

INFORME DE RECONOCIMIENTO DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe recoge los resultados del reconocimiento institucional y financiero efectuado a la red pública hospitalaria del Departamento del Santander.¹ Para el efecto, el informe se halla organizado en seis (6) secciones, incluida la introducción. La segunda sección describe de manera general el funcionamiento del régimen de seguridad social en salud; la tercera, describe la organización de la red de prestadores de servicios de salud del Departamento de Santander, la cuarta, hace una descripción del estado de operación del Hospital Universitario de Santander; la quinta sección se refiere a otras instituciones hospitalarias. Finalmente, la sección sexta cierra con conclusiones y recomendaciones.

Es preciso destacar que el informe es elaborado con sujeción a la información proporcionada por la Gobernación de Santander, por lo que el autor del informe no se hace responsable por omisiones, inconsistencias o errores en la información.

II. REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La Ley 100 de 1993² contiene la regulación general del sistema de seguridad social en salud,³ la cual señala que este servicio público opera en el contexto de un mercado regulado, con sujeción a reglas que estimulan, a través de un esquema de competencia, la participación de los sectores público y privado en su prestación.

El objetivo de esta regulación es el de asegurar el establecimiento gradual de un seguro social universal, con cargo al cual se financia la prestación del servicio público de salud a la población, mediante la creación de las denominadas Entidades Promotoras de Salud —EPS,⁴ y las Instituciones Prestadoras de Servicios — IPS.⁵

En este contexto, las EPS se hallan encargadas de efectuar el aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, y de organizar y administrar la prestación del plan de beneficios por medio del denominado Plan Obligatorio de Salud, POS. El valor del POS o Unidad de Pago por Capitación — UPC, equivale a una prima de seguros ajustada por riesgo, la cual es financiada conjuntamente entre trabajadores, patronos y el Estado, con una contribución porcentual del ingreso de aquellas personas con capacidad de pago, como también con la utilización de aportes fiscales destinados a subsidiar la UPC para la afiliación de los más pobres. Para este

¹ El reconocimiento se efectuó durante los días 6 a 8 de mayo de 2008, en las instalaciones de la Gobernación del Departamento de Santander.

² Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

³ El artículo 152 de la Ley 110 de 1993 dispone que los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención, conforme con la regulación allí contenida.

⁴ Los artículos 177 de la Ley 100 de 1993 y 14 de la Ley 1122 de 2007, disponen que las EPS son las entidades responsables del aseguramiento en régimen contributivo y subsidiado, de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía.

⁵ El artículo 185 de la Ley 100 de 1993 dispone que son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

efecto, la mayor parte de los recursos del Sistema son administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA,⁶ cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social. Las IPS, por su parte, que pueden ser de naturaleza oficial, mixta o privada, se hallan organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las EPS o fuera de ellas.

Complementariamente el artículo 194 de la Ley 100 de 1993 dispone que la prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado — ESE, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico dispuesto por la ley. Esta disposición es complementada por el artículo 26 de la Ley 1122 de 2007, que señala que la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de ESE. Para el efecto, el artículo 238 de la Ley 100 de 1993 dispone que las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud suscribirán contratos de compraventa de servicios con las ESE para atender la población que se les asigne o con las EPS.

Por su parte, la Ley 1122 de 2007⁷ introduce unas modificaciones a la regulación contenida en la Ley 100 de 1993 en relación con el Sistema de Salud, en los aspectos de dirección, universalización, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control de la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Esta ley dispone, además, aumentar el valor de la cotización del régimen contributivo de salud, del 12% al 12.5%, con lo cual, además de otorgar recursos adicionales a la sub — cuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado, incrementa de manera directa el financiamiento de la denominada red pública de salud por las ESE. Finalmente, esta ley dispone que las EPS del régimen subsidiado contraten mínimo el 60% del gasto en salud con la ESE del municipio del afiliado.

De igual manera, el artículo 20 de la Ley 1122 señala que las entidades territoriales deben contratar con las ESE la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda, es decir, población vinculada. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras IPS debidamente habilitadas. Esta disposición se complementa con lo dispuesto por el artículo 43.2.1 de la Ley 715 de 2001, que dispone que le corresponde a los Departamentos gestionar la prestación de los servicios de salud a la población pobre que resida en su jurisdicción en lo no cubierto con subsidios a la demanda, mediante IPS públicas o privadas.

De igual manera este el citado artículo 20 de la Ley 1122 señala que las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato, so pena de la aplicación de sanciones por la Superintendencia Nacional de Salud.

⁶ Conforme con los artículos 156, literal 1, y 219 de la Ley 100 de 1993, el Fondo de Solidaridad y Garantía tiene por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en esta Ley.

⁷ Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

En relación con las ESE, el artículo 194 de la Ley 100 de 1993 dispone que los servicios de salud que prestan en forma directa las entidades territoriales se hace a través de estas empresas que conforman una categoría especial de entidad descentralizada, con regulaciones legales, administrativas y financieras propias. Respecto de su régimen jurídico, el artículo 89 de la Ley 489 de 1998 dispone que las ESE se sujetan al régimen previsto en la ley 100 de 1993, la Ley 344 de 1996 y en la citada Ley 489 en los aspectos no regulados por las citadas leyes.

III. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

A. Organismo coordinador

Conforme con la organización de servicios de salud que opera en el Departamento de Santander, la instancia rectora de la red pública de prestadores de servicios de salud es la Secretaría de Salud, encargada de la administración, coordinación, organización y dirección de la red pública de prestadores de servicios de salud a nivel departamental.⁸ Para este efecto, la Secretaría está compuesta por las Subdirecciones de Seguridad Social, de Salud Pública y Administrativa y Financiera. Dentro de sus funciones se hallan las de manejar el sistema de referencia y contrarreferencia para lo cual cuenta con Comité Departamental de Referencia y Contrarreferencia y el Centro Regulador de Urgencias (CRU),⁹ un sistema de comunicaciones (teléfonos, radiocomunicaciones) que permiten direccionar la atención de los pacientes dentro de la red del Departamento, así como la garantizar el nivel II y III de atención (atenciones especializadas) para los *no afiliados*¹⁰ y garantizar el nivel II y III de atención que no está en el POSS para *afiliados régimen subsidiado*.¹¹

De igual manera, en virtud del convenio 266 de 2004 suscrito por el Departamento con el Ministerio de la Protección Social para el desarrollo del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, la Secretaría de Salud conformó el Grupo de de Calidad y Control Financiero de la Red Pública de Prestadores de Servicios de

⁸ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

⁹ Conforme con el literal e) del artículo 3 del Decreto 4747 de 2007 "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", referencia y contrarreferencia es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

¹⁰ Conforme con el artículo 157, literal p, de la Ley 100 de 1993, las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios para este efecto, deben garantizar el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

¹¹ Conforme con el artículo 157, literal o, de la Ley 100 de 1993, corresponde a las entidades territoriales celebrar convenios con las EPS para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado, que se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía.

Salud, encargado de aplicación y evaluación de las acciones de reorganización de las IPS públicas así como de asistencia técnica, financiera y legal.¹²

En su conformación regional, el sector salud se halla organizado en 8 núcleos provinciales (Vélez, Comunera, Guanentina, García Rovira, San Vicente, Mares, Carare, Opón, Soto Norte). Respecto de la red privada, el Municipio de Bucaramanga cuenta con una oferta de servicios de III nivel de complejidad integrada por la Clínica FOSCAL, Fundación Cardiovascular, Clínica Chicamocha, Clínica Metropolitana, Clínica la Merced, Clínica Santa Teresa, Clínica materno infantil San Luís, y Clínica Bucaramanga E.S.E. Francisco de Paula Santander, entre otros.

En la jurisdicción del Municipio de Bucaramanga y su área metropolitana, la ciudad solo cuenta con dos instituciones que garantizan atención integral (24 horas) y de III y IV nivel de complejidad como son la FOSCAL y el Hospital Universitario de Santander.¹³

B. Atención por nivel de complejidad

Conforme con el Decreto 1760 de 1990,¹⁴ los servicios de salud que organicen las instituciones prestadoras de salud se clasifican en grados de complejidad con el objeto de racionalizar los recursos disponibles, lograr una mejor distribución de los mismos y mantener la calidad en la prestación de servicio. Para el efecto, los criterios básicos para la determinación del grado de complejidad de los servicios que puedan prestar las diferentes instituciones de salud son:

- Patologías que atiende o prevén atender con su grado de severidad y la frecuencia de la misma;
- Base poblacional;
- Tipo y nivel de formación del personal y vinculado;
- Características y condiciones del instrumental y equipo disponible;
- Apropiación y uso de la tecnología disponible en la entidad;
- Características de la planta física;
- Características de la institución;
- Ubicación geográfica, características sociales y culturales de la población;
- Población cubierta en términos del régimen de referencia y contrarreferencia y tipos de servicios que requiere la población;
- Volumen de recursos financieros, dedicados a funcionamiento e inversión.

Este mismo Decreto señala que la determinación de los grados de complejidad para los diferentes servicios, será la base para la definición y establecimiento de las responsabilidades mínimas en salud de cada entidad territorial, y de los servicios que por sus características de especialidad deban tener carácter permanente o transitorio.

En este orden, la Resolución 4445 de 1996,¹⁵ expedida por el Ministerio de Salud, dispuso que las instituciones prestadoras de servicios de salud según el tipo de servicio que ofrezcan, pueden clasificarse como instituciones hospitalarias e instituciones ambulatorias de baja, mediana y alta complejidad. Conforme con lo señalado se consideran, por niveles de complejidad, los siguientes servicios:¹⁶

¹² Primer informe de evaluación del Cumplimiento de las obligaciones del convenio de desempeño No. 266 de 2004 correspondiente al año 2005. Secretaría de Salud, Grupo de Calidad y Control Financiero de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud. Junio de 2006.

¹³ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

¹⁴ Por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio de complejidad.

¹⁵ Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

¹⁶ Disponible en http://www.sdp.gov.co/www/resources/No%2021_calidad_serviciosdesalud.pdf, con acceso el 10 de mayo de 2008.

Niveles de Atención en Salud

I Nivel de Atención
Actividades de promoción y prevención, prestación de actividades del Plan de Atención Básica, medicina y odontología general, laboratorio clínico e imagenología de baja complejidad, hospitalización y atención de urgencias y de partos de baja complejidad, terapia respiratoria, optometría, nutrición y psicología, actividades prioritarias como vacunación, toma y entrega de resultados de citología vaginal, actividades para la regulación de la fecundidad (asesorías y entrega de métodos de planificación), y la suplementación de micro nutrientes a menores de edad y gestantes, entre otras.
II Nivel de Atención
Consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas (Ginecoobstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía) y algunas subespecialidades; atención de partos y cesáreas de mediana complejidad, laboratorio e imagenología de mediana complejidad, atención odontológica general y especializada, consultas de nutrición, psicología, optometría y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.
III Nivel de Atención
Consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas y subespecialidades como: Cardiología, Neumología, Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología, Cirugía plástica, entre otras; cuidado crítico adulto, pediátrico y neonatal, atención de partos y cesáreas de alta complejidad, laboratorio e imagenología de alta complejidad, atención odontológica especializada, otros servicios y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

Atendiendo a lo anterior, la atención del servicio de salud en el Departamento de Santander, por nivel de complejidad, organizado en sus diferentes núcleos provinciales, se halla organizada de la siguiente manera:

1. Atención de alta complejidad

La atención de alta complejidad para la población pobre no asegurada se halla a cargo de dos IPS: la ESE Hospital Universitario de Santander de Bucaramanga, que presta servicios además de mediana complejidad a la zona norte de la Provincia de Soto y que garantiza la atención de alta complejidad a todo el Departamento, pero especialmente a la población ubicada en las Provincias de Soto, García Rovira y de Mares. Con las restantes provincias (Guanentá, Comunera y de Vélez), comparte la atención de la alta complejidad con la ESE Hospital San Juan de Dios del Municipio del Socorro (Provincia Comunera). En cuanto a la prestación del III y IV nivel de complejidad, el departamento se encuentra habilitando el Hospital de Socorro con respecto de la red pública.¹⁷

Además de las IPS mencionadas, la atención de la patología oftalmológica y cardio-vascular invasiva se presta con otras dos IPS de carácter privado: Fundación Cardio-Vascular del Oriente y la Fundación Oftalmológica Nacional (FOSCAL), ambas con sede en el Municipio de Floridablanca.

El Hospital Universitario de Santander atiende, además, a pacientes referidos de los Departamentos del César, principalmente municipios de San Alberto y Aguachica; Bolívar, Región del Magdalena Medio; Norte de Santander, municipios del Occidente del Departamento: Cáchira y La Esperanza y en algunas oportunidades de la región noroccidental con pacientes de los municipios de la Provincia de Ocaña) y Departamento de Arauca, principalmente de los Municipios de Tame y Saravena.¹⁸

¹⁷ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

¹⁸ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

2. Atención en salud mental

La atención en salud mental está a cargo de la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, que presta servicios a la población del Departamento y de departamentos vecinos. Esta entidad registra una situación financiera que hace necesaria su liquidación.¹⁹

3. Atención de mediana complejidad

La atención de mediana complejidad está a cargo de IPS consideradas *cabeza de red*, ubicadas en las ciudades capitales de cada una de las provincias, a excepción de la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca. Lo anterior se traduce en una atención de mediana complejidad así:

a. Provincia de Soto: a cargo de la ESE Hospital Universitario de Santander de Bucaramanga para la población residente en los municipios del norte de la Provincia y por la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, para la atención de la población residente en el Municipio de Floridablanca y los municipios del sur y occidente de la Provincia, dentro de los cuales se encuentran dos importantes conglomerados: Girón y Piedecuesta.²⁰

b. Provincia de García Rovira: a cargo de la ESE Hospital Regional de García Rovira ubicada en el Municipio de Málaga y que a su vez realiza la atención de baja complejidad para el mismo municipio. Atiende a los restantes municipios de la Provincia, a excepción de los municipios de Guaca y San Andrés, que desde el punto de vista de organización de servicios son atendidos en la ESE Hospital San Juan de Dios de Floridablanca.²¹

c. Provincia Guantán: La atención de mediana complejidad está dada por la ESE Hospital Regional de San Gil ubicada en el Municipio del mismo nombre.²²

d. Provincia Comunera: La IPS que sirve de referencia para la atención de mediana complejidad es la ESE Hospital San Juan de Dios del Socorro, que a su vez ofrece servicios de alta complejidad en algunas especialidades para la zona sur del Departamento de Santander y también ofrece servicios de baja complejidad para los municipios de Socorro, Hato, Palmar y Palmas del Socorro. La población del Municipio de Santa Helena del Opón, si bien pertenece a esta Provincia, es atendida en la ESE Hospital Regional de Vélez.²³

e. Provincia de Vélez: La mediana complejidad es realizada por la ESE Hospital Regional de Vélez, ubicada en el municipio del mismo nombre y Capital de la Provincia de Vélez. Si bien su población es menor que la ubicada en el Municipio de Barbosa, se considera que la ESE Regional debe continuar garantizando estos servicios debido a su importancia provincial. Esta ESE a su vez presta servicios de baja complejidad a la población ubicada en el mismo municipio.²⁴

f. Provincia de Mares: La prestación de servicios de mediana complejidad está dada por las ESE Hospital Regional del Magdalena Medio de Barrancabermeja (creado en el mes de marzo de 2007 posterior a la liquidación de la ESE Hospital San Rafael de Barrancabermeja) y por la ESE Hospital San Juan de Dios de San Vicente de Chucurí, el cual se encuentra pendiente de realizar un proceso de intervención (ya sea reestructuración o liquidación). En esta red se realiza la atención de la población ubicada en el Municipio de Cimitarra, que si bien

¹⁹ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

²⁰ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

²¹ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

²² Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

²³ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

²⁴ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

administrativamente pertenece a la Provincia de Vélez, desde el punto de vista de prestación de servicios es más eficiente garantizar su atención en la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio de Barrancabermeja.²⁵

4. Atención de baja complejidad

La atención de **baja complejidad** está dada de la siguiente forma:

a. Provincia de Soto: En esta Provincia se encuentran las IPS de baja complejidad de los municipios de Bucaramanga (ESE ISABU), Floridablanca (ESE Clínica Guane), Girón (ESE Hospital San Juan de Dios) y Piedecuesta (ESE Hospital Local de Piedecuesta, creado posterior a la liquidación del Hospital Integrado San Juan de Dios de Piedecuesta). Además, se encuentran ESE en los municipios de Lebrija, Rionegro y en los restantes municipios, incluyendo los municipios de Guaca y San Andrés, pertenecientes administrativamente a la red de la Provincia de García Rovira. Cada uno de los municipios cuenta con su IPS, incluyendo la IPS del Municipio de Santa Bárbara, inicialmente planteada como nodo de atención de la ESE Hospital Local de Piedecuesta.²⁶

b. Provincia de García Rovira: La población del Municipio de Málaga recibe la atención de baja complejidad en la ESE Hospital Regional de García Rovira. El resto de los municipios cuenta con su IPS de baja complejidad, algunas con portafolios de servicios con mayor nivel de complejidad, pero sin servicios de mediana complejidad. La población ubicada en el Municipio de Carcasí es atendida por la ESE Hospital Nuestra Señora de los Remedios de San José de Miranda.²⁷

c. Provincia Guantán: La Capital de esta Provincia (San Gil), cuenta con dos IPS públicas: una que ofrece servicios de mediana complejidad (ESE Hospital Regional de San Gil) y otra que ofrece servicios de baja complejidad: ESE IPS Clínica Guantán, del orden municipal. Si se tiene en cuenta que San Gil es un municipio no certificado para el manejo de los recursos de atención de la población pobre no asegurada y que éstos están a cargo del Departamento, la contratación con que únicamente cuenta esta IPS es la afiliada al régimen subsidiado, lo que hace necesario plantear una estrategia definida por parte de la Administración Departamental, especialmente si se tiene en cuenta la universalización de la afiliación al régimen subsidiado. Además de las anteriores, la mayoría de los municipios cuentan con su IPS, dentro de las cuales se destacan las ubicadas en los municipios de Charalá, Cabrera, Villanueva, Aratoca y Barichara, principalmente.²⁸

d. Provincia Comunera: la prestación de servicios de baja complejidad está dada principalmente por IPS que atienden además a la población de otros municipios, por ejemplo, la ESE Hospital San Juan de Dios de San Gil atiende además la población ubicada en los municipios de Hato, Palmar y Palmas del Socorro. Además, la población del Municipio de Gámbita es atendida por la IPS que tiene como sede principal el Municipio de Suaita.²⁹

e. Provincia de Vélez: en esta provincia se encuentran varios municipios con un importante volumen de población, por ejemplo Barbosa, Puente Nacional, Bolívar y Sucre, los cuales cuentan cada uno con IPS de baja complejidad y con completa autonomía. Igual situación se da para los restantes municipios, a excepción del Municipio de Jesús María, cuya población es atendida en la ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional.³⁰

²⁵ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

²⁶ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

²⁷ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

²⁸ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

²⁹ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

³⁰ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

f. Provincia de Mares: La Ciudad de Barrancabermeja cuenta con una IPS del orden municipal para la atención de baja complejidad: ESE Barrancabermeja; además, la prestación de servicios de baja complejidad para el Municipio de San Vicente de Chucurí está dada por la ESE Hospital San Juan de Dios, que también ofrece algunos servicios de mediana complejidad. Los restantes municipios cuentan cada uno con su IPS con la autonomía necesaria. En esta región se encuentra el Municipio de Cimitarra y el "Bajo Simacota", este último perteneciente a la Provincia Comunera. Cada uno de los municipios cuenta con su propia IPS con autonomía administrativa y patrimonio autónomo, así no estén catalogadas como Empresas Sociales del Estado.³¹

C. Nivel de cobertura

Esta red de prestadores de servicios de salud registra la siguiente cobertura en el Departamento de Santander:³²

Cobertura de Salud en Santander



Fuente: ESE Hospital Universitario de Santander

Conforme con la Secretaría de Salud, la vinculación al aseguramiento en salud registró un incremento entre el año 2003 y 2004, lo que permitió aumentar la cobertura de aseguramiento 18 puntos porcentuales para el año 2004, situación que se benefició también por un aumento de tres puntos porcentuales en el aseguramiento del régimen contributivo durante el mismo año. Para el 2005 la cobertura general de aseguramiento se mantuvo alrededor del 86% dado especialmente por el aseguramiento en el régimen subsidiado.³³ Esta situación se describe en el siguiente cuadro:

³¹ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

³² Calificación de riesgo, E.S.E. Hospital Universitario de Santander, Duff & Phelps de Colombia, noviembre 21 de 2007.

³³ Proyecto de ordenanza por medio de la cual se adopta el Plan de Desarrollo 2008-2011.

ASEGURAMIENTO, SANTANDER A DICIEMBRE DE 2007

POBLACION SISBEN ³⁴	1.563.887
POBLACION REGIMEN SUBSIDIADO ³⁵	
Subsidios Plenos	947.408
Subsidios Parciales	92.680
Total Subsidios Penos y Parciales	1.040.088
POBLACION CONTRIBUTIVO ³⁶	776.636
POBLACION SIN SEGURIDAD SOCIAL NIVEL 1 Y 2	220.280
POBLACION SIN SEGURIDAD SOCIAL NIVEL 1, 2 Y 3 ³⁷	293.096

Fuente: Secretaría de Salud de Santander. Oficina de Sistema de Información

IV. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER E.S.E.

A. Antecedentes

Previo a la creación del Hospital Universitario de Santander E.S.E., operó en el Departamento, por un periodo de tiempo superior a 35 años el Hospital Universitario Ramón González Valencia, el cual enfrentó una compleja situación financiera y administrativa que condujo a su inviabilidad. Este Hospital acumuló pasivos laborales superiores a los \$13.500 millones, atrasos en los pagos de nómina, pasivos con proveedores por \$5.500 millones, y deudas superiores a los \$20.000 millones de pesos, lo que incidió en su incapacidad para asegurar la atención a la población del Departamento de Santander y su área de influencia.³⁸

³⁴ Se refiere al otorgamiento del porcentaje de subsidio en el régimen subsidiado, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo, hayan perdido su condición de afiliado o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción, conforme lo señala el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

³⁵ Conforme con el artículo 157, literal A., numeral 2, de la Ley 100 de 1993, y los artículos 19 y 29 de la Ley 361 de 1997, los afiliados al sistema de seguridad social en salud mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, la población más pobre y vulnerable en las reas rural y urbana, las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados, demás personas sin capacidad de pago, los limitados de escasos recursos las personas con limitación que con base en certificación médica autorizada no puedan gozar de un empleo médico competitivo que les produzca ingresos al menos equivalentes al salario mínimo legal vigente.

³⁶ Conforme con el artículo 157, literal A., numeral 1, de la Ley 100 de 1993, los afiliados al sistema de seguridad social en salud mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

³⁷ Corresponden a vinculados al sistema de seguridad social en salud. Conforme con el artículo 157, literal B., de la Ley 100 de 1993, personas vinculadas al sistema son aquellas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

³⁸ Calificación de riesgo, E.S.E. Hospital Universitario de Santander, Duff & Phelps de Colombia, noviembre 21 de 2007.

En desarrollo del proceso de saneamiento hospitalario adelantado por el Gobierno Nacional en virtud del Documento Conpes 3204 de 2002³⁹, mediante Convenio de Desempeño 266 de 2004, el Gobierno Nacional asignó recursos al Departamento de Santander por un monto de \$46.717 millones, para el proceso de liquidación de la ESE Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga, con el compromiso de entregar el estudio definitivo de la propuesta de la red departamental y de los procesos de intervención de las ESE Hospital San Juan de Dios de San Gil, Hospital San Juan de Dios de Vélez, Hospital Santo Domingo de Málaga, Hospital Integrado San Juan de Dios de Piedecuesta, Hospital San Juan de Dios del Socorro y Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga. La aplicación de este convenio generó unos recursos excedentes por valor de \$8.030 millones, los cuales fueron reutilizados mediante Otrosí 1 al citado convenio suscrito en el año 2005.

En virtud de este Otrosí 1, el Gobierno Nacional asignó recursos adicionales por valor de \$19.777 millones, que sumados a los \$8.030 millones de excedentes del proceso de liquidación de la ESE Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga, ascendieron a \$27.808 millones para la ejecución del proceso de supresión de las ESE Hospital San Juan de Dios de San Gil, Hospital San Juan de Dios de Vélez, Hospital Santo Domingo de Málaga y Hospital Integrado San Juan de Dios de Piedecuesta, proceso que se dio en el mes de enero de 2006.⁴⁰ En este orden, y en desarrollo de los citados convenios, mediante facultades extraordinarias conferidas por la Asamblea Departamental en la ordenanza 055 de 2004,⁴¹ el Gobernador expidió el Decreto 023 de febrero 04 de 2005 en virtud del cual ordena la liquidación del Hospital Universitario Ramón González Valencia, y ordenó, mediante Decreto 025 de febrero 04 de 2005, la creación del Hospital Universitario de Santander.

B. Régimen legal

1. Creación

En desarrollo de las autorizaciones conferidas por la Ordenanza 055 de 2004, el Gobernador del Departamento de Santander expidió el Decreto 025 de 2005,⁴² en virtud del cual crea el Hospital Universitario de Santander E.S.E. — HUS como entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, con domicilio en la ciudad de Bucaramanga, adscrita a la Secretaría de Salud Departamental, quien ejerce el control administrativo sobre la ESE. La administración científico — técnica está a cargo de la Universidad Industrial de Santander.

En virtud de lo anterior, el HUS tiene un convenio de cooperación docente asistencial con la Universidad Industrial de Santander, suscrito por un término de 10 años, conforme con el cual la dirección administrativa y financiera es ejercida por el Departamento de Santander, la dirección científico técnica es ejercida por la UIS, con su propio personal en la dirección de los servicios médicos misionales y el HUS se compromete a garantizar los campos de práctica docente asistencial para la universidad para que ésta desarrolle sus programas de pre y post grado de la Facultad de Salud.

Igualmente, en su calidad de institución universitaria, el HUS participa en la formación de estudiantes de facultad de medicina de diferentes instituciones educativas tales como las Universidades Cooperativa de Colombia, de Santander y la UIS.

³⁹ Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos, 06 de noviembre de 2002.

⁴⁰ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

⁴¹ Por la cual se expiden las disposiciones, principios y reglas para el ejercicio de las atribuciones previstas en el numeral 8 del artículo 305 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

⁴² Por el cual se crea la Empresa Social de Estado Hospital Universitario de Santander E.S.E.

2. Objeto social

El objeto del Hospital Universitario de Santander E.S.E. es la prestación de los servicios de salud conforme con el ámbito de las competencias departamentales en el sector. Igualmente es campo de práctica docente asistencial de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander y de otras universidades previa la realización de convenios.

En desarrollo de su objeto social, el Hospital Universitario tiene a su cargo dos actividades básicas. La primera de ellas, que explica su razón social y composición de ingresos y gastos, es la prestación directa de servicios en desarrollo de las responsabilidades del Departamento. La segunda actividad es la venta de servicios en condiciones de mercado. Estas actividades son las siguientes:

- a. Producir y prestar servicios de salud del segundo y tercer nivel de complejidad y alta complejidad, operando como centro de referencia y contrarreferencia de la red de hospitales del Departamento, acorde con las necesidades de salud identificadas en el perfil epidemiológico de la población del Departamento.
- b. Ofrecer a empresas promotoras de salud y demás instituciones prestadoras de salud, servicios y paquetes de servicios bajo tarifas del mercado.

De igual manera, teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud señala que el Departamento registra falencias en la prestación del servicio en los programas de promoción y prevención, el HUS se halla obligado a incurrir en la prestación de estos servicios. Para mitigar esta situación, el HUS se halla capacitando a las ESE de primer nivel en cuanto al sistema de referencia en orden a prestar el servicio en cuanto a su nivel de complejidad se refiere.⁴³

Para el desarrollo de su objeto social, el HUS se halla ubicado en la ciudad de Bucaramanga, que cual concentra el 50,89% de la población del Departamento.⁴⁴ De manera adicional, el HUS cuenta con un área de influencia por acceso geográfico, ya que se halla habilitada como centro de referencia de segundo nivel y para prestar servicios de III y IV nivel de complejidad en Santander.⁴⁵ Esta área comprende la población procedente de 25 municipios de los Departamentos del Sur del Cesar, Arauca, Sur de Bolívar, Magdalena, Boyacá y Oriente de Antioquia. Conforme con lo señalado, el mercado de operación del HUS se identifica en el siguiente cuadro:⁴⁶

Mercado Operación Hospital Universitario Santander		
SEGUNDO NIVEL	MUNICIPIO	Bucaramanga California Charta El Playon Matanza Rionegro Surata Tona Vetas
TERCER NIVEL	PROVINCIA	Mares Soto García Rovira
CUARTO NIVEL	TODO EL DEPARTAMENTO	

Fuente: ESE Hospital Universitario de Santander

⁴³ Secretaría de Salud, Informe de Gestión, diciembre de 2007.

⁴⁴ Conforme con el DANE — Censo 2005, el Departamento de Santander cuenta con una población de 2.063.451 habitantes.

⁴⁵ Proyecto de ordenanza por medio de la cual se adopta el Plan de Desarrollo 2008-2011.

⁴⁶ Calificación de riesgo, E.S.E. Hospital Universitario de Santander, Duff & Phelps de Colombia, noviembre 21 de 2007.

3. Régimen aplicable a actos y contratos

El Hospital Universitario se halla sometido a un doble régimen jurídico. En su creación y operación administrativa, el régimen jurídico aplicable es el de derecho público. Para el desarrollo de su objeto social, el régimen aplicable es el de derecho privado.

B. Régimen financiero

1. Régimen presupuestal

El régimen presupuestal aplicable al Hospital Universitario es el dispuesto por las normas orgánicas de presupuesto y las disposiciones adoptadas en desarrollo de ellas por el Departamento. Respecto de los ingresos derivados de la prestación de servicios de salud a la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda, la incorporación presupuestal es el resultado de un sistema de reembolsos contra prestación de servicios y de un sistema de anticipos referido a metas de atención y pactados a tarifas que recuperen los costos de prestación de los servicios.

La programación de los recursos se realiza acorde con un régimen de presupuestación basado en eventos de atención cuantificados, según la población objeto de atención en la respectiva vigencia fiscal. Una vez adoptado por la Junta Directiva, el presupuesto del Hospital Universitario debe ser aprobado por el CONFIS departamental.

2. Ingresos

De manera general, los ingresos del Hospital Universitario, son los siguientes:

- a. Los recaudos por venta de servicios a las entidades promotoras de salud, a las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado y a otras instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas.
- b. Los recaudos por venta de servicios de salud al Departamento de Santander correspondientes a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- c. Los recaudos por venta de servicios de salud por concepto del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.
- d. Las cuotas de recuperación que deben pagar los usuarios de acuerdo con su clasificación socioeconómica.
- e. Ingresos por concepto de asesorías, consultorías, convenios con entidades docente — asistenciales u otros tipos de servicios especializados.

Atendiendo a lo señalado, la composición de ingresos del HUS, con cierre 2007, muestra una concentración de recaudo en el régimen vinculado, con una participación promedio del 48% sobre el total de la facturación de la entidad. Por otra parte, la facturación al régimen subsidiado representa el 37% del total, y el 15% remanente se encuentra distribuido en las ventas de otros servicios, SOAT y contributivos.

Teniendo en cuenta que el HUS registra un periodo de operación de dos años, al analizar su comportamiento de recaudo, se observa que el recaudo por régimen vinculado, que participa con la mayor concentración de ingresos, presentan un deterioro en el período 2005 — 2007 pasando del 76% en diciembre de 2005, disminuye a 59% en diciembre de 2006, y alcanza niveles del 52% al 2007. Esta situación es explicada parcialmente por:

- a. Retraso en el giro de recursos provenientes de la Secretaría de Salud de Santander en virtud del convenio suscrito para el efecto.
- b. En su calidad de institución pública y cabeza de red del departamento está en la obligación de atender a la población que ingrese por el servicio de urgencias no solo del departamento si no de municipios alternos a la red de servicios.
- c. El HUS tienen contratos firmados con la Secretaría de Salud de Santander, Unidad Administrativa de Salud de Arauca y la Alcaldía de Cantagallo para la atención a la población pobre y vulnerable. Sin embargo estos recursos son insuficientes a la demanda y reflejado en los niveles de facturación, así medie o no el convenio.

En cuanto a lo que se refiere al régimen subsidiado, el promedio de recaudo en los períodos analizados es del 54%. Este nivel de recaudo se ve afectado principalmente por el cambio del modelo de contratación establecido por el HUS, cambiando de contratación en modalidad de capitación a contratar por evento. Analizando los factores anteriormente mencionados, el nivel de recaudo del HUS se ve afectado si no se incluyera el recaudo, en lo que se refiere a las ventas por otros servicios, ya que estos ingresos históricamente han superado el nivel de facturación. Dicha situación se presenta porque en esta cuenta se registran los recaudos que tiene el hospital por diferentes motivos como la disponibilidad inicial, estampillas, ingresos no tributarios, y recursos de capital que son causados por la vigencia anterior.

Este comportamiento de recaudo puede afectar los ingresos del HUS y, por ende, la capacidad de pago de la misma.

El HUS participa del recaudo de la Estampilla Pro- Hospital Universitario del Departamento. Sin embargo, dada la situación financiero del antiguo Hospital Ramón González Valencia, el Departamento reorientó el 60% de este ingreso al pago de los pasivos pensionales de la entidad y destinó el 40% para reparto entre el HUS y el hospital del Socorro. Estos recursos han representado el 10% en promedio de los ingresos de la institución. A septiembre de 2007 el HUS ha recibido ingresos por concepto de estampilla por \$6.780 millones.⁴⁷

Conforme con lo señalado anteriormente, se deduce que los ingresos del HUS presentan un crecimiento del 44% para el 2006 y del 1% a septiembre del año en curso. Este ingreso de la estampilla se afectado por devoluciones y objeciones de las cuales es objeto el HUS por parte de las aseguradoras y los clientes, lo que ha absorbido el 7% del total de los ingresos de la ESE.

Paralelo al crecimiento de los ingresos, se han incrementado los costos y gastos del HUS, con un crecimiento del 47%, y del 16% para septiembre de 2007; situación que ha impactado la posición fiscal de la entidad,⁴⁸ lo que exige acciones de control de costos y gastos, ya que el impacto de la nueva deuda puede ocasionar deterioros dentro del funcionamiento de la entidad dado que el proyecto de reforzamiento antisísmico del Hospital y la dotación de equipos puede requerir necesidades de capital adicionales para su terminación.

3. Movimiento de cartera

Dentro de la estructura de balance del HUS, se destaca la composición y comportamiento de la cartera. Sobre este particular, se destaca que los niveles de recaudo de los usuarios (vinculados y régimen subsidiado) ha afectado el comportamiento de la cartera del HUS. Lo

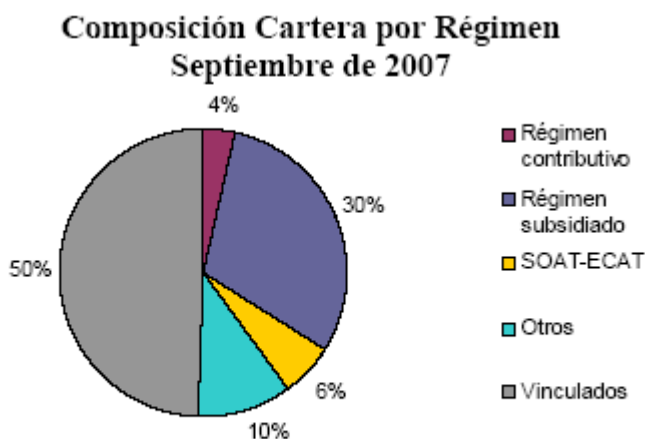
⁴⁷ Calificación de riesgo, E.S.E. Hospital Universitario de Santander, Duff & Phelps de Colombia, noviembre 21 de 2007.

⁴⁸ Conforme con el documento de calificación de riesgo, el indicador EBITDA del HUS pasó de \$20.537 millones en 2006 a \$15.829 en septiembre del 2007.

anterior se refleja en el comportamiento de la cartera total, la cual se encontraba en \$16.573 millones a diciembre de 2005; en diciembre de 2006 en \$32.863 millones, registrando un incremento en el período del 98,3%; \$39.227 millones en el 2007,⁴⁹ registrando un incremento en el período del 19%; y \$42.704 millones a marzo 2008, registrando un incremento en el período del 9%.⁵⁰ Es preciso destacar que el informe de auditoría, al cierre 2007, manifiesta que si bien el total de deudores asciende a \$39.227 millones, *no se han radicado \$6.715 millones*, con lo cual, según el citado informe, la cartera asciende real sólo asciende a \$32.512 millones.⁵¹ En este rubro, anota el citado informe de auditoría, la deuda que mantiene la Secretaría de Salud del Departamento con el HUS repasta un 38.84% del total de la deuda. De igual manera, resalta este informe la deuda del régimen subsidiado que asciende a \$9.770 millones, esto es, el 30.5% de la cartera a 2007.⁵²

Teniendo en cuenta que el HUS es la ESE de referencia más cercana para los municipios del área metropolitana y departamentos circunvecinos, esta cartera se halla explicada parcialmente por la venta de servicios a las diferentes Secretarías de salud municipales que no han suscrito convenios para la venta de servicios o se abstienen de pagar la correspondiente facturación lo cual, como lo señala el informe de la calificación de riesgo, *dificulta el cobro de la cartera que se genera por la atención a la población vinculada de los Departamentos vecinos de donde se reciben pacientes.*⁵³

Conforme con lo anterior, la composición de la cartera, a marzo 2008, es la señalada en el cuadro siguiente:



Fuente: ESE Hospital Universitario de Santander

Otro impacto representativo dentro de la operación de la institución son los recursos provenientes de la Secretaría de Salud dado que se han disminuido aproximadamente en \$8.000 millones, reducción dada por los cambios de la normatividad y retraso en los pagos de las EPS del régimen subsidiado. Es preciso destacar que este retraso en el pago de las EPS del

⁴⁹ Según balance general a 31 de diciembre de 2007.

⁵⁰ Según balance general a 31 de marzo de 2008.

⁵¹ Informe de Revisoría Fiscal año 2007, HUS, elaborado por Luz Marina Ortiz Arévalo, 26 de enero de 2008, pág. 4.

⁵² Informe de Revisoría Fiscal año 2007, HUS, elaborado por Luz Marina Ortiz Arévalo, 26 de enero de 2008, pág. 4.

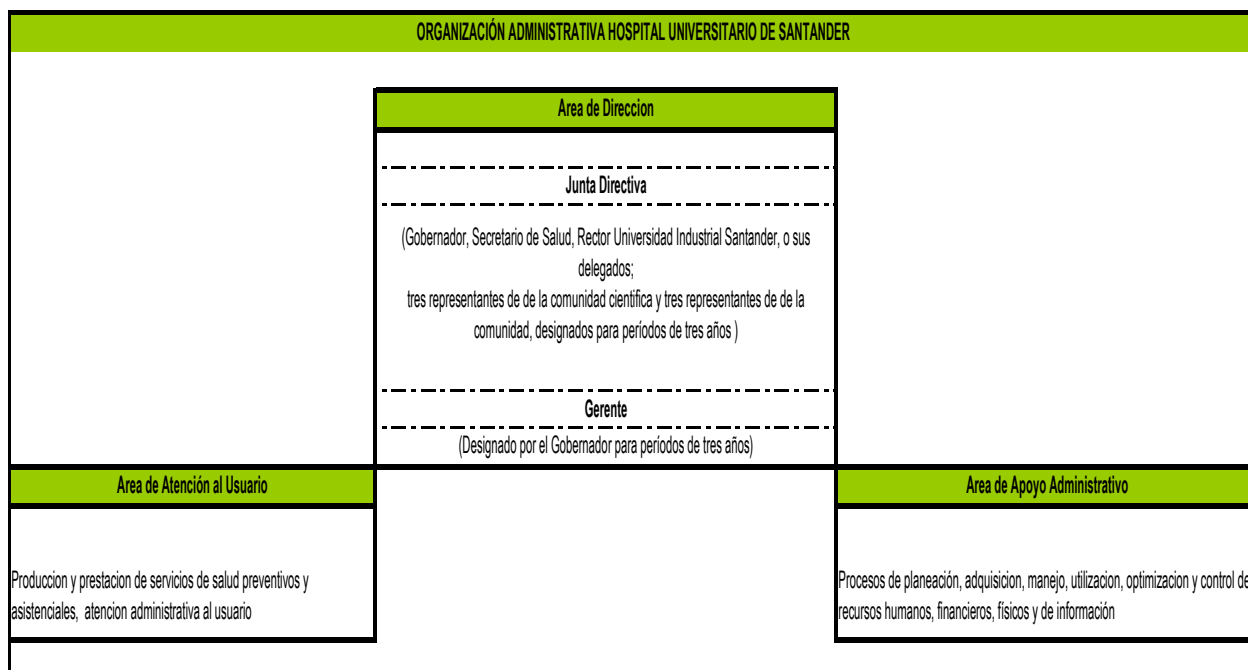
⁵³ Calificación de riesgo, E.S.E. Hospital Universitario de Santander, Duff & Phelps de Colombia, noviembre 21 de 2007.

régimen subsidiado se ha identificado desde el año 2005 como una de las causas que explican la cartera generada por el HUS.⁵⁴

C. Organización administrativa

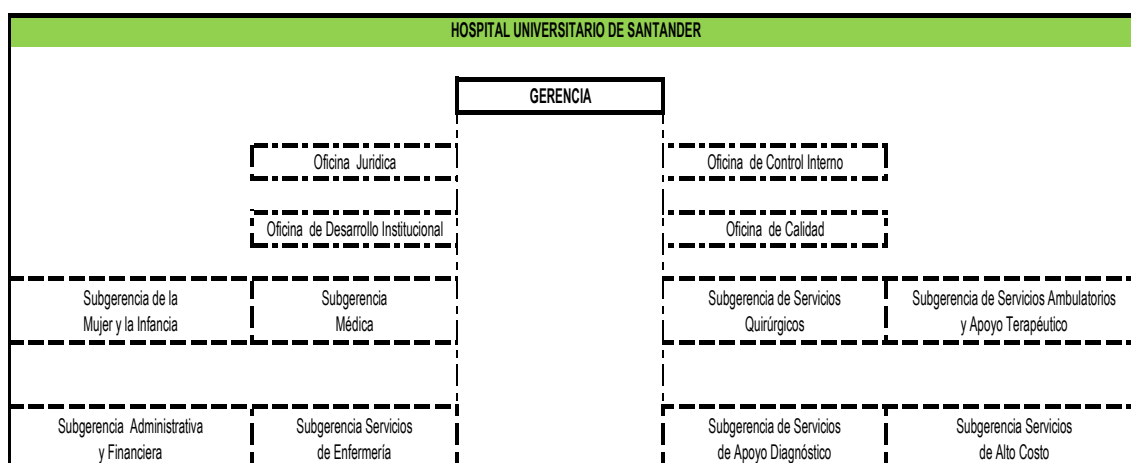
1. Órganos de dirección

La organización administrativa del Hospital Universitario está compuesta por tres áreas misionales, como se señalan en el siguiente gráfico:



2. Estructura operativa

La estructura operativa del HUS es la indicada en el siguiente diagrama:



⁵⁴ Primer informe de evaluación del Cumplimiento de las obligaciones del convenio de desempeño No. 266 de 2004 correspondiente al año 2005. Secretaría de Salud, Grupo de Calidad y Control Financiero de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud. Junio de 2006.

Conforme con el esquema anterior, el HUS cuenta con ocho subgerencias administrativas, de las cuales solo la subgerencia administrativa y financiera es nombrada por el Hospital, el resto son nombradas por la Universidad Industrial de Santander en virtud del convenio suscrito entre estas dos instituciones.

3. Régimen de personal

Los servidores públicos del Hospital Universitario son empleados públicos y trabajadores oficiales cuyo régimen salarial y prestacional es definido por el Gobierno Nacional en virtud de lo dispuesto por la Ley 4 de 1992. En la actualidad, la institución registra tres tipos de personal según su forma de contratación: personal de planta, personal aporte del convenio docente asistencial por la UIS, y las demás personas jurídicas y naturales que laboran dentro del HUS.

En términos generales, al cierre 2007, la planta del HUS se halla compuesta por 458 personas, de las cuales, el 73,4% es asistencial y el 26.6% administrativo. De ese total de servidores, 45 se hallan vinculados de manera directa a la planta del HUS, y 413 están contratadas, o vinculadas de manera indirecta a través de cooperativas de trabajo asociadas.

	Asistencial	Admón.
Planta	14	31
Cooperativa	322	91

La planta directa, a su turno, se halla compuesta de la siguiente manera:⁵⁵

Nivel Jerárquico	Sep-07	
	Asist	Admon
Directivo	7	2
Asesor	0	4
Profesional	7	24
Técnico	0	1
Total	14	31

D. Servicios que presta

En cuanto a lo que se refiere al portafolio de servicios, el HUS ofrece los servicios de alto costo, ambulatorios y apoyo terapéutico, medicina interna y urgencias de adultos, los requeridos de la mujer y la infancia, servicios de apoyo diagnóstico, y servicios quirúrgicos. Para estos servicios, el HUS cuenta con 357 camas habilitadas, de las cuales 12 pertenecen a la unidad de cuidados intensivos (UCI); el Departamento cuenta actualmente con 50 camas de UCI, de las cuales 38 pertenecen al sector privado. Dada esta circunstancia el Hospital presenta una demanda insatisfecha del 60% por la prestación de este servicio, remitiendo hacia la red privada, para mitigar esto se encuentra desarrollando los estudios pertinentes para la apertura de más camas de UCI y de esta forma completar un total de 30 camas en este servicio. La producción de servicios en el período 2005 — junio 2007, se indica en el cuadro siguiente:

⁵⁵ Informe de empalme, Formato Único del Acta de Informe de Gestión, 31 de Diciembre de 2007.

Producción de Servicios 2005– 2006 y Jun -2007

UNIDAD DE PRODUCCION	INDICADOR	2005	Jun-06	2006	Jun-07
AMBULATORIOS	Consultas Externas incluidas las atenciones especializadas en urgencias	48.050	no disponible	50.300	no disponible
	Consultas Externas	44.046	22.873	43.325	19.229
URGENCIAS	Urgencias	19.801	12.546	19.123	13.688
HOSPITALIZACION	Nro. Camas	320	341	341	336
	Nro. Egresos	23.492	9.238	18.792	9.132
	% Ocupacional	91%	93%	94%	93%
	Promedio día estancia	4	7	6	6
	Giro Cama	6	4	4	4
QUIROFANOS	Cirujías	12.017	6.136	17.457	5.241
PARTOS	Partos	2.343	1.155	2.349	901
AYUDA DIAGNOSTICA	Exámenes de Laboratorio	260.089	151.134	306.328	141.864
	Imágenes Diagnósticas	35.229	19.573	40.932	19.225
	Terapias	31.636	20.777	40.896	17.128
CALIDAD	% Cancelación de Cirugía	14%	15%	12%	3%
	Infección Intrahospitalaria	3,4%	3,6%	4%	5%
	% Mortalidad Intrahospitalaria por Egresos	3%	5%	5%	4%

Fuente: ESE Hospital Universitario de Santander

En relación con el portafolio de servicios, la evaluación adelantada por el Departamento y el Ministerio de la Protección Social,⁵⁶ determinó que el HUS presta servicios en mayor volumen de mediana complejidad por lo que se hace necesario fortalecer los servicios de alta complejidad tales como apoyo a diagnóstico, cirugía cardiovascular, urología y oftalmología.⁵⁷ En relación con el sistema de referencia y contrarreferencia, la evaluación citada determinó que existen remisiones que no están siendo reportadas al CRUE ni cuantificadas.⁵⁸ La evaluación indica que tampoco se conoce el gasto en que incurre el HUS por la atención de patologías remitidas de municipios con atención en baja y mediana complejidad.⁵⁹ Finalmente, en lo que respecta a auditoría y facturación, el acta de evaluación señala que no existe auditoría por parte de la Secretaría de Salud Departamental a la facturación presentada por las IPS.⁶⁰

En este punto es preciso señalar la Secretaría de Salud del Departamento suscribió con el HUS el convenio 01 de febrero 25 de 2005 para la prestación de los servicios de salud de segundo, tercer y cuarto nivel de complejidad con la red pública, bajo la modalidad de atención por evento para la población pobre sisbenizada no asegurada, en lo no cubierto por el POS—S, régimen contributivo con período de carencia y sentencias judiciales y en lo no cubierto por el SOAT. Tal como lo relata la propia Secretaría de Salud, este convenio ha registrado dificultades el HUS en lo que respecta su financiación, dado que los recursos del sistema

⁵⁶ Acta de Evaluación Departamento al Convenio 266 de 2004. Período a Evaluar 1 de Enero a 31 de Diciembre de 2007. Institución: Hospital Universitario de Santander, Abril 21 de 2008.

⁵⁷ Para el efecto, el HUS se comprometió a elaborar un estudio técnico que evidencie la relación costo — beneficio de la implementación de estos servicios.

⁵⁸ Para el efecto, el HUS se comprometió a elaborar un cronograma e reuniones con las IPC y determinar las razones por las cuales no se realiza la remisión y su correspondiente cuantificación.

⁵⁹ Para el efecto, el HUS se comprometió a elaborar un estudio del gasto que se genera por atenciones en el HUS que corresponde a los niveles de mediana y baja complejidad.

⁶⁰ Acta de Evaluación Departamento al Convenio 266 de 2004. Período a Evaluar 1 de Enero a 31 de Diciembre de 2007. Institución: Hospital Universitario de Santander, Abril 21 de 2008.

general de participaciones y rentas cedidas son insuficientes para financiar las atenciones demandadas.⁶¹

De otra parte, conforme con una autoevaluación realizada por el HUS para la vigencia 2007,⁶² se halla que la operación del Hospital registra una compleja situación en el manejo de la población vinculada que se inicia con la baja prestación de servicios ambulatorios por la no disponibilidad de recursos, la remisión de pacientes directamente a subespecialidades sin pasar por las especialidades básicas, el envío de pacientes desde el primer nivel sin el apoyo diagnóstico básico y sin manejo previo, el mayor gasto de los recursos en atención de urgencias, las dificultades para la contrarreferencia de pacientes, la no disponibilidad de recursos para la atención de cirugía programada, así como la falta de apoyo para auditoría para el control de funcionamiento de la red.

De manera simultánea, el Municipio de Bucaramanga se halla autorizando la habilitación de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga — ISABU en la prestación de servicios de mediana complejidad, en la prestación de servicios rentables como consulta externa especializada, atención obstétrica, ortopedia y cirugía general, lo que genera que los servicios no rentables de mediana complejidad sean asumidos por el HUS.

A lo anterior, se suma el hecho que se incrementa el número de pacientes remitidos por las IPS de baja y mediana complejidad a las especialidades básicas de mediana complejidad del HUS, así como el incremento en el número de pacientes psiquiátricos que están recibiendo atención inicial de urgencias en el HUS y que posteriormente deben ser contra-remitidos al Hospital Psiquiátrico San Camilo.

En este orden, según el informe de autoevaluación citado, el HUS presenta una disminución en la producción de egresos y en la atención de urgencias, debido al control de la aceptación de remisiones, a la no contratación en la modalidad de capitación, a la contratación por parte del ISABU de las atenciones pediátricas y gineco-obstétricas en la modalidad de capitación, a la vez que aumenta el nivel de complejidad en atención de pacientes.⁶³

E. Inversiones

En orden a fortalecer su área de servicios, durante el período 2005 — 2007 el HUS realizó inversiones por \$15.118.294.503 millones provenientes de recursos propios externos. Estas fueron realizadas principalmente en adecuación de unidades y dotación de equipos y modernización de la infraestructura administrativa del HUS. Respecto del 2006, la inversión se soportó, fundamentalmente, en excedentes financieros de la vigencia 2006 por un monto de \$9.074 millones.⁶⁴

El cuadro siguiente consolida las inversiones adelantadas por el HUS en el período anotado:⁶⁵

⁶¹ Primer informe de evaluación del Cumplimiento de las obligaciones del convenio de desempeño No. 266 de 2004 correspondiente al año 2005. Secretaría de Salud, Grupo de Calidad y Control Financiero de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud. Junio de 2006.

⁶² Hospital Universitario de Santander, Autoevaluación, vigencia 2007

⁶³ Hospital Universitario de Santander, Autoevaluación, vigencia 2007

⁶⁴ Informe de Revisoría Fiscal año 2007, HUS, elaborado por Luz Marina Ortiz Arévalo, 26 de enero de 2008.

⁶⁵ Informe de empalme, Formato Único del Acta de Informe de Gestión, 31 de Diciembre de 2007.

Inversión Hospital Universitario de Santander				
Concepto	Año			Consolidado
	2005	2006	2007	
Fortalecimiento institucional	925.723.708	422.733.188	294.562.037	1.643.058.933
Planta física	189.825.913	648.363.060	584.560.039	1.422.749.012
Proyectos de inversión	0	3.168.204.247	8.884.282.311	12.052.486.558
Total	1.115.549.621	4.239.300.495	9.763.404.387	15.118.294.503

V. OTRAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

De acuerdo con la evaluación realizada por la Secretaría de Salud,⁶⁶ el resultado financiero exhibido por las ESE de la red pública hospitalaria del Departamento de Santander, en las vigencias 2004 a 2006, registra un déficit reiterado que, si bien presenta disminución en el periodo de análisis, evidencia una sostenibilidad en el gasto de personal y general, de manera que el menor déficit es resultado de menor inversión. De esa manera, el ajuste administrativo preserva el gasto corriente pero disminuye inversión. El informe de evaluación de la Secretaría de Salud, Grupo de Calidad y Control Financiero de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud, no determina los efectos de esa reducción en la inversión y por ende en la oferta de los servicios y su calidad. El cuadro siguiente, extractado del informe de evaluación, registra el comportamiento financiero de la red pública en el período 2004 — 2006:

MAPA FINANCIERO RED PUBLICA HOSPITALARIA			
CONCEPTO	INGRESOS		
	2004	2005	2006
SGP	41.326.281.490	44.590.887.601	47.952.775.257
Complemento prestación de servicios	24.779.108.809	32.819.538.048	38.194.581.491
Aportes patronales	16.547.172.681	11.771.349.553	9.758.193.766
Rentas cedidas	7.989.052.824	8.178.903.136	11.588.532.056
Recursos propios	105.992.194.407	107.609.940.440	110.657.024.804
Aportes	5.675.594.536	1.245.752.027	335.145.316
ETESA	8.183.870	12.029.783	12.083.287
Estampilla	10.441.644.000	3.058.823.265	5.988.676.224
TOTAL	171.432.951.127	164.696.336.252	176.534.236.944
CONCEPTO	GASTOS		
	2004	2005	2006
Gastos de personal	134.974.850.463	118.208.880.198	117.834.016.110
Gastos generales	24.836.162.309	28.396.175.386	29.024.484.030
Transferencias	20.795.850.326	13.791.249.282	8.454.565.612
Gastos de operación comercial	33.909.467.171	34.338.988.282	37.425.451.928
Servicio de deuda	574.951.544	230.899.122	919.609.941
Inversión	11.802.752.193	1.999.773.173	3.341.436.802
TOTAL	226.894.034.006	196.965.965.443	196.999.564.423
Excedente (Deficit)	-55.461.082.879	-32.269.629.190	-20.465.327.479

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Generales

La red pública hospitalaria goza de privilegios de carácter legal respecto de los demás integrantes del sistema de seguridad social en salud. En primer lugar, cuenta con aportes adicionales a través de la sub — cuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la

⁶⁶ Segundo informe de evaluación del Cumplimiento de las obligaciones del convenio de desempeño No. 266 de 2004 correspondiente al año 2006. Secretaría de Salud, Grupo de Calidad y Control Financiero de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud. Junio de 2007.

financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado, incrementa de manera directa el financiamiento de la denominada red pública de salud, y en segundo lugar, la contratación forzosa por parte de las EPS de mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE del municipio del afiliado. El aspecto complementario de esta posición privilegiada consiste en la responsabilidad que les impone la Ley 1122 de 2007, las EPS o las entidades territoriales de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, en cuyo caso no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato, so pena de la aplicación de sanciones por la Superintendencia Nacional de Salud.

Respecto del comportamiento general, en su conjunto, de la red pública hospitalaria, es necesario señalar el resultado financiero, en las vigencias 2004 a 2006, registra un déficit reiterado que, si bien presenta disminución en el periodo de análisis, evidencia una sostenibilidad en el gasto de personal y general, de manera que el menor déficit es resultado de menor inversión. De esa manera, el ajuste administrativo preserva el gasto corriente pero disminuye inversión, sin que los informes de evaluación de la Secretaría de Salud, Grupo de Calidad y Control Financiero de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud, determinen los efectos de esa reducción en la inversión y por ende en la oferta de los servicios y su calidad.

B. Hospital Universitario de Santander

El HUS registra un riesgo por la alta dependencia en su estructura de ingresos de los recursos de la población pobre no asegurada, es decir, con la contratación de venta de servicios ya que el 46% de dichas ventas corresponde a la población pobre vulnerable en el Departamento de Santander, Municipios y otros Departamentos del área de influencia, lo cual hace que esta institución resulte sensible a cualquier cambio que se realice en la contratación del Departamento de Santander, y a los pagos que realizan las diferentes entidades del orden municipal o departamental que son responsables de dicha población y HUS a los costos del servicio y gastos de administración.

A lo anterior se suma el creciente nivel de cartera que registra la institución, conjuntamente con el nivel efectivo de recaudo que presenta un deterioro desde el año 2005, lo que efectivamente afecta la posición financiera del Hospital y le genera riesgos para el manejo de caja.

De igual manera, la posición dominante del HUS al constituirse en centro de referencia y contrarreferencia para segundo nivel de complejidad y la única ESE especializada en los niveles 3 y 4 de complejidad, hace que se genere una carga inesperada para el HUS. En efecto, por urgencias y remisiones, los municipios vecinos utilizan los servicios del HUS sin previos convenios para atención de los pacientes, con lo cual cesan en el cumplimiento del pago de la factura que no presta mérito ejecutivo. Esta situación afecta sensiblemente la posición comercial y financiera de la ESE y explica parcialmente sus niveles de cartera. Es decir, el HUS se halla subsidiando la ineficiencia del manejo de los recursos o la no suscripción de convenios para la prestación de servicios con los municipios del área y departamentos circunvecinos. A ello debe agregarse el entorno de competencia generado por instituciones privadas o ISABU que le restan espacio en el mercado, asumiendo el HUS la atención de actividades de mediana complejidad no rentables y concentrándolo, en la práctica, en la prestación de servicios del segundo nivel de complejidad.

En este orden, el HUS constituye o representa un subsidio cruzado a las demás ESE o IPS públicas y privadas en la medida que absorbe las remisiones de municipios que carecen de instituciones con el nivel de complejidad que brinda el HUS y constituir una ESE de referencia en el nivel 2 de complejidad. Esta remisión puede ser por una ESE o una IPS privada excepto que el HUS demuestre tener control sobre las remisiones. En este orden, una ESE puede instar a su IPS a remitir pacientes al HUS y solicitar al Municipio a facturar. Ello, de manera indirecta tiene un origen legal en la medida que el parágrafo del artículo 16 de la Ley 112 de 2007 dispone

que se granizan los servicios de baja complejidad de manera permanente, en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando ajuicio de estos, resulte más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica, como es el caso específico del Municipio de Bucaramanga, domicilio del HUS.

En este orden, podría señalarse que el HUS está replicando las mismas causas que dieron lugar a la crisis financiera, institucional y operacional del Hospital Ramón González Valencia, particularmente en lo referente a:

1. Vinculación indirecta de personal a través de cooperativas sobre lo cual se genera eventual responsabilidad solidaria de carácter patronal.
2. Predominancia de la planta asistencial en el total de la planta de personal.
3. Generación de solidaridad patronal o sustitución, referente a la forma de vinculación mediante cooperativas o empresas temporales de trabajo.
4. Actuar como institución pública que lo obliga a atender los casos de urgencia, aún sin facturación o recaudo, decisiones de tutela para la atención de enfermos terminales.
5. Demora en el giro de recursos del sistema por parte del Departamento.

Tal como lo señala el informe de calificación de riesgo, en el caso de que las políticas planteadas dentro del Plan de Desarrollo gestionado por la actual administración, no sean desarrolladas, la institución puede entrar en situaciones similares a las que se enfrentó el antiguo Ramón González Valencia, dada la naturaleza del negocio.⁶⁷

De igual manera, la viabilidad del HUS se halla ligada a las políticas que adopte su Junta Directiva y la independencia que establezca de las orientaciones del gobierno departamental. Ello por cuanto la composición de la Junta proviene de miembros vinculados en forma directa o indirecta al gobierno departamental, lo cual incide en las decisiones administrativas y financieras y de servicios que adopte el HUS, que en mayor o menor medida incidirán en la independencia en el desarrollo de su objeto social.

⁶⁷ Calificación de riesgo, E.S.E. Hospital Universitario de Santander, Duff & Phelps de Colombia, noviembre 21 de 2007.