CONTRALORÍA
GENERAL DE SANTIAGO DE CALI

ESTUDIO MACRO

GESTIÓN Y FINANZAS DE LA RED DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
Vigencia 2009-2012

Informe Final

CONTRALORÍA GENERAL DE SANTIAGO DE CALI
DIRECCIÓN TÉCNICA ANTE EL SECTOR SALUD
Santiago de Cali, diciembre 13 de 2013

GILBERTO HERNÀN ZAPATA BONILLA
Contralor General del Municipio de Santiago de Cali

DIEGO FERNANDO DURANGO HERNÁNDEZ
Subcontralor

CONSTANZA GUZMÀN ALBÁN
Directora Técnica

Comisión de Auditoría

OSCAR MARINO RUIZ JIMÉNEZ
Coordinador - Auditor Fiscal II

OSCAR JAVIER ORTÍZ CUELLAR
Auditor Fiscal I

JANETH SOCORRO DAZA CAJAS
Profesional Universitario

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN 4
1 ALCANCE DEL ESTUDIO 5
1.1 ASPECTOS GENERALES 5
1.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 6
1.3 ESTRUCTURA DEL SISTEMA 7
1.3.1 Entidades aseguradoras 7
1.3.2 Niveles de complejidad 8
1.3.3 Regímenes del sistema 8
1.3.4 Cobertura en aseguramiento 10
1.3.5 Modalidades de pago de la contratación 14
2 RED DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO 15
2.1 PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL Y GESTIÓN DE LAS ESE's 16
2.1.1 Aseguramiento 17
2.1.2 Atención a niños, jóvenes y adolescentes 17
2.1.3 Sífilis congénita y sífilis gestacional 19
2.1.4 Mortalidad materna 19
2.1.5 Dengue 20
2.1.6 Tuberculosis 20
2.1.7 VIH 20
2.1.8 Atención a víctimas del conflicto armado 20
3 ANÁLISIS FINANCIERO 21
3.1 ANÁLISIS PRESUPUESTAL 21
3.2 ANÁLISIS CONTABLE 26
3.3 INDICADORES FINANCIEROS 29
3.3.1 Razones de liquidez 30
3.3.2 Razón de endeudamiento 31
3.3.3 Razones de rentabilidad 31
4 CONCLUSIONES 32

INTRODUCCIÓN

La Contraloría General de Santiago de Cali, en cumplimiento del Plan Anual de Estudios o de Actuaciones y Análisis Macro Vigencia 2013, a través de la Dirección Técnica ante el Sector Salud presenta a la comunidad caleña, el informe "Gestión y Finanzas de la Red de Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali", en el cual se evalúa el aporte de las empresas sociales de estado a las políticas públicas de salud del Municipio y su situación financiera durante el último cuatrienio (2009-2012).

Para el presente estudio, hemos tenido en cuenta la información consolidada por el Ministerio de Salud y Protección Social, reportada por las Redes de Salud del Oriente, Ladera, Centro, Norte y Sur oriente, Empresas sociales del Estado que hacen parte de la Red de Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali, los lineamientos establecidos en el Plan de Desarrollo y, las políticas y metas trazadas por la Secretaría de Salud Pública Municipal.

Se abordarán temas relacionados con aspectos generales de la nueva dinámica y estrategias del sector de la salud, un breve recorrido referente al sistema general de seguridad social en salud, su estructura, las entidades de aseguramiento, los regímenes, niveles de complejidad y modalidades de pago, entre otras.

Igualmente, analizaremos las actuaciones y el estado actual de las Redes de Salud objeto de este estudio, con el propósito de verificar el cumplimiento de la política pública en salud y la situación financiera de las E.S.E.´s, verificando si se han cumplido los objetivos y metas en la prestación de los servicios de salud de primer nivel del municipio, en especial a población pobre no asegurada y lo subsidiado en lo no cubierto.

Otro de los aspectos importantes es la verificación de los avances del Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali establecido para la vigencia 2012 – 2015, a través del cual, se puede visualizar la situación de la salud en la ciudad en el último cuatrenio, especialmente del primer nivel de atención, que es la competencia de la entidad municipal y de las E.S.E´s.

Finalmente, la comisión auditora procede a la presentación de los resultados del estudio, y el estado de la situación actual de la salud pública en el Municipio de Santiago de Cali, en lo referente al primer nivel de atención prestado por las IPS´s de la Red de Salud del Municipio de Santiago de Cali.

1 ALCANCE DEL ESTUDIO

La Contraloría General de Santiago de Cali como resultado del Estudio macro a la gestión y finanzas de la Red de Salud Pública del municipio de Santiago de Cali, estableció que las empresas sociales del estado ESE´s, han prestado los servicios de salud de primer nivel encaminadas al cumplimiento de las políticas públicas de del ente territorial, e igualmente se comparó la situación financiera de la red durante el último cuatrenio.

Se determinó el grado de cumplimiento en la prestación de los servicios y su contribución al mejoramiento de la salud de la comunidad en cada una de las áreas de influencia.

El equipo auditor estableció que las ESE´s, en virtud de los programas de prevención, promoción y atención primaria, prestó los servicios de acuerdo a las necesidad descritas en el perfil epidemiológico, en concordancia con el Plan Sectorial de Salud, el Plan de Desarrollo Municipal y los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

En tal sentido, se determinó como objetivo general: "*Evaluar el aporte de las empresas sociales del estado a las políticas públicas de salud del municipio y su situación financiera durante el último cuatrenio*", el cual se desarrolla a continuación:

1.1 ASPECTOS GENERALES

El Ministerio de Salud y Protección Social, ha trazado cambios estructurales en el sector de la salud, buscando su fortalecimiento, para lo cual creó un modelo de prestación del servicio público que, en el marco de la estrategia de Atención Primaria, permite 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 sea la población.

Dentro de esta estructura financiera, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, se sostienen dentro del mercado a través de la venta de servicios, para lo cual las empresas sociales del Estado "ESE" han debido modernizar sus procesos internos, incorporando relaciones comerciales para venta de servicios, y por ende, implementando procesos de facturación necesarios para su sostenibilidad en el tiempo, dejando de ser instituciones de caridad para convertirse en empresas prestadoras de servicios de salud, dentro de un régimen de seguridad social.

Con el fin de lograr su autofinanciamiento, las ESE's establecen relaciones comerciales para venta de servicios con los diferentes actores del sistema, para lo cual han sido dotadas de instrumentos importantes tales como: autonomía administrativa y financiera, un régimen de contratación privado, característica esta última, que le brinda una herramienta fundamental a fin de promover su sostenibilidad, fortalecimiento y permanencia en el mercado de la salud. Así, la compraventa de servicios de salud se desenvuelve dentro de un esquema de negociación que se formaliza a través de un contrato, el cual está regulado por aspectos como: modalidad de contratación, tipo de servicios a ofrecer de acuerdo al nivel de complejidad, población a atender, tarifas y formas de pago, entre otros.

Sin embargo, es importante señalar que si bien es cierto están regidas por el derecho privado es decir, por el Código Civil y Código de Comercio, igualmente tienen el deber constitucional de cumplir con los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal. Es pertinente tener en cuenta que hoy en día, el sistema está atravesando una de las mayores crisis financieras de toda su historia, a causa según el Gobierno Nacional, de la insuficiencia de recursos.

1.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El sistema de salud colombiano está reglamentado en el Libro II artículos 152 al 248 de la Ley 100 de 1993, mediante el cual se estableció el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La reforma al sistema de salud tuvo como fin, evitar el monopolio del Estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia, con la incorporación de empresas prestadoras de salud. También la creación de subsidios al sector salud, para cubrir a la población con menos ingresos.

Además de los principios generales de la ley y de la Constitución Política, las normas establecen reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.

La Ley 100 de 1993 ha sufrido modificaciones a través de las siguientes leyes:

- **Ley 1122 de 2007** "*Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*", cuyo objetivo fue realizar ajustes al Sistema, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud

pública y de las funciones de: inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

- **Ley 1438 de 2011** "*Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*, que tuvo como finalidad fortalecer el SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud 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. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

1.3 ESTRUCTURA DEL SISTEMA

El sistema en salud está compuesto básicamente por tres entes:

El Estado: Actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son: El Ministerio de la Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007 y la Superintendencia Nacional de Salud, que vigila y controla a los actores del sistema.

Los aseguradores: Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada *Unidad de Pago por Capitación* -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS), entidades promotoras de salud del régimen subsidiado (EPS-S) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).

Los prestadores: Son las instituciones prestadores de salud (IPS), hospitales, clínicas, laboratorios, etc., que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeras/os, etc.) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

1.3.1 Entidades aseguradoras

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud, por enfermedad general o, por enfermedad y accidentes laborales son:

Entidades Promotoras de Salud (EPS): Tienen como función organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud, que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional.

Instituciones Prestadoras de salud (IPS): Son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención, se caracterizan según el tipo de servicios que habilitan y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y, según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar.

1.3.2 Niveles de complejidad

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad, se dedican a realizar intervenciones, actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son: pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia, con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias; además, ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que corresponde al segundo nivel de atención.

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como: neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad, atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

1.3.3 Regímenes del sistema

Existen dos (2) formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el subsidiado.

Régimen contributivo: El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual, todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores

públicos, los pensionados y jubilados y, los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS´s lo correspondiente según la ley, para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS´s o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios.

Régimen subsidiado: Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Estado colombiano ha definido al régimen subsidiado en salud, como su vía de acceso efectiva al ejercicio de este derecho fundamental.

Es responsabilidad de los entes territoriales, la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los municipios, distritos y departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como, sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financia el Régimen (recursos de esfuerzo propio de la nación-SGP- y del FOSYGA).

Así mismo, es deber de los entes territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con éstas.

El régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

La selección y asignación de subsidios, la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado, a partir de la información de la base consolidada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y los otros instrumentos de focalización que utiliza el respectivo programa.

Cada municipio identifica la población potencial, mediante la aplicación de la “Encuesta SISBEN» o Sistema de Selección de Beneficiarios a Programas Sociales.

Población Pobre No Asegurada: Se encuentran bajo la denominación de vinculados o población pobre no asegurada PPNA, aquellas personas que no tienen afiliación alguna al Sistema de Salud, en ninguno de los dos (2) regímenes: subsidiado o contributivo; estas personas pueden o no estar identificadas por el SISBEN y su atención médica se realiza, a través de contratos de prestación de servicios que pueden ser de baja, mediana y alta complejidad.

1.3.4 Cobertura en aseguramiento

Niveles de Aseguramiento en Colombia Porcentajes de afiliación				
Año	**Régimen Contributivo**	**Régimen Subsidiado**	**Total afiliados**	**Población no afiliada**
2000	35,22%	23,60%	58,82%	41,18%
2001	32,68%	27,12%	59,80%	40,20%
2002	31,86%	27,69%	59,55%	40,45%
2003	32,99%	28,36%	61,35%	38,65%
2004	35,07%	36,71%	71,78%	28,22%
2005	36,31%	43,32%	79,63%	20,37%
2006	37,67%	46,32%	83,99%	16,01%
2007	38,91%	49,19%	88,10%	11,90%
2008	38,77%	50,59%	89,36%	10,64%
2009	40,12%	46,72%	86,84%	13,16%
2010	40,57%	47,48%	88,05%	11,95%
2011	42,61%	48,26%	90,87%	9,13%
2012	42,86%	48,28%	91,14%	8,86%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

El porcentaje de población asegurada en Colombia ha aumentado significativamente, pasando de un 58,3% de población asegurada en el año 2000, a un 91,14% en el 2012, lo que significa que 42.438.554 de personas cuentan con aseguramiento en salud, el 8.86% restante hace parte de la población pobre no asegurada, se trata de aquellos usuarios potenciales que no se encuentran en ninguna base de datos y por tanto no están afiliados a alguna EPS del régimen subsidiado. Esta tendencia positiva en el porcentaje de aseguramiento en Colombia, se debe más al crecimiento del régimen subsidiado, el cual pasó de un 23.60% en el año 2000, a un 48,28% en el año 2012, contando con un total de 22.480.882 de personas afiliadas al régimen subsidiado.

Mientras que la afiliación al régimen subsidiado ha aumentado progresivamente, el aumento de la afiliación al régimen contributivo no ha sido tan significativo, pasando de un porcentaje de población afiliada de 35,22% en el 2000, a un porcentaje de 42,86% en el 2012. Al mismo tiempo, se observa una disminución en la población no afiliada al sistema, pasando de un 41,17% de población no afiliada al sistema en el año 2000, a un 8,86% en el año 2012.

La tendencia que se observa en afiliación es contraria a las metas planteadas en la Ley de 1993, cuando se esperaba tener cerca del 70% de las personas en el régimen contributivo y 30% en el régimen subsidiado. La consecuencia primordial de esta disparidad es que la financiación del sistema tiende a recaer cada día más, en los recursos públicos y menos en las contribuciones de los trabajadores formales de la economía, ya que factores como el desempleo o la informalidad laboral afectan directamente el monto de las cotizaciones en salud. En alguna medida, la expedición de leyes como la Ley 797 de 2003 donde se obliga a cotizar a quienes se encuentren vinculados a través de contratos de trabajo, y de la Ley

1250 de 2008, que autorizaba a cotizar solamente a salud a trabajadores independientes de bajos ingresos, pueden tener incidencia en el aumento del porcentaje de afiliados al régimen contributivo en los últimos cuatro años. A la vez, en aras de disminuir la evasión de la afiliación al régimen contributivo, el Ministerio de Salud y Protección Social, generó mecanismos de control como la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) en la que se ligó la contribución a pensiones con la de salud.

Algunos factores culturales que generan desincentivos o incentivos inversos para la formalización del empleo, pueden incidir en el crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado a expensas del régimen contributivo, además de ello, también inciden las contribuciones que dependen del empleado y del empleador. Estos aportes sumados a las obligaciones parafiscales, constituyen desincentivos para la contratación formal, llevando así a éstas empresas a contratar de manera informal a sus trabajadores, evadiendo la afiliación de estos empleados al régimen contributivo. En el mismo sentido, otro factor que podría acentuar a futuro la diferencia entre los dos (2) regímenes, es la unificación del Plan Obligatorio de Salud, ya que el ofrecimiento de planes de beneficios iguales en ambos regímenes, representa un incentivo inverso que podría perpetuar el crecimiento del régimen subsidiado.

Uno de los retos más importantes de los sistemas de salud en el mundo, es lograr la cobertura universal. Para Colombia esto significa, entre otros retos, aumentar el aseguramiento en el régimen contributivo mediante la formalización del empleo, y por otro lado, garantizar la financiación del régimen subsidiado con el aumento de los recursos públicos para este propósito.

Esta situación lleva a reflexionar sobre los resultados del modelo económico actual y las estrategias implementadas en los últimos ocho (8) años, para lograr el crecimiento del empleo formal y con esto el equilibrio financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Tomando como base los datos registrados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la BDUA (Base de Datos Unificada de Afiliados), frente a la proyección poblacional determinada por el DANE, el Municipio de Santiago de Cali, comparado con otras seis (6) ciudades capitales y el consolidado nacional, presenta el siguiente comportamiento:

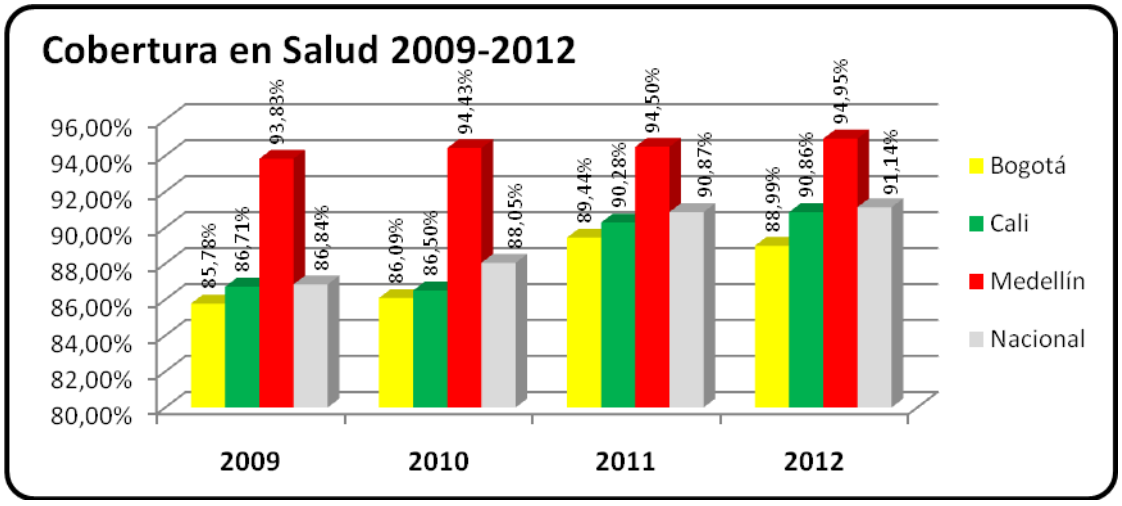
Cobertura en Salud						
CORTE A	MUNICIPIO	AFILIADOS CARGADOS EN BDUA			Población (DANE)	COBERTURA
		Contributivo	Subsidiado	Total		
Diciembre de 2009	Bogotá	4.856.748	1.370.199	6.226.947	7.259.597	85,78%
	Medellín	1.535.192	639.212	2.174.404	2.317.336	93,83%
	Cali	1.331.681	593.143	1.924.824	2.219.720	86,71%
	Barranquilla	752.404	506.171	1.258.575	1.178.827	100,00%
	Cartagena	478.968	436.566	915.534	933.541	98,07%
	Cúcuta	321.399	317.899	639.298	612.175	100,00%
	Bucaramanga	425.371	172.711	598.082	522.806	100,00%
	Nacional	**18.046.744**	**21.014.614**	**39.061.358**	**44.978.832**	**86,84%**

Cobertura en Salud						
CORTE A	MUNICIPIO	AFILIADOS CARGADOS EN BDUA			Población (DANE)	COBERTURA
		Contributivo	Subsidiado	Total		
Diciembre de 2010	Bogotá	4.986.570	1.352.589	6.339.159	7.363.782	86,09%
	Medellín	1.568.377	644.079	2.212.456	2.343.049	94,43%
	Cali	1.353.256	588.415	1.941.671	2.244.668	86,50%
	Barranquilla	788.781	507.502	1.296.283	1.186.412	100,00%
	Cartagena	482.811	412.307	895.118	944.481	94,77%
	Cúcuta	324.126	337.810	661.936	618.379	100,00%
	Bucaramanga	429.303	171.526	600.829	524.030	100,00%
	Nacional	**18.462.916**	**21.606.423**	**40.069.339**	**45.509.584**	**88,05%**
Diciembre de 2011	Bogotá	5.375.150	1.304.355	6.679.505	7.467.804	89,44%
	Medellín	1.656.522	581.390	2.237.912	2.368.282	94,50%
	Cali	1.404.752	644.321	2.049.073	2.269.653	90,28%
	Barranquilla	781.164	581.190	1.362.354	1.193.667	100,00%
	Cartagena	502.078	410.227	912.305	955.709	95,46%
	Cúcuta	333.927	344.025	677.952	624.661	100,00%
	Bucaramanga	454.422	160.895	615.317	525.119	100,00%
	Nacional	**19.620.393**	**22.219.303**	**41.839.696**	**46.044.601**	**90,87%**
Diciembre de 2012	Bogotá	5.485.967	1.251.955	6.737.922	7.571.345	88,99%
	Medellín	1.673.771	598.362	2.272.133	2.393.011	94,95%
	Cali	1.404.562	680.411	2.084.973	2.294.653	90,86%
	Barranquilla	789.852	607.240	1.397.092	1.200.513	100,00%
	Cartagena	527.957	459.943	987.900	967.103	100,00%
	Cúcuta	330.521	332.049	662.570	630.971	100,00%
	Bucaramanga	467.351	154.794	622.145	526.056	100,00%
	Nacional	**19.957.672**	**22.480.882**	**42.438.554**	**46.566.357**	**91,14%**

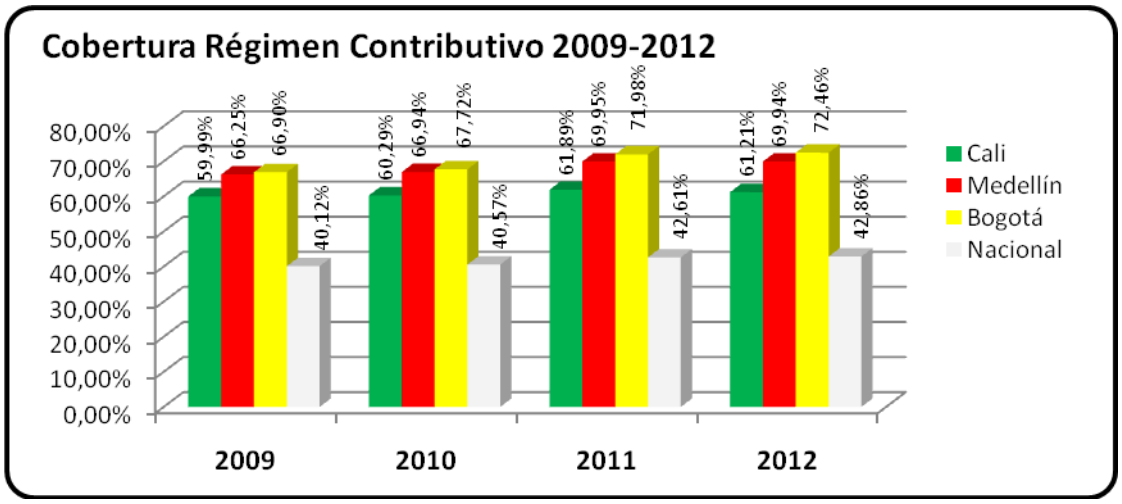
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Como se puede observar en la tabla anterior, en el municipio de Santiago de Cali durante los últimos cuatro (4) años, se ha incrementado la cobertura de afiliación al SGSSS, pasando de un 86.71% en el año 2009, a un 90.86% a finales del año 2012.

Pese a lo anterior, el nivel de cobertura se encuentra por debajo del promedio nacional que se encuentra en 91.14%, evidenciándose que ciudades con menores ingresos fiscales y mayor índice de desempleo, ostenten mayor cobertura.

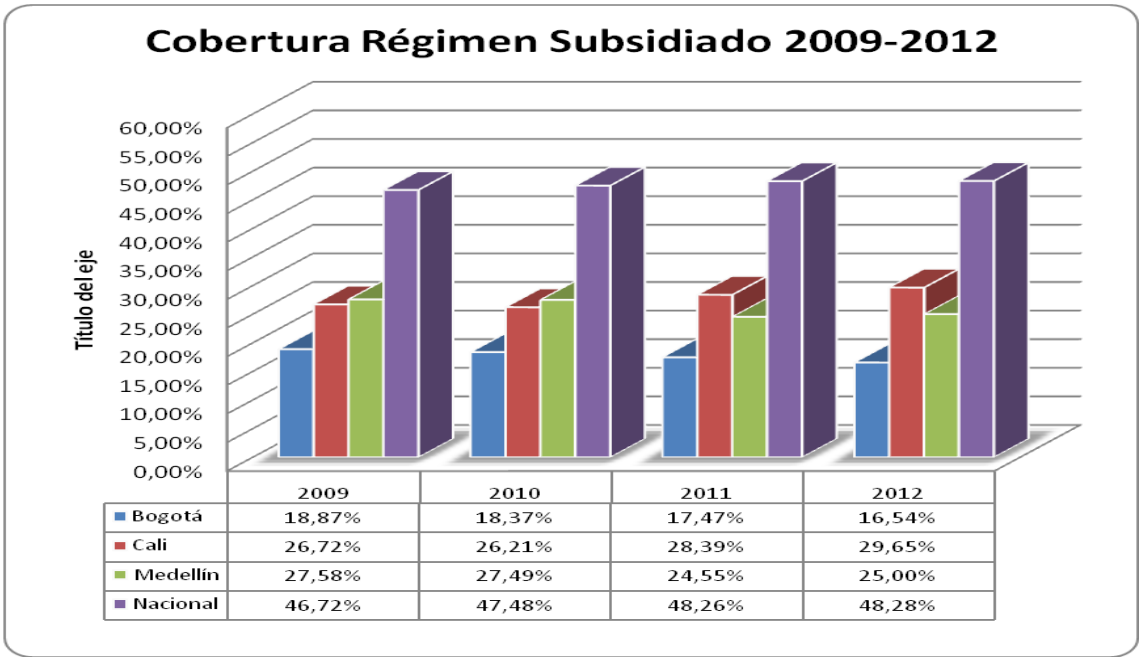


Con respecto al nivel de afiliación al régimen contributivo, el municipio presenta la tasa más baja comparada con las principales capitales y por debajo del promedio nacional.



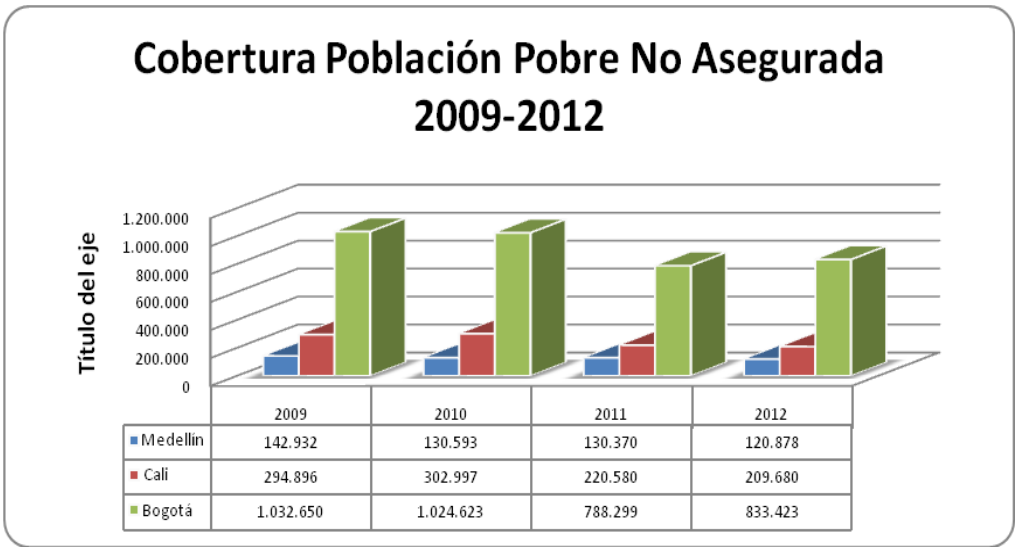
En cuanto al nivel de afiliación de personas al régimen subsidiado, el municipio presenta un incremento considerable, pasando del 26.72% al 29.65% en el cuatrenio, llegando a superar a ciudades capitales como Bogotá y Medellín.

Los recursos para atender este grupo poblacional provienen del Sistema General de Participaciones – Sector Salud.



	2009	2010	2011	2012
Bogotá	18,87%	18,37%	17,47%	16,54%
Cali	26,72%	26,21%	28,39%	29,65%
Medellín	27,58%	27,49%	24,55%	25,00%
Nacional	46,72%	47,48%	48,26%	48,28%

Producto de la cobertura en el régimen subsidiado, de acuerdo a la Base de Datos única de Afiliados (BDUA), el municipio de Santiago de Cali tiene el número más bajo de afiliados a este régimen, cifra que año tras año se reduce.



	2009	2010	2011	2012
Medellin	142.932	130.593	130.370	120.878
Cali	294.896	302.997	220.580	209.680
Bogotá	1.032.650	1.024.623	788.299	833.423

1.3.5 Modalidades de pago de la contratación

Las modalidades de pago de la contratación que aplican a las Redes de Salud del Municipio de Santiago de Cali son:

Pago por Capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona, que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por Evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente, durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto Integral de Atenciones, paquete o grupo relacionado por Diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye

cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

2 RED DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO

A través del presente estudio, para verificar el cumplimiento de las metas propuestas en el Plan de Desarrollo y la gestión realizada por cada una de las redes de salud, que prestan servicios de primer nivel a la población más vulnerable, se determinó como objetivo específico: *"Analizar el avance de las metas contenidas en el plan de desarrollo, gestionada por las ESES",* el cual se desarrolla a continuación:

La Red de Salud Pública del municipio de Santiago de Cali, está conformada por cinco (5) empresas sociales del estado ESE´s, entidades públicas creadas mediante Acuerdo Municipal 106 de enero 15 de 2003, compuestas por ciento tres (103) sedes, ubicadas en el área urbana y rural del municipio.

Estas entidades públicas fueron creadas con el objetivo de descentralizar la prestación de los servicios de salud de primer nivel del municipio, con el propósito fundamental de facilitar el acceso de la población pobre no asegurada y lo subsidiado en lo no cubierto, a los servicios públicos de la salud, mejorando la cobertura y logrando una mayor eficiencia del sistema de prestación de servicios.

Con su creación, se contribuyó al fortalecimiento de las Redes de salud pública municipal, dotándolas de autonomía administrativa y financiera, adscritas a la Secretaría de Salud Pública, con un régimen de contratación privado, característica esta última, que le brinda una herramienta fundamental a fin de promover su sostenibilidad y permanencia en el mercado.

Actualmente, la Red de Salud del Municipio de Santiago de Cali, cuenta con la infraestructura para atender dentro de su área de influencia, con capacidad de operación a través de Instituciones prestadoras de servicios de salud, distribuidas de la siguiente manera:

Red de Salud E.S.E.	Hospital	Puesto de salud	Centros de Salud	Total
Oriente	1	18	6	25
Centro	1	5	11	17
Ladera	1	31	4	36
Norte	1	10	10	21
Suroriente	1	2	1	4
Totales	**5**	**68**	**32**	**103**

Con el nuevo enfoque empresarial, las instituciones de la red pública hospitalaria se convirtieron en Empresas Sociales del Estado, debiendo de esta manera asumir nuevos modelos de gerencia y administración, enfocados hacia la eficiencia fiscal, lo que les implica contar con estrategias de mercadeo de los servicios a partir del análisis de la demanda y oferta, que les permitan además definir esquemas de alianzas estratégicas a través de los cuales fortalezcan la venta de servicios, aumenten la facturación y mejoren los ingresos de las entidades, de forma tal que contribuyan al fortalecimiento del sistema de salud, logrando los niveles de cobertura establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

2.1 PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL Y GESTIÓN DE LAS ESE's

La dinámica del sector salud a partir de la Ley 100 de 1993 y posterior normatividad, no sólo creó nuevas instituciones como las empresas prestadoras de servicios EPS, sino que además transformó los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, lo que replanteó la relación entre la autoridad local y dichas empresas.

Para el nuevo modelo, la entidad municipal es la rectora en materia de salud, define las metas y diseña los proyectos, pero además es fuente de financiación, contando para la ejecución de los proyectos, con los recursos del Sistema General de Participaciones y de los recursos propios; mientras que las ESE´s que conforman la Red de Salud Pública Municipal, son prestadoras de servicios. Es así como el municipio y las ESE´s establecen una relación comercial tipo compra-venta; sin embargo, para estas últimas dicha relación no se encuentra limitada a los contratos estatales, sino que también pueden ofertar servicios a través de la celebración de contratos con particulares, lo que les implica brindar servicios de alta calidad para un mejor desempeño en el escenario del mercadeo.

En atención a lo anterior, la política municipal en salud, se desarrolla y ejecuta a través de las ESE´s y son éstas las que finalmente dan cuenta de la cobertura y resultados de la población, especialmente de la más pobre y vulnerable; como también de los índices relacionados con la salud y de la promoción hacia el aseguramiento.

Los cobros de la atención a la población pobre no asegurada y afiliada al régimen subsidiado por parte de las ESE´s, se fija de acuerdo a valores UPC (unidad percapita) que es el valor de atención que corresponde a cada usuario y el valor de los procedimientos, tiene como base el Manual de Tarifas del SOAT.

Por otro lado, la normatividad también modificó la orientación a la gestión de la salud, pasando de un enfoque de la enfermedad y la curación, hacia un enfoque

centrado en la prevención de la enfermedad, situación que hace que las ESE´s no sólo se fijen en la atención individual, sino también en la intervención colectiva.

El presente informe es un consolidado de la situación de la salud en la ciudad en el último cuatrenio, especialmente del primer nivel de atención, que es la competencia de la entidad municipal y de las ESE´s, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la zona de influencia y la matriz de programación, que específica las metas de cumplimiento para cada uno de los procedimientos incluidos en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana para el régimen subsidiado.

Con base en esta matriz y los resultados de indicadores exigidos por el Ministerio de la Protección Social y reportados por las ESE´s a la Secretaría de Salud Municipal, se determina el alcance de las metas establecidas en el plan de desarrollo.

2.1.1 Aseguramiento

Si bien es cierto el aseguramiento no es responsabilidad directa de las ESE´s, pero sí lo es la motivación e invitación al usuario para que se asegure, en tal sentido la autoridad local en salud y las redes han trabajado coordinadamente, por lo que los resultados obtenidos dan cuenta de metas cumplidas.

El porcentaje de aseguramiento en Cali se ha aumentado de manera importante, según cifras del DANE, para el 2006 el porcentaje de la población asegurada fue de 81.27, mientras que en el 2012 el informe de “Cali como vamos 2012”-capítulo salud, indica que la población sin aseguramiento corresponde al 4%.

La atención en salud de la población pobre no asegurada cuya meta a 2012 en su componente “Cali vital” era del 75%, el citado informe de la alcaldía consigna que esta meta se cumple en un 100% y según el informe de “Cali como vamos 2012”, el municipio presenta una cobertura alta en salud con un 96%.

2.1.2 Atención a niños, jóvenes y adolescentes

El Plan de Desarrollo 2012-2015, trae un énfasis en la atención a los niños, jóvenes y adolescentes, por lo que contempla programas de promoción y prevención frente a distintos factores de riesgo de la población infantil y juvenil como son la inseguridad, mortalidad, embarazo precoz, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades de transmisión sexual, morbilidad y abuso sexual entre otros, estadísticas que se presenta e continuación:

Para el caso de la infancia y adolescencia, un estudio de la Secretaría de Salud Municipal 2011, arrojó que entre el 2005 y 2010 en el Municipio de Santiago de Cali, se presentaron 1.141 muertes de niños-as entre 12 y 17 años, es decir, un promedio de 190 jóvenes por año, cifra que ha aumentado, según lo reportado por la Personería Municipal de Cali en el "Encuentro de Observatorios" realizado en septiembre de 2013, donde se informó que en lo corrido del presente año la muerte entre jóvenes se asocia a la presencia de pandillas.

Según este informe de la Personería Municipal de Cali, la muerte violenta cobró 1.360 víctimas de los cuales 17.66% son por luchas entre pandillas, que han arrojado 231 homicidios de personas adolescentes y 69 menores de edad. Cabe anotar que frente al tema, la competencia para ejecutar la estrategia municipal de reducir los índices de homicidios en jóvenes, es de tipo intersectorial, por la que en salud, las ESE´s, sólo abordan el contexto de atención sicosocial al joven, convivencia ciudadana y violencia intrafamiliar.

Respecto al embarazo en adolescente, la Secretaría de Salud Municipal indica que de una población de195.348 en el 2010, se embarazaron 5.365, es decir una tasa de 27.45% de fecundidad por cada 1.000 adolescentes.

Cifras actuales del DANE, citadas por la Personería de Cali en septiembre del presente año, indican que entre el 2005 y 2012 se presentaron 48.250 embarazos en adolescentes y 1.818 en menores de 14 años. En comparación con el 2011, durante el 2012 se presentó una reducción de 10 casos en menores de 14 años, dato que no es significativo, mientras que entre enero y junio del presente año, se han presentado 65 nacimientos en menores de 14 y 2.201 en mujeres cuyas edades están entre 15 y 19 años.

Frente a la situación, la Secretaría de Salud, a través de las ESE´s requieren implementar estrategias más agresivas que propendan por la reducción de los casos en la ciudad, dado que este es un indicador que de igual modo, es controlado por estas empresas.

Sobre desnutrición, en una población de 5 y 10 años, la Secretaría de Salud Municipal reporta a 2011 que el 2.2% asistió a programas de desarrollo y crecimiento; y entre 0 y 10 años 557.664 asistieron a control.

El programa nutricional en sedes educativas que pretendían aumentar el consumo de verduras y frutas en los escolares de básica, los resultados a diciembre de 2012 están en construcción. En 115 instituciones educativas, se ha implementado el Sistema de Vigilancia Nutricional SISVAN, lo que conlleva a que las tiendas escolares vendan alimentos de gran contenido nutricional. No obstante lo anterior, el estudio realizado en el presente año por la Secretaría de Salud y la Universidad del Valle a través del Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y

Tecnología, informó que a pesar de las estrategias para el consumo de verdura y frutas, los niños no lo hacen.

El programa de vacunación en el documento "Salud en cifras 2011" de la Secretaría de Salud Municipal, presenta datos positivos, ya que al comparar las coberturas con años anteriores, se observa que estas se encuentran por encima del 95% a partir del año 2001. La vacunación por grupos de edad y biológicos tuvo como meta el 95%, obteniéndose un cumplimiento del 99%.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) en menores de 1 año, ha tenido una tendencia a la baja entre el 2008-2011, presentando un descenso de 4 puntos y en menores de 5 años, el registro fue de 10.9 casos por cada 1.000 nacidos vivos, contando con la meta fijada para ese año era de 8.1 vivos al 2015 según los objetivos del milenio.

Frente al maltrato infantil, las denuncias se han disminuido de 3.263 en el 2008 a 2.008 en el 2010, según fuente proveniente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, citada en el diagnóstico realizado por la alcaldía.

Para el caso de muerte por enfermedad respiratoria aguda IRA en menores de 5 años, la tasa ha venido disminuyendo, en el 2009 fue de 19.11, de 16.5 en el 2010 a 13.35 en el 2012.

2.1.3 Sífilis congénita y sífilis gestacional

Los resultados en enfermedades de sífilis congénita y sífilis gestacional, demuestran que se ha mejorado en la atención prenatal, ya que las estadísticas muestran que por sífilis congénita en el 2009 se presentaron 85 casos, ascendiendo a 132 en el 2012 y disminuyendo a 68 en el 2013. Respecto a sífilis gestacional, en el 2009 se registraron 278 casos, 387 en el 2012 y 159 en el 2013. A pesar que se ha mejorado la atención, la meta es de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos.

Esta problemática de salud viene siendo atendida por las ESE´s, que tienen un indicador para casos de sífilis congénita, el cual es monitoreado permanentemente.

2.1.4 Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna ha disminuido de manera significativa, de 29 casos en el 2000 a 9 en el 2011, de los cuales el 3% corresponde a causas relacionadas con el embarazo y el resto a causas indirectas.

2.1.5 Dengue

Respecto a la muerte por dengue, el número de casos ha disminuido, de 24 casos que se presentaron en el 2009 (Diario El País de abril 30 de 2010) se bajó a 17 casos en el 2012. De acuerdo con informe de la Universidad del Valle-Facultad de Salud 2013, la mortalidad de dengue en menores de 14 años en el país fue de 129 casos, de los cuales, el 70% pertenecen a los departamentos, encabezado por el Valle del Cauca, reportando Cali al Sistema de Vigilancia SIGIVILA, 17 casos en el 2012, sin embargo en el 2013 el Grupo de Epidemiología de la Secretaría ha reportado 12.973 casos detectados, de los cuales 271 fueron relacionados con dengue grave y de estos, sólo el 4% no estaban asegurados.

2.1.6 Tuberculosis

Para tuberculosis (TB) la Secretaría de Salud Municipal en el 2012 reportó 175 casos en la ciudad de Cali, de los cuales el 42% pertenecen al régimen subsidiado y el 23% a la población no asegurada. Los casos se presentan en todas las comunas y se concentran en la 20, 13, 3, 14, 18, 6 y 15.

2.1.7 VIH

Frente al VIH y diabetes, la línea de base 2013 se encuentra en construcción, por lo cual no es posible analizar su avance, sin embargo, datos del Grupo de Epidemiología de la Secretaría muestran una tendencia a la disminución de VIH, pero el dato preocupa a la entidad ante la falta de nuevos reportes. Esto resulta lógico, pues en el documento “Salud en cifras 2011” el número de casos en el 2009 fue de 190 y en el 2014 de 214.

2.1.8 Atención a víctimas del conflicto armado

Finalmente, en correspondencia con directrices del orden nacional, la situación del desplazamiento y de atención a víctimas del conflicto debe ser tratado de manera prioritaria. En tal sentido, el municipio y las ESE´s han participado de la ruta de atención a los desplazados, proporcionando atención psicosocial al individuo y la familia.

De acuerdo con el Plan Integral Único de Atención para la población en situación de desplazamiento de Santiago de Cali 2011-2013, la atención superó el 12% de la meta; en cuanto a las personas víctimas del conflicto atendidas emocional y socialmente superó el 14%.

El dato es importante dado que Cali es la tercera ciudad receptora de desplazados; a diciembre de 2010 lo hicieron 77.934 personas de los cuales 41.060 son mujeres y 36.874 hombres que en conjunto representan 19.008 hogares.

3 ANÁLISIS FINANCIERO

El presente estudio permite comparar y medir el resultado de la gestión financiera de las ESE´s, en el periodo comprendido entre el año 2009 a 2012, en tal sentido se determinó como objetivo especifico: "*Evaluación financiera de las ESE´s, a través de análisis de estados financieros, ejecución presupuestal de ingresos y gastos e indicadores financieros",* cuyo resultado se describen a continuación.

Antes de abordar el estudio, es necesario tener en cuenta que las Redes de Salud por ser instituciones públicas, se rigen en materia presupuestal por el Decreto 115 de 1996, que establece normas sobre la elaboración, conformación y ejecución de los presupuestos de las empresas industriales y comerciales del estado (EICE), a las cuales se asimilan las ESE´s para efectos presupuestales, que se rigen, a su vez en el ámbito local, por las disposiciones del Consejo Municipal de Política Fiscal COMFIS, instancia responsable de la aprobación del presupuesto y de las modificaciones al mismo en sus grandes agregados presupuestales.

Las políticas contables que vienen aplicando las empresas sociales del estado se encuentran dentro del marco conceptual de la Contabilidad Pública, y por tanto se rigen por las normas y procedimientos establecidos por la Contaduría General de la Nación.

3.1 ANÁLISIS PRESUPUESTAL

Los resultados presupuestales alcanzados por las cinco ESE´s municipales durante el periodo 2009-2012 es el siguiente:

Ejecución Presupuestal de Ingresos – vigencias 2009-2012

RED DE SALUD PÚBLICA DE SANTIAGO DE CALI Ejecución de Ingresos Cifras en millones de $								
Entidad	**2009**				**2010**			
	Ppto	**Ejec.**	**%**	**Partic.**	**Ppto**	**Ejec.**	**%**	**Partic.**
Red de Salud del Oriente ESE	32.394,1	27.167,5	83,9%	32,2%	33.606,6	35.148,5	104,6%	35,6%
Red de Salud de Ladera ESE	26.569,8	24.887,0	93,7%	29,5%	26.431,0	24.620,2	93,1%	24,9%
Red de Salud del Centro ESE	16.499,0	14.433,8	87,5%	17,1%	18.613,5	18.577,7	99,8%	18,8%

RED DE SALUD PÚBLICA DE SANTIAGO DE CALI Ejecución de Ingresos Cifras en millones de $								
Entidad	**2009**				**2010**			
	Ppto	**Ejec.**	**%**	**Partic.**	**Ppto**	**Ejec.**	**%**	**Partic.**
Red de Salud del Norte ESE	14.616,0	12.103,5	82,8%	14,3%	14.050,0	14.403,1	102,5%	14,6%
Red de Salud del Suroriente ESE	6.331,7	5.786,6	91,4%	6,9%	6.497,5	5.961,3	91,7%	6,0%
TOTALES	**96.410,7**	**84.378,4**	**87,5%**	**100,0%**	**99.198,7**	**98.710,7**	**99,5%**	**100,0%**

Fuente: Rendición SIA

RED DE SALUD PÚBLICA DE SANTIAGO DE CALI Ejecución de Ingresos Cifras en millones de $								
Entidad	**2011**				**2012**			
	Ppto	**Ejec.**	**%**	**Partic.**	**Ppto**	**Ejec.**	**%**	**Partic.**
Red de Salud del Oriente ESE	38.127,8	39.360,3	103,2%	36,5%	43.179,1	48.746,7	112,9%	38,9%
Red de Salud de Ladera ESE	27.905,5	25.864,9	92,7%	24,0%	28.950,1	27.072,8	93,5%	21,6%
Red de Salud del Centro ESE	20.348,6	19.556,9	96,1%	18,1%	19.854,0	24.447,1	123,1%	19,5%
Red de Salud del Norte ESE	16.938,4	15.423,6	91,1%	14,3%	17.862,5	17.290,9	96,8%	13,8%
Red de Salud del Suroriente ESE	8.505,0	7.766,7	91,3%	7,2%	8.817,7	7.729,9	87,7%	6,2%
TOTALES	**111.825,5**	**107.972,4**	**96,6%**	**100,0%**	**118.663,4**	**125.287,5**	**105,6%**	**100,0%**

Fuente: Rendición SIA

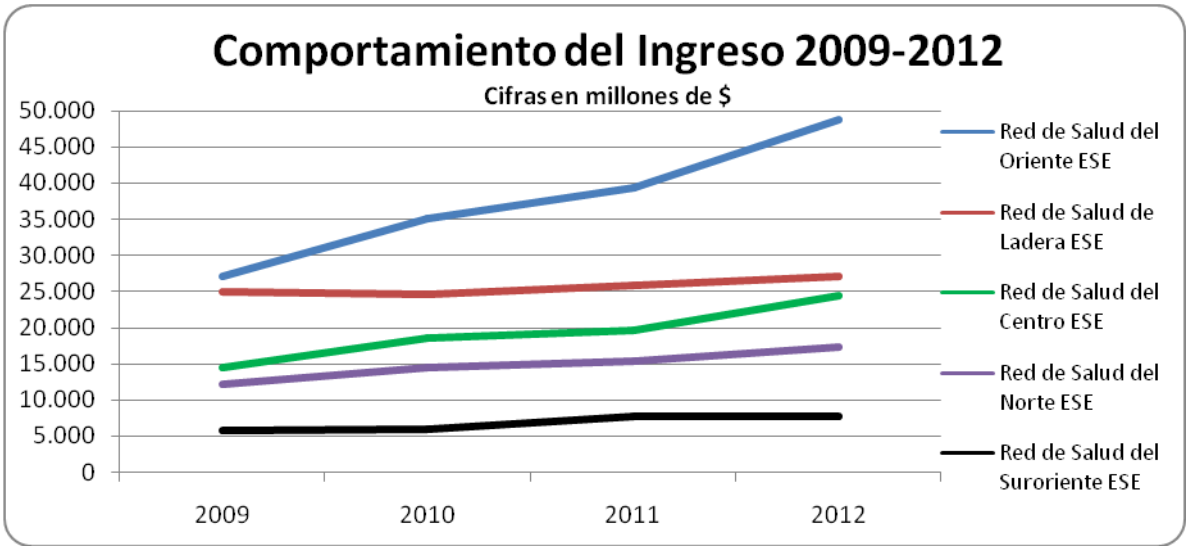
La situación presupuestal de las ESE´s, durante los últimos cuatro años siempre ha sido de superávit, y su comportamiento, aunque ha sido irregular pero siempre positivo, es consecuente con la tasa de crecimiento promedio/año de los ingresos.

Los Ingresos por los períodos objeto de estudio, comprendidos entre las vigencias 2009 al 2012, denotan que las cinco (5) E.S.E´s que conforman la Red de Salud del municipio de Santiago de Cali, presentan una variación promedio de la ejecución de ingresos acumulada del 18.1%, es decir un incremento promedio por año del 4.52%, presentándose variaciones del 12% entre el año 2009 y 2010 y 9% para el periodo 2011 al 2012; el nivel de ejecución del periodo 2010 vs 2011 presenta una variación del -2.9%, sin embargo, se alcanzó un nivel de ejecución del 96.6% que se encuentra dentro de los márgenes de cumplimiento aceptable.

La Proyección de los ingresos, costos y gastos orientados a garantizar la auto sostenibilidad financiera, es adelantada por las dependencias respectivas, dando cumplimiento a los procesos técnicos administrativos definidos por la ESE´s. En concordancia con la información rendida por las entidades a este órgano de

control y según los cálculos del equipo auditor, se evidencia que los ingresos obtenidos por ventas al finalizar la vigencia 2012, fueron superiores a los costos por ventas de servicios.

Ahora bien, es menester señalar que al cierre de la vigencia 2012, las empresas sociales del estado lograron superar las metas de lo presupuestado vs. lo recaudado, pues los ingresos efectivos alcanzaron $125.287 millones, presentándose una variación absoluta de $6.624.1 millones, lo que representa un 5.6% de incremento en el cumplimiento de las metas de ejecución.



La grafica anterior muestra la tendencia de cada una de las E.S.E´s.; en lo relativo al comportamiento de la ejecución de ingresos, ha presentado un crecimiento constante, lo que permite determinar que las Redes de Salud están generando excedentes que garantizan los compromisos suscritos, contribuyendo al mantenimiento y mejoramiento del estado de salud de la población en sus áreas de influencia.

La mayor participación en el cumplimiento de la ejecución de ingresos la presenta la Red de Salud del Oriente E.S.E., con un 35.8% promedio anual, seguido de la E.S.E. Ladera con el 25.0%, E.S.E. Centro con el 18.37%, E.S.E. Norte con el 14.25% y E.S.E. Sur Oriente con el 6.58%

Ejecución Presupuestal de Gastos – vigencia 2009-2012

RED DE SALUD PÚBLICA DE SANTIAGO DE CALI Ejecución de Gastos Cifras en millones de $								
Entidad	**2009**				**2010**			
	Ppto	**Ejec.**	**%**	**Partic.**	**Ppto**	**Ejec.**	**%**	**Partic.**
Red de Salud del Oriente ESE	32.394,1	30.177,9	93,2%	34,7%	33.606,6	32.321,2	96,2%	34,1%
Red de Salud de Ladera ESE	26.569,8	23.860,5	89,8%	27,4%	26.431,0	25.326,1	95,8%	26,7%
Red de Salud del Centro ESE	16.499,0	15.697,5	95,1%	18,1%	18.613,5	15.441,1	83,0%	16,3%
Red de Salud del Norte ESE	14.616,0	11.378,5	77,8%	13,1%	14.050,0	15.600,8	111,0%	16,5%
Red de Salud del Suroriente ESE	6.331,7	5.845,6	92,3%	6,7%	6.497,5	6.083,8	93,6%	6,4%
TOTALES	**96.410,7**	**86.960,1**	**90,2%**	**100,0%**	**99.198,7**	**94.773,0**	**95,5%**	**100,0%**

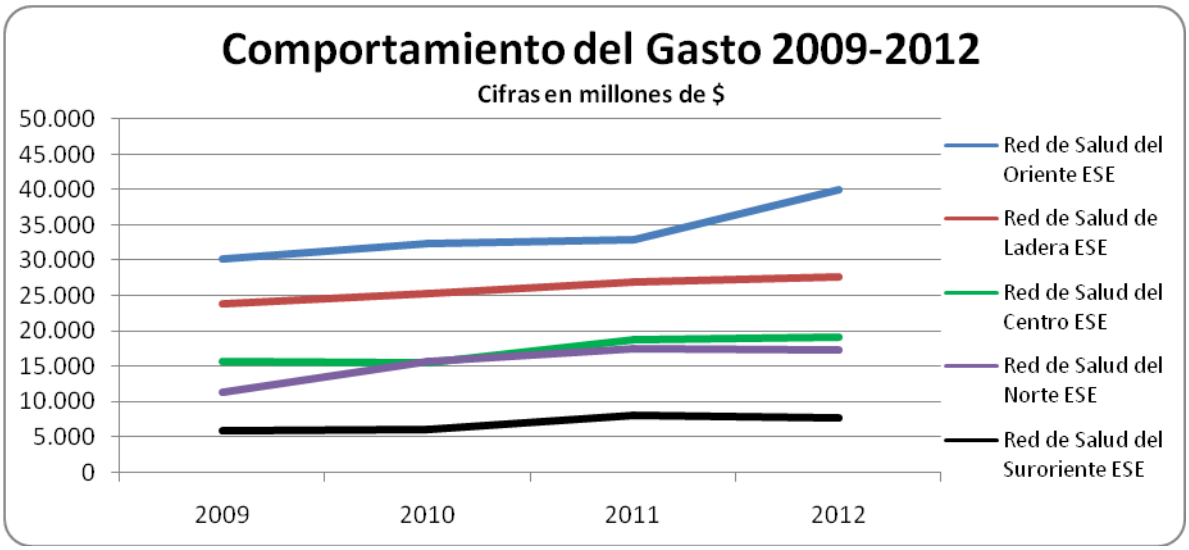
Fuente: Rendición SIA

RED DE SALUD PÚBLICA DE SANTIAGO DE CALI Ejecución de Gastos Cifras en millones de $								
Entidad	**2011**				**2012**			
	Ppto	**Ejec.**	**%**	**Partic.**	**Ppto**	**Ejec.**	**% Ejec.**	**Partic.**
Red de Salud del Oriente ESE	38.127,8	32.867,4	86,2%	31,6%	43.179,1	40.022,9	92,7%	35,8%
Red de Salud de Ladera ESE	27.905,5	26.861,9	96,3%	25,8%	28.950,1	27.581,0	95,3%	24,7%
Red de Salud del Centro ESE	20.348,6	18.852,9	92,6%	18,1%	19.854,0	19.173,4	96,6%	17,1%
Red de Salud del Norte ESE	16.938,4	17.436,0	102,9%	16,7%	17.862,5	17.374,2	97,3%	15,5%
Red de Salud del Suroriente ESE	8.505,0	8.097,9	95,2%	7,8%	8.817,7	7.662,3	86,9%	6,9%
TOTALES	**111.825,5**	**104.116,1**	**93,1%**	**100,0%**	**118.663,4**	**111.813,8**	**94,2%**	**100,0%**

Fuente: Rendición SIA

Para las vigencias fiscales 2009 - 2012, los Gastos consolidados de las Redes de salud del municipio de Santiago de Cali, presentan una variación de la ejecución de los gastos promedio por año fiscal acumulada del 1.8%, es decir un incremento promedio moderado por año, presentándose inclusive variaciones negativas de una año a otro, tales como del -2.4% entre el año 2010 y 2011 y -1.1%; para el periodo 2011 al 2012; a excepción del periodo 2009 – 2010 que presentó un incremento en los gastos del 5.3%, así las cosas, durante el cuatrenio se alcanzó un nivel de ejecución promedio del 93.47% que se encuentra dentro de los márgenes de cumplimiento aceptable, toda vez que está por debajo de los niveles de ingreso promedio durante el mismo periodo.

En términos generales para la vigencia fiscal terminada el 31 de diciembre de 2012, los gastos presentaron una ejecución del 94.20%, estableciendo una estructura de costos y gastos equilibrada con relación a los ingresos que cada una de ellas genera, balanceando los ritmos de crecimiento de la gestión de cartera, los gastos fijos y el pago de las obligaciones mediante un buen manejo de los flujos de caja, devolviendo la liquidez que se había perdido en sus primeros años de funcionamiento, como lo determinó la Secretaría de Salud Pública Municipal en estudio realizado en abril de 2011.



Se aprecia en la grafica anterior la tendencia de cada una de las E.S.E´s., en lo relativo a la ejecución de los gastos, evidenciándose que se ha presentado una estructura de gastos equilibrada tendiente a un efectivo control del gasto coherente respecto del ingreso, es decir se ha dado un manejo de austeridad en los gastos de funcionamiento, haciendo posible la obtención de excedentes financieros el cierre de cada periodo fiscal.

Con lo anterior se infiere que las Redes de Salud están generando excedentes que les ha permitido estabilizar su estructura financiera, la cual a futuro garantizará la sostenibilidad y viabilidad financiera, que conlleve a la óptima prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada y lo subsidiado en lo no cubierto, todo lo anterior, desde el punto de vista social, teniendo en cuenta la finalidad para las cuales fueron creadas las Empresas Sociales del Estado.

3.2 ANÁLISIS CONTABLE

Las empresas sociales del estado que conforman la Red de Salud Pública del municipio de Santiago de Cali, en cumplimiento de los procedimientos establecidos por la Contaduría General de la Nación para la presentación de Estados Contables, rindieron a través del Sistema de Información de Auditorías - SIA en forma anual los estados financieros consolidados, con los siguientes anexos: Balance General Consolidado y Comparado, Estado de Actividad Económica Financiera y Social, el Estado de Cambios en el Patrimonio y la certificación que contiene la declaración expresa de que los saldos fueron tomados fielmente de los libros de contabilidad, la información se elaboró conforme a la normativa señalada en el Régimen de Contabilidad Pública, igualmente, ésta refleja en forma fidedigna la situación financiera, económica, social y ambiental de la entidad.

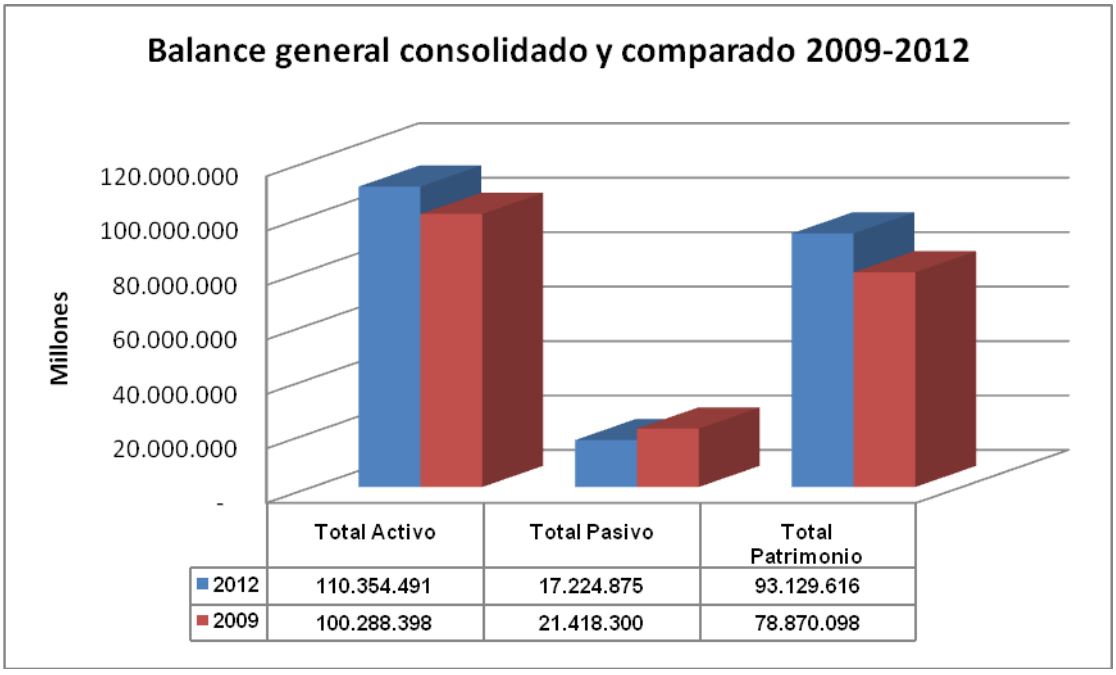
Con los Estados Financieros se presentaron las notas de carácter general y el dictamen de las Revisorías Fiscales presentados a las Juntas Directivas de las diferentes Redes de Salud del Municipio.

RED DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI									
Variación Estados Financieros 2009-2012									
Cifras en millones de $									
CUENTA	**Red de Salud del Oriente ESE**			**Red de Salud de Ladera ESE**			**Red de Salud del Centro ESE**		
	Saldo Dic-31-09	**Saldo Dic-31-12**	**Variac.**	**Saldo Dic-31-09**	**Saldo Dic-31-12**	**Variac.**	**Saldo Dic-31-09**	**Saldo Dic-31-12**	**Variac.**
ACTIVO CORRIENTE	12.557,0	15.368,0	22,4%	6.511,2	5.583,7	-14,2%	5.548,9	8.073,2	45,5%
ACTIVO NO CORRIENTE	38.168,6	38.192,4	0,1%	12.218,3	10.883,6	-10,9%	8.752,7	13.960,8	59,5%
TOTAL ACTIVO	50.725,7	53.560,4	5,6%	18.729,5	16.467,3	-12,1%	14.301,6	22.034,0	54,1%
PASIVO CORRIENTE	8.311,2	3.282,5	-60,5%	4.027,4	2.762,2	-31,4%	4.056,1	6.115,7	50,8%
PASIVO NO CORRIENTE	0	0	0,0%	0	300,0	0,0%	0	0,0	0,0%
TOTAL PASIVO	8.311,2	3.282,5	-60,5%	4.027,4	3.062,2	-24,0%	4.056,1	6.115,7	50,8%
TOTAL PATRIMONIO	42.414,5	50.277,9	18,5%	14.702,2	13.405,1	-8,8%	10.245,4	15.918,4	55,4%

Fuente: Rendición SIA

RED DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI									
Variación Estados Financieros 2009-2012									
Cifras en millones de $									
CUENTA	**Red de Salud del Norte ESE**			**Red de Salud del Suroriente ESE**			**TOTAL RED DE SALUD PÚBLICA**		
	Saldo Dic-31-09	**Saldo Dic-31-12**	**Variac.**	**Saldo Dic-31-09**	**Saldo Dic-31-12**	**Variac.**	**Saldo Dic-31-09**	**Saldo Dic-31-12**	**Variac.**
ACTIVO CORRIENTE	2.729,8	2.626,8	-3,8%	3.650,6	2.699,4	-26,1%	30.997,6	34.351,1	10,8%
ACTIVO NO CORRIENTE	8.792,9	10.567,5	20,2%	1.358,4	2.399,0	76,6%	69.290,9	76.003,3	9,7%
TOTAL ACTIVO	11.522,7	13.194,3	14,5%	5.009,0	5.098,4	1,8%	100.288,5	110.354,5	10,0%
PASIVO CORRIENTE	2.879,5	2.577,0	-10,5%	827,3	1.497,6	81,0%	20.101,5	16.235,0	-19,2%
PASIVO NO CORRIENTE	3,1	143,6	0,0%	1.313,7	546,3	0,0%	1.316,8	989,9	0,0%
TOTAL PASIVO	2.882,6	2.720,6	-5,6%	2.141,0	2.043,9	-4,5%	21.418,4	17.224,9	-19,6%
TOTAL PATRIMONIO	8.640,1	10.473,7	21,2%	2.868,0	3.054,5	6,5%	78.870,2	93.129,6	18,1%

Fuente: Rendición SIA



Se observa que en el consolidado de las Empresas Sociales del Estado, se presenta un equilibrio entre las cuentas que estructuran el Balance General, el cual una vez efectuado el análisis horizontal y vertical, se determina que en la vigencia 2009 - 2012, los activos corrientes, presentaron un incremento promedio del 5%, al mostrar una variación absoluta de $658.3 millones, que obedece al incremento en las cuentas por cobrar por mayor facturación en venta de servicios de salud y, en algunos casos a los saldos en efectivo disponibles al cierre de cada vigencia fiscal, situación que permite deducir que las ESE´s, han contado con un flujo de caja suficiente para cubrir obligaciones a corto plazo.

Ahora bien, comparado el total del activo consolidado se observa una variación de $10.066 millones, que equivale al 10% de incremento en el cuatrenio, lo cual obedece a la adquisición y mejora de la propiedad planta y equipo.

Durante la vigencia objeto del estudio, los pasivos consolidados presentan una disminución de 20%, pasando de $21.418 millones a $17.224 millones, lo cual refleja que la situación de las redes de salud han presentando una disminución representativa, sin embargo, es pertinente señalar que el peso de los pasivos a corto plazo que ascienden a $16.234 millones y representa el 94.25% del total, podría afectar la liquidez de las empresas, debido a su corta exigibilidad.

Respecto del patrimonio, el consolidado de las ESE´s, representa un 84.39%, sobre el total de sus activos, lo que obedece a que los pasivos disminuyeron en el cuatrenio, las entidades aumentaron su propiedad planta y equipo y adicionalmente, al patrimonio público institucional le fueron incorporados los bienes muebles e inmuebles de propiedad del municipio de Santiago de Cali.

RED DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
Variación Estado de Actividad Financiera Económica, Social y Ambiental 2009-2012
Cifras en millones de $

CUENTA	Red de Salud del Oriente ESE			Red de Salud de Ladera ESE			Red de Salud del Centro ESE		
	Saldo Dic-31-09	Saldo Dic-31-12	Variac.	Saldo Dic-31-09	Saldo Dic-31-12	Variac.	Saldo Dic-31-09	Saldo Dic-31-12	Variac.
INGRESOS OPERACIONALES	38.774,8	50.870,6	31,2%	23.163,2	28.192,5	21,7%	14.808,4	22.155,0	49,6%
COSTOS DE VENTAS Y OPERACIÓN	20.578,6	26.102,5	26,8%	21.312,7	21.955,1	3,0%	11.960,8	14.673,0	22,7%
GASTOS OPERACIONALES	13.841,7	11.119,8	-19,7%	1.801,1	5.141,1	185,4%	4.329,1	7.567,6	74,8%
EXCEDENTE (DÉFICIT) OPERACIONAL	4.354,5	13.648,3	213,4%	49,4	1.096,3	2118,8%	-1.481,4	-85,7	94,2%
INGRESOS NO OPERACIONALES	3.260,6	804,0	-75,3%	1.905,8	455,0	-76,1%	2.130,3	10.732,1	403,8%
GASTOS NO OPERACIONALES	7.992,3	8.601,8	7,6%	2.837,1	542,9	-80,9%	988,9	10.080,7	919,4%
EXCEDENTE (DÉFICIT) DEL EJERCICIO	-377,3	5.850,5	1650,8%	-881,9	1.008,5	214,4%	-340,0	565,8	266,4%

Fuente: Rendición SIA

RED DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI									
Variación Estado de Actividad Financiera Económica, Social y Ambiental 2009-2012									
Cifras en millones de $									
CUENTA	**Red de Salud del Norte ESE**			**Red de Salud del Suroriente ESE**			**TOTAL RED DE SALUD PÚBLICA**		
	Saldo Dic-31-09	**Saldo Dic-31-12**	**Variac.**	**Saldo Dic-31-09**	**Saldo Dic-31-12**	**Variac.**	**Saldo Dic-31-09**	**Saldo Dic-31-12**	**Variac.**
INGRESOS OPERACIONALES	15.756,6	14.394,0	-8,6%	6.138,0	8.795,1	43,3%	98.641,1	124.407,2	26,1%
COSTOS DE VENTAS Y OPERACIÓN	7.198,2	10.186,5	41,5%	3.355,3	4.825,4	43,8%	64.405,6	77.742,5	20,7%
GASTOS OPERACIONALES	7.523,8	6.120,8	-18,6%	2.509,7	3.334,0	32,8%	30.005,3	33.283,4	10,9%
EXCEDENTE (DÉFICIT) OPERACIONAL	1.034,7	-1.913,3	-284,9%	273,1	635,7	132,8%	4.230,1	13.381,3	216,3%
INGRESOS NO OPERACIONALES	-547,0	4.432,0	910,3%	283,1	1.602,8	466,1%	7.032,9	18.025,9	156,3%
GASTOS NO OPERACIONALES	570,7	2.418,5	323,8%	77,4	1.972,7	2449,6%	12.466,3	23.616,6	89,4%
EXCEDENTE (DÉFICIT) DEL EJERCICIO	-83,0	100,2	220,6%	478,8	265,8	-44,5%	-1.203,3	7.790,6	747,4%

Fuente: Rendición SIA

Los excedentes operacionales durante el periodo 2009 a 2012, de las ESE´s, han tenido un comportamiento oscilante de $3.345 millones promedio por año, es decir han generado una rentabilidad del 2.69% anual. Es importante destacar que dichos excedentes generaron utilidades en desarrollo de su objeto misional, en razón a la disminución de los gastos, significando que en este cuatrenio los excedentes operacionales obedecen en buena parte o fueron generados por los márgenes de contratación.

Durante el tiempo objeto del presente estudio, los excedentes del ejercicio acumulados han sido significativos, toda vez que han presentado un superávit, sin embargo, es necesario precisar que al comparar el 2009, se presentaba un déficit acumulado de $ -1.203 millones, pero al cierre de la vigencia 2012 se observa un superávit de $7.791 millones, lo que equivale a una variación de 747.40%.

3.3 INDICADORES FINANCIEROS

Para la evaluación de la gestión financiera, se aplicaron indicadores que permiten determinar la viabilidad y capacidad financiera de las Empresas Sociales del Estado ESE´s, que conforman la Red de Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali. Para su análisis se tomaron como base los estados financieros presentados por las entidades en las vigencias 2009 al 2012, lo anterior con el propósito de tener un comparativo que determine el comportamiento y sus resultados.

3.3.1 Razones de liquidez

A través de éstas se identifica el grado o índice de liquidez y solvencia con que cuenta la Red de Salud Pública del Municipio, para ello se presentan los siguientes indicadores:

- ✓ **Indice de Solvencia*:*** Para el caso que nos ocupa este nos indica que en promedio la capacidad de pago excede 6.41 veces las obligaciones de corto plazo, es decir que los pasivos se encuentran cubiertos en algo más de 3 veces del activo circulante.

- ✓ **Capital neto de trabajo:** Se determina restando los activos corrientes al pasivo corriente. Se supone que en la medida en que los pasivos corrientes sean menores a los activos corrientes.

Activo corriente - Pasivo corriente

$34.351.140 - $16.234.959 = $18.116.181

Con lo anterior se determina que el índice de insolvencia que tienen las empresas sociales del estado, para el periodo del estudio, presentan estabilidad financiera para hacer frente a las obligaciones a corto plazo.

- ✓ **Prueba ácida.** Es un índice de solvencia más exigente en la medida en que se excluyen los inventarios del activo corriente.

$$\frac{\text{Activo corriente} - \text{Inventarios}}{\text{pasivo corriente}}$$

$$\frac{\$34.351.140 - \$3.847.688}{\$16.234.959} = 1.88$$

Dado lo anterior, a través de este indicador se muestra que la situación de las entidades es aceptable, pues cuentan con suficiencia para cubrir sus obligaciones.

Rotación de cartera. Es el mismo indicador conocido como rotación de cuentas por cobrar, que busca identificar el tiempo que le toma a la empresa convertir en efectivo estas cuentas que hacen parte del activo corriente. Las cuentas por cobrar son recursos inmovilizados que están en poder de terceros y que representan algún costo de oportunidad.

Rotación de cartera: Indica este resultado que en promedio las Redes de salud, tiene una rotación de su cartera, cada 45 días.

Cartera Vencida: El indicador mide la cartera actual vencida sobre la cartera vigencia anterior vencida, lo cual en promedio las ESE´s han disminuido notablemente en un 43%, debido a la regulación en los pagos y a la nueva disposición que introdujo la reglamentación de hacer los giros directos a las EPS´s e IPS´s.

3.3.2 Razón de endeudamiento

La razón de endeudamiento permite identificar el grado de endeudamiento que tienen las Empresas Sociales del Estado E.S.E´s, y su capacidad para asumir cada uno de sus pasivos:

- ✓ **Razón de endeudamiento.** Mide la proporción de los activos que están financiados por terceros. Los activos de una empresa son financiados o bien por los socios o bien por terceros (proveedores o acreedores), que para este caso presenta el siguiente resultado:

$$\frac{\text{Pasivo total}}{\text{Activo total}}$$

$$\frac{\$17.224.875}{\$110.354.491} = 0.16$$

En promedio las ESE`s, han financiado sus activos en un 0.16%, con recursos de terceros.

3.3.3 Razones de rentabilidad

El Margen bruto de utilidad es la razón financiera con la que se mide el nivel o grado de rentabilidad que obtienen las Empresas Sociales del Estado E.S.E.´s, ya sea con respecto a las ventas, al monto de los activos de cada una de las empresas o al capital aportado por los socios.

- ✓ **Margen bruto de utilidad.** Esta fórmula financiera mide el porcentaje de utilidad logrado por la empresa después de haber cancelado las mercancías o existencias:

$$\frac{\text{Ventas} - \text{Costo de ventas}}{\text{Ventas}}$$

$$\frac{\$124.407.200 \quad - \quad \$77.742.500}{\$124.407.200} = 0.38$$

Las entidades presentan un comportamiento bajo, toda vez que al cierre de la vigencia 2012, han producido utilidades resultantes del desarrollo de su objeto social, situación que se viene dando por el mayor ingreso en la facturación y a la reducción de los gastos operativos. Ahora bien, se debe tener en cuenta que este incremento se produce en gran medida a los márgenes de contratación

4 CONCLUSIONES

- El tema de la salud en la ciudad de Santiago de Cali, ha tenido avances significativos, no sólo con relación a la cobertura para la población pobre no asegurada, sino también en la calidad de la prestación del servicio, situación que ha sido verificada por el organismo de control, a través de las distintas auditorías a las empresas sociales del estado y que implica mejoras en la infraestructura, adquisición de equipos y personal médico.

- Las Empresas Sociales del Estado cuentan con oficinas de atención al usuario, organizaciones de usuarios, aplican el sistema de control interno y evalúan la calidad del servicio a través del PAMEC (Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud).

- Estadísticamente para el cumplimiento de los planes y programas, quedan pendientes temas por resolver como el embarazo en adolescentes, violencia juvenil, sífilis, tuberculosis y dengue, este último con cifras lideradas por la ciudad de Cali, para los cuales la administración municipal y las ESE´s, tendrán que colocar especial interés hacia el alcance de metas más significativas.

- Se siguen presentando deficiencias en el funcionamiento de la tecnología biométrica (huella digital) y sistematización de la historia clínica con relación a la programación establecida por las IPS´s de las Empresas Sociales del Estado, las cuales tenían establecida como meta, tener a la población usuaria 100% digitalizada a diciembre 31 de 2011

- Las Redes de Salud del Norte, Sur oriente y Ladera E.S.E.´s, operaron en situación deficitaria al cierre de la vigencia 2012, lo anterior obedece a que soportan el desbalance de la estructura financiera en la cartera que crece casi al mismo ritmo de los ingresos, observándose que el 50% de la cartera a

diciembre 31 de 2012 presenta vencimientos entre 180 y más de 360 días, siendo el margen de eficiencia muy bajo por superar el 10%, que es el rango establecido para este tipo de cartera y sus vencimientos.

- Las empresas sociales del estado ESE´s, que conforman la Red de Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali, no han implementado el sistema de costos a través de los aplicativos adquiridos para el manejo de los estados financieros que incluyen los costos por servicios y actividades para cada una de las IPS´s, donde se prestan los servicios de salud; situación que no permite valorar y analizar el costo de estos por cada uno de los puestos y centros de salud, condición está que ha sido identificada por este órgano de control en ejercicios anteriores.

Fin del Estudio macro

CONSTANZA GUZMÁN ALBÁN
Directora Técnica ante el Sector Salud