

**APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MONITOREO, SEGUIMIENTO Y CONTROL AL USO DE
RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES – SALUD
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento para el Departamento del Valle del Cauca se divide en tres partes. La primera es una caracterización de la entidad territorial en la cual se presenta información de contexto sectorial.

La segunda presenta la problemática diagnosticada inicialmente por la Dirección General de Apoyo Fiscal durante sus reconocimientos institucionales, los eventos de riesgo evidenciados e información básica sobre la adopción de la medida. Asimismo, muestra el resultado de las evaluaciones realizadas en la que se incluye una parte financiera, el análisis de los incumplimientos y avances de la entidad y la descripción de situaciones nuevas.

Finalmente, el tercer aparte contiene las conclusiones y recomendaciones relacionadas con los resultados de la última evaluación realizada por la Dirección General de Apoyo Fiscal.

II. CARACTERIZACIÓN

A. Caracterización sectorial

El Departamento de Valle de Cauca en el sector salud desarrolla las competencias de dirección del sector, prestación de servicios de salud, acciones de salud pública y de cofinanciación del aseguramiento de la población a través de la Secretaría de Salud Departamental.

El comportamiento en el aseguramiento de la entidad está representado en la siguiente tabla con corte a diciembre del 2012:

Aseguramiento al Sistema de Seguridad Social en Salud

ASEGURAMIENTO	POBLACION	%
POBLACION TOTAL	4.474.369	100%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	2.280.491	51%
REGIMEN SUBSIDIADO	1.832.296	41%
PERSONAS SIN AFILIACION	361.582	8%

Fuente: Dane Población 2012, MPS para información del Régimen contributivo y subsidiado con corte dic 2012

El Departamento según información proyectada por el DANE tiene para la vigencia 2012, 4.474.369 habitantes, distribuidos en 42 municipios, de los cuales 12 son certificados en salud, (esto es, pueden gestionar servicios de salud de primer nivel dirigidos a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda).

Respecto al total de la población, el 51% corresponde a población con capacidad de pago asegurada en el régimen contributivo, 41% a población asegurada en el régimen subsidiado y 8% se presume es población sin afiliación. Lo anterior significa que la cobertura del sistema en el departamento es 92%.

B. Red Pública de Prestadores

La red pública se encuentra constituida por 56 hospitales públicos, de los cuales 45 son instituciones de primer nivel, 10 son instituciones de segundo nivel y una institución es de tercer nivel (Hospital Universitario del Valle).

La información consolidada de la red pública hospitalaria mostró que los ingresos efectivamente recaudados en 2012 sumaron \$663.927 millones, mientras los compromisos fueron \$769.364 millones, razón por la cual el déficit neto ascendió a \$105.436 millones. El incremento del déficit frente a la vigencia 2011 fue 31%. En las ESE del primer nivel se presentó un superávit de \$4.170 millones y fue equivalente al 1% de los ingresos que recaudaron en la vigencia. De igual manera, en las ESE del segundo nivel se presentó un déficit de \$28.120 millones y fue equivalente al 19% de los ingresos que recaudaron en la vigencia. Asimismo, en la ESE de tercer nivel se presentó un déficit de \$81.487 millones y fue equivalente al 45% de los ingresos que recaudaron en la vigencia.

Comportamiento Ingresos de la Red Pública Hospitalaria (2012)							
Nivel	INGRESOS RECONOCIDOS	INGRESOS RECAUDADOS	% RECAUDO	GASTOS COMPROMETIDOS	% GASTO / RECAUDO	DEFICIT O SUPERAVIT	PASIVOS TOTALES
Nivel 1	393.102	337.635	86%	333.465	99%	4.170	47.297
Nivel 2	200.420	146.143	73%	174.263	119%	-28.120	93.622
Nivel 3	267.311	180.149	67%	261.636	145%	-81.487	153.009
Total	860.832	663.927	77%	769.364	116%	-105.436	293.928

Fuente: Cuadro elaborado por la DAF con base en información del Sistema de Hospitales SIHO, corte 2012

Los ingresos reconocidos, es decir, aquellos sobre los que hay algún grado de certeza en su ingreso, particularmente formal, pero no han entrado en las tesorerías de las ESE, sumaron en el Departamento \$860.832 millones, mientras los compromisos, fueron \$769.364 millones. Cuando en el análisis se utiliza este ingreso, la red pública del Departamento genera un superávit de \$91.469 millones, de los cuales 65% (\$59.637 millones) corresponden al I nivel, 29% (\$26.156 millones) al II nivel y 6% (\$5.676 millones) al III nivel.

La red pública departamental, mostró un total de pasivos acumulados de \$293.928 millones para la vigencia 2012. Del total, la participación de las ESE del primer nivel fue 16% (\$47.297 millones), de las ESE de segundo nivel fue 32% (\$93.622 millones) y de la ESE de tercer nivel fue 52% (\$153.009 millones). El incremento del pasivo frente a la vigencia 2011 fue 13%.

El análisis de la venta de servicios de salud mostró que durante 2012 la facturación en la red pública del Departamento sumó \$636.474 millones, pero el recaudo por este concepto fue \$452.627 millones (71%). Esto significa que \$183.847 millones (29%) quedaron como ingresos por recaudar. Asimismo, a las ESE de la red ingresaron efectivamente recursos por la venta de servicios de vigencias anteriores que alcanzaron los \$71.180 millones. De esta manera, el recaudo total por este concepto llegó a \$523.806 millones.

La información consolidada de cartera por venta de servicios de salud para la red hospitalaria mostró un total de \$405.011 millones; el primer nivel de atención participa con un 20% (\$82.332 millones), el segundo nivel de atención con 24% (\$96.963 millones) y el tercer nivel de atención con 56% (\$226.716 millones). Del total de cartera, \$165.906 millones (41%) es cartera menor a 180 días y \$239.105 millones (59%) es cartera de más de 180 días, que eventualmente puede convertirse en cartera de difícil cobro. Con respecto a la cartera de más de 180 días, el nivel con

mayor participación fue el tercer nivel de atención con 60%. El incremento de la cartera frente a la vigencia 2011 fue 32%.

Lo anterior muestra la tendencia a comprometer gastos contra ingresos reconocidos y no contra los efectivamente recaudados, asumiendo compromisos que no pueden ser financiados con la generación efectiva de ingresos, lo que afecta la salud financiera de la red prestadora de servicios.

En el marco de lo dispuesto por la Resolución 1877 del 2013, el Departamento mostró un total de 14 Empresas Sociales del Estado en riesgo alto y un total de 11 Empresas Sociales del Estado en riesgo medio (45% del total de estas entidades), lo cual implica la adopción de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, a que se refiere el artículo 81 de la Ley 1438 del 2011.

III. APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE MONITOREO, SEGUIMIENTO Y CONTROL EN LA ENTIDAD TERRITORIAL

A. Antecedentes

El Departamento del Valle del Cauca fue priorizado por la Dirección General de Apoyo Fiscal para aplicar las actividades de seguimiento y control asociadas a la estrategia de monitoreo, seguimiento y control al uso de recursos del Sistema General de Participaciones a las que se refiere el Decreto 028 de 2008 y sus reglamentarios y se realizó una visita de reconocimiento institucional a dicha entidad en septiembre de 2010, cuyos resultados se actualizaron con ulteriores análisis.

En el diagnóstico inicial de los principales temas del sector se encontraron problemas relacionados con inconsistencias entre la información presupuestal y de tesorería del Fondo de Salud, manejo de los recursos de salud en multiplicidad de cuentas, embargos en el sector salud, altos montos de cuentas por pagar, falta de implementación de procesos de auditoría y problemas financieros en la red de prestadores públicos. Como resultado se evidenció la ocurrencia de los eventos de riesgo Nos. 9.7 y 9.18¹, incluidos en el artículo 9 del Decreto 028 de 2008.

¹ Ver detalle en el artículo 9 del Decreto 028 de 2008

Por medio de la Resolución No. 2083 del 29 de julio de 2011 se determinó la adopción de la medida preventiva de Plan de Desempeño para que la entidad superara los eventos de riesgo mencionados y todas aquellas situaciones identificadas como problemáticas dentro de sector, en virtud de lo estipulado por los artículos 10, 11 y 13 del Decreto 028 de 2008 y el Decreto 2911 de 2008.

El Departamento adoptó el Plan de Desempeño recomendado mediante Decreto No. 0731 del 30 de septiembre de 2011 y fue aprobada por parte de la Dirección de General de Apoyo Fiscal a través de la Resolución No. 2822 del 30 de septiembre de 2011. La duración del Plan de Desempeño se estableció en 18 meses a partir de la aprobación del mismo.

Las actividades relacionadas con la ejecución y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones asignados al sector salud que se incluyeron en el Plan de desempeño que suscribió la entidad territorial se relacionaban con garantizar la concordancia, eficiencia y eficacia en la programación y ejecución presupuestal; la administración de los recursos del sector salud en las cuentas maestras; garantizar el oportuno flujo de los recursos del Fondo Departamental de Salud y el cumplimiento de los pagos acordados; consolidación final del modelo de red de prestación de servicios de salud del Departamento; fortalecer los procesos de auditoría a la facturación por concepto de prestación de servicios y garantizar la efectiva defensa judicial.

Ante la difícil situación financiera de la red pública de prestación de servicios de salud del Valle del Cauca, se consideró necesaria la intervención de dicha red para garantizar la prestación de los servicios en condiciones de calidad, oportunidad, continuidad y eficiencia de recursos mediante la aplicación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de estas entidades o en su defecto la adopción de las medidas contempladas en la Ley 1438 de 2011 como liquidaciones, fusiones y/o reestructuración de pasivos, sin perjuicio de la adecuación normativa a que haya lugar.

En relación con lo anterior, la situación antes descrita coincidió con el advenimiento de una nueva administración para el departamento que inició el 5 de Julio de 2012 y asumió la reformulación del Plan de Desempeño con su respectivo cronograma, con el fin de adaptarlo a las nuevas situaciones presentadas que no existían al momento de la formulación del mismo.

Se buscó que el Plan de Desempeño se concentrara en aquellos aspectos sectoriales (fortalecimiento institucional de la Secretaría de Salud y aplicación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado) permitiendo generar un mayor impacto en el uso y ejecución de los recursos del sector.

Por tales razones se modificó el Plan de Desempeño mediante la Resolución 2882 del 25 de septiembre de 2012, con el fin de establecer obligaciones y actividades tendientes al fortalecimiento y reestructuración institucional de la Secretaría de Salud, asistencia y control a los programas de saneamiento fiscal y financiero de la red pública, fortalecimiento de la defensa jurídica, entre otros.

La última evaluación del cumplimiento de las obligaciones y actividades incluidas en el plan de desempeño fue realizada en junio de 2013 y los resultados se relacionan a continuación. De acuerdo a esta evaluación y a otras consideraciones que se expondrán más adelante se determinó la extensión temporal del Plan de Desempeño aprobado para el Departamento.

B. Resultados de la evaluación a la medida adoptada

1. Evaluación financiera

La entidad presupuestó ingresos durante la vigencia 2012 por \$ 361.017 millones en el sector salud, de los cuales se recaudaron \$366.325 millones, mostrando un porcentaje de ejecución de 101%. De estos, el 89% (\$327.306 millones) correspondió a ingresos corrientes y el 11% (\$39.019 millones) a ingresos de capital. De los ingresos corrientes, los recursos del Sistema General de Participaciones representaron el 33% (\$108.791 millones), los recursos de rentas cedidas el 30% (\$97.453 millones), los recursos de estampillas el 9% (\$28.299 millones), los recursos de transferencias nacionales el 13% (\$40.921 millones) y otros recursos el 15% (\$51.842 millones). De los recursos de capital, 87% (\$33.935 millones) fueron recursos del balance, 7% (\$2.728 millones) rendimientos financieros y 6% (\$2.357 millones) fueron otros recursos.

Del presupuesto de gastos para el sector salud por \$357.409 millones se comprometió el 75% (\$266.768 millones). Se generaron obligaciones por \$266.768 millones y pagos por \$238.329 millones. El gasto de funcionamiento sumó \$14.958 millones y el de inversión \$251.810 millones.

Sobre el cierre de 2012, la ejecución presupuestal de ingresos y gastos arrojó un resultado presupuestal superavitario para el sector salud de \$99.557 millones y evidenció que la entidad no debió constituir reservas y cuentas por pagar por \$28.440 millones y tener como mínimo disponible en caja y bancos \$127.997 millones, de acuerdo al siguiente detalle:

Información de cierre de vigencia. Presupuesto Vs Tesorería	
CONCEPTO	VALORES (En millones de \$)
1. Ingresos (Recaudados)	366.325
2. Gastos (Comprometidos)	266.768
3. Gastos (Obligados)	266.768
4. Pagos	238.329
Déficit o superávit (1) - (2)	99.557
Reservas (2) - (3)	0
Cuentas por pagar (3) - (4)	28.440
Saldo Mínimo en Caja y Bancos (1) - (4)	127.997
Saldo Real en Caja y Bancos	76.154

Por otra parte, como se puede apreciar en el cuadro anterior, se encuentra en las cuentas bancarias del sector salud en el reporte FUT Tesorería Fondo de Salud un saldo de \$76.154 millones mostrando que este no es consistente respecto al valor presupuestal.

2. Resultados de la evaluación

a. Incumplimientos

La entidad no ha culminado con la determinación de los requerimientos de talento humano (perfiles, cargas, funciones, etc.) teniendo en cuenta las nuevas funciones y estructura de la Secretaría de Salud.

Por otra parte, no se ha cumplido con la obligación de elaborar un estudio técnico para definir la reestructuración de la Unidad Ejecutora de Saneamiento del Departamento.

En el tema de la reestructuración de la Secretaría de Salud falta la realización del análisis financiero de los costos de reorganización interna (ajustes presupuestales y financieros para el personal previsto en la reorganización), la expedición de los actos administrativos de reorganización de planta de personal de la Secretaría de Salud y los informes de avance en la implementación del plan de acción incluyendo el impacto generado después de la adopción de la reorganización de personal.

Por otra parte, en el tema del rediseño de la red de prestadores de servicios de salud falta suscribir actas de compromisos con los gerentes de las Empresas Sociales del Estado del departamento y municipios para la ejecución de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, la ejecución del convenios de desempeño, definir entre acuerdos de reestructuración de pasivos, intervención de la Superintendencia Nacional de Salud, liquidación, supresión o fusión de las ESE en caso de incumplimiento de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero y la cuantificación del costo de las medidas que se adopten para cada ESE en caso de incumplimiento de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero.

b. Avances

La entidad elaboró el estudio técnico de la planta de personal de la Secretaría de Salud, el cual fue el insumo para la reorganización administrativa de la Gobernación del Valle del Cauca que se materializó en el Decreto 1650 de 2012. En este se ajustó la estructura orgánica de la administración central del departamento y se redefinieron las funciones de cada dependencia incluida la Secretaría Departamental de Salud.

Se resalta el fortalecimiento de las funciones de planeación del sector salud, de contratación y defensa judicial al establecer claramente estas funciones en la Secretaría de Salud y no depender de forma exclusiva de la administración central, dadas las particularidades del sector.

En cuanto a los procedimientos se realizaron ajustes a los mismos y se aprobaron en la versión 3 por el Comité Coordinador del Sistema Integrado de Gestión MECI. Los procesos caracterizados fueron: Gestión Financiera, Gestión de Talento Humano y Gestión Logística.

A su vez, la entidad elaboró el documento (Anexo No. 1 de condiciones especiales de contratación en el sector salud) en donde se especificaron las condiciones especiales de contratación del sector salud como anexo al manual de contratación de la Gobernación del Valle dentro del Sistema Integrado de Gestión (SIG).

Por otra parte, respecto a los avances financieros, la Secretaría de Salud implementó un Comité de Conciliación Financiera que ha permitido la discusión e identificación de las diferencias en las cifras financieras y presupuestales y la articulación con diferentes dependencias especialmente con la Secretaría Jurídica para delimitar funciones y competencias relacionadas con la desconcentración y representación judicial.

En cuanto a la obligación del rediseño de la red de prestación de servicios la entidad, con la asesoría del Ministerio de Salud y Protección Social, presentó a principios de agosto de 2013 el documento de red ajustado a las circunstancias y necesidades actuales del Departamento. A la fecha se encuentra en proceso de aprobación por parte del Ministerio sectorial.

Durante julio y agosto la Secretaría de Salud, en cumplimiento de los compromisos establecidos en el Plan de Desempeño, realizó la asesoría a Empresas Sociales del Estado en la elaboración de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero; al finalizar agosto se presentaron a la Gobernación para su análisis y consolidación y posteriormente se enviaron a la Dirección de Apoyo Fiscal para la viabilidad.

c. Situaciones nuevas

Aun cuando la entidad territorial ha incrementado y profundizado en la asistencia técnica a las IPS pública con el fin de mejorar sus procesos financieros e institucionales para el fortalecimiento de sus finanzas, estas presentan indicadores desfavorables. De esta manera, estas instituciones

presentaron un crecimiento importante de 31% en el déficit presupuestal, de 13% en los pasivos totales y 32% en la cartera total.

Este deterioro en los indicadores se reflejó en la clasificación del riesgo de las ESES del departamento establecido en la Resolución 1877 de 2013. En ésta, de las IPS públicas del Departamento, 11 se clasificaron en riesgo medio y 14 en riesgo alto. Por tal razón estas entidades elaboraron un programa de saneamiento fiscal y financiero con el fin de alcanzar un nivel de riesgo bajo.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dada la situación de la red departamental que ha presentado a 25 de sus ESES en riesgo medio y alto, por lo que debieron realizar un programa de saneamiento fiscal y financiero, se encuentra en riesgo la prestación del servicio de salud, y dadas las competencias del Departamento en cuanto al fortalecimiento de las ESE, se adoptó la extensión del Plan de Desempeño mediante la Resolución 3086 del 19 de septiembre de 2013, con el fin de permitir que los mencionados programas se lleven a cabo por parte de estas instituciones.

Estos programas de saneamiento fiscal y financiero, sin perjuicio de la aplicación de lo dispuesto en la metodología de la Dirección de Apoyo Fiscal en cuanto a su formulación, deben enmarcarse en una estrategia de saneamiento y fortalecimiento institucional de las Empresas Sociales del Estado con un enfoque de redes de servicios de salud, entendida la estrategia como la optimización de la prestación de servicios de salud en un departamento o distrito a través de los prestadores públicos de servicios de salud. En este enfoque, el liderazgo de las entidades departamentales ocupa un papel preponderante en la definición del rol de cada una de las ESES.

Por otra parte, se recomendó que la entidad a través del Comité de Vigilancia en virtud de la aplicación del acuerdo de reestructuración de pasivos realice monitoreo permanente a los excedentes de facturación en la prestación de servicios con el fin de garantizar su depuración y la consecución de los recursos que sean necesarios para realizar su cancelación y evitar que puedan convertirse en un riesgo en la aplicación de la Ley 550 de 1999.