga temporada se retiraron los anesthesiólogos, lo que condujo a baja rotación de cirugías y reducción del número de horas laboradas en nocturnos, dominicales y festivos.

Redujo igualmente los gastos de nómina la no asignación de médicos y paramédicos en algunas áreas de servicios asistenciales que fueron cerradas como traumatología y se promovió secundariamente salidas a vacaciones acumuladas del recurso humano en general, adicionalmente se encuentran dentro

⁵³ Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe – Oficina de Talento Humano.

de los 388 cargos 120 vacantes, quedando una planta activa de 268 funcionarios, de los cuales 166 pertenecen a régimen de ley 50 y 102 en el retroactivo.⁵⁴

2.2.8 Presupuesto de gastos comprometidos vigencia (2011 – 2015)

GASTOS COMPROMETIDOS EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES HTUU					
VARIABLE	2011	2012	2013	2014	2015
Gasto Total Comprometido. Excluye Cuentas por Pagar	\$20.751	\$23.816	\$18.796	\$19.432	\$17.774
Gastos de Funcionamiento	17.395	16.560	16.209	17.108	15.205
Gastos de Personal	14.511	13.780	13.883	13.972	13.737
Gastos de Personal de Planta	11.061	10.977	11.019	10.414	10.227
Servicios Personales Indirectos	3.450	2.802	2.864	3.560	3.510
Gastos de Sueldos	5.264	5.236	5.134	4.691	4.692
Gastos Generales	1612	1.887	1.564	2.415	1.446
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	3.355	2.587	2.202	2.324	2569
Otros Gastos	1.273	5.562	1.147	723	23
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	5.951	3.348	6.059	5.022	5.585
Gastos Totales con Cuentas por Pagar en millones	\$26.702	\$27.164	\$24.854	\$24.454	\$23.359

Fuente: Informe HTUU decreto 2193 de 2004.

Con relación a los gastos totales se aprecia que en la vigencia de 2015 se redujeron en \$3.343.000.00 comparando con 2011, sin tener en consideración el ajuste a pesos constantes, sin embargo al tener presente que el ingreso se redujo en mayor proporción, vale entonces decir que el esfuerzo por cumplir con el compromiso de reducir gastos no ha surtido efecto positivo alguno en el contexto del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF). Agrava la anterior situación la falta de confiabilidad de la información y las diferencias en las cifras manejadas al interior del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE y en las bases de datos de la Secretaria de Salud Departamental del Valle, pues se carece en la institución

⁵⁴ Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe – Monitoreo Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero con corte a diciembre 31 de 2014, emitido por la Gerente Dra. Martha Cecilia González Giraldo.

hospitalaria de un sistema de costeo que permita registrar confiablemente la información correspondiente a cada centro de costos y la distribución de los gastos generales.

Es pertinente precisar que la anterior labor la desarrolla el hospital en forma manual utilizando una herramienta en Excel.

En el área administrativa del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE, se han desarrollado bases de distribución técnicas que permiten la conciliación con el área de Contabilidad y los costos en que incurre la Institución, de manera que se aproxime a la realidad de la operación.⁵⁵

En los últimos cinco años las obligaciones se han incrementado en un 72% y los pasivos con vencimiento superior a 360 días representan el 42% del total de las acreencias de la entidad hospitalaria.

El nivel de endeudamiento es del 65%, un nivel crítico para el hospital, puesto que se está originando la pérdida de autonomía frente a terceros, toda vez que no cuenta con la liquidez necesaria para responder por sus obligaciones.⁵⁶

En el cuadro que a continuación veremos nos permite deducir que los costos en los que incurre el Hospital Tomás Uribe Uribe ESE para producir los servicios, no han tenido cambios significativos en los últimos 4 años, con salvada excepción para la consulta especializada, la cual pasó de \$269.727.009.00 en el año 2012 a \$509.877.055.00 en la vigencia de 2015, servicios ambulatorios e Imagenología que prácticamente se duplicaron.

La situación anterior, paradójicamente no refleja cambios positivos en el ingreso por facturación de los servicios de salud prestados a los usuarios del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE, pues los mismos, como se ha venido evidenciando a lo largo de esta monografía, van en franco decreciendo en las últimas vigencias

⁵⁵ Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe – Contaduría, “notas de los estados financieros a 31 de diciembre de 2015”

⁵⁶ Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe – Revisor Fiscal.

fiscales, pese a todas las medidas emprendidas para superar la crisis asistencial y financiera, tanto en el nivel central como territorial e institucional.

COSTOS EN LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES HTUU ESE 2012 - 2015				
CONCEPTO	Vigencia 2012 en \$	Vigencia 2013 en \$	Vigencia 2014 en \$	Vigencia 2015 en \$
Urgencia - Consulta y procedimientos	286.672.298	243.795.378	208.967.909	310.872.533
Urgencia - Observación	205.900.631	63.913.527	56.650.772	37.090.080
Servicio Ambulatorio	93.411.073	119.710.089	45.221.705	74.329.216
Consulta Especializada	269.727.009	234.434.280	212.691.960	509.877.055
Actividad salud oral	58.984.390	60.552.181	55.832.087	47.487.250
Prevención y promoción	43.027.399	19.960.212	18.824.043	16.011.630
Hospitalización	633.052.423	502.215.781	469.440.919	665.624.938
Quirófanos y salas de parto	944.674.064	803.727.159	723.335.471	620.568.110
Salas	168.141.087	181.157.908	161.237.690	165.445.147
Laboratorio clínico	152.035.713	198.978.515	167.727.743	174.042.569
Imagenología	141.504.529	157.813.534	121.416.241	255.884.312
Anatomía patológica	22.645.976	16.197.060	15.092.589	15.049.157
diagnóstico - Otras unidades	11.614.414	\$ 11.687.738	11.137.617	37.293.645
Rehabilitación	29.431.264	22.589.807	21.606.337	19.281.010
Apoyo - Farmacia e insumos	5.705.168	5.719.990	5.470.959	4.653.588
Otras unidades	61.592.422	61.752.451	59.063.226	50.239.542
Serv. conexos a la salud	16.088.131	-----	15.325.634	13.779.460
Servicios conexos a la salud	145.518.955	180.550.359	139.456.697	118.710.772
TOTAL	3.289.726.946	2.884.755.969	2.508.499.599	3.136.240.014

Como se puede evidenciar en el siguiente cuadro, la tendencia de los gastos de la operación es variable con un leve aumento en el año 2014 e importante en 2015 como consecuencia de la ejecución de gastos de mantenimiento hospitalario, lo

cual fue necesario adelantar dado el marcado deterioro de la infraestructura física del Hospital y la consecuente limitación para la venta de servicios y el incumplimiento en los procesos de habilitación.

GASTOS HTUU ESE 2008-2015	
AÑO	GASTOS
2008	\$ 17,761,965,261
2009	\$19.026,395.257
2010	\$ 21,065,839,155
2011	\$ 20,124,565,119
2012	\$ 15,912,530,447
2013	\$ 16,813,230,991
2014	\$ 17,623,453,432
2015	\$ 24,835,696,938

Fuente HDTUU rendición de cuentas 2014-2015- Decreto 2193 de 2004.

A diciembre 31 de 2015, el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe E.S.E, según dictamen del revisor fiscal con corte a 31 de diciembre de 2015, se encuentra en las siguientes condiciones:

- Tiene pendiente el pago de declaraciones de retención en la fuente por valor de \$43 millones. El incumplimiento en el pago de estas obligaciones fiscales genera las sanciones dispuestas en el artículo 641 del Estatuto Tributario las sanciones e intereses no se encuentran reconocidos en los estados financieros.
- Tiene pendiente el pago de estampillas por valor de \$371 millones con vencimiento superior a 360 días.

- Está pendiente el pago de obligaciones laborales por valor de \$987 millones, igualmente el pago de los aportes de seguridad social en salud, pensión y aportes parafiscales por valor de \$1.163 millones.
- Carece de un sistema de costos que permita registrar confiablemente la información de cada centro, dificultando la determinación del margen de rentabilidad o pérdida por cada uno de estos.
- Registra en cuentas de orden acreedoras la suma de \$6.127 millones por conceptos de litigios y demandas. Solo se encuentra provisionada la suma de \$4.039 millones.
- Se evidencia que el manejo de los inventarios se realiza de forma manual, dificultando el acceso a la información del costo de la mercancía por unidades de inventario.
- Tiene registrado en cuentas de orden por facturación glosada en venta de servicios de salud por valor de 1.653 millones.
- Presenta un déficit del ejercicio por valor de \$5.820 millones, lo que genera un alto riesgo en la continuidad de la prestación de los servicios de la institución.

2.2.9 Análisis del estado de actividad financiera, económica, social y ambiental

Se destacan aquellos aspectos sobre los cuales la administración del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE debe dar la mayor importancia, con el fin de disminuir los riesgos en la continuidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales, son ellos:

- Se evidencian los proyectos para fortalecer la Gestión de la Continuidad del hospital pero no los avances para el cumplimiento a los mismos.
- De acuerdo a los principios básicos del Plan de Saneamiento, se evidenció el no cumplimiento del mismo, dado que no hubo aumento de los ingresos

por concepto de Servicios de Salud, Paradójicamente se incrementaron los gastos y costos del ejercicio, no se evidenciaron avances sustanciales en el recaudo de la cartera, la cual no muestra notoria recuperación.

- No se han dado alcances a las medidas para la consecución de las metas propuestas en el marco del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero.

2.2.10 Razones o indicadores financieros (*miles de pesos*)

Las razones financieras son indicadores utilizados en el mundo de las finanzas para medir o cuantificar la realidad económica y financiera de una empresa o unidad evaluada, y su capacidad para asumir las diferentes obligaciones a que se haga cargo para poder desarrollar su objeto social.

Las razones financieras permiten hacer comparativas entre los diferentes periodos contables o económicos de la empresa para conocer cuál ha sido el comportamiento de esta durante el tiempo y así poder hacer por ejemplo proyecciones a corto, mediano y largo plazo, simplemente hacer evaluaciones sobre resultados pasados para tomar correctivos si a ello hubiere lugar.⁵⁷

2.2.11 Indicadores de liquidez

La liquidez de una organización es juzgada por la capacidad para saldar las obligaciones a corto plazo que se han adquirido a medida que éstas se vencen. Se refieren no solamente a las finanzas totales de la empresa, sino a su habilidad para convertir en efectivo determinados activos y pasivos corrientes.⁵⁸

2.2.12 Razón corriente

Indica la capacidad que tiene la empresa para cumplir con sus obligaciones financieras, deudas o pasivos a corto plazo.

⁵⁷ Mena, Luis Fernando. "Razones financiera", recuperado el día 11 de diciembre de 2016 a las 5:36 p.m. en: <https://prezi.com/8cetchanmaco/razones-financiera/>

⁵⁸ Ibídem.

Los resultados nos dice que por cada \$1 de pasivo corriente, el hospital no cuenta con la liquidez necesaria para respaldar dicha obligación ni con la disponibilidad necesaria para responder por sus obligaciones.

La cartera por servicios de salud representa el 76% de su activo corriente, esto sumado a los evidentes problemas en el recaudo de la misma, ocasiona una situación de total insostenibilidad.

2.2.13 Prueba ácida

Revela la capacidad de la empresa para cancelar sus obligaciones corrientes, pero sin contar con la venta de sus existencias, es decir, básicamente con los saldos de efectivo, el producido de sus cuentas por cobrar, sus inversiones temporales y algún otro activo de fácil liquidación que pueda haber, diferente a sus inventarios.⁵⁹

Al obtener un indicador de razón corriente negativo, hace aún más preocupante esta prueba, dado que ni realizando sus inventarios el hospital podría cubrir sus obligaciones en el corto plazo. Esto sumado a lo ya mencionado anteriormente en lo referente a la situación de la alta cartera por servicios de salud y su poca probabilidad de recuperación.

2.2.14 Capital neto de trabajo

Muestra el valor que le quedaría a la empresa, después de haber pagado sus pasivos de corto plazo, permitiendo a la gerencia tomar decisiones de inversión temporal

2.2.15 Activo Corriente - Pasivo Corriente

Este indicador refleja un desequilibrio patrimonial en la institución hospitalaria en comento al tener un capital de trabajo altamente negativo.

⁵⁹ Academia, "Indicadores financieros", recuperado el día 11 de diciembre de 2016 a las 6:31 p.m. en: http://www.academia.edu/7788958/INDICADORES_FINANCIEROS

Lo anterior muestra la necesidad de aumentar el activo corriente, para ello se pueden tomar decisiones sobre la realización de sus activos no corrientes con el propósito de obtener disponible préstamos a largo plazo o la salida que estimen más conveniente.

2.2.16 Indicadores de eficiencia

Miden el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el modelo de operación.

El indicador de eficiencia mide el logro de los resultados propuestos. Indica si las cosas se hicieron cuando y como se debían hacer y así poder medir los aspectos correctos del proceso.

Determina la productividad con la cual se administran los recursos, para la obtención de los resultados del proceso y el cumplimiento de los objetivos.

2.2.17 Margen bruto de utilidad

Muestra por cada peso vendido, cuanto se genera para cubrir los gastos operacionales y no operacionales.

2.2.18 Utilidad Bruta

Este indicador nos muestra que por cada peso vendido, el hospital Tomás Uribe Uribe ESE tuvo un margen bruto de utilidad negativo del 24%, es decir, que por cada \$1 de venta realizada y una vez deducido su respectivo costo, se perdieron 24 centavos de utilidad.

Este indicador debe medirse primero en dos formas, si bien es cierto que la entidad no registró los ingresos de la facturación no radicada, es de anotar que estos no alcanzarían a cubrir los costos por prestación de servicios que tiene la institución.

2.2.19 Rentabilidad sobre ventas

Es la relación que existe de las utilidades después de ingresos y egresos no operacionales, que pueden contribuir o restar capacidad para producir rentabilidad sobre las ventas.

Este indicador nos muestra que por cada peso vendido, el hospital tuvo una pérdida del 189%, es decir, que por cada \$1 de venta realizada y una vez deducido sus respectivos costos y gastos operacionales, se perdieron 189 centavos.

Estos resultados demuestran lo mencionado anteriormente, Las pocas ventas no están cubriendo las operaciones del curso normal del ejercicio razón por la cual el desequilibrio patrimonial es muy grande.

2.2.20 Rentabilidad sobre activos

Mide la rentabilidad de los activos de una empresa, estableciendo para ello una relación entre los beneficios netos y los activos totales del hospital.

El resultado nos muestra que los activos de la empresa durante el primer trimestre generaron una pérdida del 1,71%. Teniendo en cuenta la capacidad operativa con la que cuenta la institución, esta es claramente una de las razones por las cuales del desequilibrio patrimonial institucional, es decir, por el mal aprovechamiento de sus recursos.

2.2.21 Rentabilidad sobre patrimonio

Refleja el rendimiento tanto del capital como del superávit acumulado.

El resultado de este indicador muestra que el déficit del capital fiscal del hospital para el primer trimestre de 2016 fue del 32%, indicador que tiene una tendencia decreciente en los últimos años.

2.2.22 Rotación de activos

Mide cuantos pesos se generaron por cada uno invertido en el activo total y que tan eficiente se está siendo con la administración y gestión de sus activos.

El resultado nos indica que por cada peso invertido en los activos, el hospital vendió \$0,07. Según este indicador, con el actual manejo dado a los recursos, el total de los activos de la institución con esta tendencia terminarían de rotar cada poco más de tres años, algo inconcebible para la situación por la cual atraviesa la institución.

2.2.23 Indicador de desempeño

Mide las principales variables asociadas al cumplimiento de los objetivos y que a su vez constituyen una expresión cuantitativa de lo que se pretende alcanzar con un objetivo específico establecido.

2.2.24 Índice de crecimiento en ventas

Este indicador debe ser coherente con el crecimiento de los activos y con el crecimiento de las ventas.

Los resultados nos muestran que las ventas decrecieron en un 41% para este último trimestre pues solo se llegó al 59% del total de las del año anterior. La tendencia de los últimos años ha sido la de disminuir motivo por el cual el hospital se encuentra frente a un escenario de desaceleración para lo cual debe de generar planes de contingencia mientras por lo menos logra generar un equilibrio en su facturación por servicios de salud.

2.2.25 Indicadores de endeudamiento

2.2.25.1 Endeudamiento

Mide por cada peso invertido en activos, cuanto está financiado por terceros y que garantía está presentando la empresa a los acreedores.

El hospital supera el 60% del nivel de endeudamiento, es decir, que sus activos están comprometidos en más de la mitad con respecto a las obligaciones que tiene la entidad, una situación alarmante pues la realización de los activos frente a

una crisis sería la última opción para tomar pero de seguir la situación actual ni con estos se podrá contar.

2.2.25.2 Autonomía

Mide el grado de compromiso del patrimonio con respecto a los acreedores, como también el grado de riesgo de cada una de las partes que financian las operaciones. El resultado de este indicador nos muestra un riesgo muy alto dado que las deudas doblan el patrimonio del hospital, es decir, ni con este se podrían cubrir las obligaciones que se tienen con los terceros. El hospital de entrar en una cesión de pagos no podría recuperarse en el corto plazo, puesto que autónomamente no tiene de donde originar algo de liquidez.

Una vez analizados los indicadores financieros, se hace énfasis en el riesgo de continuidad en la prestación de los servicios, las bajas ventas, costos y gastos de operación en constante incremento, lo que hace que las operaciones puedan llegar a ser insostenibles. Es muy importante resaltar que actualmente el hospital opera sin capital fiscal debido a que este ya fue absorbido en su totalidad por las constantes pérdidas.

2.3 Aspectos generales y específicos que han afectado directa e indirectamente las finanzas del Hospital Tomás Uribe Uribe - ESE

Se ha mencionado en diferentes párrafos, los aspectos que están incidiendo negativamente en las finanzas del Hospital y por ende en el área asistencial, pero se considera importante reincidir en algunos de ellos y citar otros que agudizan o amenazan la permanencia en el mercadeo del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE.

2.3.1 Relación de procesos judiciales contra la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe

Desde el año 1998, vienen pesando sobre las finanzas del hospital Tomás Uribe Uribe, medidas cautelares decretadas por varios despachos judiciales, consistentes en embargo de la tercera parte de sus Rentas Propias y de las

Cedidas por el Departamento del Valle, producto del incumplimiento de las obligaciones adquiridas inicialmente con BANCAFE y varios proveedores de insumos y suministros entre ellos Miguel Vargas Castillo, quienes interpusieron procesos jurídicos que condujeron a la medida citada. En los cuadros siguientes se relacionan las controversias contractuales y se detalla de alguna de ellas la pretensión, siendo pertinente aclarar que he omitido la persona jurídica o natural que interpuso contra el hospital la acción respectiva.

2.3.1.1 Controversias contractuales

JUZGADO	RADICADO	PRETENSION	ESTADO ACTUAL	
CONSEJO DE ESTADO	2003-1744	\$ 76.984.011	fallo en contra primera instancia	Apelado por el Demandante ante el Consejo de Estado. A despacho para fallo
Tribunal Contencioso Administrativo	2009-00698	\$ 675.000.000	Etapa de Pruebas	En desarrollo de la Etapa Probatoria
Juzgado 1 Administrativo Oralidad Buga	2013-00225	Por Determinar	Se Contestó la Demanda	Terminó Etapa Probatoria

2.3.1.2 Ordinario laboral

JUZGADO	RADICADO	PRETENSIÓN	ESTADO ACTUAL	
Juzgado 7 Laboral Cali	2007-00754	Cuota parte pensional	Finalizo Etapa Probatoria	A despacho para Fallo

2.3.1.3 Nulidad y restablecimiento del derecho

JUZGADO	RADICADO	PRETENSIÓN	ESTADO ACTUAL	
Juzgado 1 Administrativo de Buga	2102-0018	\$75.000.000	Fallo en contra de la E.S.E.	Apelado por el Hospital ante el Tribunal Administrativo del Valle. Para Sentencia
Juzgado 1 Administrativo Oralidad Buga	2013-00105	Por Determinar	Se Contestó la Demanda	Pendiente audiencia de alegatos

2.3.1.4 Reparación directa

Consejo De Estado	2001-0215.	\$300.000.000	Consejo De Estado	Cambio de magistrado ponente
Juzgado 2 Administrativo Buga	2005 - 4666	\$467.800.00	A despacho para fallo	Proceso Inactivo
Juzgado 2 Administrativo Buga	2008 - 0290	\$ 57.600.000	Fallo en contra de la E.S.E.	Apelado por la E.S.E. ante el Tribunal Administrativo del Valle. Pendiente para fallo
Juzgado 6 Administrativo Cali	2008 - 0297	\$360.000.00	Fallo Primera instancia a Favor de la E.S.E.	Apelado por el demandante ante el Tribunal Administrativo Cali
Juzgado 2 Administrativo Buga	2008 - 00305	\$392.000.00	Emplazamiento o no se surtió de manera legal	Auto Ordena Emplazar
Juzgado 4 Administrativo Cali	2008 - 00074	\$500.000.00	Se presentaron alegatos de Conclusión	Pendiente de Fallo
Juzgado 1 Administrativo Buga	2009 - 0368	\$90.000.00	Fallo de primera instancia a favor de la E.S.E	Apelado por el demandante ante el Tribunal Administrativo Cali
Juzgado Segundo Administrativo Buga	2010 - 00118	\$200.000.00	Fallo a Favor de la E.S.E.	Fallo Apelado por el demandante ante el Tribunal Administrativo Cali. Sin avance en este periodo
Juzgado 1 Administrativo Buga	2011 - 00206	\$206.000.00	Se Contestó Demanda	Admite llamamiento en garantía
Juzgado 7 Administrativo De Cali	2011 - 00023	\$400.000.00	Fallo en contra	Fallo en contra
Juzgado 1 Administrativo Buga	2011 - 00305	\$107.120.00	Fallo en contra de la E.S.E.	Apelado por la E.S.E. ante el Tribunal Administrativo del Valle. Remitido a tribunal administrativo de descongestión Risaralda
Juzgado 1 Administrativo Buga	2011 - 0358	\$80.340.00	Fallo a Favor de la E.S.E.	Apelado por el demandante ante el Tribunal Valle. Auto Avoca conocimiento

Tribunal Contencioso Administrativo Del Valle	2011 - 00543	\$153.524.00	Fallo en contra de la E.S.E.	Apelado por la ESE ante el Consejo de Estado. Concede Recurso de Apelación.
Juzgado 2 Administrativo Pereira	2011 - 00547	\$408.024.00	Etapas Probatoria	Pendiente señalamiento de fecha Alegatos
Juzgado 1 Administrativo Oralidad	2012 - 00004	\$400.000.00	Audiencia inicial	Se realizó audiencia de pruebas
juzgado 1 Administrativo Oralidad	2012 - 0007	\$300.000.00	Se Contestó Demanda	Primera audiencia de pruebas
juzgado 1 Administrativo Oralidad	2012 -118	\$250.000.00	Etapas probatoria	Auto ordena requerir
Jugado 1 Administrativo Oralidad	2013 - 00120	\$297.498.00	Se Contestó Demanda.	Se Presentaron Alegatos de Conclusión
Juzgado 1 administrativo Oralidad	2013 - 00290	\$500.000.00	Etapas probatoria	Admite renuncia de poder
Juzgado 2 Administrativo Oralidad	2013 - 00306	\$600.000.00	Se contestó la demanda	Pendiente Programación Audiencias
Juzgado 14 Adm. de Oralidad Cali.	2013-00425	\$100.000.00	Se contestó la Demanda	Audiencia inicial. Etapas probatoria

2.3.2 Procesos terminados

2.3.2.1 Ejecutivos

Juzgado	Radicado	Etapas Procesal	Estado Actual
Juzgado 1 Civil De Circuito Tuluá	1998-00089	Fallo en Contra de la E.S.E.	Pago de la obligación. Pendiente Auto terminación del Proceso
Juzgado 2 Civil Del Circuito Tuluá	2001-00225	Fallo en contra de la E.S.E	Acuerdo de pago. Pendiente Auto de terminación del proceso.
Juzgado 3 Civil del Circuito Tuluá	2011-00094	Fallo en Contra de la E.S.E.	Acuerdo de pago. Pendiente Auto de terminación del proceso.

Juzgado 1 Civil De Circuito Tuluá	2011-00104	Fallo en Contra de la E.S.E.	Acuerdo de pago. Pendiente Auto de terminación del proceso.
Juzgado 2 Administrativo Buga	2012-00058	Fallo en Contra de la E.S.E.	Acuerdo de pago. Pendiente Auto de terminación del proceso.
Juzgado 2 Civil Del Circuito Tuluá	2012-00158	Fallo en Contra de la E.S.E.	Pago de la obligación. Pendiente Auto de terminación del proceso.

2.3.2.2 Reparación directa

JUZGADO	RAD.	ETAPA PROCESAL	ESTADO ACTUAL
Juzgado 2 Civil Del Circuito Tuluá	1998-0437	Fallo en Contra de la E.S.E.	En Firme en Contra de la E.S.E.
Juzgado 1 Administrativo Buga	2007-1048	Fallo en Contra de la E.S.E.	Fallo en Firme en Contra de la E.S.E.
Juzgado 2 Civil Municipal Tuluá	2012-00349	Fallo en Contra de la E.S.E.	Terminación del proceso por pago total de la obligación
Juzgado 3 Civil Municipal	2014-00048	Fallo en Contra de la E.S.E.	Fallo en Firme en Contra de la E.S.E.
Juzgado 2 Administrativo Buga	2006-061	Fallo en contra de la E.S.E.	Fallo Ejecutoriado Segunda Instancia Consejo de Estado
Juzgado 1 Laboral del Circuito Tuluá	2013-00291	Se contestó la demanda	Terminación del Proceso por pago de la obligación
Juzgado Laboral del Circuito Tuluá	2013-00246	Audiencia Inicial	Terminación del proceso conciliación entre las partes. Pago de la obligación
Juzgado 2 Administrativo Buga	2004-2183	fallo en contra primera instancia	Fallo Ejecutoriado Segunda Instancia Tribunal Administrativo del Valle
Juzgado 4 Administrativo Pereira	2006-0284	Fallo en contra. Ejecutoriado	Fallo Ejecutoriado en Segunda Instancia. Pendiente de pago
Juzgado 2 Administrativo Buga	2007-0157	Fallo a favor de la E.S.E.	Fallo a favor confirmado en segunda Instancia
Juzgado 1 Administrativo Buga	2008-00072	Fallo en contra de la E.S.E.	Fallo Ejecutoriado Segunda Instancia Tribunal Administrativo del Valle

Juzgado 1 Administrativo Buga	2011- 00249	Fallo en contra	Auto de Obedézcase y Cúmplase
Juzgado 2 Administrativo Buga	2011- 00460	Caducidad de la Acción	Fallo en Contra de la E.S.E. Segunda Instancia
Juzgado 1 Administrativo Buga	2012- 00055	Fallo en contra de la E.S.E.	Confirmado en segunda Instancia

Fuente: Dr. Jhon Henry Jaramillo Sánchez, Abogado Oficina Asesora Jurídica HTUU - ESE.

Como se citó al comienzo, el hospital posee pasivos por concepto de sentencias judiciales debidamente ejecutoriadas, en las cuales los despachos judiciales decretaron medidas cautelares consistentes en el embargo de la tercera parte de las ventas de servicios de salud del régimen contributivo, SOAT y el ingreso corriente diario en virtud al artículo 684 numeral 2º del Código de Procedimiento Civil.

Parte de esas asignaciones se encuentran reflejadas en los Estados Financieros en las Cuentas de Balance así: Cuenta 2460 Créditos Judiciales \$332.898 millones pendiente de actualización Intereses y costas Procesales, 2710 Provisión para Contingencia \$ 4.038.887 millones y en las cuenta 9120 de orden Litigios \$6.126.662 millones. De igual manera los embargos de la tercera parte del ingreso diario y la cartera del régimen contributivo y SOAT.⁶⁰

Vale decir que igual como ocurrió en el análisis financiero del periodo 2007 – 2010 y en el de 2011 -2015, no se causaron, ni se registraron provisiones para atender en debida forma el pago de sentencias y pasivos contingentes y cuando se concreta una obligación por estos conceptos, se afecta directamente el estado de actividad financiera, económica, social y ambiental del año en que se presenta la incidencia legal, generando el consecuente impacto en los resultados del año respectivo.

⁶⁰ Op. Cit. 55.

A diciembre 31 de 2015, registra en Cuentas de Orden Acreedoras \$ 6.127.000.000.oo, por concepto de litigios y demandas, encontrándose solo provisionados \$ 4.039.000.000.oo.

2.4 Competencia comercial del HTUU ESE en desigualdad de condiciones con IPS privadas

El Hospital Tomás Uribe Uribe, como ya se citó, fue convertido en Empresa Social del Estado, en el año 96, en virtud de la ley, pero no le fueron saneados sus pasivos, especialmente los laborales, prestacionales, con acreedores ni el de los proveedores de insumos y suministros, tampoco se le mejoró la estructura física ni se le hizo los adecuamientos necesarios para habilitarlo con las normas de bioseguridad ni de sismo resistencia. Agravó las condiciones anteriores la falta de los equipos tanto médicos como de sistemas necesarios para afrontar el reto de ser autónomos administrativa, financiera y patrimonialmente.

La improvisación y falta de adecuada planeación del Hospital para asumir la competencia de prestar autónomamente y bajo el criterio de “rentabilidad social y económica” los servicios de mediana y parte de la alta complejidad en salud, generaron un progresivo deterioro en sus finanzas, pues su competencia en el mercado inició en desigualdad de condiciones con el sector privado, quienes entraron al mercado con instalaciones modernas, tecnología de punta y recurso humano capacitado para atención humanizada y con los respectivos estándares de calidad.

El primer impacto negativo se empezó a sentir, cuando el usuario, en virtud del artículo 153 de la ley 100 de 1993, quedó facultado para elegir libremente la Institución que le ha de prestar y administrar sus servicios de salud.

Como quiera que dentro de las normas que estructuran el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, está el tarifario que el prestador aplica para facturar los servicios de salud prestados a los distintos afiliados o asegurados, este le impone a los hospitales el establecido en el decreto 2423 de 1996, cuyas tarifas están por

encima de las que el sector privado oferta para las EPS. Agrava esta situación de desventaja para la ESE, los altos costos en los que incurre con el recurso humano, pues sus salarios y demás gastos inherentes, están muy por encima de los aplicados en el sector privado.

Los Hospitales igualmente, están obligados a hacerle retenciones a los proveedores de servicios, que no son obligatorias en la IPS Privadas, como es el caso de las estampillas, lo que conduce a que los costos de compra para los hospitales sean mayores, pues los citados proveedores le recargan al Tomás Uribe los descuentos a los que son sometidos.

Dado los controles y la destinación específica a la que es sometido el manejo de los recursos económico en los hospitales públicos, estos no pueden ni deben asignar partidas para estimular el flujo de pacientes. Igualmente los hospitales se rigen por un estatuto orgánico de presupuesto, el cual no le permite hacer gastos más allá de sus apropiaciones, con lo que se ven limitados en la vinculación de recurso humano y en la adquisición de insumos y suministros necesarios para la prestación de un determinado servicio. Cabe a este respecto precisar que el ordenador del gasto que asuma compromisos sin la debida disponibilidad presupuestal y el registro respectivo, es sancionado en virtud del artículo 21, parágrafo segundo de la ley 344 de 1996 disciplinaria y fiscalmente de su propio peculio, condiciones estas que no operan en el sector privado, norma que reza lo siguiente:

***“Artículo 21º.-** De conformidad con lo establecido en el artículo 5 y el inciso segundo del artículo 123 del Decreto 111 de 1996 (artículo 69 de la Ley 179 de 1994), la programación presupuestal de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las empresas sociales del Estado del orden nacional o territorial se realizará proyectando los recursos que se espera recaudar por concepto del valor de los servicios producidos, a las tarifas que determine el Gobierno Nacional.*

***Parágrafo 2º.-** Cuando en las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y en las empresas sociales del Estado se creen gastos en exceso de las apropiaciones vigentes y, por tal motivo, el presupuesto de la entidad resulte deficitario, el representante*

legal y el jefe de presupuesto, así como los funcionarios que aprueben estos gastos, serán responsables disciplinaria y fiscalmente hasta por una cantidad igual al monto del déficit generado.”

Relacionada con esta última apreciación considero importante transcribir lo que adujo la gerente del HTUU ESE, en audiencia pública de rendición de cuentas correspondiente a 2015: “ *Se hizo gestión ante las EPS para legalizar las ventas de servicios a través de contratos, con el fin de obtener el flujo de recursos a través del giro directo, pero no se logró celebrarlos en su totalidad, debido a que exigían una tarifa soat menos un descuento, a lo cual el hospital con sus costos fijos no podía hacerlo, lo que equivale a decir que sus tarifas no son competitivas en el mercado”.*

2.4.1 Transformación de los recursos de oferta en demanda

Inicialmente los hospitales por transferencias del estado recibían del entonces llamado Situado Fiscal, bajo la figura de la Oferta, el cien por ciento de los recursos económicos necesarios para cumplir su misión, adicionalmente no estaban fraccionados propiamente por niveles de complejidad ni por competencias territoriales.

Con el advenimiento del nuevo SGSSS, se crearon las administradoras de los regímenes subsidiados y contributivos, las cuales por razones obvias desprendieron el primer “bocado” a los recursos de oferta, el cual inicialmente para el caso del régimen subsidiado fue del 20% (por fortuna en los últimos años se redujo al 8%), es decir que con la introducción en el sistema de las EPS inicialmente los cien pesos de oferta se redujeron a \$ 80 y en este momento a \$ 92.

La citada transformación del sistema de salud, también dividió los hospitales y los servicios en niveles de complejidad, fue así como, en el caso particular del hospital Tomás Uribe, este dejó de percibir los recursos destinados para el nivel uno y perdió la competencia en la prestación de dichos servicios de conformidad a lo dispuesto en el artículo 6 de la ley 10 de 1990, así las cosas este pasó a ser competencia territorial del municipio de Tuluá y por ende al hospital Rubén Cruz

Vélez. Cabe precisar que con la aplicación de la citada ley, el hospital no solo se afectó al tener que continuar con la carga salarial y prestacional del recurso humano destinado para ese nivel de complejidad, si no que perdió el ingreso por la prestación de dichos servicios, el cual para el caso de las actividades de Prevención y promoción representa un 10% de la UPC del régimen subsidiado y un 48% adicional por las acciones de tratamiento y recuperación en la baja complejidad, es decir que con esta medida se afectaron más del 50% de los recursos que otrora recibía el Tomás Uribe Uribe, sin contar con el impacto negativo que sobre sus estados financieros genera el recurso humano que estaba destinado para tal fin.

A continuación referencio lo establecido por la Ley 10 de 1990:

“Artículo 6º.- Responsabilidades en la dirección y prestación de servicios de salud. Conforme a lo dispuesto en el artículo primero de la presente Ley, y sin perjuicio de la aplicación de los principios de subsidiariedad y complementariedad, de que trata el artículo 3 de esta Ley, y de las funciones que cumplen las entidades descentralizadas del orden nacional, cuyo objeto sea la prestación de servicios de previsión y seguridad social, y las que presten servicios de salud, adscritas al Ministerio de Defensa, asignase las siguientes responsabilidades en materia de prestación de servicios de salud:

- a. A los municipios, al Distrito Especial de Bogotá, al Distrito Cultural y Turístico de Cartagena y a las áreas metropolitanas, directamente, o a través de entidades descentralizadas municipales, distritales o metropolitanas, directas o indirectas, creadas para el efecto, o mediante asociación de municipios, la dirección y prestación de servicios de salud del primer nivel de atención, que comprende los hospitales locales, los centros y puestos de salud;*
- b. A los departamentos, intendencias y comisarías, al Distrito Especial de Bogotá, al Distrito Cultural y Turístico de Cartagena y a las áreas metropolitanas, directamente, o a través de entidades descentralizadas directas, o indirectas, creadas para el efecto, o mediante sistemas asociativos, la dirección y prestación de los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención que comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados. La Nación continuará prestando servicios de atención médica, en el caso del Instituto Nacional de Cancerología.”*

2.4.2 Aspectos relevantes del área asistencial del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE y su relación con la crisis financiera⁶¹

Como se mencionó anteriormente, los potenciales usuarios del Hospital Tomás Uribe Uribe se encuentran residenciados en el área de influencia compuesta por los municipios ubicados en el centro y norte del departamento del Valle del Cauca⁶².

Área influencia poblacional del Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E

DESCRIPCIÓN	Nº Habitantes
MUNICIPIO DE TULUÁ	184,000
RESTO DE MUNICIPIOS DEL ÁREA INFLUENCIA	616,000
TOTAL	800,000

Fuente: Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E de Tuluá. Documento Plan de Desarrollo Institucional 2012-2015 HTUU. p.7

El 62% aproximadamente, de los usuarios asistidos en el Hospital Tomás Uribe Uribe, en cuanto a su aseguramiento, corresponden al régimen subsidiado, el 12% es población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda (antiguamente llamados vinculados); el restante corresponde al régimen contributivo y población con capacidad de pago no afiliada.

El Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E de Tuluá, es un importante centro de referencia para la atención de eventos ECAT y SOAT⁶³.

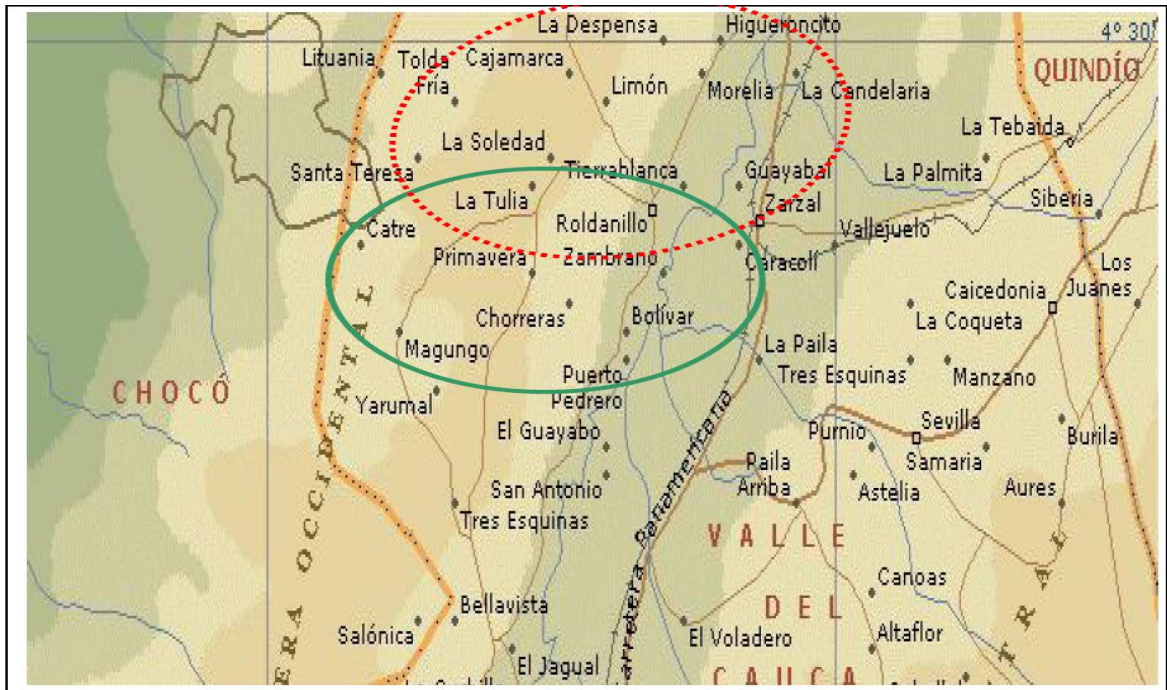
- **Área de influencia del Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E**

El área de influencia del Hospital Tomás Uribe Uribe, tal como se citó anteriormente, corresponde a los municipios del centro y buena parte del norte del Valle del Cauca, sin embargo vale presentar en este capítulo la siguiente gráfica:

⁶¹ Op. Cit. 10.

⁶² Ibídem.

⁶³ Ibídem.



Fuente: Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E de Tuluá. Documento Manual de Calidad. p. 11

Cabe recordar que la Misión del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Empresa Social del Estado es: “brinda a la comunidad en general servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad. Participa en la formación, desarrollo y actualización del Talento Humano en la modalidad formal y educación para el trabajo, en el marco de los convenios docencia – servicios contribuyendo a satisfacer las necesidades en salud de sus usuarios, con herramientas gerenciales fundamentadas en la eficiencia, seguridad, calidad y humanización, contando con tecnología avanzada y talento humano idóneo, generando autosostenibilidad y rentabilidad social dentro del marco legal de la seguridad social en salud”⁶⁴.

2.4.2.1 Objetivos corporativos del HDTUU⁶⁵

Los objetivos corporativos son los siguientes:

⁶⁴ Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, “Reseña histórica”.

⁶⁵ *Ibidem*.

a. Contribuir al desarrollo social del país, reduciendo la morbilidad, la mortalidad y la incapacidad prevenibles en la población usuaria de acuerdo a su capacidad tecnológica y científica

b. Garantizar la rentabilidad social y financiera de la Empresa mediante herramientas gerenciales modernas

c. Ofrecer a las Empresas Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, un portafolio de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

d. Satisfacer los requerimientos del entorno adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.

e. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

f. Prestar servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y la prevención tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

g. Contribuir a la formación en salud de la comunidad educativa mediante convenios docente asistenciales que impulsen y desarrollen proyectos de investigación que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población usuaria.

2.4.2.2 Política de calidad⁶⁶

Garantizar a cada paciente la atención específicamente indicada de acuerdo con su enfermedad, con competencia técnica y científica, oportuna, confiable y humana, con el mínimo riesgo, superando sus expectativas para obtener la máxima satisfacción tanto del paciente como de todas las personas o entidades que participan en el proceso de atención, haciendo uso apropiado de los recursos para proteger el medio ambiente, prevenir el impacto ambiental negativo asociado

⁶⁶ *Ibíd.*

a la generación de residuos, vertimientos y emisiones respetando el marco legal vigente.

2.4.2.3 Política de seguridad del paciente⁶⁷

Prestar servicios de atención seguros, a través del análisis y mejoramiento de los procesos de atención, con el fin de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del usuario, su familia o la comunidad.

Desarrollar la cultura de seguridad para el usuario, fomentando en nuestros colaboradores, en nuestros pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención.

2.4.2.4 Estructura organizacional

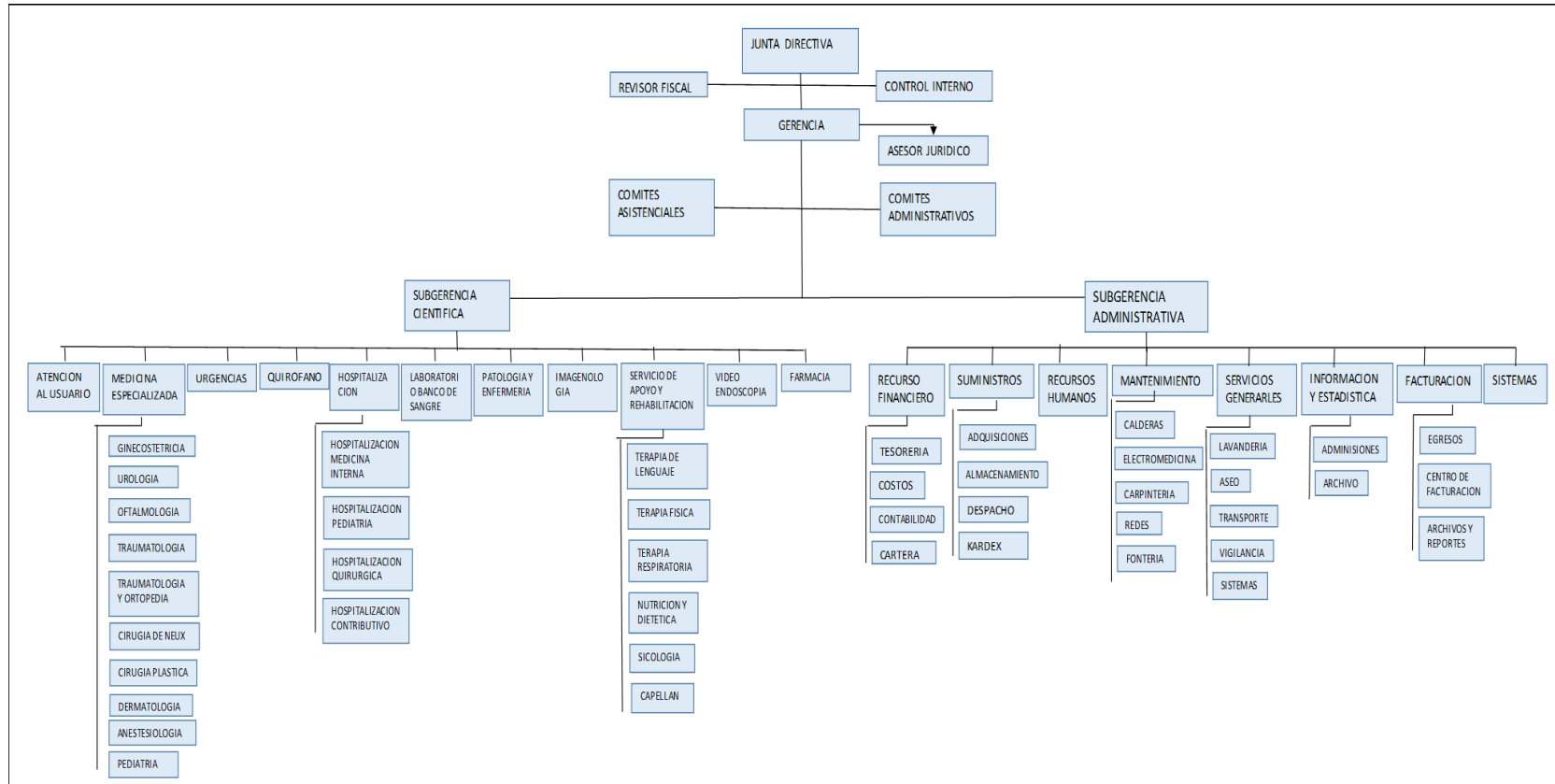
La máxima autoridad del Hospital Tomas Uribe Uribe ESE, es su Junta Directiva, la cual es presidida por el gobernador del Valle del Cauca o su delegado. Hacen igualmente parte de ella el Secretario de Salud del departamento,. Un representante de los profesionales de la planta de cargos, otro de las agremiaciones científicas del área de influencia y dos de la comunidad, de los cuales uno representa a las asociaciones de usuarios de la salud y el otro a los comerciantes de la región.

La representación legal la tiene su gerente, quien a su vez por derecho propio es el secretario con voz y sin voto de la Junta Directiva.

La estructura que se desprende de la gerencia, fundamentalmente esta constituida por dos grandes bloques integrados por la Subgerencia Administrativa y la Científica o Asistencial, tal como se evidencia en la siguiente gráfica:

⁶⁷ *Ibidem*.

Estructura organizacional

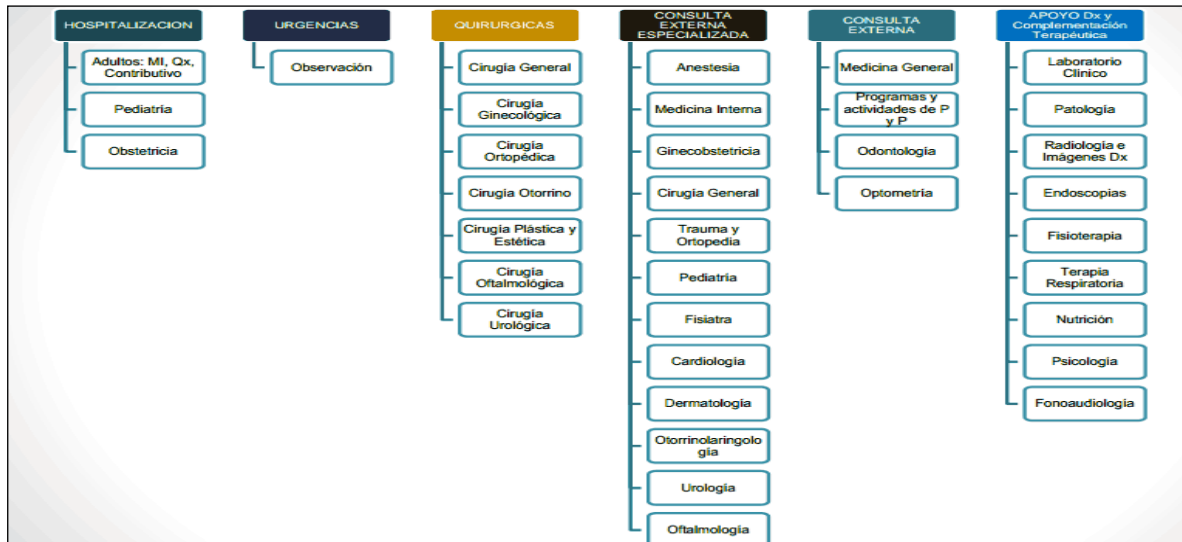


Fuente: Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E de Tuluá. Documento Manual de Calidad. p. 10

2.4.2.5 Portafolio de servicios

El portafolio de servicios, tal como se ha venido mencionando está representado en la siguiente gráfica:

Portafolio de servicios Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E de Tuluá



Fuente: Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E de Tuluá. Documento Portafolio de Servicios Año 2014 p. 9

2.4.2.6 Capacidad instalada Hospital Tomás Uribe Uribe E.S.E de Tuluá⁶⁸

El HTUU ESE, cuenta con 100 camas distribuidas así: 12 en el servicio de pediatría, 12 en Gineco-Obstetricia, 20 en Medicina Interna, 50 en Quirúrgicas y 29 camillas.

Posee con adecuada dotación área de hospitalización de Pediatría, M. interna, Gineco-obstetricia y Quirúrgicas, una sala de partos, un quirófano para cirugías de urgencias y dos para las electivas, 3 consultorios para medicina generales 13 consultorios para especialistas, uno para triage, 4 para consulta de urgencias y 3 salas de procedimientos en urgencias. Adicionalmente cuenta con un área debidamente adecuada y habilitada para UCI, la cual está conformada por 12 cubículos para paciente (no se encuentra en funcionamiento)

2.4.2.7 Promoción y Prevención de la Salud⁶⁹

⁶⁸ Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Documento portafolio de servicios año 2014.

⁶⁹ Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Prestación del servicio.

Vale precisar que este componente pertenece a la baja complejidad en salud, la cual como se citó, es competencia del ente municipal, por lo tanto no se encuentra debidamente fortalecida, toda vez que el hospital Rubén Cruz Vélez absorbió buena parte de prevención y promoción al igual que la recuperación y rehabilitación de la baja complejidad.

- **Control de Enfermería:** asiste los programas maternos infantiles, planificación familiar, control de tuberculosis, control de enfermedades de transmisión sexual y sida, de hipertensión arterial, diabetes, Lepra (Hansen) y vacunación.
- **Programa materno infantil (Control del embarazo y post- parto):** se atiende a la gestante desde el inicio de su embarazo con el fin de detectar a tiempo cualquier patología, mediante la clasificación de riesgo obstétrico, se brinda educación acerca de los cuidados del embarazo, parto y puerperio. El programa tiene el apoyo y supervisión del equipo de Gineco-Obstetras.
- **Programa de crecimiento y desarrollo:** Se ofrece este servicio gratuito a la población menor de 7 años.
- **Programa de Vacunación:** B.C.G. Tuberculosis, D.P.T. (triple) Difteria, Tosferina tétanos, Antipoliomielitis, Hepatitis B, Tripleviral, Sarampión, Rubéola Parotiditis, Fiebre amarilla fiebre amarilla, Neumococo, Toxoide tetánico.
- **Planificación familiar:** El programa ofrece: Anovulatorios, inserción DIU, métodos de barrera (condón, diafragma, espermaticidas), colocación y retiro del Norplant, métodos definitivos como ligadura de trompas, vasectomía, previa charla educativa y conserjería familiar.
- **Control de hipertensión:** Una vez detectados los pacientes, mediante toma casual o por remisión del médico general, la institución les ofrece los siguientes servicios: Afinamiento, consulta médica especializada, consulta con nutricionista, control periódico con médico general, plan de ejercicios

dirigidos por educadores físicos, música terapia, exámenes de laboratorio, radiografías, electrocardiograma.

- **Clínica de diabetes**
 - Valoración periódica mensual o cuando lo requiera de glicemia.
 - Consulta médica especializada
 - Valoración por Oftalmología, Medicina Interna, Ortopedia para detección temprana de complicaciones
 - Consulta y manejo conjunto con Nutrición, Trabajo Social.
- **Control de enfermedades de transmisión sexual y sida:** Educación, prevención y tratamiento de las distintas enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.
- **Tratamiento y control de tuberculosis:** El paciente que ingresa al programa recibe tratamiento gratuito. Previo estudio de convivientes, se brinda a su familia medidas preventivas para evitar la transmisión de la enfermedad.
- **Tratamiento y control de Hansen:** Diagnóstico oportuno y tratamiento de la lepra.
- **Acción preventiva odontológica y tratamiento odontológico:** Odontólogos y auxiliares de higiene oral, desarrollan campañas preventivas entre la población escolar para disminuir la morbilidad por caries y otras enfermedades dentales. Son solución a las expectativas de salud oral de la región.

2.4.2.8 Diagnóstico por imágenes. Ecografías. Estudios ecográficos de alta resolución para diagnóstico obstétrico y ginecológico; de abdomen superior, hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, corazón, etc.

2.4.2.9 Diagnóstico Paraclínico

- **Laboratorio Clínico:** En el laboratorio se realizan análisis de mediana complejidad, microbiológicos, inmunológicos, hormonales, parasitológicos, fisicoquímicos y bioquímicos durante las 24 horas del día. Se efectúan pruebas para transfusión sanguínea y de hemocomponentes, se cuenta con un centro de reserva y almacenamiento de sangre que cubre el Centro y Norte de Valle. El laboratorio se encuentra totalmente automatizado con identificación de muestras por código de barras
- **Laboratorio de patología:** Realiza entre otros exámenes: Biopsias, Citologías por aspiración de Tiroides, Ganglios linfáticos; Citologías vaginales, tumorales; Citología de esputo, de líquido gástrico, de líquido bronquial y de orina.

2.4.2.10 Consulta profesional. En las siguientes áreas: Optometría, Psicología, Fonoaudiología, Trabajo Social, Terapia Respiratoria, Nutrición y Dietética, Fisioterapia.

2.4.2.11 Unidad de diagnóstico y video-endoscopia: Para diagnóstico de vías digestivas

2.4.2.12 Cirugía general: Colectectomía Laparoscópica, cirugías de nivel II y III de las especialidades básicas, Urología, Oftalmología y Cirugía reconstructiva.

2.4.2.13 Ginecología: Laparoscopia diagnóstica en dolor pélvico crónico, endometriosis, permeabilidad tubo ovárica, cáncer; laparoscopia terapéutica para ligadura de Trompas, Salpinguectomía, quistes y tumores ováricos, endometriosis leve y moderada, lisis y liberación de adherencias.

2.4.2.14 Urología: Cistoscopia y procedimientos, Uretroscopia y procedimientos, Resección Trans-Uretral de próstata

2.4.2.15 Otorrinolaringología: Nasosinuscopia, Laringoscopia, Rinofaringoscopia; Cirugía Endoscópica Trans-nasal, Maxiloetmoidectomía,

Resección pólipos o tumor benigno unilateral, Resección sub.-mucosa de cornete, parcial o total unilateral.

2.4.2.16 Ortopedia: Menisectomía, Tratamiento Artritis Séptica, Osteosíntesis reducciones abiertas y cerradas de fracturas de todo tipo.

2.4.2.17 Salas de cirugía: Se cuenta con 3 salas dotadas con equipos de Oftalmología y Trauma y Ortopedia, sala de recuperación en todas las especialidades médicas, además cuenta con cirugía ambulatoria.

2.4.2.18 Hospitalización: Se presta el servicio de internación para patologías que requieran tratamiento médico y/o quirúrgico. Se cuenta con salas de hospitalización, cirugía, traumatología y ortopedia, medicina interna, pediatría, recién nacidos, ginecología y obstetricia.

2.5 Producción de servicios HTUU ESE (2007 – 2015)

Tal como se citó anteriormente la misión del hospital es la prestación de servicios de salud, razón por la cual citaré la producción de servicios asistenciales y los indicadores de calidad asociados.

En el siguiente cuadro se encuentra consolidada la producción de servicios desde 2007 hasta 2015, conforme a los requerimientos del Decreto 2193 de 2004. Puede colegirse como el número de camas abiertas se conserva en 100, pero el porcentaje ocupacional de las mismas fue cayendo progresivamente, pasando de 71.27% en 2007 a 38.91 en 2015. Esto refleja asistencialmente una marcada disminución de los pacientes hospitalizados acorde con la crisis financiera, pues las dos áreas entran en un círculo vicioso de causalidad, es decir que a menos usuarios atendidos, menos ingresos y la falta de recursos económicos a su vez limita la capacidad para disponer del personal médico y paramédico, y de los insumos y suministros necesarios para la atención del paciente. Vale al respecto precisar que por requisito debe haber un médico general por cada 20 camas y una auxiliar de enfermería por cada 10, este condicionamiento obliga al hospital a tener programado el recurso humano con base en el número de camas, estén o no ocupadas.

Si se visualiza otro ítems, encontramos como el número de consultas médicas electivas realizadas en 2007 fue de 93.528 y en 2015 de 23.757, reflejando una crisis asistencial sumamente preocupante, la que a su vez guarda, como ya se citó, estricta conexidad con las finanzas del hospital, pues el recurso humano sigue siendo prácticamente el mismo y las actividades han bajado hasta y por debajo del 50%.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS HTUU ESE 2007 -2015 SEGUN INFORMACION DECRETO 2193 DE 2004									
Variable	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Camas de hospitalización</i>	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Total de egresos</i>	12.947	10.033	8.289	9.205	6.933	5.822	5.632	4.618	4.068
<i>Porcentaje Ocupacional</i>	71,27	93,78	73,23	75,67	65,47	55,01	50,94	43,87	38,91
<i>Promedio Días Estancia</i>	3,18	3,06	3,27	2,82	3,42	3,46	3,31	3,46	3,49
<i>Giro Cama</i>	129,47	100,33	82,89	92,05	69,33	58,22	56,32	46,18	40,68
<i>Consultas Electivas</i>	93.528	61.186	59.289	45.230	39.027	40.142	33.234	22.416	23.757
<i>Consultas de medicina general urgentes realizadas</i>	61.712	36.897	41.379	36.019	26.014	20.224	17.711	18.095	23.714
<i>Consultas de medicina especializada urgentes</i>	0	5.070	875	878	6.934	439	0	3.134	4.783
<i>Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)</i>	10.983	5.783	4.947	5.156	5.900	5.394	4.357	3.193	2.277
<i>Número de partos</i>	2.140	1.658	1.909	1.585	1.175	1.153	970	708	559
<i>% Partos por Cesárea</i>	24,39	20,51	31,74	35,21	30,72	26,19	29,18	34,75	30,41
<i>Exámenes de Laboratorio</i>	192.399	127.174	117.129	103.762	64.332	86.092	80.495	71278	64.957
<i>Imagenes diagnosticas tomadas</i>	24.113	28.048	23.275	16.480	16.828	14.497	13.996	9.634	12.039
<i>Dosis de Biologicos aplicadas</i>	28.520	16.926	13.332	10.208	7.578	3.990	3.819	4.012	1.478
<i>Citologias Cervfco vaginales</i>	5.988	1.814	2.867	1.307	1.066	747	259	71	7
<i>Controles de Enfermeria prenatal</i>	8.245	8.012	3.492	2.549	2.232	790	56	8	0
Producción equivalente UVR	3.493.4	2.552.7	2.055.5	1.887.4	1.186.1	1.637.8	1.408.8	1.137.8	1.020.8

Alarma el registro de las cirugías realizadas, las cuales representan un componente importante en la misión del hospital, si se tiene en consideración que la mediana complejidad y parte de la alta contiene gran número de especialistas que realizan procedimientos quirúrgicos. Acá se realizaron 10.983 en 2007 y bajo a 2.277 en el año 2015.

Como quiera que una de las áreas asistenciales de mayor productividad y relevancia es la quirúrgica y esta a su vez tiene especial conexidad con la mayoría de las especialidades ofertadas por el HTUU ESE, se hará un análisis con base en el siguiente cuadro:

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR ESPECIALIDAD 2014- HTUU ESE													
ESPECIALIDAD	M E S E S												TOTAL A
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	AÑO
CIRUGIA GENERAL	87	72	104	109	113	89	103	109	121	112	107	95	1221
GINECOLOGIA	50	45	57	69	62	55	63	62	62	64	54	49	692
ORTOPEDIA	19	14	30	23	31	14	22	15	16	10	24	24	242
CIRUGIA PLÁSTICA	0	10	22	14	25	20	28	23	21	26	20	20	229
OTORRINOLARINGOLOGIA	6	9	9	10	8	8	8	2	10	7	6	7	90
OFTALMOLOGÍA	8	14	53	18	14	19	20	33	0	27	11	28	245
UROLOGÍA	17	22	43	41	41	34	40	13	17	22	36	30	356
TOTAL POR MES	187	186	318	284	294	239	284	257	247	268	258	253	3075

Fuente: HTUU ESE Subgerencia Científica con corte a Diciembre 31 de 2014

En el HDTUU en el año 2014 se realizaron 3075 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 1221 corresponden a la especialidad de cirugía general, dado que se oferta 24 horas día semanalmente. Caso contrario ocurrió con la especialidad otorrinolaringología con 90 procedimientos, puesto que el hospital solo cuenta con un profesional con espacio quirúrgico una vez por semana.

Lo anterior no solo refleja una marcada disminución de la misión del Hospital en la competencia que le delega su carácter Departamental, es decir la mediana complejidad en salud, situación que obviamente entra en un círculo vicioso, toda vez que su incidencia guarda estricta relación con la falta de disponibilidad presupuestal y de tesorería para así garantizar los insumos y suministros necesarios para las intervenciones o procedimientos quirúrgicos, la poca disponibilidad del recurso humano competente, el incumplimiento del pago de las obligaciones laborales de parte del hospital para con sus trabajadores, el perverso flujo de los recursos o fuentes de financiación, entre otros. Confirma en parte la anterior apreciación en reflejo de los indicadores en los meses de enero y febrero de 2014, periodo en el cual se presentó cese de actividades laborales por conflictos derivados de la crisis financiera.

Si analizamos la información entregada por la representante legal del HTUU ESE, en audiencia pública de rendición de cuentas de 2015, con relación a la producción en quirófanos se hace muy notoria la disminución de procedimientos quirúrgicos, pese al plan de saneamiento fiscal y mejoramiento de la producción asistencial; evidenciándose con ello el fracaso del PSFF.

PRODUCCIÓN EN QUIROFANOS HTUU ESE ENERO A AGOSTO DE 2015

ESPECIALIDAD	TOTAL PROCEDIMIENTOS ENERO A AGOSTO 2015							
	ENE	FEB	MAR-	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
CIRUGIA GENERAL	44	82	104	98	91	115	91	67
GINECOLOGIA	99	44	69	66	44	65	57	16
ORTOPEDIA	29	14	12	11	15	12	8	8
CIRUGIA PLÁSTICA	8	16	13	21	8	9	22	7
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	4	10	8	7	9	6	2
OFTALMOLOGÍA	16	48	37	14	14	24	22	18
UROLOGÍA	8	27	24	20	20	23	39	14
TOTAL POR MES	205	235	269	238	199	257	245	132

El anterior cuadro, comparado con su precedente, permite inferir como en el mes de agosto el número de cirugías generales realizadas bajaron de 109 en el año 2014 a 67 en 2015 y las ginecológicas de 62 a 16 respectivamente.

Adujo la Representante legal en la citada rendición de cuentas, que no contaron con el número de anesthesiólogos para la consulta ambulatoria, solo cada 15 días asistieron medicamente en esta especialidad a los pacientes, con lo que obviamente se alteró la programación y producción de cirugías ambulatorias, sin desconocer los conflictos jurídicos, laborales y contractuales que incidieron en la carencia de los anesthesiólogos y la falta de insumos y suministros necesarios para la segura y adecuada intervenciones quirúrgicas. Enfatizo para fortalecer la apreciación anterior, que en la vigencia fiscal 2015, se presentaron dos (2) ceses de actividades, uno por acciones sindicales y el otro por parte de los médicos generales, lo anterior disminuyó el gasto de operación comercial, pero los servicios personales directos fueron constantes, dado que no se pudo llevar a cabo la reestructuración debido a Ley de garantías, siendo ésta, una de las principales medidas formuladas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Inciendo en el componente asistencial del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE, se hace inevitable dar a conocer un importante componente de la ficha anexa al Decreto 2193 de 2004, la cual permite analizar los Indicadores de Calidad de la Atención prestada a los usuarios del Hospital. Se puede colegir que los citados indicadores de calidad que registra el siguiente cuadro, reflejan la negativa incidencia de la situación financiera sobre el área asistencial del Hospital y está a su vez, al no tener oportunidad y adecuada cobertura, repercute negativamente en los ingresos por prestación de servicios a los usuarios(afiliados en las EPS, víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos, los no cubiertos con subsidios a la demanda, desplazados de la violencia, población migratoria entre otros) y los predispone a elevación de los indicadores de morbi-mortalidad.

INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN HTUU ESE DE 2007 A 2015									
VARIABLE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas	0,23	0,27	0,37	0,38	0,49	0,69	0,20	0,00	0,00
% Muertes intrahospitalarias después 48 horas	0,49	0,50	0,98	0,64	0,69	1,43	3,30	2,56	2,88
% infección intrahospitalaria	0,00	0,33	0,00	0,23	0,48	0,58	1,08	0,15	0,37
% cancelación cirugía electiva	7,65	7,69	7,20	8,63	1,05	0,53	5,50	4,42	13,22
Promedio días consulta médica general	0,06	4,04	4,48	2,94	3,00	2,66	1,00	1,00	1,00
Promedio días consulta ginecoobstétrica	6,99	23,45	33,24	15,00	15,00	14,96	21,21	16,35	20,71
Número de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	0,93	2,15	1,74	0,89	3,49	4,79	7,54	3,45	1,30
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,06	0,04	0,00	0,08	0,07	0,07	0,10	0,02	0,04

Fuente: Información Decreto 2193 de 2004 HTUU - SDS- Ministerio de la Protección Social

Preocupa muchísimo como el porcentaje de muerte intrahospitalaria pasa de 0.49 en 2007 a 3.30, 2.56 y 2.88 en 2013, 2014, y 2015 respectivamente, justo en los años en los que la institución fue clasificada en riesgo alto e inició el Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Pasando a otro indicador nos encontramos que en el año 2007 se le asignaba a los pacientes que requerían valoración especializada con gineco-obstreta, la respectiva cita a los 7 días siguientes a su solicitud y en 2015 este número de días de espera pasó a casi 21. Similar situación se presenta en el porcentaje de cancelación de cirugías programadas o electivas, se duplicó prácticamente en 2015, tomando como referencia los 8 años anteriores, lo cual refleja la falta de insumos y suministros necesarios para las intervenciones respectivas y la carencia en la disponibilidad del recurso humano médico y paramédico, como consecuencia de los conflictos laborales resultantes del incumplimiento del pago de honorarios y

demás emolumentos; sin descartar presuntos problemas propios de los equipos e instrumental necesarios para las citadas intervenciones.

2.6 Medidas emprendidas para conjurar la crisis financiera y asistencial en la ESE HTUU Y sus efectos

Se han tomado a nivel nacional y territorial medidas tendientes a frenar la crisis financiera y asistencial de las Empresas Sociales del Estado, entre ellas el Plan Nacional de Austeridad del gasto, el congelamiento del artículo de la ley 344 de 1996 que pretendió transformar en el año 2000 el 60% restante de los recursos de oferta en demanda, el acuerdo del consejo Nacional de seguridad Social y la norma de Salud Pública que condicionó a las EPS del Régimen Subsidiado a priorizar y contratar mínimo el 60% de las actividades con la red pública de hospitales, aplicación de sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, los créditos condonables de que trata el parágrafo 3° del artículo 54 de esta misma ley y la 1438 de 2011, donde la Nación y las entidades territoriales debieron concurrir en el financiamiento de los procesos de rediseño, modernización y reorganización de Instituciones Prestadoras de Salud Públicas y los apoyos financieros a los hospitales con los excedentes de las cuentas maestras de los entes territoriales.

Haré referencia especial de algunas normas y su aplicación en lo atinente en el caso concreto del Hospital Tomás Uribe Uribe ESE, sin dejar de lado los efectos generados en la citada ESE, lo cual fundamento especial y textualmente en los dictámenes e informes de Revisoría fiscal, de la Contadora y de los Gerentes que han representado esa institución en los últimos años; para ello empezaré con:

Decreto 2193 de 2004. Las disposiciones contenidas en este decreto tienen por objeto *“establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la*

gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud". La información periódica que debe remitir el hospital Tomás Uribe Uribe al Departamento (Secretaría de Salud), Ministerio de la Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación incluye variables de carácter contable, presupuestal, financiero, de capacidad instalada, recurso humano, calidad, producción de servicios, cuentas por pagar y cuentas por cobrar. Advierte la citada norma que su cumplimiento es requisito para acceder al Programa de Mejoramiento de la Red Nacional de Urgencias y Atención de Emergencias Catastróficas y Accidentes de Tránsito de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y al Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud. Así mismo, la información a que se refiere el presente decreto constituye requisito para el cumplimiento de lo establecido en el párrafo 3º del artículo 54 de la Ley 715 de 2001.

Infortunadamente esta disposición solo ha servido para sancionar a la ESE que no la reporta dentro de los 45 días siguientes al trimestre, pues la grave situación asistencial y financiera del Tomás Uribe parece haber pasado desapercibida por los organismos competentes, incluidos los de control.

Ley 1438 de 2011. Esta Ley dispone en su Artículo 80:

"Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la presente ley".

Como se citó en párrafo anterior, el Hospital Tomás Uribe Uribe ESE, fue clasificado en Riesgo Alto, razón por la cual le fue aplicada la disposición contenida en el artículo 81 de esta misma ley, la cual dice: *Adopción de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. “Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social”*. Como quiera que el hospital Tomás Uribe Uribe se acogió al PSFF, el cual, por lo evidenciado en sus estados financieros, en los informes gerenciales, de la contadora y de revisoría fiscal, no han dado los resultados proyectados, condición esta que en este momento expone a la institución hospitalaria a lo contemplado en el artículo 82, de esta misma ley, el cual define lo siguiente:” **Incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal**. “*Si con la implementación del programa de saneamiento fiscal y financiero, la Empresa Social del Estado en riesgo alto no logra categorizarse en riesgo medio en los términos definidos en la presente ley, deberá adoptar una o más de las siguientes medidas:*

- Acuerdos de reestructuración de pasivos.
- Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- Liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

Ley 1608 de 2013⁷⁰, esta norma fortalece y ratifica el criterio anterior en su artículo 8, al definir el Programa de saneamiento y fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado, como el Programa institucional, integral, administrativo de Saneamiento Fiscal y Financiero, que tiene como fin restablecer su solidez económica y financiera para asegurar la continuidad en la prestación del servicio

⁷⁰ Congreso de la República de Colombia, Ley 1608 de 2013, Enero 2, por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.

público de salud, el cual deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos. Igualmente contempla este artículo que:

“Las Empresas Sociales del Estado que de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, incumplan el programa de saneamiento fiscal y financiero, deberán iniciar ante este mismo Ministerio, la promoción de acuerdo de reestructuración de pasivos, cuando del análisis de la situación se identifique la capacidad de generar ingresos suficientes para el pago de sus compromisos corrientes y el pago de sus acreencias”

Retomando lo citado en el capítulo de análisis de los estados financieros del Hospital Tomás Uribe ESE, con relación al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) este fue aprobado en enero de 2014 por la Junta Directiva del Hospital y posteriormente avalado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Tal como quedó evidenciado en el análisis de la situación financiera con corte a diciembre 31 de 2014 y conforme a la normatividad aplicable en estas condiciones, el Tomás Uribe Uribe ESE resultó nuevamente categorizado en riesgo alto.

Como mecanismo de contingencia para resolver la preocupante situación financiera y administrativa, la Alta gerencia del Tomás Uribe y su Junta Directiva plantearon las 18 medidas mencionadas anteriormente, aplicables en las vigencias 2014 y 2015, con el propósito de restablecer el equilibrio financiero de la Institución, pero los resultados han sido débiles tanto en los ingresos como en los gastos, tal como se evidencia a continuación:

Medidas	Descripción Medidas	Metas y % ejecución 2014-2015	Impacto en los Ingresos en millones		Impacto en los Gastos en millones	
			2014	2015	2014	2015
Acompañar a los pensionables para la presentación de documentación	Revisión del cumplimiento de los requisitos, Recopilación de los soportes exigidos, presentación a la entidad respectiva, seguimiento para obtener la notificación de la Resolución	26 funcionarios pensionados en el año 2013, 15 en 2014, 36 en 2015 (remanente de los años 2014 y 2015 pendientes de pensión). 19 y 44%	0.00	0.00	175,434	12,815
Revisión de Convenios para establecer beneficios / costos y medidas de compensación	Establecer mesas de trabajo, valorar costo de la infraestructura física y atención docencia por servidores públicos y valorar aporte de las instituciones educativas en la productividad y calidad del servicio	Compensar los costos de infraestructura física, compensar los costos de Servicio de alimentación /hospedaje, compensar el tiempo de docencia que dedican los servidores Públicos de la ESE. 100%	0.00	0.00	5,000	-
Definir la necesidad y el empleo eficiente de los recursos humanos y físicos en el área administrativa y asistencial	Estudio técnico de carga laboral, aplicar la ley 909 de 2004, planes de acción con fijación de metas, dirección, coordinación y control eficaz.	Establecer los recursos humanos necesarios para la demanda del servicio, reestructuración de planta de cargos. 19-50%	0.00	0.00	28,125	3,662
Reestructurar la planta de cargos y Redefinir Unidades de Trabajo de la Planta Global para incorporar eficazmente los nuevos servicios de acuerdo con la Red Pública Departamental	Realización de los estudios técnicos establecidos en el Decreto Reglamentario 1227 de 2005, artículo 97; aplicabilidad de la ley 909 de 2004, expedición y ejecución de las decisiones administrativas.	5 Unidades- área operativa: consulta externa, urgencias, quirúrgicas, hospitalización y Apoyo diagnóstico con sinergia de competencias lideradas por un coordinador para el año 2014. 2. 3 Unidades-área administrativa con coordinadores responsables: recursos humanos, área financiera, Sistematización documental y de información. 3. 3 asesores: asesor jurídico, planeación y asesor de Calidad. 44-0%	0.00	0.00	12,000	-
Mantener el nivel costos y consumo de insumos controlado para lograr el equilibrio fiscal	Revisión y actualización de precios del mercado a través de cotizaciones, revisión permanente de necesidades y presupuestos de base para establecer ajustes del Plan de Compras y control de uso	Mantener el nivel de gasto por mes, solamente ajustar en caso de aumento de demanda del servicio previa autorización del Comité de Compras. 25 -0%	0.00	0.00	684,903	-

	mensual.					
Control de los factores que inciden en la ejecución de los contratos con las EPS para lograr el equilibrio económico	Implementación y control de la aplicación de las guías y protocolos, revisión permanente de costos generados por evento en atención en salud y por contrato.	Cero déficit por servicios prestados por evento de atención en salud. 0 – 0 %	0.00	1.100.994		-
Mantener la Implementación de las BPM.	Revisión de la vinculación como usuario de servicios públicos para bajar las tarifas de facturación, racionalización del uso de servicios públicos Utilización o cambio a implementos o insumos de bajo consumo de servicios públicos.	Mantener el nivel de gasto por mes presupuestado. 39 – 9 %	0.00	0.00		271,842
Establecer acuerdos de pago que beneficien la sostenibilidad de la institución	Depuración de las obligaciones, Circularización de Acreencias, acuerdos de Pago para reducirla y reprogramar el cumplimiento de las obligaciones de acuerdo con el PSFF.	Reestructurar las cuentas por pagar (no se tienen créditos con el sector financiero). 0 – 0 %	0.00	0.00		2,859,323
Estructurar y ejecutar el Plan de Saneamiento de pasivos de acuerdo con el Flujo de recursos proyectado para el PSFF	Depuración de las obligaciones, circularización de Acreencias, recaudo de los recursos de cuentas maestras y establecimiento del Plan de Pagos de acuerdo con la priorización legal.	Valor Pasivos 2014: \$ 11.594 millones. Pago de pasivos: Año 2014: 7.255 millones. Año 2015: 1.273 millones Año 2016: 1.488 millones. Año 2017: 1.578 millones.	0.00	0.00	4,876,388	-
Liberación de embargos y sentencias judiciales	Pago de pasivos en sentencias judiciales	Saneamiento de pasivos en sentencias judiciales por \$ 1.507 millones. 25-0%	0.00	0.00	1,997,000	3,499,759
Gestión eficaz para lograr el recaudo de cartera bajando los días de rezago	Identificación del riesgo del Asegurador, Valoración del estado actual de la cartera por cada pagador, Clasificación de la cartera y del riesgo de recaudo. Depuración de las cuentas por cobrar, agotar la instancia del Comité de Sostenibilidad Contable, cumplimiento con las Políticas de cobro: Reglamento de cartera	Recaudo de venta de servicios del 75% en cada vigencia, lograr la recuperación de cartera de vigencia anterior del 60%. Nota: En los contratos vigentes que tiene la ESE con las diferentes aseguradoras se tiene establecido un plazo mínimo de pago de 90 días. 51 – 16 %	8,199,706	0.00		1,904,799
Establecer alianzas estratégicas publico	Proceso de armonización de	Atención integral al usuario con menor	438,581	127.906.00		-

privadas para prestar los servicios de UCI, Salud Mental, alto riesgo obstétrico y Oncología de acuerdo a lo dispuesto en la transformación de la red pública y a la necesidad de la región	intereses entre los diferentes socios potenciales, Identificar posibles aliados de trabajo, analizar las expectativas e intereses y la disposición para trabajar de forma conjunta, construcción de la alianza estratégica, implementación y seguimiento de la alianza estratégica	riesgo, Aumento de los Ingresos. 15 – 39 %				
Establecer alianzas estratégicas publico privadas para prestar los servicios del SOAT	Proceso de armonización de intereses entre los diferentes socios potenciales, Identificar posibles aliados de trabajo, analizar las expectativas e intereses y la disposición para trabajar de forma conjunta, construcción de la alianza estratégica. Implementación y seguimiento de la alianza estratégica	Aumento de los Ingresos. 47 – 0 %	194,901	0.00		-
Gestionar la actualización de los equipos biomédicos incluyendo ambulancia medicalizada.	Elaboración o actualización de proyectos, Presentación o actualización de Proyectos al gobierno nacional, departamental.	Presentación de 3 proyectos en 2013. 25 – 100 %	0.00	0.00		-
Gestionar el reforzamiento estructural de las áreas que carecen y efectuar las adecuaciones arquitectónicas	Actualización de estudios y diseños, Gestionar la segunda etapa del reforzamiento del área de Urgencias, elaborar el Proyecto para reforzamiento estructural de las demás áreas, Presentar y gestionar ante el gobierno nacional	En ejecución reforzamiento Urgencias, II etapa para el año 2015. Inclusión en el Plan Bianual de proyecto de reforzamiento. 0 – 0 %	0.00	0.00		-
Gestionar la disponibilidad de herramientas de sistematización en línea a través de la presentación de proyectos y/o de contrato de arrendamiento.	Revisión de los procesos, Rediseño de los subprocesos y procedimientos, Implementación: Capacitación, Prueba, evaluación y ajuste, gestión para la Sistematización en línea de la información	Sistematización en línea. 21 – 48 %	0.00	0.00	176,320	62,000

	que comprende implementación de software, hardware, disponibilidad de equipos y de cableado					
Mejorar los indicadores de productividad de medicina especializada teniendo como base los indicadores de productividad del cuadro 7. 1. Aumentar en un 20% la productividad del recurso humano asignado a la atención de consulta externa medicina especializada en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general. 2. Ampliar la agenda de cirugía programada en 13%	Reorganizar la distribución de tiempos asignados a cada área asistencial y aumentar en un 20% la productividad del recurso humano asignado a la atención de consulta externa medicina especializada en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general. 2. Realizar jornadas adicionales de consulta externa, realizar programación de cirugía general durante las noches y los fines de semana.	Oportunidad en la atención de consulta externa medicina especializada acorde a las metas institucionales. 73 – 29%	0.00	0.00		-
Reportar todas las actividades de producción de la ESE al sistema SIHOS	Solicitud al ente departamental la apertura del aplicativo SIHO para ajustar la producción de la totalidad la ESE de acuerdo a las actividades realizadas, reportar todas las actividades de producción de la ESE al sistema SIHOS	Información del sistema SIHOS igual a las registradas en el sistema de información de la ESE. 75 -50%	0.00	0.00		-

El cuadro anterior deja en evidencia que los resultados del Plan no ha generado el impacto proyectado para llevar el Hospital a un equilibrio Administrativo y financiero o al menos bajarlo al Riesgo Medio.

Ante el fracaso de Plan Inicial, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público le dio la oportunidad al Hospital Tomás Uribe Uribe ESE, de reformulación del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF), razón por la cual se aprobaron las siguientes medidas:

1. Reformular el modelo de prestación de servicios optimizando el Recurso humano, la capacidad instalada y la utilización de insumos.
2. Actualizar y ajustar el estudio previo para la reestructuración, realizado por la Corporación Creces, de acuerdo con las condiciones actuales del Hospital e iniciar su aplicación.
3. Identificar mecanismo para la inclusión de los pasivos existentes que no llenan de los requisitos de Ley, en el nuevo programa de saneamiento fiscal y financiero.
4. Implementar un sistema de gestión de la calidad para la optimización de los procesos institucionales.
5. Revisar y reformular las condiciones actuales de alianzas estratégicas para la generación de una mayor rentabilidad y la optimización de la interdependencia de servicios complementarios.
6. Dar respuesta al portafolio establecido para el Hospital en el Documento de Red, evaluando la posibilidad de cerrar el servicio de urgencias, con el fin de reducir gastos.
7. Establecer y/o fortalecer servicios de Mediana y Alta complejidad, con especialización en Obstetricia, Pediatría, Unidad de Cuidado Intensivo Adultos y Neonatal; Pediátrica, Oncológica, Unidad de Salud Mental, unidad renal, a través de nuevas alianzas estratégicas.
8. Hacer uso de las normas expedidas por el legislador ante los órganos competentes tales como: Superintendencia Nacional de Salud y Procuraduría General de la Nación; cuando una vez agotadas las vías gubernativas, no se obtenga el pago de los servicios prestados e instaurar las acciones judiciales pertinentes ante la justicia ordinaria contra los responsables.
9. Mantener la medida de acompañamiento de los pre pensionables.
10. Mantener la medida de saneamiento de pasivos.
11. Mantener la medida de elaboración de proyectos para la gestión de equipos biomédicos, reforzamiento estructural y automatización de procesos administrativos, financieros y asistenciales.

Infortunadamente los indicadores evidenciados en la información de los estados financieros con corte a 31 de diciembre de los últimos años, dan fe de que el Hospital Tomás Uribe Uribe ESE no ha cumplido satisfactoriamente con lo propuesto en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

En información suministrada por la SDS, resultante de las exigencias del decreto 2193 de 2004 y demás normas afines a la categorización del riesgo del hospital, se puede evidenciar que entre los años 2012 y 2015, este muestra el resultado plasmado en el siguiente cuadro:

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO HTUU ESE	
Variable	Calificación
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año)	Riesgo alto
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año)	Riesgo alto
Año 2014 Resolución 1590 (con información cierre año)	Riesgo alto
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año)	Riesgo alto
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año)	Riesgo alto

Fuente: Información Decreto 2193 de 2004 - HTUU

Las citadas normas y medidas, entre otras, han sido insuficientes para estabilizar los hospitales, pues la omisión, el desvío, el desgüeño administrativo, la corrupción y politiquería han sido superiores a las medidas de contención y por el contrario han generado efecto adverso. Infortunadamente el Hospital Tomás Uribe Uribe ESE parece no tener apoyo del sector político administrativas ni el de las asociaciones de usuarios para avanzar en el proceso de recuperación, lo que dolorosamente lo conducirá a su privatización.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la crisis financiera del HTUU ESE no se corrige solamente con giros de recursos económicos extraordinarios hechos por la Nación, el Departamento o el municipio, ni con aislados Planes de Saneamiento Fiscal, mejoramiento o reestructuración institucional tendientes a mejorar el ingreso, reducir el gasto o tercerizar la planta de personal.

Para conjurar la Crisis asistencial y financiera del hospital Tomás Uribe Uribe, se requiere, adicional a las medidas asumidas dentro del PSFF, sanear la totalidad de sus pasivos, previa y simultáneamente mejorar su infraestructura, dotarlo de equipos médicos de alta tecnología y complejidad, capacitar el recurso humano, mejorar y adecuar sus procesos y procedimientos; involucrar todos los actores del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud), direccionar técnica y legalmente el usuario dentro de la red de prestadores, garantizar oportuno y completo flujo de dineros constantes desde el nivel central a los entes territoriales, de estos a las administradoras y aseguradoras y finalmente a la institución hospitalaria, donde deben ser administrados no solo con las herramientas técnicas y con los principios rectores de la administración pública sino apartados de la manipulación politiquera, de los intereses particulares y de la corrupción que de extremo a extremo galopa en el sector de la salud.

RECOMENDACIONES

1. Modificar la estructura del SGSSS, suprimiendo la intermediación generada por las EPS y retornarle la competencia de administrar a los entes territoriales, con lo que se ahorraría entre el 10 y 20% de los recursos destinados para la salud.
2. Unificar los regímenes contributivo y subsidiado con un plan de beneficios que solo excluya lo estético y suntuoso.
3. Crear una bolsa común donde confluyan mediante transferencias electrónicas todas las fuentes de financiación del sector salud y que de allí salgan mediante giro directo electrónico a cuentas maestras de creación exclusiva al prestador de servicios de salud.
4. Asignarle a las contralorías y procuradurías la competencia concurrente y preventiva en el manejo de los recursos de la salud, verificando el destino y las conductas de los servidores asignados para su administración.
5. Penalizar a título de dolo toda conducta u acción de quienes tienen la responsabilidad de garantizar la efectiva y oportuna prestación del servicio de salud, cuando la misma atente contra la salud o vida de los pacientes usuarios y endurecer las penas o sanciones cuando se incrementen los indicadores de morbi-mortalidad prevenible o cuando se someta a un riesgo injustificado la salud de un usuario.
6. Reglamentar en debida forma, el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, articulando de manera técnica y por niveles de complejidad los prestadores tanto públicos como privados, cuyo operador sea público y autónomo administrativa y patrimonialmente, cuya financiación resulte del valor tarifario asignado para el transporte de pacientes entre IPS y ESE.
7. Regular la tarifa base de facturación reduciéndola en aquellas instituciones que no prestan 24 horas el servicio o que no lo garantizan incluyendo la atención de urgencias vital e incrementándola en los prestadores que ofertan el servicio permanentemente y de manera integral.

8. Modificar la Ley de tal manera que se pueda asignar a la red pública hospitalaria los excedentes que genere la subcuenta de ECAT del FOSYGA y que se le dé cumplimiento por parte del estado a la asignación de los recursos generados por la actividad petrolera en los yacimientos de Cusiana y Cupiagua (Casanare), con destinación a la atención de la población pobre y vulnerable y de aquellos que se comprometió al inicio del nuevo sistema como apoyo al 1% que aportan los colombianos afiliados al régimen contributivo.
9. Regular el ejercicio misional en las IPS privadas y Públicas (ESE), de tal manera que estas últimas no estén en desventaja con el sector privado, dado que los costos operacionales son mayores en las primeras, toda vez que tienen el recurso humano en plantas rígidas, mayores salarios y prestaciones. Agrava esta condición que los hospitales aplican retenciones a los proveedores de insumos y suministros por concepto de estampillas, lo que conduce a que estos incrementen los valores del producto, adicionalmente hay prevención de parte de ellos , puesto que los recursos del SGP que reciben los hospitales tienen carácter de inembargables , lo que crea incertidumbre en el proveedor
10. Apuntar hacia la planeación estratégica, analizando el entorno económico, político y social de del área de influencia del hospital, incluyendo los potenciales pacientes, agremiándolos en asociaciones de usuarios, conforme al decreto 1757 de 1994.
11. Vincular articulando las administraciones de los municipios vecinos y del área de influencia para que los usuarios del régimen subsidiado se direcciones en el sistema de referencia y contra referencia al HTUU, por lo menos en el 60% contemplado en la ley.
12. Sanear la totalidad de pasivos del Hospital Tomás Uribe Uribe, con créditos condonables, conforme a las normas para tal fin citadas, contra acreditando con cumplimiento de plan de gestión.

13. Actualizar los estudios de vulnerabilidad sísmica y desarrollar el reforzamiento estructural para adecuar las áreas físicas a los estándares de habilitación y calidad.
14. Fusionar las dos ESE en el municipio de Tuluá, separando la competencia de tal manera que el Rubén Cruz Vélez asuma la totalidad del nivel uno y sirva de inmediata articulación en las actividades de mediana y alta complejidad para el Hospital Tomás Uribe.
15. Ampliar la oferta de servicios de mediana y alta complejidad y transformar el HTUU Universitario, aliándose estratégicamente con la facultad de Ciencias de la Salud de la Unidad Centras del Valle (UCEVA), especialmente en sus programas de Medicina y Enfermería e instituciones no formales. Lo anterior le permitirá adicionalmente captar recursos, no solo del ministerio de la protección social sino también del de educación, estampillas pro-hospital universitario, entre otros.
16. Implantar un software que articule todas las dependencias, vinculando especialmente costos y facturación.
17. Estructurar y adecuar en debida forma los procesos y procedimientos administrativos y asistenciales tendientes a protocolizar los manejos, programar las agendas, mejorar los indicadores en el área asistencial y en la administrativa la depuración de los estados financieros, la facturación íntegra y sin glosa, radicación oportuna y recaudo por servicios prestados antes de los 60 días.
18. Iniciar pre y jurídicamente el recudo de la cartera.
19. Asumir medidas conducentes y definir políticas administrativas tendientes a controlar el crecimiento de los costos de ventas y de los gastos operacionales para lograr excedentes.
20. Reducir los gastos de funcionamiento para obtener un margen de rentabilidad que le permita cumplir con los compromisos trazados en el marco del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero.
21. Depuración de pasivos y conciliación de deudas contraídas con proveedores y acreedores conforme a la capacidad de pago que se tenga

22. Implementar mecanismos de mejoramiento continuo del personal, especificando y actualizando periódicamente los manuales de funciones y procedimientos, desarrollando en ellos evaluaciones periódicas del desempeño.

BIBLIOGRAFÍA

ABAD. Duber. Control de gestión, metodología para diseñar, validar e implantar sistemas de control de gestión en entidades del sector público. 1997 Bogotá: Ediciones Interponed.

Academia, “Indicadores financieros”, recuperado el día 11 de diciembre de 2016 a las 6:31 p.m. en:

http://www.academia.edu/7788958/INDICADORES_FINANCIEROS

Asamblea Departamental del Valle del Cauca, Ordenanza No. 005 de Enero 12 de 1996, por medio de la cual se crean los Hospitales Departamentales de Sevilla, Cartago y Tomás Uribe de Tuluá como Empresas Sociales del Estado del orden Departamental.

Asamblea Departamental del Valle del Cauca, Ordenanza No. 381 de Octubre 30 de 2013, por la cual se autoriza adelantar el proceso de la transformación de la organización de la red de servicios de salud del departamento del Valle del Cauca.

BERMUDEZ. Ingrid. Estudio de viabilidad técnica y financiera de la empresa social del estado hospital regional de Bolívar. Especialización en gerencia de Salud. Cartagena. 2014

Congreso de la República de Colombia, Ley 10 de 1990, Enero 10, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia, Ley 60 de 1993, Agosto 12, por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia, Ley 223 de 1995, Diciembre 20, por la cual se expiden normas sobre racionalización tributaria y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia, Ley 344 de 1996, Diciembre 27, por la cual se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público, se conceden unas facultades extraordinarias y se expiden otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia, Ley 643 de 2001, Enero 16, por la cual se fija el Régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.

Congreso de la República de Colombia, Ley 715 de 2001, Diciembre 21, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151. 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Congreso de la República de Colombia, Ley 1122 de 2007, Enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia, Ley 1176 de 2007, Diciembre 27, por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia, Ley 1393 de 2010, Julio 12, por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes para la salud, se redireccionan recursos al interior del Sistema de salud y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia, Ley 1438 de 2011, Enero 19, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia, Ley 1608 de 2013, Enero 2, por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.

Contaduría General de la República de Colombia, Resolución 4444 de 1995, por la cual se aprueba y adopta el Plan General de Contabilidad Pública – PGCP, y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

Constitución Política de Colombia de 1991.

Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Gerencia, Plan Estratégico de Desarrollo 2012 – 2015.

Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, “Rendición de cuentas 2015” emitido por la Gerente, Dra. Licenia Salazar.

Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, “Estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2015”.

Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Documento Portafolio de servicios año 2014.

Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Monitoreo Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero con corte a diciembre 31 de 2014, emitido por la Gerente, Dra. Martha Cecilia González Giraldo.

Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Contaduría, “notas de estados financieros a 31 de diciembre de 2015”.

Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, Revisor fiscal.

Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, “Reseña histórica”.

Mena, Luis Fernando. “Razones financieras”, recuperado el día 11 de diciembre de 2016 a las 5:36 p.m en: <https://prezi.com/8cetchanmaco/razones-financiera/>

Ministerio de la Protección Social, Resolución No. 3047 de 2008, Agosto 14, por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Ministerio de Salud y Protección Social, “Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”, Junio de 2016.

Presidente de la República de Colombia, Decreto 1876 de 1994, Agosto 3, por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994, en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.

Presidente de la República de Colombia, Decreto 2423 de 1996, Diciembre 31, por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones.

Presidente de la República de Colombia, Decreto 115 de 1996, Enero 15, por el cual se establecen normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y de las Sociedades de Economía Mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras.

Presidente de la República de Colombia, Decreto 2193 de 2004, Julio 08, por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003.

Presidente de la República de Colombia, Decreto 785 de 2005, Marzo 17, por el cual se establece el Sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y

requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004.

Presidente de la República de Colombia, Decreto 4747 de 2007, Diciembre 07, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Presidente de la República de Colombia, Decreto Ley 4107 de 2011, Noviembre 2, por la cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el sector administrativo de salud y Protección social.

Presidente de la República de Colombia, Decreto 1095 de 2013, Mayo 28, por el cual se reglamenta el inciso 2 del artículo 3 de la Ley 1608 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

Superintendencia Nacional de Salud, Circular No. 016 de 2015, Agosto 27, asunto: “prácticas indebidas relacionada con el flujo de recursos”.