

TRANSFORMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE  
SERVICIOS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) DEL INSTITUTO DE SEGURO  
SOCIAL (ISS), EN EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE)

# Informe de relatoría del Taller de Expertos

Villa Santa María de Usaquén, Septiembre 17 de 2003

## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Desarrollo</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Presentaciones de instalación</b> .....	<b>8</b>
3.1. Responsabilidades y compromisos del ISS en la transformación y riesgos de la escisión. Presentación del doctor Héctor José Cadena, Presidente del ISS.....	8
3.2. Objetivos y recursos del Ministerio de la Protección Social para la transformación de las IPS del ISS. Doctor Juan Gonzalo López, Viceministro de Salud .....	10
3.3. Retos de las Empresas Sociales del Estado. Doctor Jaime Posada, Gerente ESE Policarpa Salavarrieta, Región Centro.....	11
<b>4. Presentaciones temáticas</b> .....	<b>12</b>
4.1. Elementos del mercado de las ESE del ISS en cada una de las regiones y ajuste de la oferta a la demanda de las poblaciones. Presentación de la doctora Margarita Carmona, Consultora ISS. ....	12
4.2. Situación financiera inicial de las IPS para su transformación en ESE. Presentación del doctor Gabriel Acevedo, Consultor ISS: .....	21
4.3. Situación de la gestión de las IPS ISS (costos, facturación, auditoría, compras y suministros, contratación, recursos humanos y sistemas de información) y necesidades prioritarias para su transformación. (Información del Estudio de McKinsey & Company e Integrar). Presentación de la doctora Ximena Gutiérrez, Asesora de Presidencia ISS .....	34
4.4. Resultados de la habilitación en las clínicas del ISS. Doctor Nodier Martín Ferro, Asesor de la ESE Bogotá.....	40
4.5. Resultados de la habilitación en los Centros Ambulatorios de Atención del ISS. Doctor Rafael Arboleda, Gerente Nacional de Calidad, ISS. ....	42
<b>5. Conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>48</b>

## Índice de tablas

Tabla 1: Orden del Día del Taller de Expertos: Transformación de las IPS del ISS en Empresas Sociales del Estado. Septiembre 17 de 2003 .....	6
Tabla 2: Conformación de las siete Empresas Sociales del Estado, ESE .....	13
Tabla 3: Distribución comparativa entre los afiliados del régimen contributivo y los afiliados del ISS por grupos de edad .....	14
Tabla 4: Distribución de la oferta de servicios por ESE y niveles de complejidad. ....	15
Tabla 5: Distribución de la oferta pública de media y alta complejidad por regiones. ....	15
Tabla 6: Costo total de la planta de personal del ISS, por conceptos en el 2002 .....	18
Tabla 7: Comparativo de actividades realizadas en las instituciones del ISS de II y III nivel de complejidad entre 1997 y 2002. ....	35
Tabla 8: Capacidad instalada y distribución de empleados por camas en el tercer nivel del ISS .....	37
Tabla 9: Número y porcentaje de incumplimiento por servicios asistenciales en los CAA previo a la declaratoria de habilitación. ....	43

## Índice de gráficas

Gráfico 1: Distribución de la población del ISS en las ESE regionales.....	13
Gráfico 2: Distribución del recurso humano por tipo de vinculación en el ISS.....	16
Gráfico 3: Distribución del recurso humano por nivel jerárquico en el ISS. ....	16
Gráfico 4: Concentración de médicos por número de afiliados en las ESE .....	17
Gráfico 5: Distribución del recurso humano por ESE y asignación institucional.....	17
Gráfico 6: Promedio de días de espera para atención en el ISS .....	19
Gráfico 7: Represamiento de cirugías por especialidades en el ISS, año 2002 .....	19
Gráfico 8: Proyección de la composición de los ingresos y los gastos operacionales y de pensiones del ISS antes de la escisión hasta el 2010.....	21
Gráfico 9: Proyección de la utilidad del ISS antes de la escisión hasta el 2010. ....	22
Gráfico 10: Proyección del patrimonio del ISS antes de la escisión hasta el 2010.....	22
Gráfico 11: Plan de inversiones del ISS para las ESE durante el 2003, 2005 y 2005. Escenario conservador.....	24
Gráfico 12: Composición de los gastos para viabilidad de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador.....	24
Gráfico 13: Relación de ingresos y gastos para viabilidad de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador.....	25
Gráfico 14: Proyecciones de utilidad neta de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador. ....	25
Gráfico 15: Proyecciones de caja de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador.....	26
Gráfico 16 Proyecciones de patrimonio de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador. ....	26
Gráfico 17: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Caribe, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.....	27
Gráfico 18: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región del Eje Cafetero, entre 2004 y 2010. Escenario conservador. ....	28

Gráfico 19: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Sur Occidental, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.....	29
Gráfico 20: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Nororiental, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.....	30
Gráfico 21: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Noroccidental, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.....	31
Gráfico 22: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Centro, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.....	32
Gráfico 23: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Bogotá, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.....	33
Gráfico 24: Ajuste de la planta de personal de planta y por contratos civiles entre 1997 y 2002.....	35
Gráfico 25: Proyecciones de rentabilidad de las principales clínicas del ISS comparativa con y sin costos de jubilación para el 2002.....	36
Gráfico 26: Proyecciones de facturación y gastos de funcionamiento, personal, generales y transferencias corrientes por cama, entre las principales IPS de III nivel, aplicando y sustrayendo costos de jubilación, para el 2002.....	37
Gráfico 27: Proyecciones de facturación y gastos totales por cama, entre las principales IPS de III nivel, aplicando y sustrayendo costos de jubilación, para el 2002.....	38
Gráfico 28: Compras de medicamentos e insumos en el ISS entre 1998 y 2002.....	39
Gráfico 29: Plan de inversión por aspectos para la habilitación de las IPS del ISS. (cifras en miles de pesos).....	40
Gráfico 30: Plan de inversión por regionales para la habilitación de las IPS del ISS. (cifras en miles de pesos).....	41
Gráfico 31: Porcentaje de incumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación por departamentos, previo a la declaración de habilitación.....	42
Gráfico 32: Número de servicios que incumplen los requisitos mínimos de habilitación por causales a abril de 2003.....	43

## 1. Introducción

El Taller de expertos: Transformación de las IPS del Instituto de Seguro Social, ISS, en Empresas Sociales del Estado fue promovido por la Fundación Corona como parte del programa de seguimiento al sector salud y contó con el apoyo del ISS y del Ministerio de la Protección Social. Se enmarca en el interés de la Fundación por apoyar el desarrollo y eficiencia del sector salud para el beneficio de la población colombiana y fue realizado el 17 de septiembre de 2003 en la Villa Santa María de Usaquén, en la ciudad de Bogotá.

Una vez el gobierno nacional tomó la decisión de reestructurar el ISS y convertir las 37 clínicas y los 204 centros ambulatorios de atención (CAA) de su propiedad, en siete Empresas Sociales del Estado, ESE, de carácter público y regional, adscritas al Ministerio de la Protección Social, el mayor reto está en la consolidación y sostenibilidad de estas entidades.

Esta escisión implicó la separación de la prestación de servicios de salud de los negocios de aseguramiento, pensiones y riesgos profesionales del ISS. Una vez analizados los diferentes aspectos de la escisión, la Fundación consideró que la transformación de las IPS en ESE era uno de los puntos más críticos de la escisión no solo por lo que implica en términos de gestión y financiamiento, sino por la exposición de la población al riesgo de no contar con una oferta de servicios suficiente, especialmente en algunas regiones del país.

El objetivo propuesto para este taller, fue el de generar recomendaciones útiles para el proceso de transformación de las IPS del ISS que en Empresas Sociales del Estado, ESE, teniendo en cuenta la importancia de mantener el acceso de la población a los servicios de salud; como objetivos específicos se planearon:

1. Evaluar las condiciones de inicio de las nuevas ESE para identificar fortalezas y oportunidades para una transformación exitosa;
2. Identificar los temas de gestión que resultan prioritarios para la transformación de las IPS en ESE y proponer estrategias para su desarrollo.
3. Definir algunos indicadores trazadores que permitan hacer seguimiento al proceso de transformación.

Para el cumplimiento de estos objetivos se contactó a los expertos que realizaron o contribuyeron con los estudios previos a la separación de las IPS del ISS, así como a aquellos funcionarios del ISS que en su momento, fueron responsables por el proceso de habilitación, de tal manera que se recogiera la mayor cantidad de información relevante para la consolidación de estas nuevas ESE.

## 2. Desarrollo

Para ilustrar previamente a los participantes del taller, la Presidencia del ISS preparó el documento "Situación de las Clínicas y Centros de Atención Ambulatoria del ISS antes de la creación de las Empresas Sociales del Estado".

El taller fue realizado el 17 de septiembre y contó con un total de 47 asistentes entre los que se encontraron el Viceministro de Salud y el Presidente del ISS, altos directivos de las dos entidades, el grupo constituido por el Ministerio de la Protección Social para dirigir y apoyar la consolidación de las ESE, los siete gerentes de estas entidades, funcionarios del Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación (DNP) expertos en salud, asesores del Banco Mundial y el BID y expertos del sector en aseguramiento, gestión hospitalaria y sistemas de información.

Para cubrir los diferentes temas de interés se observó el siguiente orden del día:

**Tabla 1: Orden del Día del Taller de Expertos: Transformación de las IPS del ISS en Empresas Sociales del Estado. Septiembre 17 de 2003**

<b>INSTALACION Y MARCO GENERAL</b>	
Bienvenida e introducción	Jorge H. Cárdenas, Director Ejecutivo, Fundación Corona
Responsabilidades y compromisos del ISS en la transformación y riesgos de la escisión.	Héctor J. Cadena Presidente ISS
Rol, objetivos y recursos del Ministerio de la Protección Social para la transformación de las IPS del ISS	Juan Gonzalo López Viceministro de Salud
Retos de las ESE	Jaime Posada, Gerente ESE C/marca, Policarpa Salavarrieta
<b>PRODUCCIÓN Y MERCADO</b>	
Elementos del mercado de las ESE ISS en cada una de las regiones y ajuste de la oferta a la demanda de las poblaciones.	Margarita Carmona, Consultora
<b>ASPECTOS FINANCIEROS</b>	
Situación financiera inicial de las IPS para su transformación en ESE	Gabriel Acevedo, Consultor Incorbank
<b>GESTIÓN</b>	
Situación de la gestión de las IPS ISS y necesidades prioritarias para su transformación.	Ximena Gutiérrez, Asesora de Presidencia del ISS
<b>CALIDAD</b>	
Resultados de la habilitación en las IPS del ISS, contenido de los planes de cumplimiento y costos en las clínicas y Centros ambulatorios de atención –CAA	Nodier Martín Ferro, Ex director de Planeación del ISS
	Rafael Arboleda, Gerente Nacional de Calidad EPS ISS

Una vez concluidas las presentaciones, los asistentes se dividieron en dos grupos de trabajo que tenían por objeto analizar la información y generar recomendaciones para facilitar el proceso de transformación.

La primera mesa de trabajo fue coordinada por el doctor Julio Portocarrero del Centro de Gestión Hospitalaria y se dedicó al análisis de los temas de Gestión y Calidad. La segunda, coordinada por el doctor José Fernando Arias del DNP, se enfocó en los temas financieros y de mercado. Al finalizar la sesión, fue nombrada una comisión relatora para la elaboración del informe final.

En el siguiente capítulo se relatan las diferentes ponencias y las conclusiones y recomendaciones del evento.

### 3. Presentaciones de instalación

#### 3.1. Responsabilidades y compromisos del ISS en la transformación y riesgos de la escisión. Presentación del doctor Héctor José Cadena, Presidente del ISS

Quiero agradecer a la Fundación Corona por haber patrocinado este taller de expertos, y a los asistentes por colaborar con el fortalecimiento de las ESE creadas a través del Decreto - Ley 1750 del 26 de junio de 2003. Es de gran importancia para el Instituto de Seguros Sociales que surjan de éste taller recomendaciones útiles para el proceso de transformación, de tal manera que se garantice el acceso de la población a los servicios de salud que prestan estas entidades en las diferentes regiones del país.

La situación encontrada en el ISS al comienzo de esta administración, se caracterizaba por una serie de problemas que comprometían el futuro del Instituto de Seguro Social. Entre ellos cabe mencionar los siguientes: 1) disminución progresiva de afiliados; 2) costos fijos elevados; 3) disminución de los ingresos relacionada con las dificultades en la compensación, la evasión y la elusión; 4) mayores gastos en salud por fallas en la comprobación de derechos y concentración de usuarios con enfermedades de alto costo; 5) deudas acumuladas por la compra de servicios de salud de años anteriores; 6) carencia de una estrategia de mercadeo y de una fuerza de ventas; y 7) déficit financiero operacional en salud.

Las causas de este panorama se venían agudizando desde hace varios años y se deben, en términos generales, a la inflexibilidad del ISS para adaptarse a la Ley 100 de 1993 que derivó en otro de los hechos que agudizaron su situación como fue la sanción impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud en 1998 a la EPS, que prohibía realizar nuevas afiliaciones, realizar acciones de mercadeo de servicios e inversiones. Por otro lado, el ISS al igual que las demás instituciones del país, ha sufrido las consecuencias de la recesión económica; se enfrenta a problemas por deficiencia en sus sistemas de información y los del sector; la entidad ha sido sometida por largo tiempo a la selección adversa y a la afiliación de pacientes con enfermedades de alto costo, para lo cual no existen políticas públicas claras; presenta serios problemas estructurales derivados del pasivo pensional ó jubilados ISS patrono; y por último, tiene serios problemas de gestión para atender las diferentes actividades.

Las perspectivas financieras del ISS para el 2003 obligaban a tomar decisiones so pena de tener que plantear alternativas diferentes a las tomadas en el pasado para la EPS - ISS. Se debía disminuir el déficit operacional inducido por la reducción de ingresos y de afiliados. El déficit corriente de 1998 y 2000 fue cubierto con los rendimientos financieros del Instituto, mientras que el déficit de 1999, 2001 y 2002, se financió con aportes de la Nación.

De acuerdo con lo establecido en el Decreto - Ley 1750 del 26 de junio de 2003 que define la escisión, el ISS se dedicará a promover la afiliación al régimen de pensiones de prima media con prestación definida, a riesgos profesionales y al Régimen Contributivo en salud. La prestación de los servicios por su parte, estará a cargo de siete Empresas Sociales del Estado que atenderán a los afiliados presentes y futuros del Instituto. En la búsqueda de la viabilidad de

esta red prestadora de servicios de salud, las 37 clínicas y los 204 CAA fueron distribuidos por regiones, asignando a cada una de ellas, centros de los diferentes niveles de complejidad de la atención en salud.

Los compromisos del ISS para con las ESE se consolidan en dos convenios inter - administrativos: el primero, establece la compra de servicios de salud, por un término de 36 mESE, teniendo en cuenta el portafolio de servicios de cada ESE. El segundo convenio, prevé el apoyo administrativo con los siguientes objetivos: i) soporte informático para el procesamiento de la nómina de los servidores públicos de las ESE, ii) apoyo tecnológico para el fortalecimiento del sistema de información gerencial de las clínicas, la modernización y reorientación de la gestión administrativa y hospitalaria de clínicas y CAA, junto con la aplicación de una solución financiera y administrativa para las ESE a través de un proyecto piloto; iii) apoyo administrativo por el cual el ISS continuará ejecutando los contratos suscritos por él para el funcionamiento administrativo de la ESE, con excepción de la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión celebrados por la anterior Vicepresidencia de IPS, los cuales continuarán por cuenta de la ESE.

A las ESE les compete la celebración de los contratos que se requieran para la prestación eficiente de los servicios de salud. En el mediano plazo, la EPS ISS comprará los servicios de salud para sus afiliados, posiblemente bajo el siguiente esquema de contratación: servicios de baja complejidad por capitación; servicios de mediana complejidad por actividad o evento; y de alta complejidad por facturación a tarifas ISS. Los ingresos de las ESE dependerán además del ISS, de la venta de servicios a otras EPS, ARS y entes territoriales.

Por último, se menciona la posibilidad de mantener convenios para la compra unificada de insumos y medicamentos hospitalarios, a través de la subasta a la baja que inició el ISS, con buenos resultados.

### 3.2. Objetivos y recursos del Ministerio de la Protección Social para la transformación de las IPS del ISS. Doctor Juan Gonzalo López, Viceministro de Salud

Los principales aspectos enunciados por el Señor Viceministro de Salud, Doctor Juan Gonzalo López, fueron los siguientes:

Como resultado de la escisión de la red de prestadores del ISS, esta red debió convertirse en siete Empresas Sociales del Estado que deben tender a ser instituciones autónomas, articuladas entre ellas, que comparten información y resuelven conjuntamente sus problemas y deficiencias de gestión, que atienden efectivamente los problemas de salud de sus usuarios y responden a los requerimientos de sus compradores. Adicionalmente, estas ESE se articulan con los demás prestadores de servicios de salud que conforman la oferta pública y privada en donde además, compiten por la prestación de los servicios de salud.

Para alcanzar esta visión, deberán adelantar su gestión al menos en los siguientes aspectos:

1. Estructurar su información sobre costos, perfil epidemiológico y necesidades de sus usuarios;
2. Redefinir su modelo de gestión tomando como temas relevantes los costos, los suministros y el manejo del recurso humano, entre otros;
3. Definir claramente sus indicadores de gestión para que sus juntas directivas, hagan un seguimiento estricto de sus avances o retrocesos;
4. Diseñar planes de mercado tanto para el ISS como para el resto de entidades compradoras de servicios de salud;
5. Definir mecanismos de articulación con el resto de los prestadores que conforman la red de públicos y privados;
6. Cumplir con los requisitos de habilitación;
7. Definir un modelo de atención para la población, que les permita competir y optimizar sus recursos.

Este proceso va a implicar la toma de decisiones por parte del Ministerio y los gobiernos locales, evaluando el universo de la oferta de servicios, lo que puede implicar el análisis de la viabilidad de algunas de las IPS que conforman estas ESE. Éstas a su vez, tienen por objeto social, "prestar el mejor servicio al usuario, con un uso razonable de los recursos y con criterios de responsabilidad social"

El Ministerio asume como compromisos el de apoyar el proceso de transformación con el equipo para ello dispuesto y los demás recursos a su alcance, hacer seguimiento de los avances y resultados del proceso y tomar las decisiones que se requieran en el momento oportuno.

### 3.3. Retos de las Empresas Sociales del Estado. Doctor Jaime Posada, Gerente ESE Policarpa Salavarrieta, Región Centro.

El doctor Posada asume la vocería de los Gerentes de las nuevas ESE y plantea los siguientes como los principales retos a los que se enfrentan estas Entidades.

En primer lugar, establece que la consolidación de las ESE como Entidades autónomas implica un gran compromiso con el país, con las personas que laboran en ellas y principalmente con los usuarios. Asumir este compromiso es un gran reto para el que resulta indispensable conocer y dominar el negocio de la prestación de los servicios de salud en el nuevo contexto, sus recursos, su organización y los criterios de eficiencia que deben alcanzar.

Para conocer el negocio, se debe profundizar en varios aspectos:

1. Por un lado es necesario recopilar y estudiar la información sobre la nueva relación de las ESE con el ISS y concretar o hacer explícitos aquellos aspectos en los que puedan encontrarse vacíos;
2. Es necesario reconocer el contexto del sector público en donde ahora se ubican como redes de prestadores de servicios de salud e identificar desde allí, las múltiples responsabilidades y retos que este contexto implica;
3. Por último y tal vez el mayor reto de estas Entidades, es su obligación establecer relaciones de mercado que no conocen y que pueden determinar su supervivencia. Con estos tres elementos en mente, se debe determinar el direccionamiento de las ESE.

El reto de su direccionamiento es posicionarse como “empresas públicas con componente gerencial”. Para llegar allí, las ESE deberán desarrollar modelos de administración y de prestación de servicios que para poder ser implementados, tendrán que cambiarse aspectos de la cultura, de la estructura y de los procesos, modificarse los sistemas de medición; de hecho, los resultados esperados son muy diferentes a lo que existía. Estas modificaciones, además de afectar los resultados deben simplificar el trabajo y disminuir los costos de operación en estas instituciones.

Pero, simplificar el trabajo y reducir costos no son consecuencias que se generen espontáneamente. Lograr estos efectos implica acciones definidas y deliberadas que se aplican sistemáticamente a los diferentes procesos y definir la dimensión justa entre los recursos que se utilizan para ofrecer servicios de salud y las condiciones de calidad y eficiencia que enmarcan el nuevo entorno.

Para encontrar el equilibrio de la operación de estas nuevas ESE, hay que identificar lo que se tiene, lo que funciona y lo que se necesita. Como resultado, es de esperarse que se ajusten tanto las acciones de producción (servicios de salud) como los de apoyo administrativo. Con la infraestructura física, debe definirse la relación de equilibrio con las necesidades de los clientes de estas redes y mejorar las condiciones para ellos, garantizando la oferta pero bajo un nuevo esquema: el de una red de servicios. Finalmente lo que se espera es que estas ESE sean viables económicamente y puedan sostenerse en el cumplimiento de su misión social.

## 4. Presentaciones temáticas

4. 1. Elementos del mercado de las ESE del ISS en cada una de las regiones y ajuste de la oferta a la demanda de las poblaciones. Presentación de la doctora Margarita Carmona, Consultora ISS.

### i. Aspectos Generales

A manera de introducción, se presentan algunos antecedentes de las IPS que formaban parte de la red del ISS y que hoy deben consolidarse como ESE. Estos antecedentes son importantes en la medida en que reflejan el estado de la operación en la gran mayoría de estas entidades, que son objeto de nuestra observación y análisis.

El Instituto de Seguros Sociales, que hasta la expedición de la Ley 100 no tenía competencia en el mercado, pierde su condición dominante y debe entrar a competir con el sector privado. Sin embargo a diez años de expedida la ley, la viabilidad del ISS en el negocio de salud esta seriamente comprometida; los afiliados al ISS se han ido retirando y de más de ocho millones que reporta en 1997, hoy sus afiliados no sobrepasan los tres millones.

Vale la pena resaltar que la operación de las IPS ha sido siempre soportada por el ISS y que su dimensión, complejidad y servicios pretendían responder a las necesidades de prestación de servicios del ISS asegurador, integrado verticalmente con sus prestadores.

A pesar de las dificultades relacionadas con el sistema de información, es posible asegurar que los resultados operacionales de estas IPS dentro del ISS venían siendo deficitarios. Las razones para ello son esa misma debilidad en los sistemas de información, una gran infraestructura subutilizada, una carga prestacional y pensional elevadas y múltiples deficiencias de carácter organizacional y de gestión.

Mediante el Decreto Ley 1750 de junio de 2003 el Gobierno Nacional escinde la prestación de servicios de salud del Instituto de Seguros Sociales y crea siete Empresas Sociales del Estado, con cobertura regional, adscritas al Ministerio de la Protección Social. Cada una de estas empresas asume las clínicas y los centros de atención ambulatoria ubicados en su región, con lo cual la mayoría de ellas cuentan con IPS en los tres niveles de complejidad.

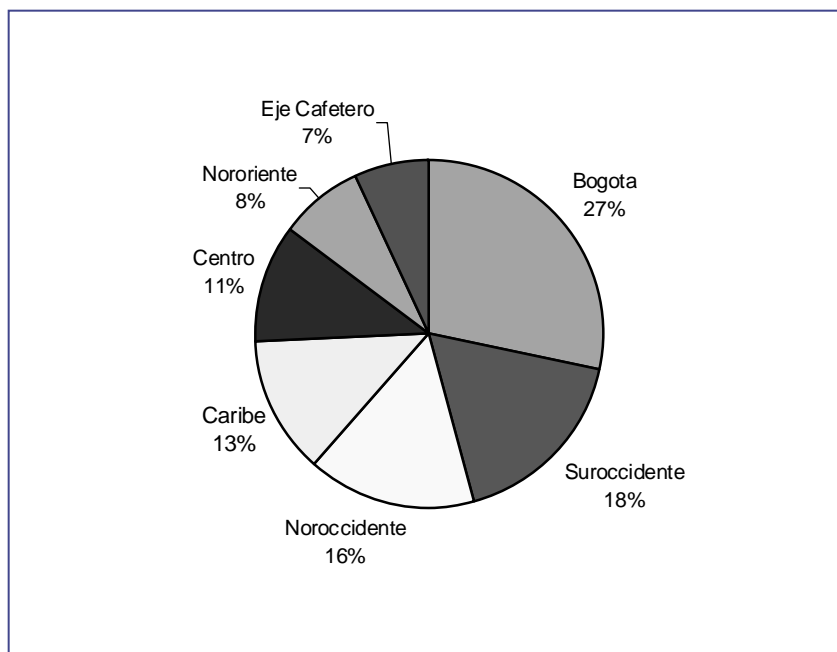
Tabla 2: Conformación de las siete Empresas Sociales del Estado, ESE

ESE	Región	Departamentos de influencia	Sede
Rafael Uribe Uribe	Noroccidente	Antioquia, Córdoba, Chocó	Medellín
José Prudencia Padilla	Caribe	Atlántico, Bolívar, Sucre, Cesar, Magdalena, Guajira, San Andrés	Barranquilla
Antonio Nariño	Suroccidente	Valle, Cauca, Nariño, Putumayo	Cali
Luis Carlos Galán Sarmiento	Bogotá	Bogotá	Bogotá
Policarpa Salavarrieta	Centro	Cundinamarca, Boyacá, Tolima, Huila, Meta, Casanare, Caquetá	Bogotá
Francisco de Paula Santander	Nororiente	Santander, Norte de Santander, Arauca	Cúcuta
Rita Arango del Pino	Eje Cafetero	Risaralda, Caldas, Quindío	Pereira

## ii. Población del ISS

Teniendo en cuenta que el decreto en mención establece la obligación del ISS de contratar con estas instituciones hasta por tres años, la prestación de servicios de salud, la población objetivo inicial de las nuevas ESE se estima en 2.920.000 afiliados, de los cuales 1.351.060 son cotizantes y 1.568.940 beneficiarios, con una densidad familiar de 2.09, inferior a la observada en el régimen contributivo de 2.40.

Gráfico 1: Distribución de la población del ISS en las ESE regionales



La distribución entre los diferentes grupos de edad, muestra diferencias significativas con la distribución de la población afiliada a otras EPS. La más significativa de estas diferencias es la proporción de mayores de 60 años en el ISS, la cual duplica el promedio nacional en el régimen contributivo, teniendo una incidencia directa sobre el nivel de gasto en servicios de salud. La distribución se observa en el siguiente cuadro:

**Tabla 3: Distribución comparativa entre los afiliados del régimen contributivo y los afiliados del ISS por grupos de edad**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Afiliados Reg. Contributivo %</b>	<b>Afiliados ISS %</b>
Menor de 1 año	1,41	0,09
de 1 a 4 años	6,87	2,50
de 5 a 14 años	18,03	11,99
de 15 a 44 años	49,12	45,83
de 45 a 59 años	14,15	19,25
Mayores de 60 años	10,42	20,34

Fuente: Base de datos compensados Fosyga

Hacia el interior del ISS, se observa que en las regiones Centro y Noroccidente los mayores de 60 años superan el 23%, mientras que en el Caribe y el Eje Cafetero son menores al 15%.

En cuanto a la ubicación de la población objetivo en las regiones del país, tema con especial impacto en la definición de las estrategias de atención, encontramos las siguientes características generales:

1. Los afiliados al ISS se encuentran en 1.019 municipios, 93% del total de municipios del país.
2. En el 16% de los municipios se concentra el 89% de los afiliados
3. Bogotá y los departamentos de Antioquia y Valle concentran el 58% de los afiliados
4. El 89% de los afiliados (población objetivo), cuenta con centro de atención ambulatorio en el municipio de residencia
5. El 11% restante se encuentra disperso en 859 municipios

### iii. Oferta de servicios del ISS

Con relación a la capacidad instalada, encontramos un total de 4,878 camas lo que se constituye en una oferta promedio de 1,67 camas para cada 1,000 afiliados, en donde el 51% de las camas se concentran en 8 instituciones de alta complejidad, el 34% en 12 clínicas de mediana complejidad y el 15% restante en las 17 de baja complejidad. Igualmente se cuenta con 825 camillas de urgencias, 146 quirófanos y 46 salas de parto.

Tabla 4: Distribución de la oferta de servicios por ESE y niveles de complejidad.

Región	Clínicas				CAA	Camas	Camas por 1.000 afiliados
	Alta	Media	Baja	Total			
Bogota	2	1	2	5	21	1.229	1,49
Eje Cafetero	2	1	0	3	23	398	2,00
Caribe	1	3	4	8	25	698	1,87
Centro	0	4	0	4	51	484	1,52
Noroccidente	1	0	3	4	33	670	1,47
Nororiente	1	1	2	4	16	462	1,98
Suroccidente	1	2	6	9	35	937	1,82
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>37</b>	<b>204</b>	<b>4.878</b>	<b>1,67</b>

Fuente: Instituto de Seguro Social

Ahora bien, dado que las nuevas ESE entran a formar parte de la oferta pública, es importante tener como referente las 7,396 camas con que cuentan las IPS de carácter departamental y/o municipal, distribuidas regionalmente como se muestra en la tabla 5.

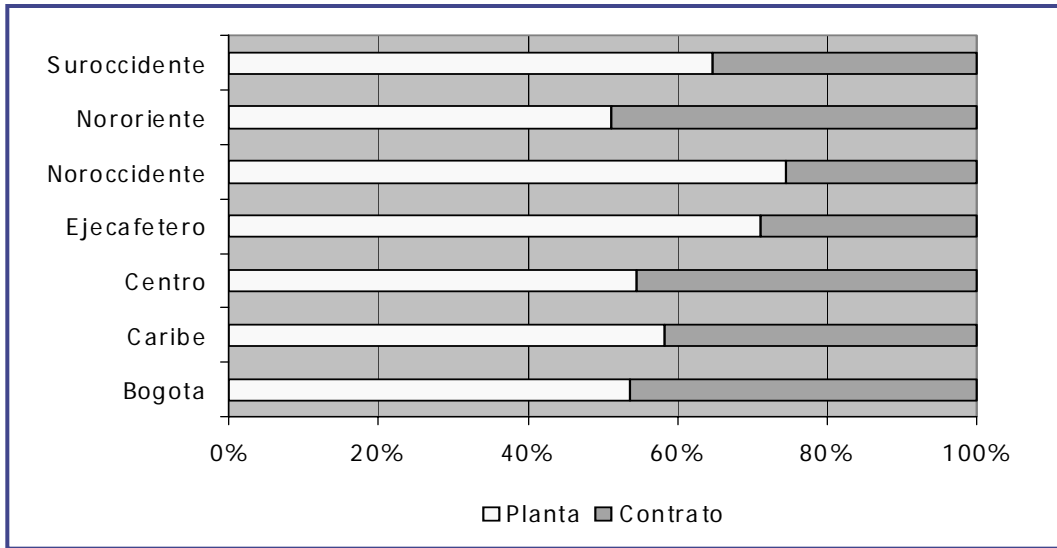
Tabla 5: Distribución de la oferta pública de media y alta complejidad por regiones.

Región	Alta	Media	Camas disp.
Noroccidente	1	3	505
Caribe	2	6	1113
Bogota	5	7	1716
Centro	2	1	729
Eje Cafetero	4		1007
Nororiente	2	1	860
Suroccidente	5	5	1466
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>7396</b>

Fuente: Ministerio de la Protección Social

Con referencia al recurso humano, estas nuevas ESE cuentan con 13,307 empleados de planta (61%) y 8,523 vinculados por contrato de prestación de servicios (39%). La ESE de la región noroccidente presenta el 75% de su recurso en planta, en contraste con la ESE de la región nororiente con solo el 51%. Para cada una de las regiones se presenta la siguiente distribución:

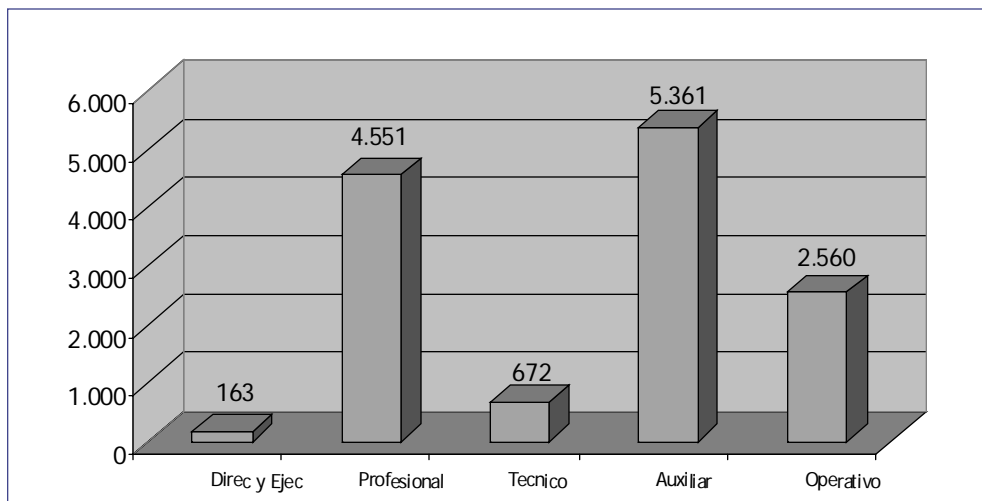
**Gráfico 2: Distribución del recurso humano por tipo de vinculación en el ISS.**



Por nivel jerárquico encontramos que el 60% del total del recurso humano vinculado a planta pertenece a los niveles auxiliar y operativo y el 34% al nivel profesional.

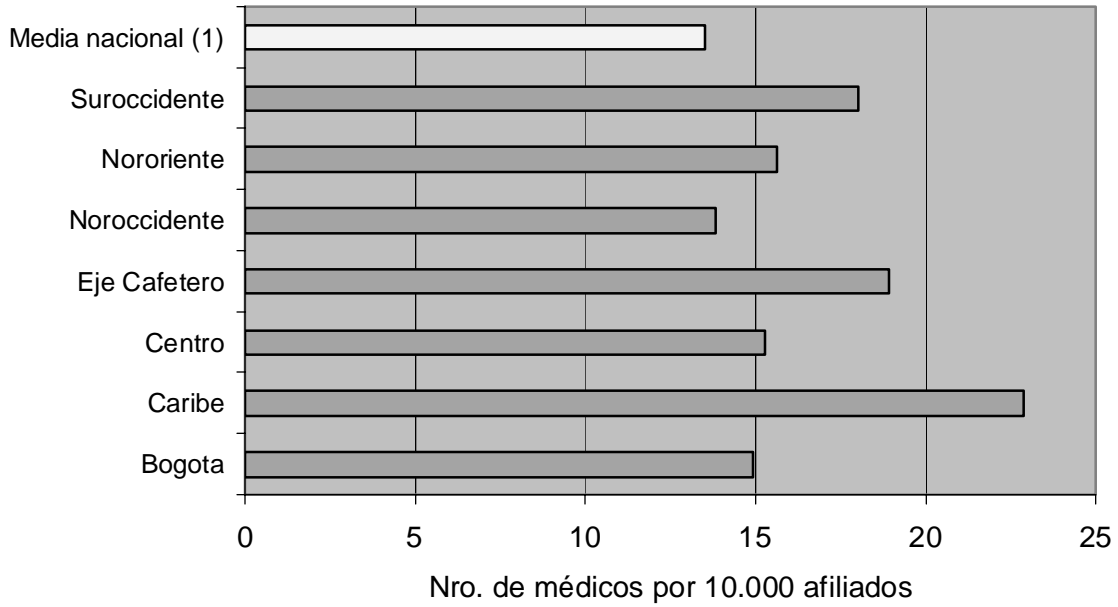
Al analizar las relaciones entre niveles encontramos que existe 1 médico especialista por cada médico general, 4 médicos por cada profesional de enfermería y 5.8 auxiliares de enfermería por cada enfermero profesional.

**Gráfico 3: Distribución del recurso humano por nivel jerárquico en el ISS.**



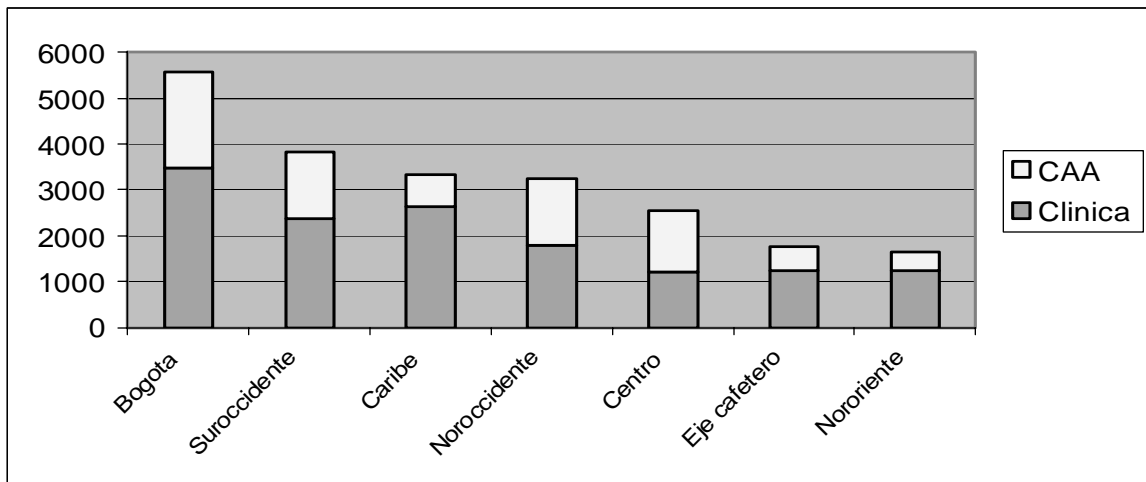
Igualmente si tomamos la relación de médicos por afiliados, tenemos que en todas las regiones el promedio de las IPS del ISS se encuentra por encima del promedio nacional, hallando en la región caribe 23 médicos por 10.000 afiliados, frente a la media nacional de 13.5.

Gráfico 4: Concentración de médicos por número de afiliados en las ESE



A su vez, el recurso humano se distribuye en las diferentes ESE y entre las clínicas y los centros de atención ambulatoria, en la siguiente forma:

Gráfico 5: Distribución del recurso humano por ESE y asignación institucional.



#### iv. Costos del recurso humano

Con relación al costo total del recurso humano de planta, vemos que para el año 2002 este ascendió a \$426.7 mil millones, de los cuales las asignaciones básicas representan el 41%. Del total de recursos, el 81.6% (\$348 mil millones) van directamente a los trabajadores e incluyen el incremento por servicios prestados, las prestaciones sociales, los recargos, las cesantías y sus interESE, mientras que el 18.4% (\$78.5 mil millones) restante se distribuye entre los aportes patronales y las contribuciones parafiscales. En promedio cada funcionario costó \$32 millones al año y \$2.6 millones al mes.

Al dividir la asignación básica mensual entre cada uno de los conceptos del costo de personal, se obtiene el costo equivalente en número de asignaciones básicas en promedio al año por beneficio o factor. Como se puede observar en el cuadro siguiente, los costos cancelados a terceros (aportes y parafiscales) equivalen a 5.4 asignaciones básicas al año en promedio, mientras que el resto de factores que recibe directamente el trabajador suman 24 asignaciones básicas al año en promedio. En total cada trabajador causa 29.4 asignaciones básicas al año en promedio.

Tabla 6: Costo total de la planta de personal del ISS, por conceptos en el 2002

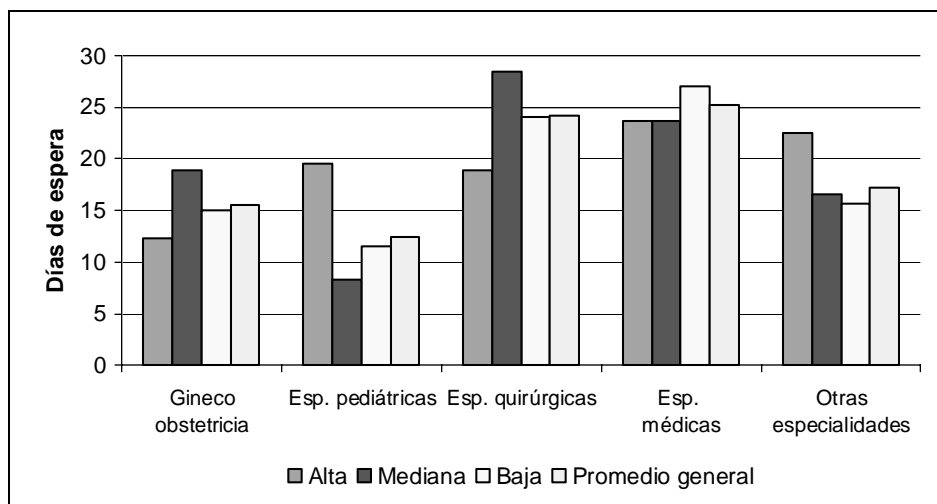
Miles de pesos de 2002

Concepto	Costo Año \$	%	Asignaciones básicas año (ABA)
Asignación básica	174.383.357	41%	12
Incremento servicios prestados	20.307.323	5%	1.4
Prestaciones sociales	102.462.417	24%	7.1
Cesantías e interESE	50.994.367	12%	3.5
Aporte seguridad social	54.634.768	13%	3.8
Contribuciones parafiscales	23.921.815	6%	1.6
<b>TOTAL</b>	<b>426.704.047</b>	<b>100%</b>	<b>29.4</b>
No. trabajadores en planta	13.307		
Costo año promedio por funcionario	32.066		
Costo mes promedio por funcionario	2.672		

#### v. Atención de la demanda

Los problemas de oportunidad para la atención en el ISS pueden ser responsables de la pérdida de afiliados. Al momento de realizar este análisis, se encontraban promedios hasta de 30 días de espera para acceder a una consulta médica especializada, como se ilustra en el siguiente cuadro:

Gráfico 6: Promedio de días de espera para atención en el ISS

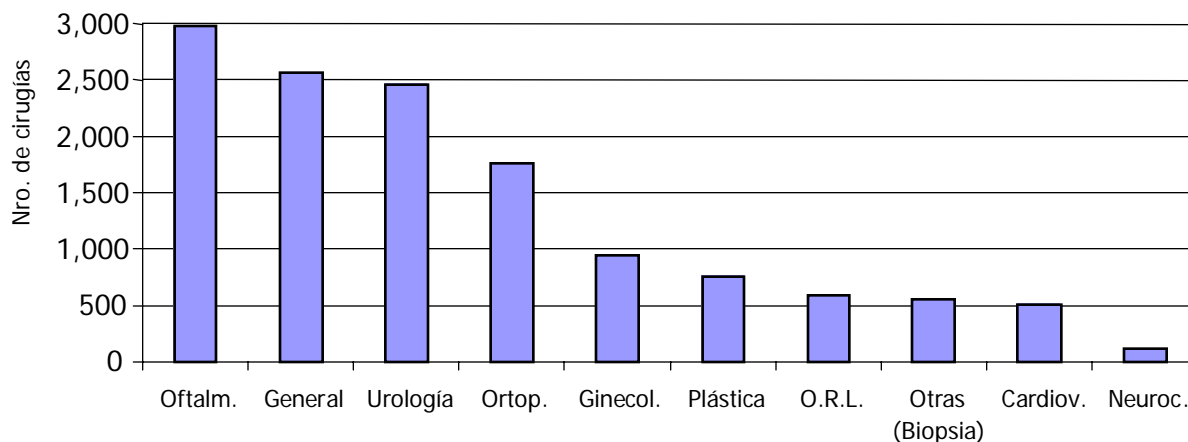


Los departamentos con menores tiempos de espera son La Guajira y Risaralda, que presentan tiempos de espera promedios menores a 10 días. Los más prolongados se observan en Norte de Santander y Valle del Cauca superando los 20 días.

En cuanto al acceso a procedimientos quirúrgicos electivos por especialidades, el represamiento en las clínicas del ISS en el año 2002 afectó a 13.228 pacientes, de los cuales el 72% se concentran en los departamentos de Valle del Cauca (31.9%), Antioquia (18.5%), Bogotá (11.8%) y Santander (10.3%).

El represamiento para acceder a cirugías electivas por especialidades mostró las más altas frecuencias en oftalmología, cirugía general, urología y ortopedia.

Gráfico 7: Represamiento de cirugías por especialidades en el ISS, año 2002



En este breve análisis se evidencian los múltiples retos que enfrentan estas empresas en un mercado altamente competitivo; su sostenibilidad y permanencia dependerán de la oportunidad con que adopten cambios tanto en la organización de sus recursos, como en el direccionamiento estratégico que implementen.

## 4.2. Situación financiera inicial de las IPS para su transformación en ESE.

### Presentación del doctor Gabriel Acevedo, Consultor ISS:

El doctor Acevedo presenta los resultados financieros de la consultoría realizada por la Unión Temporal de la que hizo parte Incorbank y que forma parte de los instrumentos de evaluación previos a la escisión del ISS. Sus principales resultados y conclusiones se presentan a continuación.

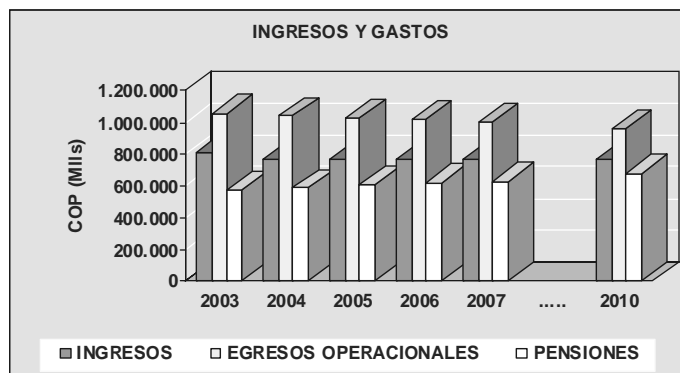
#### 4.2.1 Situación financiera y proyecciones generales del ISS

Como antecedentes generales de la situación financiera del ISS y que de una u otra forma definen las medidas adoptadas por el Gobierno se encuentran los siguientes:

1. La disminución del número de afiliados del ISS;
2. Las grandes deficiencias en los sistemas de información del Instituto;
3. La situación operacional de las IPS soportada íntegramente por el ISS en lo que tiene que ver con los ingresos y recursos de caja especialmente;
4. Los resultados operacionales deficitarios generados por las IPS, como consecuencia de:
  - a. Sus ineficiencias operacionales;
  - b. Los grandes compromisos prestacionales del personal que actualmente labora en el Instituto;
  - c. La elevada carga pensional ( pensiones actuales y futuras)
5. Las IPS con grandes deficiencias administrativas en facturación, cartera y cobranzas, inventarios, contabilidad y sistemas de información entre otras;
6. Un sistema generando grandes pérdidas netas y como resultado de ellas:
7. Un patrimonio negativo

Como se observa en el siguiente gráfico, las proyecciones de los ingresos, egresos operacionales y compromisos de pensiones de los prestadores de servicios de salud del ISS, en un escenario que recoge los comportamientos de antes de la escisión, mostraron unos ingresos decrecientes frente a unos egresos crecientes jalonados por los costos pensionales.

Gráfico 8: Proyección de la composición de los ingresos y los gastos operacionales y de pensiones del ISS antes de la escisión hasta el 2010.



Con estas proyecciones, la utilidad neta y el patrimonio del instituto continuarían en franco deterioro, como se observa en las siguientes gráficas.

Gráfico 9: Proyección de la utilidad del ISS antes de la escisión hasta el 2010.

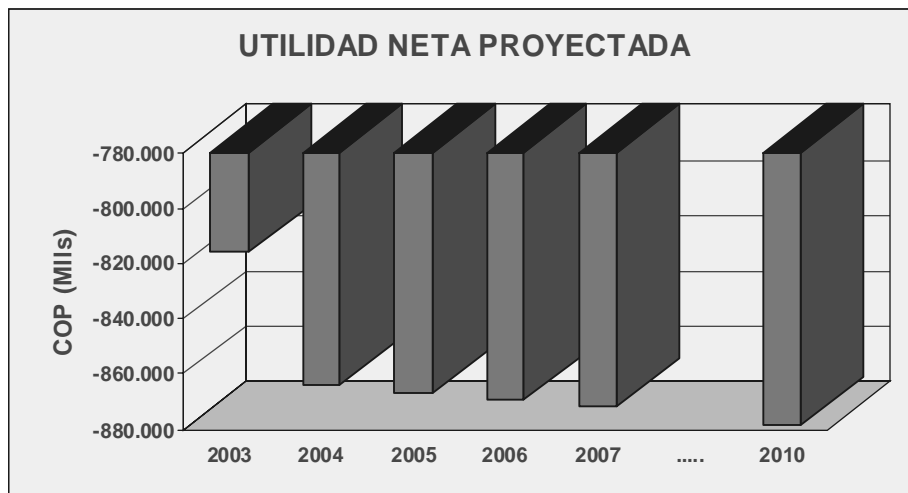
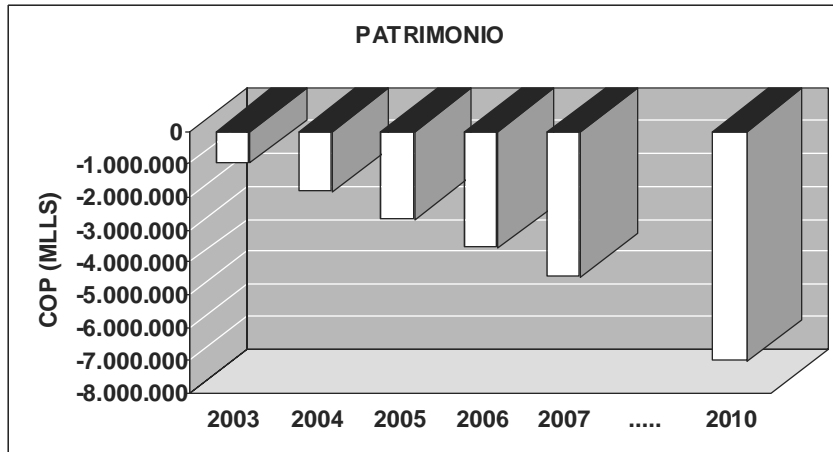


Gráfico 10: Proyección del patrimonio del ISS antes de la escisión hasta el 2010.



Como consecuencia de lo anterior y de no tomar decisiones radicales, el ISS se enfrentaba a una situación insostenible en la que la generación de caja del sistema de prestadores de servicios de salud sería deficitaria año tras año, al igual que el balance operacional.

En este estado de cosas surge la creación de las ESE como solución que lleva implícita el principio de que estas entidades deben cumplir con su objeto social, siendo financieramente autosuficientes, sin representar una carga para ninguna entidad del estado, todo ello basado en dos premisas fundamentales: la primera que la autosuficiencia financiera deberá lograrse en el

corto plazo ( 3 años) y la segunda que en cada una de ellas se requiere desarrollar procesos de reingeniería que apunten a su viabilidad.

Para analizar la viabilidad de las ESE creadas, se definieron dos escenarios en cada uno de los cuales se sensibilizó el número de afiliados al ISS, considerada una de las variables más críticas. En el escenario conservador se asumió que al terminar el año 2003 el número de afiliados al ISS sería de 2.920.000 en tanto que para el cierre del año 2004 y los siguientes, la cifra de afiliados descendería y permanecería en 2.744.000. En el escenario optimista se asume que el ISS mantendrá los 2.920.000 del 2003 en los años siguientes. Estos estimativos de comportamiento del número de afiliados se encuentran debidamente respaldados en los estudios desarrollados por la Comisión Tripartita conformada por el Seguro Social, el Gobierno Nacional y los trabajadores del Seguro.

El análisis de la viabilidad de las entidades partió de los estados financieros conformados extracontablemente a partir de: a) los balances y estados de pérdidas y ganancias de las clínicas a diciembre 31 de 2002, b) los presupuestos de los CAA a la misma fecha, c) los inventarios de activos de los CAA d) la proyección de la actividad del primer semestre del 2003 y e) la capitalización del pasivo pensional como única forma de recomponer el patrimonio de las entidades.

Para el cálculo de los ingresos de las ESE se asumió que las entidades recibirían en principio, por concepto de los servicios prestados al ISS, una cifra igual al setenta y cinco por ciento de la UPC de acuerdo con la población afiliada en cada una de las zonas de influencia de cada ESE. No obstante lo anterior y en razón al período de transición debido para realizar la reingeniería necesaria y los ajustes operacionales del caso, se requiere además que el ISS garantice a las ESE sus ingresos durante un mínimo de tres años de manera tal, que las mismas no registren déficit de caja que les imposibilite el desarrollo. Adicionalmente es necesario que las ESE desarrollen los sistemas y realicen los ajustes que les permitan realizar ventas a otras EPS y administradores de planes de beneficios, creciendo en forma gradual a partir del 2004.

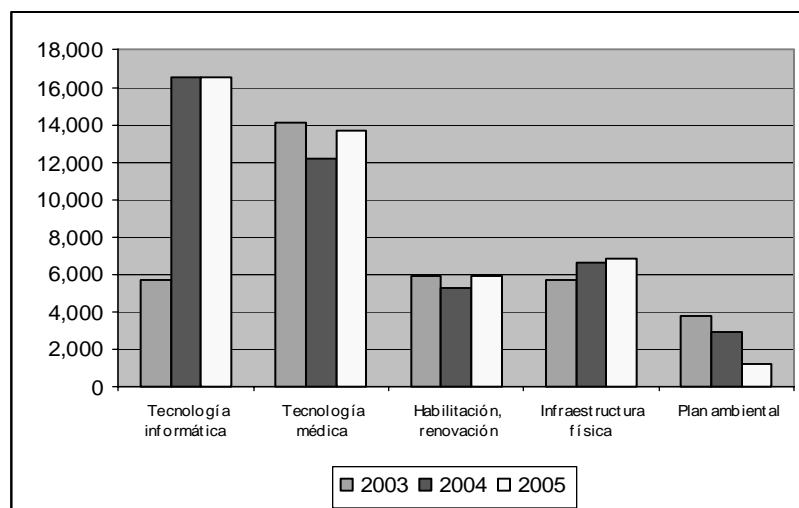
Los resultados de la reingeniería a realizar para cumplir con el escenario conservador, deben permitir ajustes consolidados del 25% en el rubro de servicios personales, del 21% en el de materiales y suministros y un ajuste del 21% en el de gastos generales para el año 2004 con respecto a las cifras consolidadas del 2003. Se estima que los ajustes mencionados permitirán que las ESE registren cifras por estos conceptos que estén dentro de los estándares nacionales del sistema hospitalario.

En cuanto al tema de transferencias se refiere, los supuestos son: a) los pensionados actuales son asumidos por el ISS asegurador y el ISS patrono según sea de la competencia de cada cual; b) los trabajadores incorporados a las ESE como empleados públicos se acogen al régimen general de pensiones; y c) se proyectan las cuotas partes pensionales de los trabajadores oficiales incorporados a las ESE con esta propiedad.

Con referencia a las inversiones, es claro que se acoge el plan formulado por el ISS para las clínicas y los CAA en los años 2004, 2005 y 2006 para los cuales se ha asumido que el ISS trasladó los fondos necesarios para su ejecución. Los planes de inversión de los años

siguientes, serán de la total responsabilidad de cada una de las ESE, que determinará los planes respectivos de acuerdo con sus propias necesidades y su capacidad de inversión. Este plan de inversiones comprende tecnología informática y médica, ajustes de habilitación y renovación, infraestructura física y plan ambiental. Para el año 2003, las inversiones proyectadas ascenderían a 35,281 millones de pesos, para el 2004 a 43,592 millones de pesos y para el 2005, a 44,241 millones de pesos. Su distribución entre los diferentes tipos de inversión se puede ver en la siguiente gráfica.

**Gráfico 11: Plan de inversiones del ISS para las ESE durante el 2003, 2004 y 2005. Escenario conservador.**



De acuerdo con las anteriores consideraciones, el escenario presenta una composición de gastos totalmente distinta a la tendencia del ISS antes de la escisión, en la cual los grandes componentes son los gastos de funcionamiento y generales, desapareciendo casi por completo el tema pensional. La distribución de los gastos y su relación con los ingresos necesarios para la viabilidad de las ESE entre 2004 y 2010, se observa en los dos siguientes gráficos.

**Gráfico 12: Composición de los gastos para viabilidad de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador.**

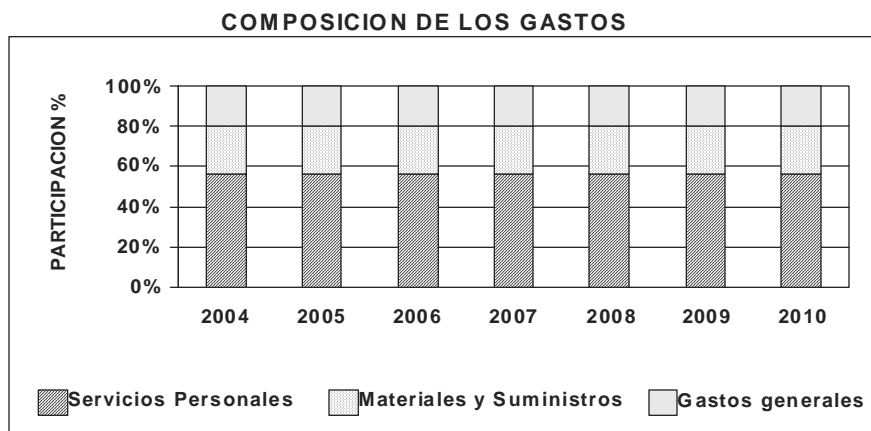
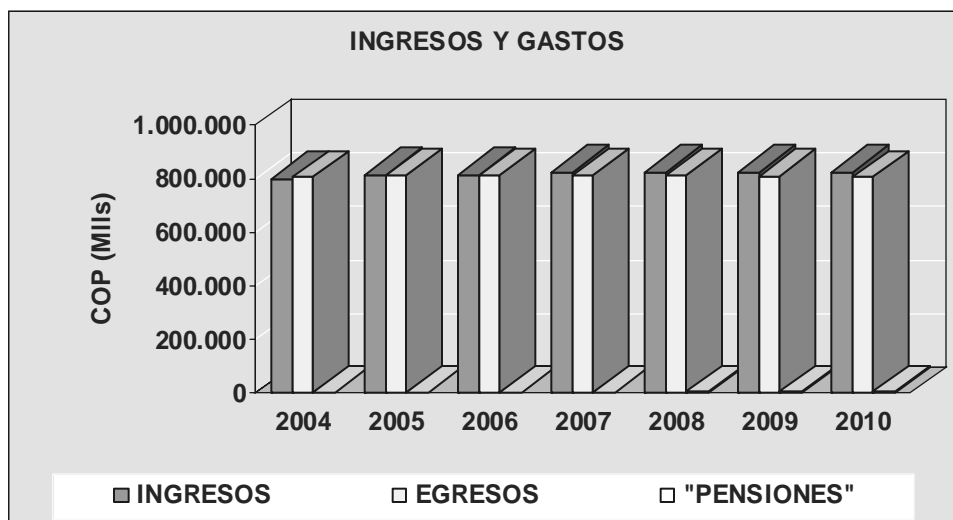


Gráfico 13: Relación de ingresos y gastos para viabilidad de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador.



El escenario proyectado es en conclusión viable. Las proyecciones realizadas nos dicen que a pesar de obtener una utilidad negativa en el 2004, a partir del 2005 el sistema puede empezar a generar utilidad neta, mejores estados de caja final y fortalecimiento de su patrimonio, como se observa en los siguientes tres gráficos.

Gráfico 14: Proyecciones de utilidad neta de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador.

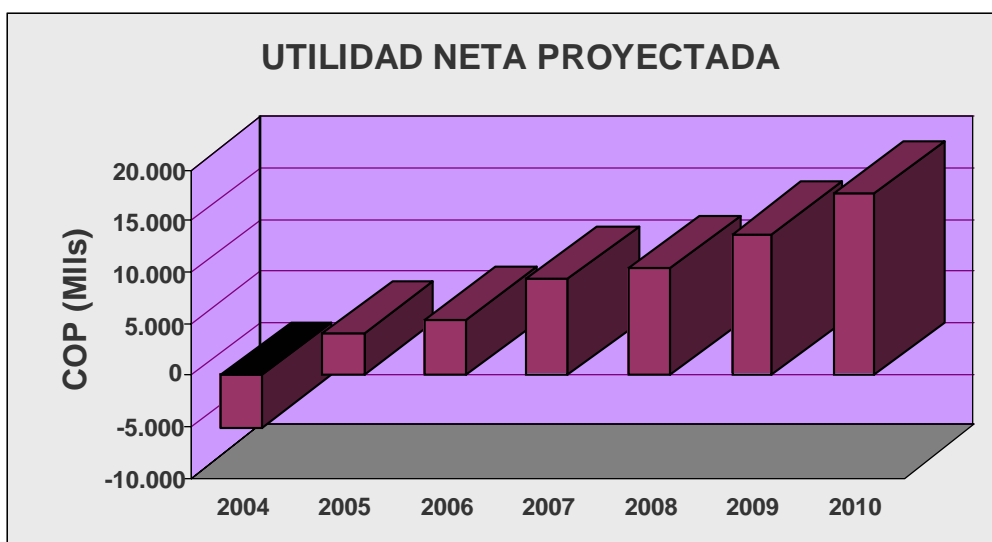


Gráfico 15: Proyecciones de caja de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador.

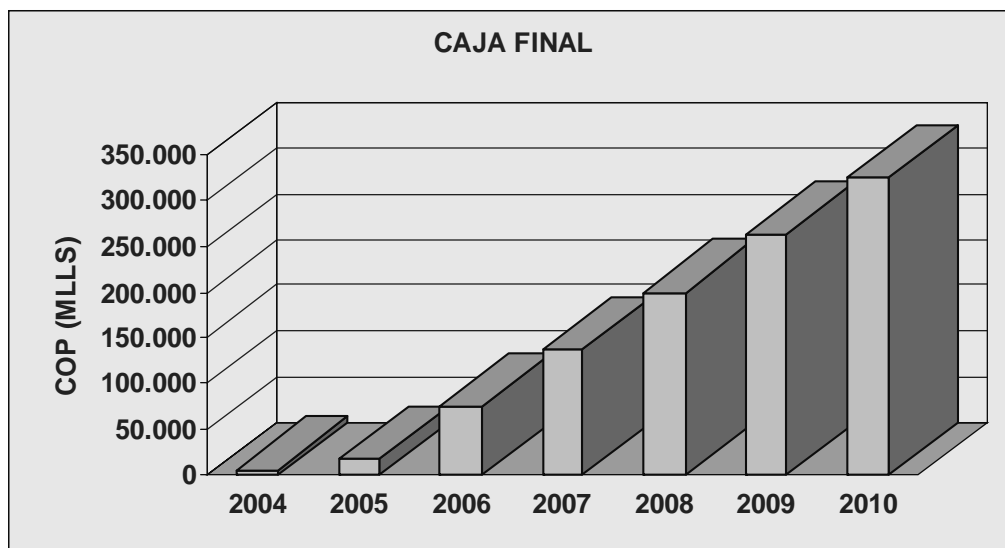
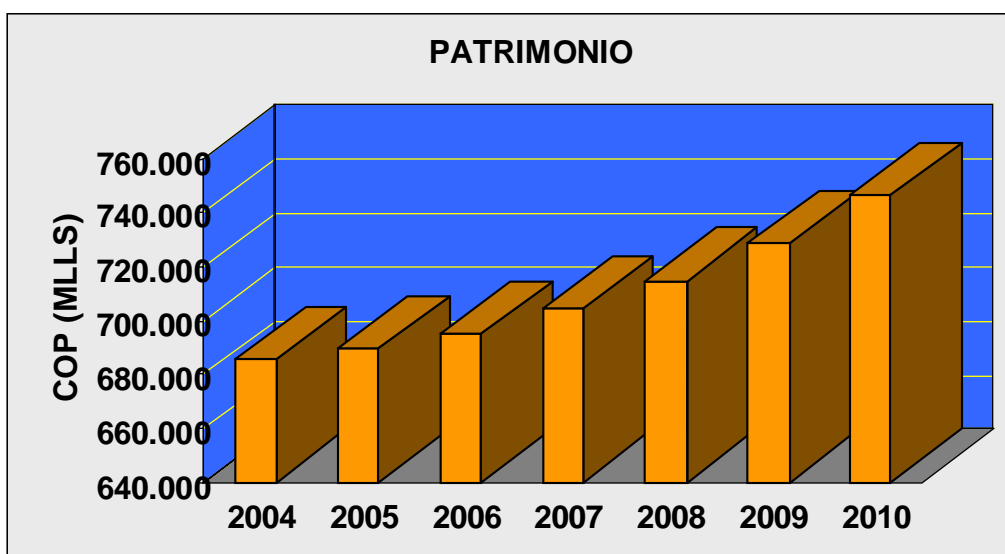


Gráfico 16 Proyecciones de patrimonio de las ESE entre 2004 y 2010. Escenario conservador.



Estos resultados de carácter general son obviamente, el resultado esperado de todas las nuevas ESE. Al hacer una revisión puntual de la situación de cada una de ellas y definir las proyecciones particulares para cada caso, se encontraron los resultados que se exponen a continuación.

#### 4.1.1. Proyecciones financieras de las siete ESE

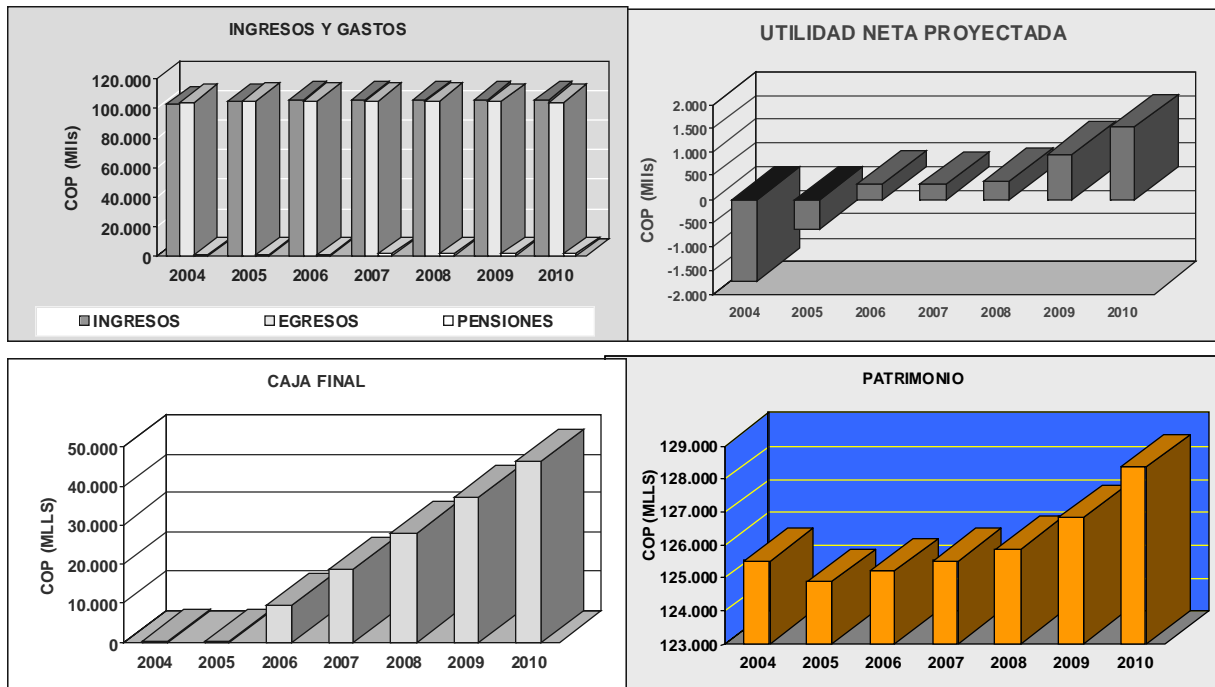
Si bien la situación financiera del ISS resulta de las diferentes regionales, la situación de cada una de ellas a partir de la escisión debe ser evaluada por sus diferentes gestores, (gerentes, Ministerio de Protección Social e ISS) a fin de orientar y tomar las decisiones pertinentes para cada caso.

##### 4.1.1.1. Proyecciones para la ESE de la Región Caribe

La región Caribe cuenta con el 13% de los afiliados al ISS con un total de 379,600 personas, ubicadas en los departamentos de Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Cesar y Sucre.

Para la ESE de esta región, se estima que si se cumplen los requerimientos de ajuste, el balance entre ingresos y gastos será deficitario hasta el 2005 y que a partir del 2006 podrá alcanzar un punto de equilibrio y generar utilidades y caja final positivas a partir de ese año. Su patrimonio seguirá descendiendo hasta el 2005 sin llegar jamás a niveles críticos y a partir del 2006, podría empezar a recuperarse.

Gráfico 17: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Caribe, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.

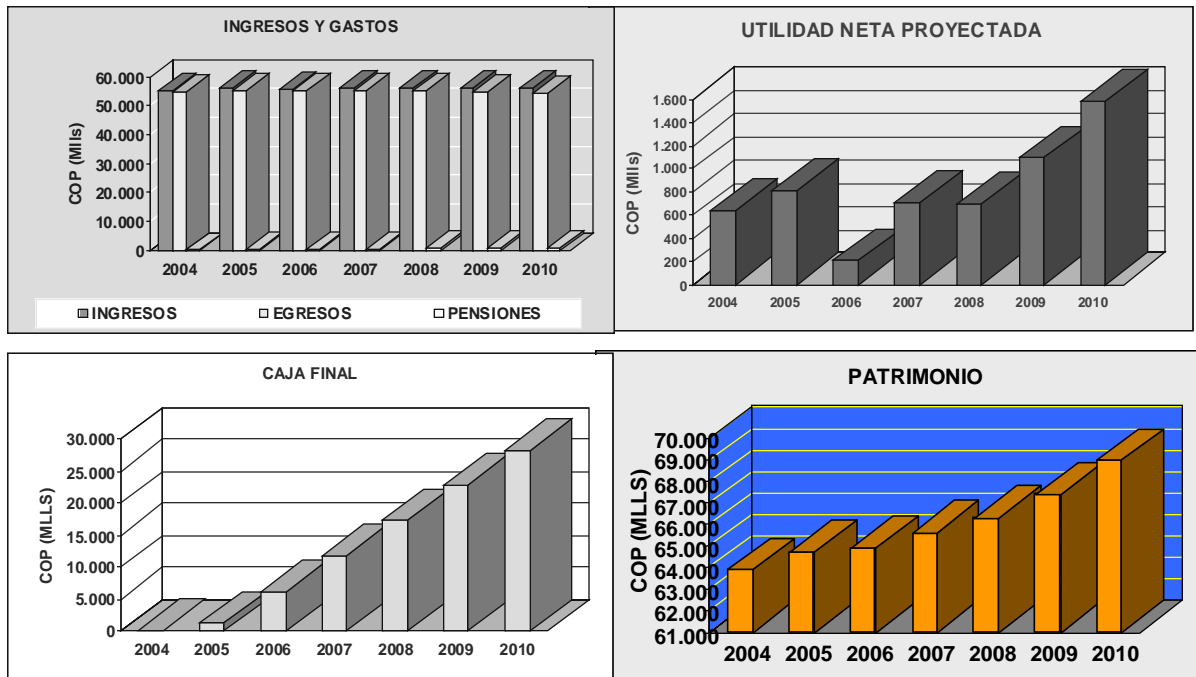


#### 4.1.1.2. Proyecciones para la ESE de la Región Eje Cafetero

El Eje Cafetero cuenta con el 7% de los afiliados del ISS con un total de 204.400 personas ubicadas en los departamentos de Caldas, Risaralda y Quindío.

Para el caso de la ESE del Eje Cafetero, las proyecciones señalan resultados positivos desde el año 2004. La caja que presenta cifras modestas de generación para el primer año, se fortalece en forma importante desde el año 2005 y presenta disponibilidades que permitan el desarrollo del plan de inversiones. El patrimonio crece anualmente.

**Gráfico 18: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región del Eje Cafetero, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.**

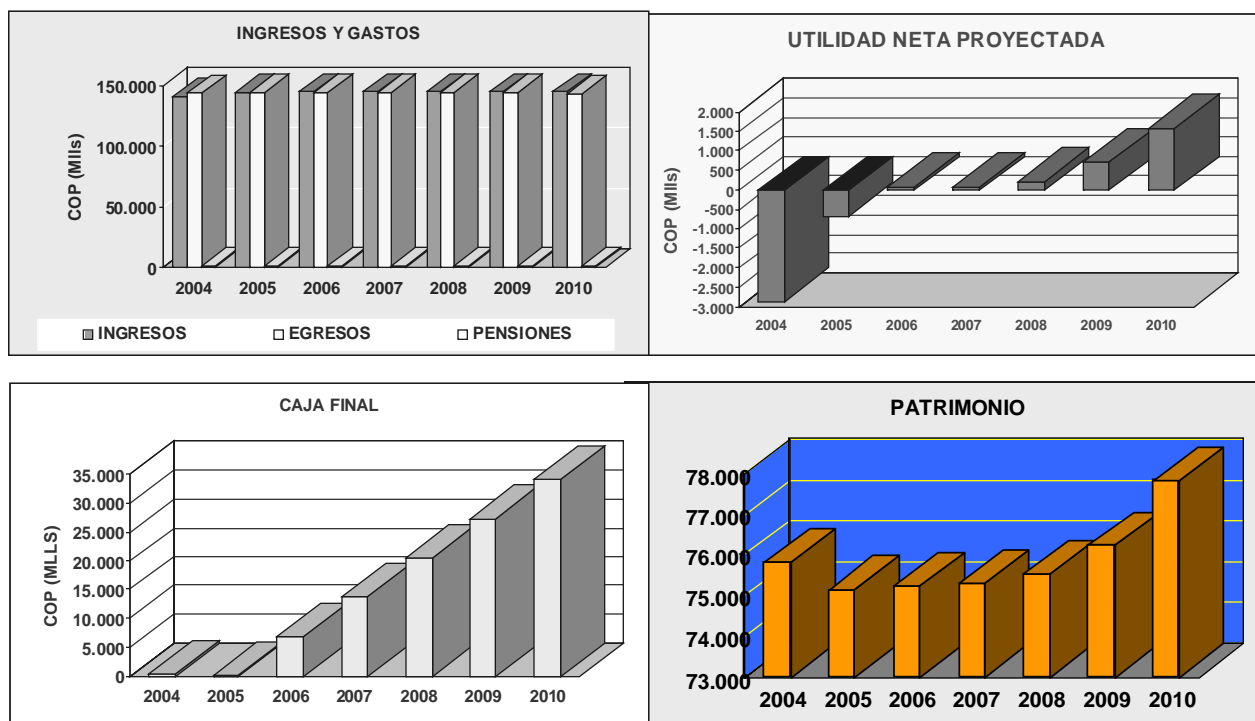


#### 4.1.1.3. Proyecciones para la ESE de la Región Sur Occidental

En la región Sur Occidental se encuentran 525,600 afiliados al ISS para un 18% del total de los afiliados del ISS, que se ubican en los departamentos de Putumayo, Nariño, Cauca y Valle.

En esta ESE, los gastos superarán los ingresos por los primeros dos años y como consecuencia de ello, generará pérdida operacional en los mismos. Logrará punto de equilibrio a partir del año 2006, sin que la caja se afecte de forma tal que presente déficit en la misma, es por el contrario positiva en todos los años de proyección y a partir del año 2006 permite el desarrollo de los planes de inversión. El patrimonio sufrirá un detrimento en el año 2005 el cual empezará a recuperarse a partir del 2006.

Gráfico 19: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Sur Occidental, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.

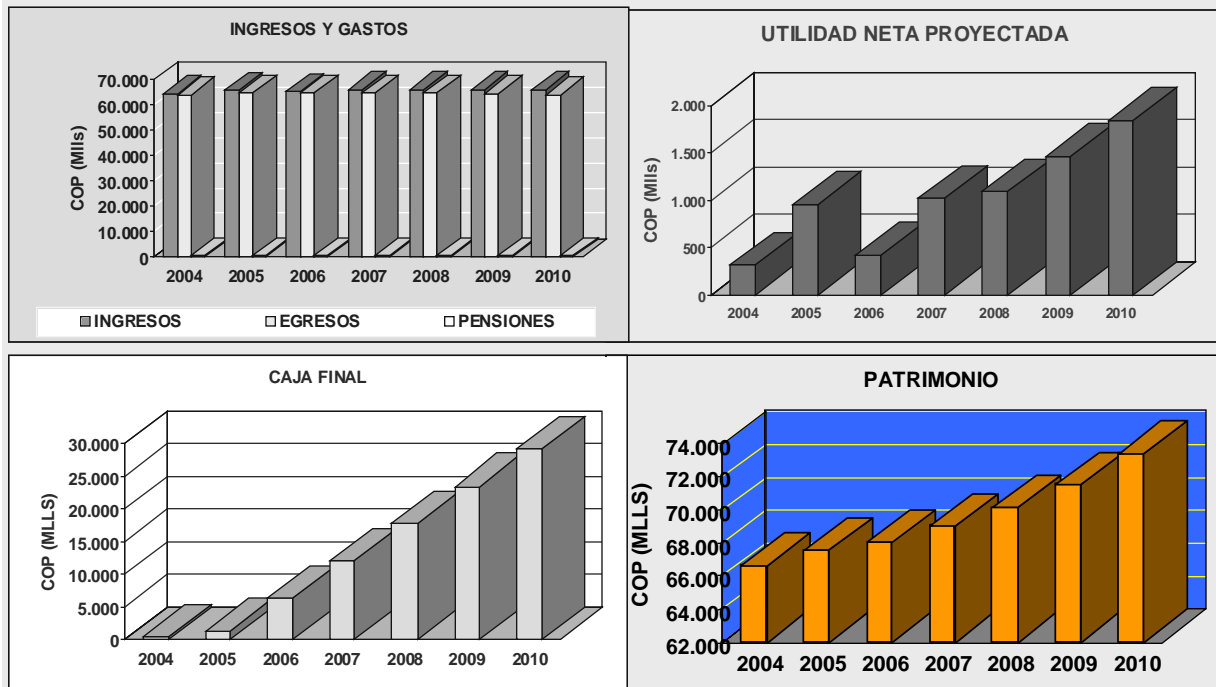


#### 4.1.1.4. Proyecciones de la región Nororiental

La región Nororiental cuenta el 8% de los afiliados del ISS, correspondiente a 233,600 personas que se distribuyen entre los departamentos de Norte de Santander, Santander y Arauca.

Las proyecciones de la ESE de la Región Nororiental señalan que esta entidad supera el equilibrio en la distribución de ingresos y gastos desde el 2004, utilidades proyectadas positivas desde el inicio con un descenso para el 2006. En cuanto a su caja final muestra resultados positivos a partir del 2005 con una tendencia creciente que se observa igualmente en el patrimonio.

Gráfico 20: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Nororiental, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.

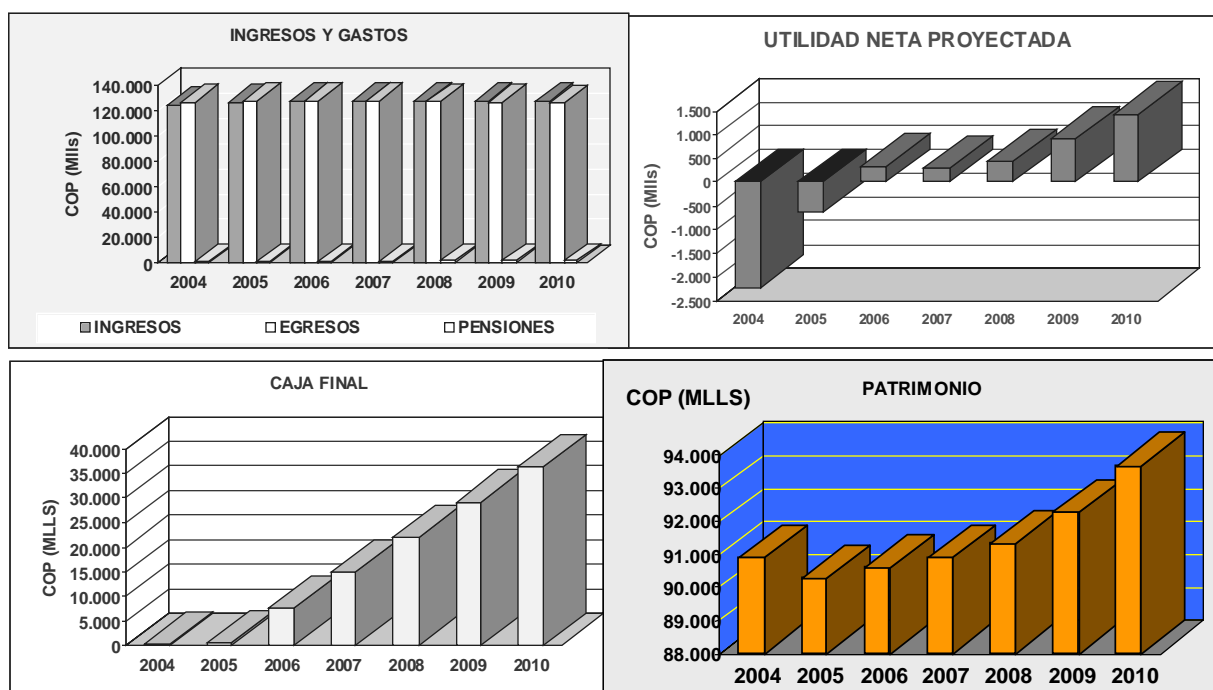


#### 4.1.1.5. Proyecciones para la ESE de la Región Noroccidental

En la región Noroccidental se encuentran 467,200 afiliados al ISS (16%) entre los departamentos de Córdoba, Chocó y Antioquia.

La ESE de la región Noroccidental inicia su transformación con un balance negativo entre ingresos y gastos y no logra superar el punto de equilibrio hasta el año 2006. La utilidad es en consecuencia negativa los dos primeros años. La caja es positiva desde el primer año y a partir del año 2006 presenta cifras importantes que permiten el desarrollo de sus planes de inversión. El patrimonio se fortalece desde el primer año.

Gráfico 21: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Noroccidental, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.

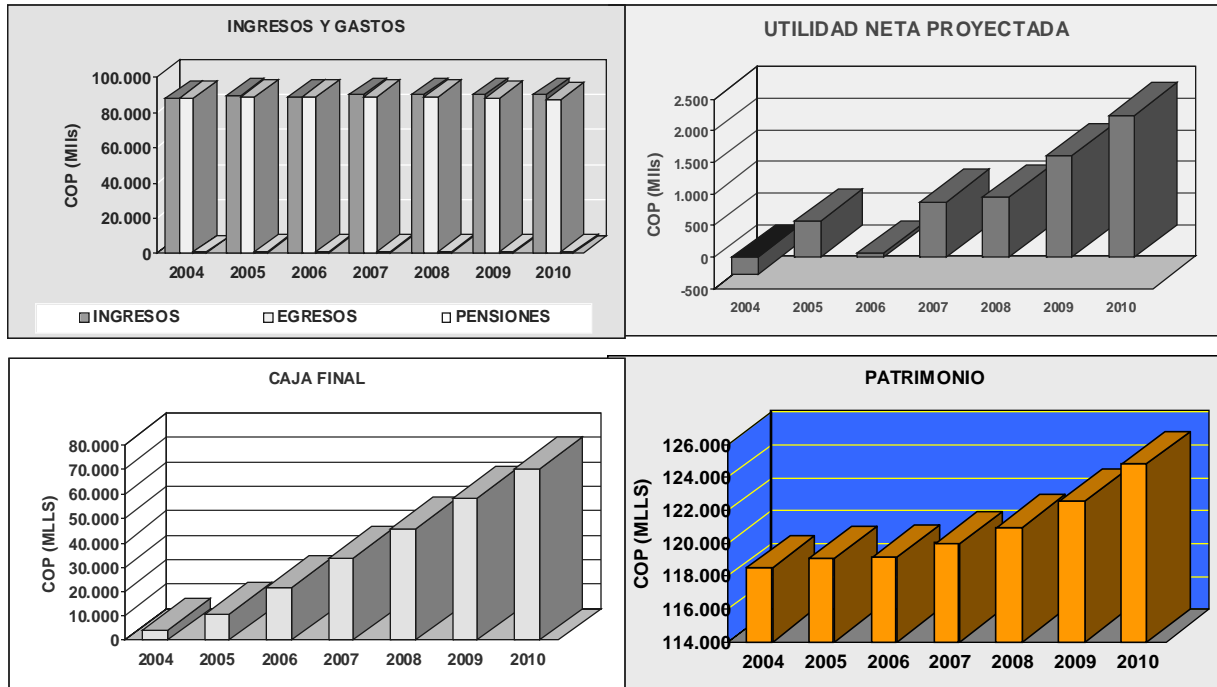


#### 4.1.1.6. Proyecciones para la ESE de la Región Centro

La región Centro tiene 321,200 afiliados para un 11% de la población del ISS, en los departamentos de Caquetá, Huila, Tolima, Cundinamarca, Meta, Casanare y Boyacá. .

Esta ESE arrojará resultados negativos en el año 2004 y generará utilidades a partir del año 2005. No obstante lo anterior hay generación de caja desde el primer año y la misma se fortalece en forma importante en los años de proyección. El patrimonio que se afecta un poco como consecuencia de la pérdida del primer año, se fortalece y crece en los años siguientes.

Gráfico 22: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Centro, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.

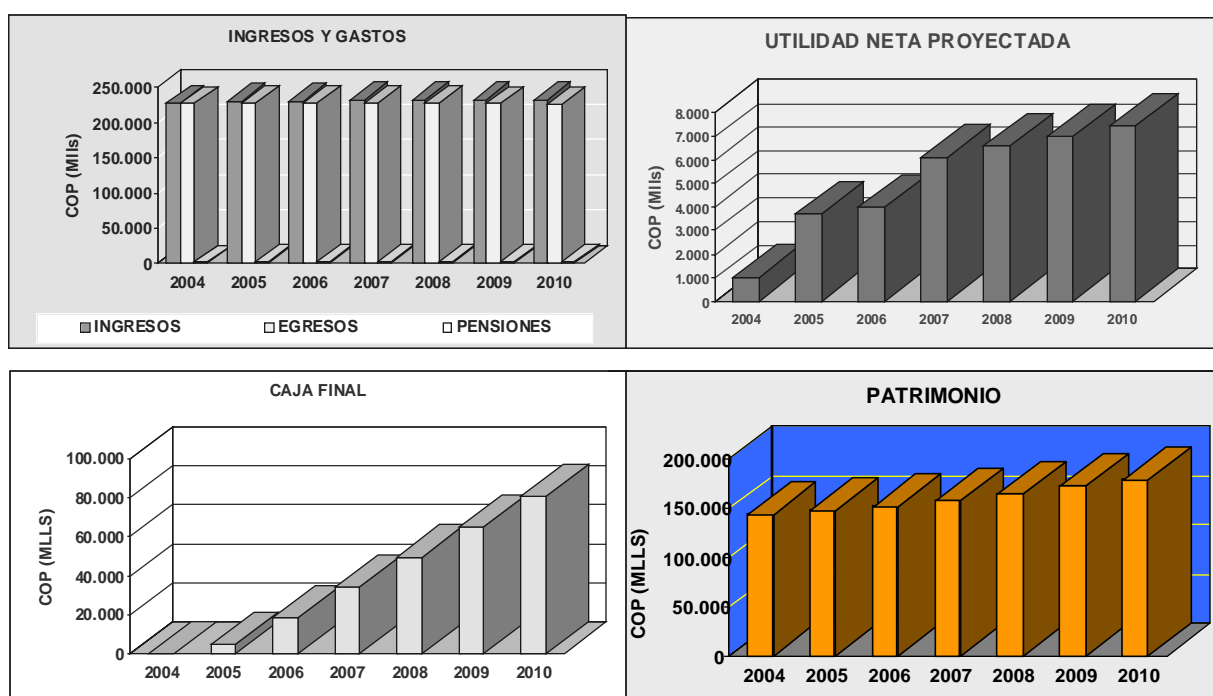


#### 4.1.1.7. Proyecciones para la ESE de la Región Bogotá

La región Bogotá abarca únicamente el Distrito Capital y cuenta con 788,400 afiliados al ISS para el 27% del total.

Las proyecciones de esta ESE, muestran resultado operacional positivo a lo largo de todos los años analizados. La caja es siempre positiva y creciente y los niveles alcanzados son suficientes para continuar con los planes de inversión proyectados. La ESE se fortalece patrimonialmente.

**Gráfico 23: Proyecciones de ingresos y gastos, utilidad neta, caja final y patrimonio de la ESE de la Región Bogotá, entre 2004 y 2010. Escenario conservador.**



### 4.3. Situación de la gestión de las IPS ISS (costos, facturación, auditoría, compras y suministros, contratación, recursos humanos y sistemas de información) y necesidades prioritarias para su transformación. (Información del Estudio de McKinsey & Company e Integrar). Presentación de la doctora Ximena Gutiérrez, Asesora de Presidencia ISS

El informe que se presenta a continuación fue realizado por la firma McKinsey & Company e Integrar por solicitud de la Presidencia del ISS y presentado en el taller de expertos por la doctora Ximena Gutiérrez, Asesora de la Presidencia del ISS. La presentación es una adecuación al diagnóstico presentado por Mckinsey sobre la situación del área de salud al finalizar el año 2002

En primera instancia es importante resaltar que el ISS venía perdiendo su participación en el mercado del aseguramiento desde hace varios años. De un 72% que reportaba en 1996, pasó al 63% en 1998 y a un 25% en el 2001. A 30 de agosto de 2003, con una población de referencia asegurada en el régimen contributivo de 11.565.000 afiliados el ISS reporta un 25.2% correspondiente a 2.920.000 afiliados . Esto significa una tasa de disminución del 16% anual, continua y sostenida a partir de 1997.

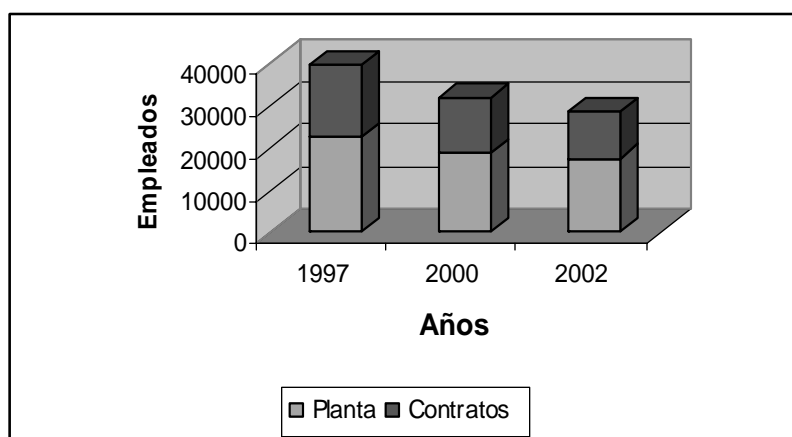
En cuanto a la pérdida de afiliados por grupos de edad para el 2002, se observa que mientras la población “mayores de 60 años” ha aumentado su participación en 8 puntos, el grupo de “hombres de 15 a 44 años” (la menos costosa) ha disminuido en 6 puntos y los “menores de un año” siguen sin representar siquiera el 1%. Esto muestra una tendencia al envejecimiento de los afiliados y que la migración a otras EPS la realizan principalmente los grupos de menor edad.

Por otra parte, los afiliados al ISS se ubican en un 89% como empelados de entidades privadas, un 9% son independientes y el 2% restante pertenece al sector público. En cuanto al nivel de ingreso de sus cotizantes, el 72,7% son personas que ganan menos de 2 SML, el 20.7% se encuentra entre 2 y 5 SML y el 6.6% restante se encuentra por encima de los 5 SML.

A pesar de la pérdida de afiliados, el ajuste en la planta de personal se realizó a una tasa de ajuste del 5% anual y afectó principalmente los contratos civiles. En el 2002 dejaron de renovarse 2,200 contratos civiles y el Consejo Directivo aprobó la eliminación de 33 gerencias seccionales y la supresión de 7,449 cargos de planta vacantes.

En 1997 el ISS contaba con 39,662 funcionarios de los cuales el 57,2% estaba vinculado como planta y el 42,2% restante, se vinculaba mediante contratos. En el 2000 contaba con 31,983 con una distribución de 59,7% de planta y 40,3% de contratos y para el 2002, con 28,689 empelados, su distribución era del 61,0% de planta y 39,0% de contratos. Como puede verse, el ajuste en la planta de personal se logró principalmente por la no renovación de contratos civiles.

Gráfico 24: Ajuste de la planta de personal de planta y por contratos civiles entre 1997 y 2002



Otro de los hallazgos significativos es que aunque el número de afiliados cayó entre 1997 y 2002, la red prestadora no se contrajo de igual manera. En el II nivel de complejidad hubo un aumento de 25 a 29 centros asistenciales y pasó de 2,279 a 2,415 camas hospitalarias. El número de instituciones de III nivel de complejidad se mantuvo, no obstante el número de camas se redujo de 2,702 a 2,493 para una disminución del 8%. Los Centros de Atención Ambulatoria, CAA, disminuyeron ligeramente de 225 a 204 para un ajuste del 0,9% a partir del segundo semestre de 2002.

En cuanto a la productividad de las instituciones de II y III nivel se observan descensos significativos en prácticamente todas las actividades, excepto procedimientos quirúrgicos. Por su parte, el índice ocupacional sugiere una baja utilización de la capacidad instalada.

Tabla 7: Comparativo de actividades realizadas en las instituciones del ISS de II y III nivel de complejidad entre 1997 y 2002.

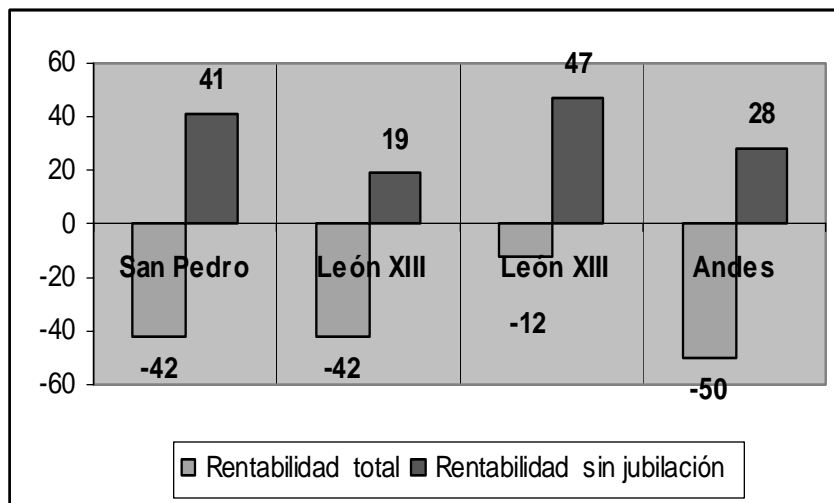
INDICADORES	NIVEL II		NIVEL III		TOTALES	
	1997	2002	1997	2002	1997	2002
Camas	2,279	2,414	2,702	2,493	4,981	4,907
Egresos hospitalarios	180,590	134,034	165,941	112,778	346,531	246,812
Consulta externa	865,523	892,144	877,731	732,694	1,743,254	1,624,838
Consulta urgencias	2,253,247	1,346,012	1,690,454	1,006,022	3,943,701	2,352,034
Cirugías	97,268	112,502	99,248	105,606	196,516	218,108
Partos y/o cesáreas	52,870	16,645	58,782	14,992	111,652	31,637
Porcentaje ocupación	81.20%	71.40%	91,70%	83.91%	86.45%	77.65%

La producción de estos servicios, ha implicado unos costos superiores a los de la competencia e incluso al promedio nacional. De acuerdo a datos de la Superintendencia de Salud y al análisis realizado por Mckinsey & Company, a 31 de diciembre de 2001, cada afiliado del ISS costaba \$413.000 por año, de los cuales \$82.000 se asignaban a costos administrativos y \$331.000 a costo de atención. El promedio nacional de estos costos, incluyendo las EPS públicas y privadas era de \$320.000 y el de las EPS privadas, en forma particular, ascendía a \$255.000. En los costos de salud se incluye la provisión de servicios por régimen contributivo y subsidiado y los administrativos incluyen gastos de personal, honorarios, impuestos, arrendamientos, contribuciones y afiliaciones, seguros, publicidad, depreciación y amortizaciones.

Con estos datos se realizaron simulaciones para determinar la viabilidad del ISS y una de las conclusiones es que con un manejo adecuado de sus costos, éste podría presentar otros resultados en su actividad de salud. Al realizar las proyecciones sobre el resultado operacional neto se concluyó que de un resultado negativo de -\$67.368 millones en el año 2001, si el ISS logrará operar al nivel del promedio nacional el resultado sería positivo y ascendería a \$290.628 millones y si lograra el promedio de las EPS privadas, alcanzaría los \$539.809 millones.

Al analizar los resultados financieros de las principales clínicas del ISS, se pudo concluir que el principal factor adverso a la viabilidad se encontraba en la carga de los costos de jubilación, incluidos a cargo del negocio de aseguramiento. Al eliminar este factor, los resultados se modificarían superando el déficit.

**Gráfico 25: Proyecciones de rentabilidad de las principales clínicas del ISS comparativa con y sin costos de jubilación para el 2002.**



En el análisis de las clínicas de III nivel de complejidad, se realizó una comparación de los gastos operativos por número de camas. Como marco de referencia se cuenta con las siguientes características:

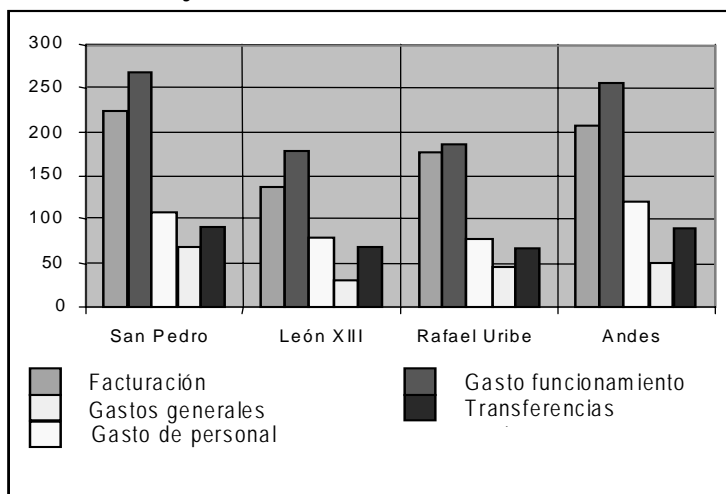
Tabla 8: Capacidad instalada y distribución de empleados por camas en el tercer nivel del ISS

FACTORES	CLINICAS DE TERCER NIVEL			
	San Pedro	León XIII	Rafael Uribe	Andes
	Bogotá	Medellín	Cali	Barranquilla
Camas	617	443	462	184
Empleados por cama	3.7	2.7	2.9	5.5

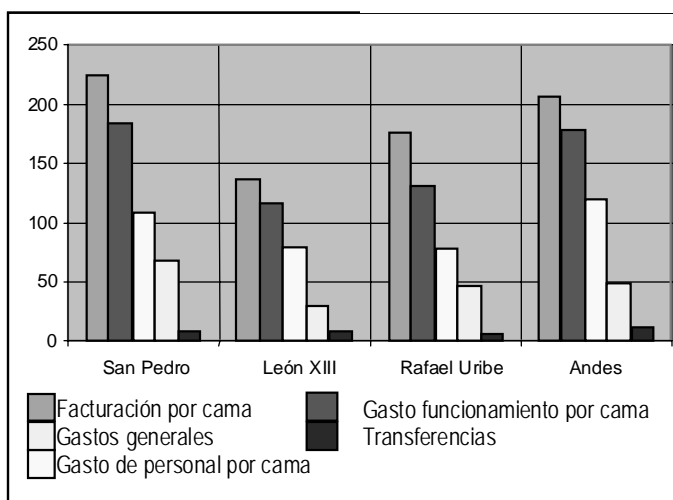
En cuanto a los costos operativos se encontraron diferencias que se pueden observar en la siguiente gráfica:

Gráfico 26: Proyecciones de facturación y gastos de funcionamiento, personal, generales y transferencias corrientes por cama, entre las principales IPS de III nivel, aplicando y sustrayendo costos de jubilación, para el 2002.

Con costos de jubilación



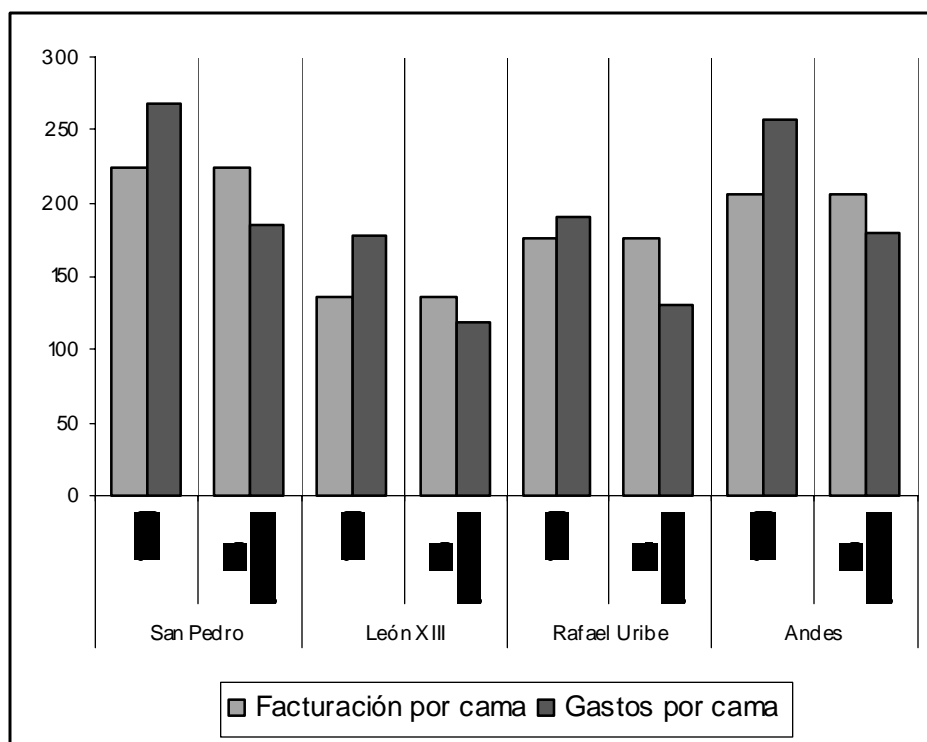
Sin costos de jubilación



Como puede verse en todos los casos la facturación distribuida por camas con costos de jubilación es insuficiente para cubrir los gastos de funcionamiento y evidentemente deficitaria

para cubrir gastos de funcionamiento, gastos de personal, gastos generales y transferencias corrientes.

**Gráfico 27: Proyecciones de facturación y gastos totales por cama, entre las principales IPS de III nivel, aplicando y sustrayendo costos de jubilación, para el 2002.**

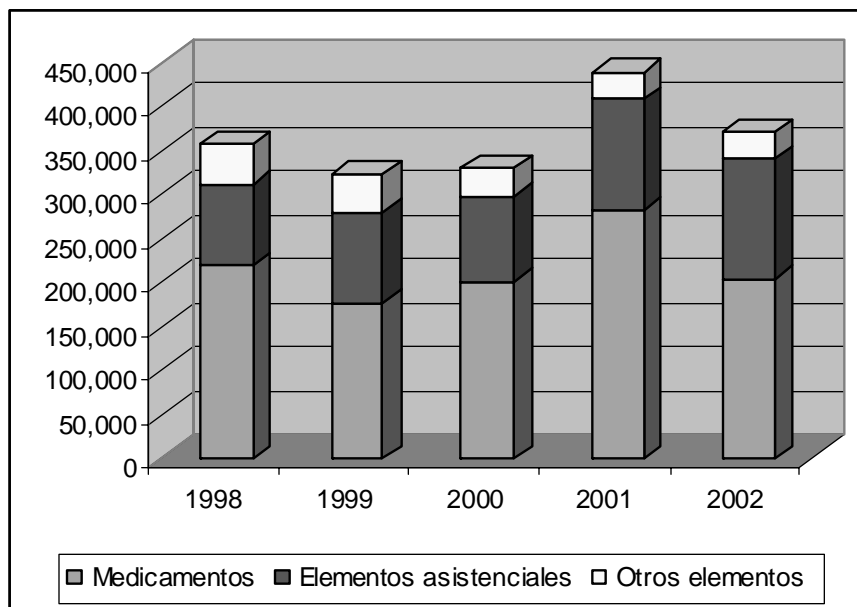


Como puede verse en esta gráfico, al sustraer los costos de jubilación en todas las instituciones la relación de facturación y gastos se invierte y deja de ser deficitaria.

Sin embargo, a pesar del gran peso de las pensiones en los gastos de funcionamiento existen algunas inquietudes sobre esta posible rentabilidad de las clínicas por varias razones: i) los sistemas de información de facturación y costos son precarios y no se tienen funcionando en todas las clínicas y la información real podría estar tanto a favor como en contra de la rentabilidad de estas IPS; ii) existe una muy alta dispersión en indicadores tales como empleado por cama, gastos de personal por cama y gastos generales por cama que producen grandes diferencias en eficiencia y productividad; iii) no se incluyen gastos de inversión, y dado el deterioro actual de equipos e instalaciones, este podría representar un gasto importante; iv) los costos del nivel nacional que les presta apoyo corporativo no se están incluyendo y al pasar a ser ESE, deberán generar los servicios y esto desde luego se convertirá en un costo directo de las ESE.

En el análisis de otros elementos de la gestión, se encuentra la evolución de la compra de materiales y suministros. Llama la atención que a pesar de la disminución de los afiliados estos gastos muestran aumentos significativos en los años 2001 y 2002.

Gráfico 28: Compras de medicamentos e insumos en el ISS entre 1998 y 2002.



Con referencia a los sistemas de información, las conclusiones fueron las siguientes: i) se manejan múltiples plataformas sin ningún tipo de estándar; ii) no existe el concepto de sistemas integrados lo que genera riesgo de errores por digitación, mayores costos y afecta la oportunidad; iii) el manejo de las compras, suministros e inventarios es básicamente manual; iv) aunque se tienen sistemas financieros, no se tienen bajo ningún esquema de seguridad ni de contingencia; v) no se cuenta con sistemas de gestión para apoyar a la alta gerencia; y vi) la información generada por los sistemas no llega de manera oportuna.

En los análisis realizados se observó que no existe un mecanismo de control adecuado que obligue a las IPS a mejorar su desempeño. Los indicadores más críticos y evidentes de esta situación se pueden resumir en el tema de contabilidad y presupuesto con los siguientes factores: i) las IPS no tienen el concepto de "profit center" y los gerentes no son responsables de los resultados financieros de cada uno de ellos; ii) la asignación presupuestal es independiente del desempeño; iii) no existe un sistema único de información financiera. En cuanto a los mecanismos de control, se observó que no existen sistemas de información que permitan medir a las IPS bajo criterios estandarizados y evaluar su desempeño. Tampoco se han establecido incentivos de remuneración atados al desempeño.

#### 4.4. Resultados de la habilitación en las clínicas del ISS. Doctor Nodier Martín Ferro, Asesor de la ESE Bogotá.

Los datos aquí presentados provienen del proceso de habilitación realizado por la Vicepresidencia de IPS para el cumplimiento del Decreto 2309 de 2002, por el cual todas las entidades prestadoras de servicios de salud estaban obligadas a presentar los servicios que presentaban con el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación establecido por la norma.

Dadas las dificultades de la red pública nacional y de las entidades del ISS para cumplir con los requisitos establecidos, se dio plazo de ajuste hasta el 31 de diciembre del 2003. A continuación se presentan los resultados del estudio de habilitación en las 37 clínicas del ISS, realizado en el primer trimestre de 2003 y a cargo de la vicepresidencia de IPS del ISS

Esta evaluación comprendió la evaluación de las entidades abordando los siguientes aspectos: recursos humanos, infraestructura en cuanto a sus áreas y mantenimiento, dotación y mantenimiento de equipos, disponibilidad y almacenamiento de insumos, procesos administrativos y asistenciales, historias clínicas y registros, servicios complementarios, referencia de pacientes, seguimiento del riesgo, indicadores y monitoria, mortalidad por infecciones, e incidencia y registro de complicaciones. Los resultados en términos de inversión mostraron necesidades por \$62,565 millones de pesos distribuidos como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico 29: Plan de inversión por aspectos para la habilitación de las IPS del ISS. (cifras en miles de pesos)

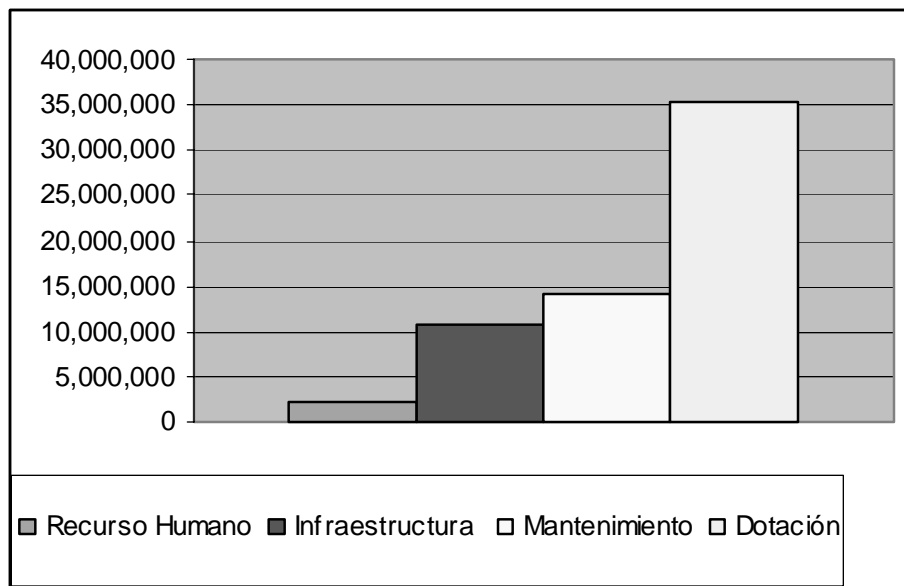
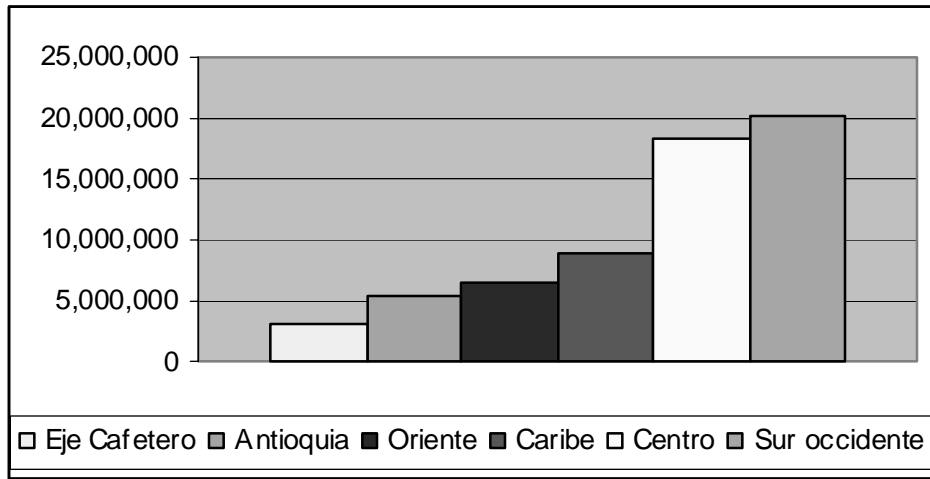


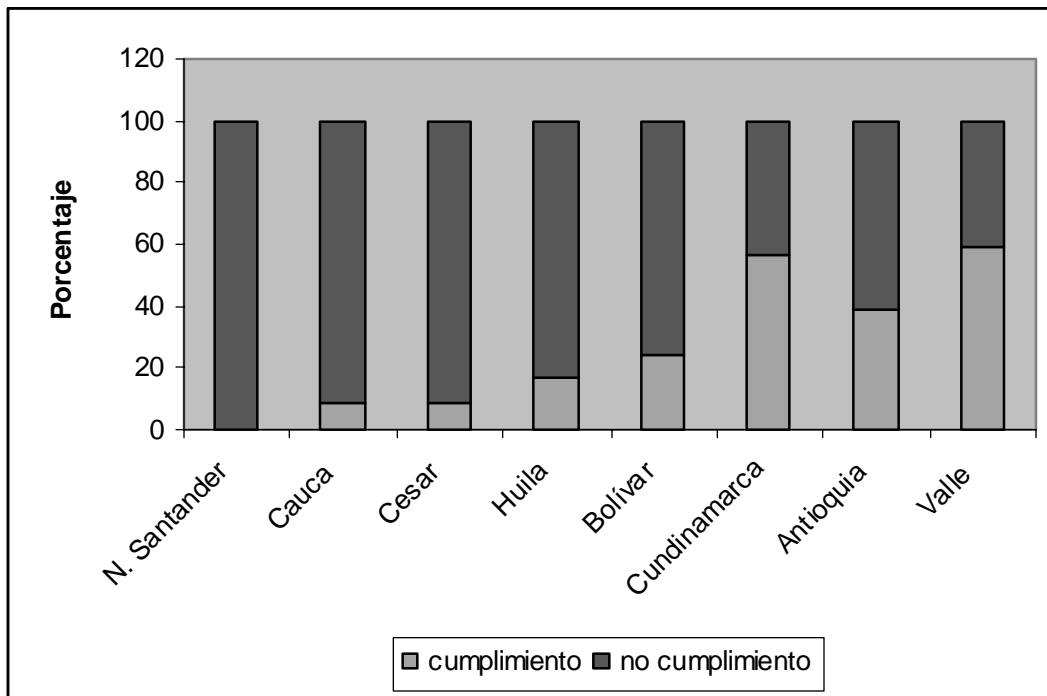
Gráfico 30: Plan de inversión por regionales para la habilitación de las IPS del ISS. (cifras en miles de pesos)



#### 4.5. Resultados de la habilitación en los Centros Ambulatorios de Atención del ISS. Doctor Rafael Arboleda, Gerente Nacional de Calidad, ISS.

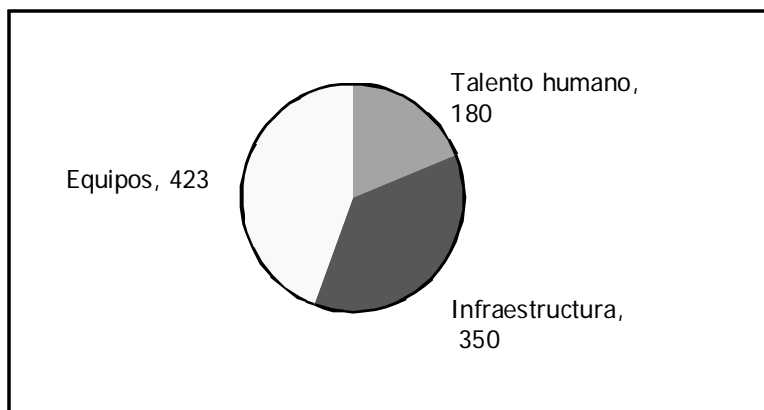
Con referencia a los 204 centros de atención ambulatoria del ISS, que prestan los servicios de consulta externa, atención urgencias, salud oral, procedimientos médico-quirúrgicos, apoyo diagnóstico y terapéutico, ambulancias, atención domiciliaria, educación grupal en salud, y educación individual en salud por medio de 1,331 servicios, el proceso de auto evaluación para la habilitación mostró que solamente el 48.38% cumplía con los requisitos mínimos y por lo tanto se encontraría habilitado para continuar con su tarea.

Gráfico 31: Porcentaje de incumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación por departamentos, previo a la declaración de habilitación.



En cuanto a los causales de incumplimiento previo a la declaratoria (abril de 2003) se encontró que en el 13,52% de los servicios se debe a la insuficiencia del talento Humano, en el 26,29% por fallas en la Infraestructura y la situación más crítica se encuentra en la falta de equipos con un 31.78%.

Gráfico 32: Número de servicios que incumplen los requisitos mínimos de habilitación por causales a abril de 2003.



A junio de 2003, los ajustes efectuados reportaron una ligera mejoría que llevó la insuficiencia del talento Humano al 11.5%, las fallas de Infraestructura al 21.5% y la falta de equipos a un 30.2%.

En cuanto al estado habilitación en los CAA, clasificados de acuerdo a los principales servicios asistenciales, los resultados se observan en la siguiente tabla.

Tabla 9: Número y porcentaje de incumplimiento por servicios asistenciales en los CAA previo a la declaratoria de habilitación.

NOMBRE DEL SERVICIO	N° de Servicios que Incumplen	% Incumplimiento
Urgencias	11	86%
Transporte asistencial básico	31	84%
Laboratorio de citopatología	5	80%
Farmacia	100	67%
Odontología	109	61%
Medicina General	110	58%
Enfermería	61	53%
Toma de muestras de laboratorio	23	38%

Como conclusión, cabe anotar que para que estas entidades logren ser autónomas y responder efectivamente a las necesidades de la población, es indispensable que evalúen a conciencia el estado de las IPS de su zona de influencia teniendo en cuenta la red pública preexistente, para que no realicen inversiones en servicios duplicados, innecesarios o de difícil articulación a los requisitos mínimos de habilitación.

## 5. Conclusiones y recomendaciones

Al finalizar el trabajo individual de los grupos, se realizó una sesión plenaria en la que cada uno de ellos presentó las conclusiones y recomendaciones formuladas. A continuación se enuncian aquellas sobre las que existe consenso entre los asistentes y que constituyen lo esencial del trabajo a seguir.

Como marco general, preocupa al grupo de expertos que un ritmo lento para la escisión del ISS, puede afectar la necesaria y deseable autonomía de las ESE. Esta autonomía es un factor crítico de éxito de todo el proceso, pues mientras estas entidades no tengan una verdadera capacidad para gestionar sus procesos administrativos, financieros y de calidad, van a continuar siendo ineficientes e incapaces para enfrentar los retos del mercado y la competencia de otros prestadores. Por lo anterior, el grupo recomienda, de manera muy especial al ISS y al Ministerio de la Protección Social, facilitar y acelerar hasta donde sea posible este proceso.

Tanto desde la perspectiva de calidad como la de gestión y la financiera, resulta inminente la necesidad de que las ESE evalúen su oferta de servicios a la luz de su capacidad real para vender estos servicios, de acuerdo con la demanda histórica de los mismos y, en lo posible, con las necesidades de la población que sirven. Una vez realizado el ejercicio anterior deben reevaluar sus planes y necesidades de inversión para habilitar sus diferentes servicios. No tendría sentido hacer inversiones para habilitar servicios que posteriormente van a constituir oferta subutilizada o francamente ociosa.

### 5.1. Gestión

- a. El grupo considera que las condiciones de gestión en las IPS y de estas en las ESE a las que pertenecen, resultan precarias para la tarea de convertirse en entidades autónomas, sostenibles y competitivas. De hecho, los procesos de gestión que existían eran desarrollados ya fuera por la vicepresidencia de IPS en el nivel central o por las EPS ISS regionales. Son pocos los casos en los que una de estas IPS cuenta con procesos de gestión.
- b. Es absolutamente indispensable que las ESE identifiquen sus macro procesos de apoyo en los campos financieros, de personal, de administración y de información, entre otros, y diseñen e implementen estos procesos al interior de cada uno de ellos. Esto, con el propósito de que hacer efectiva su consolidación como entidades organizadas y eficientes, características esenciales para competir con IPS privadas y públicas ya existentes en las zonas de influencia. A su vez, es importante señalar que estos procesos, priorizados y desarrollados en forma general y conjunta, pueden buscar metodologías y estrategias útiles a las diferentes entidades como marco general. De esta manera, se podría lograr mejores avances.
- c. Entre los temas definidos como prioritarios para el desarrollo de la gestión en las ESE y el fortalecimiento de su autonomía, se encuentran los siguientes:

- Contabilidad de costos y control de gastos;
  - Contratación de personal y gestión de pago;
  - Construcción de procesos de admisiones incluyendo verificación de derechos,
  - Compra de insumos y suministros;
  - Facturación;
  - Levantamiento y manejo de inventarios;
  - Desarrollo de sistemas de información.
- d. Dadas las implicaciones jurídicas y legales de la nueva operación del ISS y de las ESE, se considera fundamental adelantar la evaluación, reestructuración y ajuste de su nuevo marco jurídico. La falta de claridad, la confusión y vacíos existentes pueden ocasionar problemas severos para la operación y supervivencia de las entidades.
- e. Una de las grandes carencias del ISS y del sistema de salud colombiano es la información. De hecho, este es uno de los principales determinantes de la complejidad de la escisión y uno de los objetivos de los convenios inter - administrativos suscritos entre el ISS y las ESE. A este respecto, el grupo considera que la modernización de los sistemas de información debe ser uno de los procesos prioritarios y que su desarrollo debe ser conjunto entre la EPS ISS y las IPS que conforman las siete ESE regionales.
- f. Tanto para la EPS del ISS como para las ESE, la contratación entre ellas deberá resultar un proceso conveniente y de mutuo beneficio. Dadas las dificultades de gestión de contratos y control, se recomienda que las entidades definan sistemas conjuntos de auditoría concurrente que les permita identificar los problemas comunes o compartidos y formular soluciones conjuntas.
- g. Dado el conocimiento actual del ISS en el manejo y procesos de estas IPS y el apoyo que la entidad se ha comprometido a brindar para su transformación en ESE, resulta prioritaria la participación del Instituto en el acompañamiento y seguimiento a la escisión para lograr la autonomía de las ESE.

## 5.2. Calidad

- a. El panorama sobre la habilitación que fue presentado en el taller, señala que cerca del 70% de los servicios de estas IPS no se encuentran habilitados y requieren de inversiones cuantiosas para cumplir con los estándares mínimos de calidad señalados por las normas vigentes. Sobre este particular es importante anotar que la mayoría de los procesos de ajuste no han sido ejecutados a la fecha. El grupo resalta la importancia de tener en cuenta que el decreto de habilitación establece que las entidades que no cumplan estos requisitos a 31 de diciembre de 2003 entrarán en causal de cierre por parte de las autoridades competentes.
- b. La evaluación de la oferta en cada una de las regionales en donde se ubican estas nuevas ESE, es uno de los factores determinantes de su futuro. Aunque se trata de un problema de mercado, este punto es fundamental para la toma de decisiones en lo que

al ajuste de calidad se refiere y se recomienda su evaluación conjunta y simultánea con la de la suficiencia de la oferta que en forma regional, constituya la red pública de servicios.

### 5.3. Mercado

- a. La obligación de la EPS ISS de contratar con las ESE los servicios de sus afiliados hasta por tres años, no garantiza la supervivencia de estas entidades. De hecho, el ISS deberá contratar con ellas la atención de su población en los servicios contenidos en su portafolio y hasta por los afiliados amparados por cada ESE (caso en el cual preocupa la disminución de afiliados del ISS). El grupo recomienda que antes del 31 de diciembre de 2003, sean claramente definidos e informados a estas ESE, cuales serán los sistemas de contratación de la EPS ISS con ellas.
- b. Entre las modalidades de contratación exploradas (no acordadas) para las ESE, se encuentra la capitación de los tres niveles de complejidad para el primer año (2004) con el 75% de UPC, dando con este sistema un tiempo prudencial para que las entidades puedan avanzar en la facturación y proveer sistemas de gestión. Para el segundo año, se debe avanzar hacia sistemas más finos entre los que se mencionaron como opciones el pago fijo global prospectivo o grupos de diagnóstico relacionados. Estos sistemas implican como mínimo buenos sistemas de información, costos y facturación. Los sistemas de contratación y pago deberán ser definidos conjuntamente por las ESE y el ISS.
- c. La supervivencia de estas entidades puede depender de su capacidad de contratar con pagadores diferentes al ISS la venta de sus servicios, en un nuevo ambiente de calidad y competitividad. La calidad de sus servicios y sus características diferenciales con el resto de la red pública podrán definir su permanencia.
- d. En este sentido, se hace especial énfasis en que las ESE deben evaluar su oferta de servicios a la luz de su capacidad real para venderlos, de acuerdo con la demanda histórica de los mismos y, en lo posible, con las necesidades de la población que sirven. Una vez realizado el ejercicio anterior deben reevaluar sus planes y necesidades de inversión para habilitar sus diferentes servicios. Se reitera que tendría sentido hacer inversiones para habilitar servicios que posteriormente van a constituir oferta subutilizada o francamente ociosa.

### 5.4. Aspectos financieros

- a. Al igual que en el tema de gestión, se considera fundamental concretar los procesos financieros críticos.
- b. En el tema financiero, pero esta recomendación resulta aplicable a la transformación en general, debería contarse con una planeación de la transición. Si bien existe información

que ilustra la situación previa de la entidad, los estudios realizados no tienen el alcance de propuestas para llevar a cabo este proceso. Esta planeación debe contar con metas cuantificables que permitan monitorear los efectos de los supuestos técnicos y prever planes de contingencia para el incumplimiento de estos supuestos financieros.

- c. En forma puntual se recomienda la consolidación y revisión de los estados financieros de los últimos 3 años y su revisión para ser integrados al nuevo escenario del ISS – EPS y las ESE.

## ANEXOS

### Anexo 1: Lista de participantes del taller

#	Nombre	Cargo	Entidad
1	Luis Gonzalo López	Viceministro de Salud	Ministerio de la Protección Social
2	Teresa Tono	Directora Apoyo a la Reforma	
3	Blanca E. Cajigas	Directora de Calidad	
4	Fernando Medina	Grupo de Apoyo a las ESE	
5	Héctor María Restrepo		Instituto de Seguro Social
6	Héctor José Cadena	Presidente	
7	Emilio Soriano	Vicepresidente de EPS	
8	Rafael Arboleda	Gerente de Calidad	
9	Ximena Gutiérrez	Asesora Presidencia	
10	José Roberto Garay	Dirección de Calidad	Superintendencia Nacional de Salud
11	José Fernando Arias	Director de Salud	Departamento Nacional de Planeación
12	José Fernando Cardona	Secretario	Secretaría Distrital de Salud
13	Jaime Abril	Subdirector Programas Sociales	Ministerio de Hacienda
14	Gonzalo Casas	Asesor Programas Sociales	
15	Jaime Posada	Gerente	ESE Cundinamarca
16	Jaime Sepúlveda	Asesor	
17	Claudia Peñaranda	Gerente	ESE Santander
18	Juan Evangelista Rojano	Gerente	ESE Atlántico
19	Hugo Armando Hernández	Gerente	ESE Antioquia
20	Gustavo Adolfo Uribe	Asesor	
21	Alcira Fernández	Gerente	ESE Valle
22	Marta Caracas	Asesor	
23	Faruk Urrutia	Gerente	ESE Bogotá
24	Nodier Martín Ferro	Asesor	
25	Alberto Morales	Gerente	ESE Eje Cafetero
26	Margarita Carmona	Consultor	Unión Temporal
27	Gabriel Acevedo	Consultor	Incorbank
28	Gonzalo Gutiérrez	Consultor	
29	Mauricio Trujillo	Consultor	
30	María Luisa Escobar	Asesora	Banco Mundial
31	Ean Mc. Arthur	Asesor	Banco Inter. de Desarrollo
32	Nelcy Paredes	Subdirectora	ACEMI
33	Julio Portocarrero	Director Ejecutivo	Centro Gestión Hospitalaria
34	Luis Fernando Giacometti	Director	Consortio de Hospitales de Cataluña
35	Juan Carlos Barragán	Asesor	
36	Margarita Vélez	Gerente	Servinte

37	Ana Eugenia Gaitán	Asesor	
38	Luis Eduardo Rincón	Director Salud Comunitaria	Fundación Santa Fé
39	Luis Eduardo Moreno	Director General	Hospital Clínica San Rafael
40	Fernando Robledo	Comité Asesor de Salud	Fundación Corona
41	Virginia Garcés	Consejo Directivo	
42	Jorge Hernán Cárdenas	Director Ejecutivo	
43	Elsa Victoria Henao	Jefe Área de Salud	