SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTÁ D.C. UN ANÁLISIS DE RESULTADOS DE CORTO PLAZO
(2015-2017)

En cumplimiento del literal a, del artículo 8 del Acuerdo 24 de 1993

Bogotá, D.C., octubre de 2018

Veedor Distrital
Jaime Torres–Melo

Viceveedor Distrital
Daniel García Cañón

Veedor Delegado para la Atención de Quejas y Reclamos
Juan Carlos Rodríguez Arana

Veedora Delegada para la Contratación
Tatiana Mendoza Lara

Veedor Delegado para la Eficiencia Administrativa y Presupuestal
Jasson Cruz Villamil

Veedor Delegado para la Participación y los Programas Especiales
Diego Fernando Maldonado Castellanos

Jefe Oficina Asesora de Planeación
Diana Enciso Upegui

Jefe Oficina Asesora Jurídica
Janneth Caicedo Casanova

Equipo de Trabajo

Laura Catalina Díaz Barreto
Santiago José Rodríguez Arévalo
Oscar Eduardo Sosa Bernal

Tabla de contenido

Introducción 8
1. Antecedentes 12
1.1 Las Redes Integradas de Servicios de Salud 12
a. ¿Qué son las Redes Integradas de Servicios de Salud? 13
b. Experiencias a nivel internacional 14
c. Atributos esenciales para la consolidación de las Redes 17
1.2 Normatividad de las Redes Integradas de Servicios de Salud en Colombia 19
1.3 Las Redes Integradas de Servicios de Salud en Bogotá 22
a. Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud (2013-2015) 23
b. Subredes Integradas de Servicios de Salud (Desde 2016) 24
2. Aspectos metodológicos 32
2.1 Enfoque general 32
2.2 Cadena de valor 33
2.3 Componentes de la evaluación 35
a. Financiero y presupuestal 35
b. Oferta de servicios y eficiencia 37
c. Oportunidad y calidad del servicio 38
3. Características generales de las Subredes 41
3.1 Subred Sur 43
a. Demanda potencial de la Subred 44
b. Perfil de mortalidad y morbilidad 46
c. Oferta de la Subred 48
3.2 Subred Centro Oriente 49
a. Demanda potencial de la Subred 50
b. Perfil de mortalidad y morbilidad 52
c. Oferta de la Subred 55
3.3 Subred Norte 56
a. Demanda potencial de la Subred 57
b. Perfil de mortalidad y morbilidad 59
c. Oferta de la Subred 62
3.4 Subred Sur Occidente 63
a. Demanda potencial de la Subred 64
b. Perfil de mortalidad y morbilidad 66
c. Oferta de la Subred 68
3.5 Conclusiones 69
4. Presupuesto y sostenibilidad financiera 71
4.1 Capital 73
a. Subred Sur 74
b. Subred Centro Oriente 76
c. Subred Norte 77
d. Subred Sur Occidente 79

4.2 Calidad del activo 82
a. Subred Sur 82
b. Subred Centro Oriente 84
c. Subred Norte 86
d. Subred Sur Occidente 88
4.3 Capacidad de la Gerencia 90
a. Subred Sur 90
b. Subred Centro Oriente 93
c. Subred Norte 95
d. Subred Sur Occidente 97
4.4 Rentabilidad 99
a. Subred Sur 100
b. Subred Centro Oriente 103
c. Subred Norte 107
d. Subred Sur Occidente 109
4.5 Liquidez 112
a. Subred Sur 113
b. Subred Centro Oriente 115
c. Subred Norte 117
d. Subred Sur Occidente 120
4.6 Conclusiones 122
a. Capital 122
b. Calidad de Activo 123
c. Capacidad de la Gerencia 123
d. Rentabilidad 124
e. Liquidez 125
5. Condiciones de la oferta del servicio 126
5.1 Subred Sur 129
a. Atenciones por consulta externa 129
b. Observación de urgencias 130
c. Hospitalización 132
d. Procedimientos quirúrgicos 133
e. Eventos Obstétricos 134
5.2 Subred Centro Oriente 136
a. Atenciones por consulta externa 136
b. Observación de urgencias 138
c. Hospitalización 139
d. Procedimientos quirúrgicos 140
e. Eventos Obstétricos 141
5.3 Subred Norte 143
a. Atenciones por consulta externa 143
b. Observación de urgencias 145
c. Hospitalización 146

d. Procedimientos quirúrgicos 148
e. Eventos Obstétricos 149
5.4 Subred Sur Occidente 150
a. Atenciones por consulta externa 150
b. Observación de urgencias 152
c. Hospitalización 153
d. Procedimientos quirúrgicos 154
e. Eventos Obstétricos 155
5.5 Eficiencia 156
a. Rendimiento consulta externa 157
b. Rendimiento de servicios de urgencias 158
c. Rendimiento de hospitalización 159
d. Rendimiento de procedimientos quirúrgicos 161
e. Rendimiento de salas de parto 162
5.6 Conclusiones 163
6. Oportunidad y satisfacción de los usuarios 165
6.1 Subred Sur 168
a. Experiencia en la atención 168
b. Indicadores de seguridad 170
6.2 Subred Centro Oriente 170
a. Experiencia en la atención 170
b. Indicadores de seguridad 172
6.3 Subred Norte 173
a. Experiencia en la atención 173
b. Indicadores de seguridad 174
6.4 Subred Sur Occidente 175
a. Experiencia en la atención 175
b. Indicadores de seguridad 176
6.5 Conclusiones 177
7. Conclusiones y Recomendaciones 178
7.1 Conclusiones 178
a. Presupuesto y sostenibilidad 178
b. Oferta, eficiencia y calidad 179
7.2 Recomendaciones 182
Referencias 184
Anexos 195

Lista de figuras

Figura 1. Línea de tiempo del marco normativo. 22
Figura 2. Mapa de actores derivado del Acuerdo 641/2016. 27
Figura 3. Nueva modalidad de prestación de servicios. 30
Figura 4. Componentes de la evaluación 35

Figura 5. Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá. 42
Figura 6. Afiliados al régimen subsidiado por Subred 2015-2017. 42
Figura 7. Localidades que conforman la Subred Sur. 44
Figura 8. Subred Sur: Porcentaje de personas según tipo de aseguramiento 45
Figura 9. Subred Sur: Porcentaje de afiliación al régimen subsidiado por localidad 45
Figura 10. Localidades que conforman la Subred Centro Oriente. 50
Figura 11. Subred Centro Oriente: Porcentaje de personas según tipo de aseguramiento 50
Figura 12. Subred Centro Oriente: Porcentaje de afiliación al régimen subsidiado por localidad 51
Figura 13. Localidades que conforman la Subred Norte. 57
Figura 14. Subred Norte: Porcentaje de personas según tipo de aseguramiento 58
Figura 15. Subred Norte: Porcentaje de afiliación al régimen subsidiado por localidad 58
Figura 16. Localidades que conforman la Subred Sur Occidente. 63
Figura 17. Subred Sur Occidente: Porcentaje de personas según tipo de aseguramiento 65
Figura 18. Subred Sur Occidente: Porcentaje de afiliación al régimen subsidiado por localidad 65
Figura 19. Recaudo/Compromisos por SISS (2017). 72
Figura 20. Subred Sur: Patrimonio/Activo y Pasivo/Patrimonio (2015). 74
Figura 21. Subred Sur: Indicadores de Capital (2015-2017). 75
Figura 22. Subred Centro Oriente: Patrimonio/Activo y Pasivo/Patrimonio (2015). 76
Figura 23. Subred Centro Oriente: Indicadores de Capital (2015-2017). 77
Figura 24. Subred Norte: Patrimonio/Activo y Pasivo/Patrimonio (2015). 78
Figura 25. Subred Norte: Indicadores de Capital (2015-2017). 79
Figura 26. Subred Sur Occidente: Patrimonio/Activo y Pasivo/Patrimonio (2015). 80
Figura 27. Subred Sur Occidente: Indicadores de Capital (2015-2017). 81
Figura 28. Subred Sur: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015). 83
Figura 29. Subred Sur: Indicadores de Calidad del Activo (2015-2017) 84
Figura 30. Subred Centro Oriente: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015). 85
Figura 31. Subred Centro Oriente: Indicadores de Calidad del Activo (2015-2017) 86
Figura 32. Subred Norte: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015). 87
Figura 33. Subred Norte: Indicadores de Calidad del Activo (2015-2017). 88
Figura 34. Subred Sur Occidente: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015). 89
Figura 35. Subred Sur Occidente: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015) 90
Figura 36. Subred Sur: Utilidad/Gasto Operativo y Gasto Operativo/Ingreso Operativo (2015). 91
Figura 37. Subred Sur: Indicadores de Capacidad de la Gerencia (2015-2017). 92
Figura 38. Subred Centro Oriente: Utilidad/Gasto Operativo y Gasto Operativo/Ingreso Operativo (2015). 94
Figura 39. Subred Centro Oriente: Indicadores de Capacidad de la Gerencia (2015-2017). 95
Figura 40. Subred Norte: Utilidad/Gasto Operativo y Gasto Operativo/Ingreso Operativo (2015). 96
Figura 41. Subred Norte: Indicadores de Capacidad de la Gerencia (2015-2017) 97
Figura 42. Subred Sur Occidente: Utilidad/Gasto Operativo y Gasto Operativo/Ingreso Operativo (2015). 98
Figura 43. Subred Sur Occidente: Indicadores de Capacidad de la Gerencia (2015-2017). 99
Figura 44. Subred Sur: Margen Operacional, Margen Neto y Margen EBITDA (2015). 101
Figura 45. Subred Sur: ROA y ROE (2015). 102
Figura 46. Subred Sur: Indicadores de Rentabilidad (2015-2017). 103
Figura 47. Subred Centro Oriente: Margen Operacional, Margen Neto y Margen EBITDA (2015). 104

Figura 48. Subred Centro Oriente: ROA y ROE (2015). 105
Figura 49. Subred Centro Oriente: Indicadores de Rentabilidad (2015-2017). 106
Figura 50. Subred Norte: Margen Operacional, Margen Neto y Margen EBITDA (2015). 107
Figura 51. Subred Norte: ROA y ROE (2015). 108
Figura 52. Subred Norte: Indicadores de Rentabilidad (2015-2017). 109
Figura 53. Subred Sur Occidente: Margen Operacional, Margen Neto y Margen EBITDA (2015). 110
Figura 54. Subred Sur Occidente: ROA y ROE (2015). 111
Figura 55. Subred Sur Occidente: Indicadores de Rentabilidad (2015-2017). 112
Figura 56. Subred Sur: Cuentas por pagar Corrientes/Pasivo corriente, Activo Corriente/ Pasivo Corriente y Activo corriente/Activo total (2015) 113
Figura 57. Subred Sur: Indicadores de Liquidez (2015). 114
Figura 58. Subred Centro Oriente: Cuentas por pagar Corrientes/Pasivo corriente, Activo Corriente/ Pasivo Corriente y Activo corriente/Activo total (2015). 115
Figura 59. Subred Centro Oriente: Indicadores de Liquidez (2015-2017). 116
Figura 60. Subred Norte: Cuentas por pagar Corrientes/Pasivo corriente, Activo Corriente/Pasivo Corriente y Activo Corriente/Activo Total (2015). 118
Figura 61. Subred Norte: Indicadores de Liquidez (2015-2017). 119
Figura 62. Subred Sur Occidente: Cuentas por pagar Corrientes/Pasivo Corriente, Activo Corriente/Pasivo Corriente y Activo Corriente/Activo Total (2015). 120
Figura 63. Subred Sur Occidente: Indicadores de liquidez (2015-2017). 122
Figura 64. Atenciones por consulta externa (2015-2017). 126
Figura 65. Observaciones de urgencias (2015-2017). 127
Figura 66. Egresos por hospitalización por Subred. 128
Figura 67. Subred Sur: Número de atenciones en consulta externa (2015-2017). 129
Figura 68. Subred Sur: Variación del número de atenciones en consulta externa (2015 y 2017). 130
Figura 69. Subred Sur: Número de consultas en el servicio de urgencias en cada USS (2015 y 2017). 132
Figura 70. Subred Sur: Número de egresos hospitalarios por USS (2015 y 2017). 133
Figura 71. Subred Sur: Número de procedimientos quirúrgicos por USS (2015 y 2017). 134
Figura 72. Subred Sur: Número de eventos obstétricos (2015 y 2017). 135
Figura 73. Subred Sur: Número de partos por USS (2015 y 2017). 136
Figura 74. Subred Centro Oriente: Número de atenciones en consulta externa (2015-2017). 136
Figura 75. Subred Centro Oriente: Variación del número de atenciones en consulta externa (2015 y 2017). 137
Figura 76. Subred Centro Oriente: Número de consultas en el servicio de urgencias en cada USS (2015 y 2017). 138
Figura 77. Subred Centro Oriente: Número de egresos hospitalarios por USS (2015 y 2017). 140
Figura 78. Subred Centro Oriente: Número de procedimientos quirúrgicos por USS (2015 y 2017). 141
Figura 79. Subred Centro Oriente: Número de eventos obstétricos (2015 y 2017). 142
Figura 80. Subred Centro Oriente: Número de partos por USS (2015 y 2017). 143
Figura 81. Subred Norte: Número de atenciones en consulta externa (2015-2017). 144
Figura 82. Subred Norte: Variación del número de atenciones en consulta externa (2015 y 2017). 145
Figura 83. Subred Norte: Número de observaciones en el servicio de urgencias en cada USS (2015 y 2017). 146
Figura 84. Subred Norte: Número de egresos hospitalarios por USS (2015 y 2017). 147
Figura 85. Subred Norte: Número de procedimientos quirúrgicos por USS (2015 y 2017). 148
Figura 86. Subred Norte: Número de eventos obstétricos (2015 y 2017). 149

Figura 87. Subred Norte: Número de partos por USS (2015 y 2017). 150
Figura 88. Subred Sur Occidente: Número de atenciones en consulta externa (2015-2017). 151
Figura 89. Subred Sur Occidente: Variación del número de atenciones en consulta externa (2015 y 2017). 151
Figura 90. Subred Sur Occidente: Número de consultas en el servicio de urgencias en cada USS (2015 y 2017). ..152
Figura 91. Subred Sur Occidente: Número de egresos hospitalarios por USS (2015 y 2017). 153
Figura 92. Subred Sur Occidente: Número de procedimientos quirúrgicos por USS (2015 y 2017). 154
Figura 93. Subred Sur Occidente: Número de eventos obstétricos (2015 y 2017). 155
Figura 94. Subred Sur Occidente: Número de partos por USS (2015 y 2017). 156
Figura 95. Rendimiento de consultorios de consulta externa (2015 y 2017). 157
Figura 96. Rendimiento de servicios de urgencias (2015 y 2017). 159
Figura 97. Rendimiento de camas de hospitalización (2015 y 2017). 160
Figura 98. Rendimiento de quirófanos (2015 y 2017). 161
Figura 99. Rendimiento de salas de partos (2015 y 2017). 163
Figura 100. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio y por Subred – Primer Semestre 2017. 165
Figura 101. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio y por Subred – Segundo Semestre 2017. 166
Figura 102. Satisfacción global de usuarios por Subred. 167
Figura 103. Proporción de cancelación de cirugía por Subred Año 2017. 168
Figura 104. Subred Sur: Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio. 169
Figura 105. Subred Sur: Indicadores de seguridad. 170
Figura 106. Subred Centro Oriente: Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio. ..171
Figura 107. Subred Centro Oriente: Indicadores de seguridad. 172
Figura 108. Subred Norte: Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio. 173
Figura 109. Subred Norte: Indicadores de seguridad 174
Figura 110. Subred Sur Occidente: Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio. ..176
Figura 111. Subred Sur Occidente: Indicadores de seguridad. 177

Lista de tablas

Tabla 1. Objetivos y beneficios de las RISS. 13
Tabla 2. Cadena de valor de los hospitales públicos. 34
Tabla 3. Indicadores financieros metodología CAMEL. 36
Tabla 4. Capacidad instalada por Subred 2017. 43
Tabla 5. Subred Sur: Indicadores de mortalidad en las localidades. 46
Tabla 6. Subred Sur: Indicadores de morbilidad en las localidades. 47
Tabla 7. Subred Sur: Capacidad instalada. 48
Tabla 8. Subred Centro Oriente: Indicadores de mortalidad en las localidades. 53
Tabla 9. Subred Centro Oriente: Indicadores de morbilidad en las localidades. 54
Tabla 10. Subred Centro Oriente: Capacidad instalada (2015-2017). 55
Tabla 11. Subred Norte: Indicadores de mortalidad en las localidades. 60
Tabla 12. Subred Norte: Indicadores de morbilidad en las localidades. 61
Tabla 13. Subred Norte: Capacidad instalada (2015-2017). 62
Tabla 14. Subred Sur Occidente: Indicadores de mortalidad en las localidades. 66

Tabla 15. Subred Sur Occidente: Indicadores de morbilidad en las localidades. 68
*Tabla 16***.** Subred Sur Occidente: Capacidad instalada (2015-2017). 69

Lista de siglas

ARP: Administradora de Riesgos Profesionales
CAMI: Centros de Atención Médica Inmediata
CAPS: Centros de Atención Prioritaria en Salud
CAPS E: Centros de Atención Prioritaria en Salud Especializados
CARICOM: Comunidad del Caribe
CARIFTA: Asociación de Libre Comercio del Caribe
CIP: Sistema de información de Capacidad Instalada y Producción
CISP: Comisión Intersectorial de Salud Pública
COPACOS: Comité de Participación Comunitaria en Salud
CSDH: Centros de Salud y Desarrollo Humano
CUPS: Códigos de Clasificación única de Procedimientos en Salud
DADEP: Departamento Administrativo de la Defensoría para el Espacio Público
DNP: Departamento Nacional de Planeación
EAGAT: Entidad Administrativa de Gerencia Técnica
EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
EBITDA: Beneficios antes de intereses, impuestos, depreciación y amortización
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS: Empresas Promotoras de Salud
ESE: Empresas Sociales del Estado
FFDS: Fondo Financiero Distrital en Salud
GIRS: Gestión Integral del Riesgo en Salud
IDCBIS: Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud
IPS: Instituciones Prestadoras de Salud
IRA: Infección Respiratoria Aguda
MIAS: Modelo Integrado de Atención en Salud
MIDAS: Modelo Integrado de Servicios de Salud
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
PAPS: Puntos de Atención Primaria en Salud
PDD: Plan Distrital de Desarrollo
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PGP: Pago Global Prospectivo
PIC: Plan de Intervenciones Colectivas
PPNA: Población Pobre No Asegurada
PSFF: Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero

PTS: Plan Territorial de Salud
REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPSS: Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud
ROA: Rentabilidad de los Activos
ROE: Rentabilidad del Patrimonio
SDH: Secretaría Distrital de Hacienda
SDP: Secretaría Distrital de Planeación
SDS: Secretaría Distrital de Salud
SGP: Sistema General de Participaciones
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDRA: Sistema de Información de la Red Asistencial
SIHO: Sistema de Información Hospitalaria
SISS: Subredes Integradas de Servicios de Salud
SNS: Superintendencia Nacional de Salud
TIC: Tecnologías de Información y Comunicación
UBA: Unidades Básicas de Atención en Salud
UPA: Unidades Primarias de Atención en Salud
UMHES: Unidades Médicas para Hospitalización Especializada
USS: Unidades de Servicios de Salud

Introducción

La Veeduría Distrital en cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto Ley 1421 de 1993 y en el Acuerdo 24 del mismo año, presenta un análisis de avances y cambios de corto plazo en aspectos relacionados a la oferta de servicios, a la calidad y al manejo financiero de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS), creadas en el 2016 mediante el Acuerdo 641 del mismo año. Lo anterior, en el marco de la puesta en marcha de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud propuesto por la Administración Distrital en el Plan Distrital de Desarrollo 2016-2020 "Bogotá Mejor para Todos" (PDD), el cual propone la articulación de las SISS en una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) para la Ciudad.

Con esta investigación, la Veeduría Distrital informa a la ciudadanía y a las diferentes entidades del Sector Salud en Bogotá los logros y dificultades que han enfrentado las SISS con la implementación del nuevo modelo de atención en salud. De igual manera, cada uno de los indicadores que se utilizan en este documento permite generar líneas bases para futuros análisis de largo plazo frente a la reorganización del Sector Salud de la Ciudad.

De acuerdo con el diagnóstico previo a la puesta en marcha del nuevo modelo de salud y a la creación de las SISS, la Red Pública de Servicios de Salud de la Ciudad enfrentaba problemas graves que obstaculizaban el acceso oportuno a los servicios de salud por parte de los usuarios y afectaban la calidad de la atención. Dentro de las dificultades se destacaban las siguientes: i) desarticulación de las entidades que participaban en la rectoría, administración y prestación de los servicios; ii) insuficiente conocimiento de las necesidades en salud de la población y de su perfil epidemiológico; iii) falta de continuidad de los procesos asistenciales en los distintos niveles de atención, iv) sistemas de pago ineficientes que afectaban la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos y v) congestión y saturación en los servicios de urgencias y en las unidades de servicio que atienden los casos de mayor complejidad.

Ante este escenario, la Administración Distrital propuso una reorganización del Sector Salud de Bogotá, la cual fue aprobada por el Concejo de Bogotá mediante el Acuerdo 641 de 2016. Este Acuerdo entre otras medidas, aprobó la fusión de los 22 hospitales públicos de la Ciudad en cuatro SISS distribuidas geográficamente: Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente, teniendo cada una al menos un hospital de tercer nivel y unidades de atención del segundo y primer nivel. De esta forma, las cuatro SISS asumieron la prestación de servicios integrales de salud en todos los niveles de complejidad y bajo su responsabilidad está la administración y operación de todas las Unidades de Servicios de Salud públicas (USS) de la Ciudad, convirtiéndose así en el eje de la operación del modelo de salud formulado por el Distrito en el PDD.

Tomando en cuenta lo anterior, la investigación planteó tres objetivos específicos: i) analizar el estado financiero de las SISS, ii) determinar cambios en la oferta de la atención y en el nivel de eficiencia y iii) evaluar el comportamiento en la oportunidad y la calidad en la atención. En este sentido, se recolectó información cuantitativa de indicadores relevantes en cada uno de estos aspectos y se realizan comparaciones entre el 2015, año anterior a la reorganización del Sector

Salud, y el 2017, primer año de funcionamiento de las SISS. A partir de este análisis buscan brindar una aproximación de los cambios en el corto plazo que se pueden evidenciar con la creación de las SISS, así como brindar algunas recomendaciones que conduzcan a una mejor gestión pública en el Sector Salud.

Este documento se encuentra estructurado en siete capítulos. El primero entrega un contexto general sobre las RISS, su definición, sus atributos esenciales y algunas experiencias a nivel internacional de su implementación. Adicionalmente, señala la normatividad colombiana relacionada con las RISS, y de igual forma, se describe el nuevo modelo de prestación de servicios de salud en el Distrito junto con sus antecedentes. El segundo presenta los aspectos metodológicos relacionados con el análisis del documento. El tercero muestra una caracterización de cada una de las subredes, abordando aspectos como: el perfil de morbilidad y mortalidad de la población, la demanda potencial y la oferta. Posteriormente, el cuarto, quinto y sexto capítulo presentan los resultados de la evaluación en los tres componentes señalados en su orden: estado financiero, condiciones de oferta y eficiencia de los servicios, y oportunidad y la calidad en la atención. Finalmente, el séptimo capítulo concluye y formula recomendaciones de política.

1. Antecedentes

1.1 Las Redes Integradas de Servicios de Salud

En América Latina y el Caribe, históricamente los sistemas de salud se han caracterizado por presentar diferentes niveles de fragmentación y segmentación entre los diferentes actores y niveles que conforman los mismos. Lo anterior, se manifiesta en la ausencia de coordinación entre las diferentes acciones para la atención de los usuarios, la duplicación de servicios e infraestructura, y capacidad instalada ociosa, que conlleva a dificultades como: i) baja capacidad de resolución en el primer nivel de atención, ii) incremento en el uso de servicios de urgencias para tener acceso a la atención, iii) aumento de la admisión de pacientes a los hospitales cuyos casos podrían haberse resuelto en forma ambulatoria, iv) atención de baja calidad técnica y con un bajo desempeño, v) uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, vi) falta de congruencia de la prestación de los servicios con las necesidades de los usuarios, y vii) baja satisfacción por parte de los pacientes atendidos, entre otras (OPS & OMS, 2010; OPS, 2011).

Diferentes factores en lo económico, en la gobernanza o en la misma prestación de los servicios pueden ser los generadores de estas problemáticas. Por ejemplo, en lo económico, un insuficiente financiamiento y un sistema de pago aplicado de manera independiente para cada establecimiento y nivel asistencial. En la gobernanza, una segmentación institucional y una debilidad en la capacidad rectora de la autoridad sanitaria impiden que las estrategias de atención sean consistentes y, por ende, dificultan que se realice un monitoreo efectivo a cada uno de los organismos dentro del sistema. En la prestación de servicios, el predominio de programas focalizados en una sola enfermedad y la separación extrema de los servicios de salud pública de aquellos de atención individual (Urbani, 2012).

Ante estas dificultades que genera la fragmentación en los servicios de salud, las RISS surgen como una alternativa para superarlas. Precisamente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2008 propuso las RISS como una solución al problema de fragmentación de los servicios que vivían distintos países del continente americano en las décadas de los 80 y de los 90. A lo cual, en el año 2009, se agregó que el propósito fundamental de esta iniciativa debía ser contribuir al desarrollo de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud, lo cual se refleja en el mejoramiento de elementos como la cobertura, el acceso universal, la atención integral, integrada y continua, entre otros.

a. ¿Qué son las Redes Integradas de Servicios de Salud?

Tabla 1. Objetivos y beneficios de las RISS.

Objetivos	*Beneficios potenciales*
Garantizar un rendimiento superior en términos de accesibilidad, calidad y seguridad en la prestación de servicios a través de una comunicación efectiva (Gillies et al., 2006).	Las RISS facilitarían a los usuarios el acceso oportuno a los servicios del primer nivel de atención y del nivel complementario si es requerido. Se evitaría la repetición innecesaria de historias clínicas, de procedimientos diagnósticos y de trámites burocráticos, lo cual mejoraría el seguimiento de enfermedades crónicas. El prestador de servicios se vería beneficiado dado que la continuidad asistencial se asociaría a progresos en la efectividad clínica y en la capacidad de respuesta de los servicios, lo que generaría un aumento de los volúmenes de producción (Hartz & Contandriopoulos, 2004).
Lograr la colaboración entre instituciones y servicios que puedan complementarse entre sí, optimizando recursos y garantizando la sostenibilidad y perdurabilidad del sistema (D'Amour et al., 2003).	La integración de diversas instituciones con diferentes niveles de atención generaría un incremento de la eficiencia global del sistema por medio de una disminución de los costos de producción, por medio de: -Un decrecimiento en el número de hospitalizaciones innecesarias, en la utilización excesiva de servicios y en los tiempos de estadía hospitalaria. -Formación de economías de escala que además permitirían impulsar la productividad del sistema, y elevaría los márgenes operacionales y los flujos de caja (OPS, 2011).

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en: Artaza, et al. (2011), D'Amour et al. (2003); Gillies et al. (2006) y Hartz & Contandriopoulos (2004).

La Organización Panamericana de la Salud (2010) afirma que las RISS hacen referencia a una red de organizaciones sanitarias que presta servicios integrales y equitativos a una determinada población, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos, y por el estado de salud de los usuarios que atiende. La integración de los servicios médicos incluye

diferentes centros o programas dedicados al cuidado de la salud, hospitales, servicios de atención subaguda y crónica, servicios profesionales y de rehabilitación, centros quirúrgicos, entre otros. Lo anterior busca llevar a cabo una articulación en la gestión administrativa, asistencial y de comunicación de cada una de las entidades, y así, reducir la fragmentación del cuidado (Morales, 2011). En términos generales, los objetivos más relevantes y los potenciales beneficios de las RISS se presentan en la Tabla 1.

De otra parte, a nivel de Colombia se cuenta con la siguiente definición de las RISS: "Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda." (Ley 1438 de 2011, Art 60).

b. Experiencias a nivel internacional

La conformación de RISS ha sido una iniciativa acogida y ejecutada por diversos países para lograr superar las dificultades de fragmentación o para fortalecer sus modelos de oferta teniendo como enfoque la asistencia brindada por los hospitales (OPS, 2013). Sin embargo, es importante señalar que la integración de los servicios puede diferir sustancialmente en su implementación, dado que existen tres alternativas: la primera corresponde a una consolidación de redes teniendo en cuenta solamente el personal de salud; la segunda, además de considerar a los trabajadores, incorpora los establecimientos de salud; y la tercera hace referencia a una integración global entre los empleados, los establecimientos y las aseguradoras de salud. Igualmente, se debe agregar que las redes no requieren que todos los servicios sean de propiedad única, dado que la prestación de servicios integrales también puede efectuarse a través de alianzas estratégicas y arreglos contractuales (OPS, 2010). A continuación, se presenta brevemente algunos casos de implementación de RISS en distintos países de América y Europa.

- *Países del Caribe (Barbados y países del Caribe del Este[1]):* Las islas de menor extensión territorial del Caribe han realizado esfuerzos de cooperación e integración. De esta forma, se han materializado alianzas como la Asociación de Libre Comercio del Caribe en 1968 (CARIFTA), la Comunidad de Caribe en 1974 (CARICOM), y acuerdos de compra de servicios de salud. Por ejemplo, Dominica compra servicios a Martinica, Guadalupe y Barbados. Dentro de las motivaciones para realizar estas transacciones se encuentra: bajos tamaños poblacionales, escaso desarrollo de la infraestructura de salud, proximidad geográfica entre estos países, existencia de buenos vínculos de transporte entre las islas, así como perfiles epidemiológicos y de salud similares (Potter, 2008 en OPS, 2010). Algunos servicios que se encuentran bajo esta modalidad son: cirugía, obstetricia, salud mental, laboratorio y radiología

[1] Los Países del Caribe del Este que se encuentran impulsando este proyecto son: Anguila, Antigua y Barbuda, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucia y San Vicente y las Granadinas.

e incluso servicios de traumatología. Además, se han registrado avances en cuanto a una base de datos compartida y una capacitación conjunta del personal de salud (CEPAL, 2006).

- *Chile:* Con la Ley 19.937 del 2004, se establece un nuevo Modelo de Gestión orientado hacia la integración de redes asistenciales. Dentro de las medidas contempladas en la Ley, se destaca:

    1) La creación del Consejo Integrador de Red Asistencial, que se encuentra constituido por representantes de establecimientos de salud públicos y privados de todos los niveles de atención que integran la Red Asistencial del Servicio, teniendo este importantes logros en la provincia de Ñuble, tales como: una normativa consensuada entre los actores de la red, la elaboración de protocolos de relaciones entre los distintos niveles de atención y la creación de planes anuales de acciones (Artaza et al., 2013).

    2) La implementación de un nuevo diseño de administración llamado auto gestión hospitalaria en red que ha permitido la formación de una red integrada, teniendo en cuenta como base el nivel primario de atención.

    3) La plataforma de información integrada SIDRA (Sistemas de Información de la Red Asistencial) que tiene el fin de soportar los procesos de atención de las personas en la Red Asistencial. No obstante, un aspecto que impacta al sistema corresponde a una falla del modelo de gestión, lo cual se evidencia en la falta de relación entre el monto asignado a cada red y el volumen y el perfil epidemiológico de la población atendida, faltando así un enfoque hacia la demanda. Asimismo, otra falencia corresponde a la ausencia de incentivos para retener al personal médico que trabaja en estos sistemas y en las redes, en general (Artaza et al., 2011).

- *México:* Desde el año 2002, se formuló la propuesta del Modelo Integrado de Servicios de Salud (MIDAS) que se enfoca en la prestación de servicios integrales de salud a grupos poblacionales que comparten características geográficas, culturales y de desarrollo económico similares (Secretaria de Salud de México, 2006). Es posible destacar tres dimensiones de redes de servicios: Redes Locales, Redes Estatales y la Red Nacional. El vínculo entre estas redes se da a través de mecanismos de referencia y contra-referencia, es decir, mecanismos de transferencia entre distintos niveles de complejidad. Sin embargo, la integración funcional todavía no se ha realizado dado que la programación, la presupuestación y el monitoreo se realizan de forma independiente, y aún faltan medidas para incorporar efectivamente y evaluar las unidades no hospitalarias que prestan servicios (OPS, 2013).

- *Brasil:* Cuenta con una base territorial para la red de atención en salud, incluyendo: el hogar, una micro-área donde se delimita la atención primaria, un distrito sanitario formado por micro-áreas y en donde se ofrece la atención secundaria, y el municipio que delimita el espacio para la atención terciaria. Dentro de cada distrito sanitario, existe una autoridad que articula las unidades del primer nivel de atención. De la misma forma, para lograr una articulación efectiva,

en el año 1995 se implementó el Programa de Salud Familiar caracterizado por una atención integral y continua (Vilaça, 2009).

Como resultado de estas medidas, en el 2000 el distrito de *Bairro Novo,* ubicado en el municipio de Curitiba, se transformó en el primer distrito destacado por la articulación de las siguientes entidades: una unidad de urgencias ambulatoria de 24 horas, un centro de especialidades médicas ambulatorio, un hospital de atención materno-infantil y una unidad de atención de urgencias de 24 horas. De igual manera, en el 2004, se introdujo una encuesta de satisfacción de los usuarios que forma parte del mecanismo de pago ajustado al diseño de incentivos por desempeño de los prestadores. A pesar de todas estas mejoras, la OMS exige una continuidad en las políticas públicas de las redes y un gasto en el Sector Salud de al menos el 10% del PIB (OPS, 2013).

- *Barcelona, España:* La Red Integrada Badalona Serveis Assistencials S.A. es una sociedad anónima que nació a principios de la década de los 90 con la fusión de una entidad gestora hospitalaria (Hospital Municipal de Badalona S.A), una institución administradora de centros del primer nivel de atención (Badalona Gestió Assistencial SL) y un centro socio-sanitario municipal (Centre El Carme S.A). Esta red evidencia una propiedad unificada de los activos de las instancias que conforman el primer nivel de atención, la atención especializada, el servicio socio-sanitario y domiciliario, y adicionalmente, establece un modelo de responsabilidad mutua entre profesionales de diferentes niveles. Además, debe agregarse que la red cuenta con circuitos de referencia y contrarreferencia entre todos sus niveles para garantizar una continuidad en el sistema; sin embargo, la herramienta que ha facilitado más esta integración es el sistema de información vertical que reúne la historia clínica electrónica de todos los niveles de atención (Cunillera, 2008 en OPS, 2010).

- *Estados Unidos:* Kaiser Permanente es un sistema de atención sanitaria integrada sin ánimo de lucro, no gubernamental, que está conformada por tres entidades: el Plan de Salud de la Fundación Kaiser, Grupos Médicos Permanente y Hospitales de la Fundación Kaiser. La relación entre estos tres establecimientos está basada en exclusividad debido a que ninguno presta sus servicios o contrata médicos por fuera de la red. Un elemento que ha permitido la integración efectiva de estos servicios es la puesta en marcha de KP Health Connect, un sistema de seguro de datos electrónicos nacional que enlaza todos los niveles de atención (Porter & Kellog, 2008). Un resultado positivo de esta plataforma es la caída de la tasa de mortalidad de enfermedades cardiacas en un 76%, debido a la puesta en marcha del programa Servicio de Cuidado Cardiaco Colaborativo *(Collaborative Cardiac Care Service)* el cual está caracterizado por contar con servicios de seguimiento, rehabilitación cardiaca y apoyo psicológico al paciente (McKinsey & Company, 2009).

c. Atributos esenciales para la consolidación de las Redes

Con base en las experiencias descritas en la sección anterior y en las de otros países, es posible determinar algunos atributos esenciales que pueden garantizar el funcionamiento efectivo de una RISS, por lo cual la OPS (2010) señala los siguientes 14 elementos a tener en cuenta al momento de establecer una iniciativa de RISS en un país.

1) *Población y territorio a cargo definidos:* Las redes deben tener identificadas las poblaciones y las áreas geográficas en las cuales prestarán sus servicios. Este hecho permite que la implementación de acciones de salud pública y la intervención en los determinantes sociales de la salud sea más eficaz, puesto que el conocimiento de la población permite elaborar perfiles del estado de salud de la población y del entorno donde se encuentran.

2) *Red de establecimientos de salud que presta una amplia diversidad de servicios:* Una prestación de servicios de salud integral se puede ejecutar siempre y cuando las redes estén constituidas por una gran variedad de establecimientos de salud como centros ambulatorios del primer nivel de atención, herramientas para realizar cuidados en el hogar, centros ambulatorios especializados y centros hospitalarios, que ofrezca un amplio portafolio de servicios ambulatorios y especializados en todos los niveles de atención.

3) *Primer nivel de atención multidisciplinario:* La implementación de las redes al tener un enfoque de atención primaria, requieren que el primer nivel de atención sea capaz de resolver la mayoría de las demandas de salud de los usuarios. Adicionalmente, su orientación debe ser multidisciplinaria, lo cual se debe reflejar en la movilidad del personal de salud por toda la red para proveer cuidados en diferentes sitios, y en la presencia de especialistas de distintas disciplinas en este nivel de atención.

4) *Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado:* La atención prestada debe ajustarse a las necesidades comunes de toda la población y de igual forma, las intervenciones deben establecerse según criterios de equidad y eficiencia económica. De esta manera, las RISS deben ofrecer servicios especializados en entornos extrahospitalarios, los cuales reflejen una adopción de esquemas de cirugía ambulatoria y de cuidados en el hogar, y asimismo, debe existir una focalización del cuidado intrahospitalario en el manejo de pacientes que requieran un seguimiento y cuidado intensivo.

5) *Mecanismos de coordinación asistencial:* Para aquellos casos en que la atención de un paciente llega a ser compleja y se requiera de modelos de co-provisión de servicios, se hace necesario que las organizaciones sanitarias utilicen instrumentos de coordinación como las guías de práctica clínica y los protocolos de atención para mejorar la articulación de los niveles de atención.

6) *Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad:* El cuidado centrado en la persona implica que se debe adoptar una visión del usuario en su totalidad, teniendo

presente sus dimensiones físicas, mentales y emocionales a lo largo de su vida. Por otra parte, el enfoque basado en la familia y en la comunidad implican que el cuidado aborda no sólo problemas del individuo, sino del contexto de sus circunstancias familiares y de su entorno social y cultural.

7) *Sistema de gobernanza único para toda la red:* La forma de gobernanza puede variar en la medida que puede ser un órgano de gobierno único quien tenga el control o múltiples organismos descentralizados que desempeñen distintas funciones complementarias. Las responsabilidades de este órgano de control pueden ser: formular los objetivos estratégicos de la red, asegurarse de que las estrategias propuestas sean consistentes a través de toda la red y de que se logre un rendimiento óptimo por medio de evaluación de resultados. Del mismo modo, normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red.

8) *Participación social amplia:* La participación de las comunidades en las RISS puede ser pasiva o activa. En el primer caso, se da un intercambio de información desde los prestadores hacia los pacientes, mientras que en el segundo caso las entidades pueden recibir retroalimentación de las comunidades afectadas. De igual forma, en el segundo caso es posible que las comunidades trabajen directamente con estos organismos para que se pueda entender cada decisión tomada alrededor de la RISS, o incluso, los usuarios podrían tener poder decisión sobre las decisiones que afectan a su bienestar.

9) *Acción intersectorial:* Dentro de la acción intersectorial, se pueden establecer vínculos entre el sector público, privado, y organizaciones civiles y no gubernamentales. De igual forma, puede darse una coordinación entre distintos sectores como el Sector de educación, de trabajo, de vivienda y de protección social, entre otros. La integración de estos sectores puede ser desde un simple diálogo hasta una integración total de políticas públicas.

10) *Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico:* Los centros de atención requieren de apoyo en aspectos de coordinación institucional y administrativos cuando se implementan redes integradas, por esta razón, se requieren de diseños organizacionales más refinados que buscan la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional entre diferentes entidades. La integración de las funciones de apoyo clínico, en especial, los servicios de laboratorio, radiología y entrega de medicamentos es relevante para promover la eficiencia global de la red. También es necesario compartir los sistemas de apoyo logístico como el sistema de transporte sanitario y las centrales de regulación de citas médicas.

11) *Recursos humanos suficientes y competentes:* Se requiere de estrategias de capacitación y gestión de recursos humanos que sean compatibles con el trabajo en red. Por ejemplo, es necesaria la creación de cargos como directores de integración clínica y de planeación. Es importante destacar que otro factor básico fundamental es la cultura organizacional, esta permite la coordinación asistencial al interior de la organización.

12) *Sistema de información integrado:* Un sistema de información integrado es una herramienta vital que garantiza la coordinación asistencial. Esta debe lograr la vinculación de todas las unidades operativas afiliadas a la red, aun cuando cada una de estas utilice distintos componentes de la base de datos del sistema. Un aspecto relevante es que la confidencialidad de la información debe ser una prioridad.

13) *Gestión basada en resultados:* Este es un enfoque por el cual una organización se asegura que sus procesos, productos y servicios puedan contribuir al logro de los resultados previamente establecidos. A través de la rendición de cuentas de todos los actores que conforman las redes (prestadores, gestores, aseguradoras y tomadores de decisiones políticas del Sector), se puede desarrollar una estrategia de gestión orientada a mejorar en el desempeño.

14) *Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red:* El sistema de asignación de recursos debe permitir que cada actor que conforma la red se responsabilice tanto de sus costos directos, como de los costos que pueden afectar a otros servicios de la red. De igual modo, es obligatoria la introducción de mecanismos de incentivos financieros que fomenten una tarea coordinada entre los proveedores de salud. Un ejemplo de este mecanismo es el pago per cápita ajustado por riesgo[2].

1.2 Normatividad de las Redes Integradas de Servicios de Salud en Colombia

Teniendo en cuenta los avances conceptuales desarrollados alrededor de las RISS, Colombia ha establecido dentro de sus políticas públicas y normatividad la prestación de los servicios de salud mediante redes (MSPS, 2016b). Esto con el fin de dar respuesta a las necesidades de la población frente a su demanda de servicios de salud de una manera efectiva y eficiente con condiciones apropiadas de acceso, calidad e integridad. A continuación, se mencionan la principal normatividad frente a este tema.

Primero, es importante mencionar la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual tiene como objeto garantizar los derechos de la persona para obtener la calidad de vida mediante la protección frente a eventos no contemplados. Este servicio se presta con base a ciertos principios como eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, participación y unidad[3].

[2] El pago per cápita ajustado por riesgo se entiende como el monto que se le asigna a una persona con ciertas características por concepto de prestación de servicios, conociendo previamente los servicios y el tiempo asignado a la atención. Este pago se ajusta considerando ciertas variables, las cuales se seleccionan según su capacidad de explicar los riesgos de salud y se dividen en las que miden las necesidades en salud y las que se basan en los factores relacionados con la oferta (Buglioli & Ortún, 2000).

[3] Los principios de seguridad social son: i) Eficiencia: mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada; ii) Universalidad: garantía de protección a todas las personas en todas las etapas de la vida; iii) Solidaridad: práctica de mutua ayuda entre las personas bajo el principio del más fuerte hacia el más débil; iv) Integralidad: cobertura de todas las contingencias que afectan las condiciones de vida de toda la población; y v)

Este último es importante dado que determina la necesidad de articular políticas, instituciones y procedimientos para alcanzar los fines de seguridad social, los cuales son principalmente: amparar a la población y mejorar la calidad de vida; sin embargo, no se estableció un concepto de atención en salud en redes.

Fue la Ley 715 de 2001 (Ley Estatutaria de Salud) la primera en detallar la prestación del servicio de salud en redes, estableciendo en su artículo 54 que: "El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta". Lo anterior fue reiterado en la Ley 1122 de 2007, en su artículo 25 parágrafo 3, el cual estableció que "el servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente". De igual manera, en el Plan Decenal de Salud Pública (PSDP) (2012-2021)[4] se habla de la importancia de la consolidación de redes de servicios de salud y redes de apoyo comunitarias e institucionales para el goce efectivo de derechos (Ley 1122 de 2007, art.25).

Posteriormente, la Ley 1438 de 2011 (artículos 60 al 64) estableció de manera más amplia la definición, los criterios y los procesos generales para la conformación de las RISS, considerando como marco de la implementación la estrategia de Atención Primaria en Salud. Adicionalmente, se encuentra explicito que la articulación de la red estaría a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), por medio de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Otros artículos relevantes como el 69 y 83 determinan que el Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado (ESE) para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión, e igualmente, la Nación y las entidades territoriales pueden financiar la modernización y reorganización de las IPS públicas mediante convenios de desempeño que garanticen la sostenibilidad financiera y articulación en red de las instituciones hospitalarias (Ley de 1438 de 2011, art.60-64, 69, 83).

La formación de las Redes Integradas de Servicios de Salud tiene como base la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), esta política es adoptada por la Resolución 429 de 2016 y define el norte para la transformación de la prestación de los servicios de salud en el país, haciendo énfasis en la salud pública e integral en su componente individual y a su vez, proporciona herramientas que le permitirán al Sector enfrentar los problemas de descoordinación y dispersión que se ha dado hasta el momento (Acemi, 2016). La integralidad de esta política está en línea con los planteamientos de la Ley 1751 de 2015 en tres aspectos: primero, la necesidad de que existe una igualdad de trato y de oportunidades en el acceso; segundo, la obligación de consolidar las actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento para todas las personas; y tercero, en los artículos 13 y 24 se

Unidad: articulación de políticas, instituciones, regímenes y procedimientos para lograr objetivos alineados a la seguridad social (Secretaria Senado, 1993).

[4] El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) (2012-2021) se encuentra reglamentado por la Resolución 1841 de 2013.

evidencia que la atención médica debe darse en redes, las cuales deben cubrir zonas dispersas en donde los hospitales no cuentan con rentabilidad económica (Resolución 429 de 2016, art.2).

El marco estratégico de esta medida se fundamenta en la Atención Primaria en Salud, lo cual permite la articulación del aseguramiento y la prestación de servicios médicos. De la misma manera, es posible agregar que otros dos componentes relevantes en este marco estratégico son los enfoques de salud familiar y comunitaria, y el enfoque diferencial. El primero orienta a través de herramientas conceptuales y metodológicas el cuidado integral de salud de acuerdo con la situación social y sanitaria, y con el contexto territorial de la población; y el segundo logra reconocer los determinantes sociales y las condiciones de vulnerabilidad en aspectos poblacionales y geográficos que puede enfrentar cualquier persona (MSPS, 2016a).

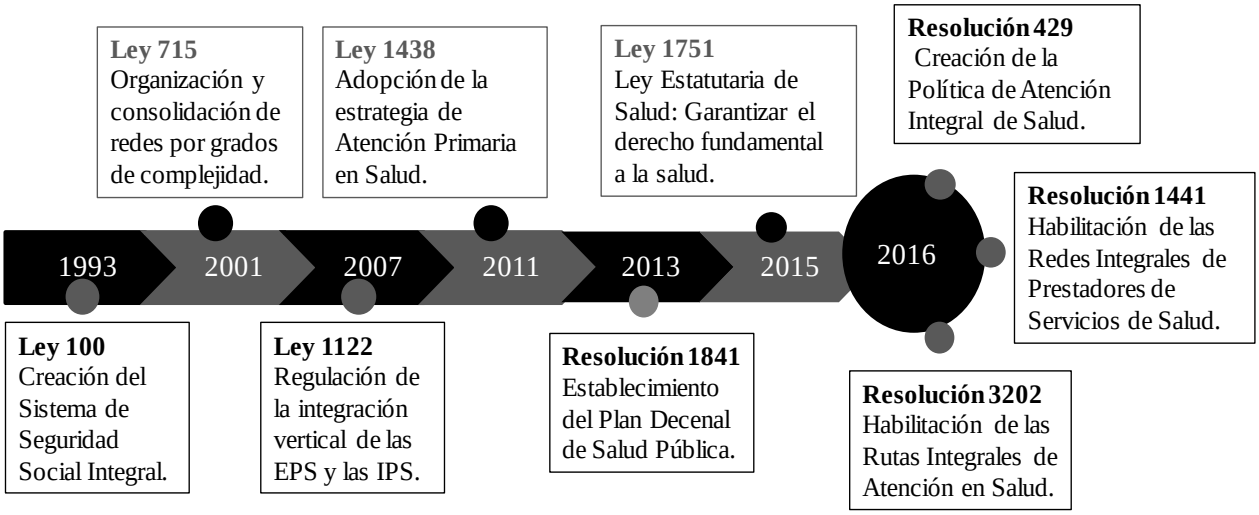
De esta política se puede resaltar el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), un modelo operacional que inicialmente fue diseñado para el departamento de Guainía como una experiencia piloto[5] en el año 2015, pero posteriormente se aplicó al Distrito (SDS, 2016). Este modelo puede ser definido como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional, incrementan la capacidad resolutiva de los servicios y permiten el flujo de información y de usuarios de una manera efectiva, acorde con las funciones y las competencias de las diferentes entidades. Un aspecto adicional es que este modelo opera a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud, Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, Rutas Integrales de Atención en Salud y Gestión Integral del Riesgo en Salud, las cuales en conjunto favorecen la generación y la apropiación del conocimiento, la innovación e investigación en salud y la definición de incentivos adecuados (MSPS, 2016d).

Las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) contribuyen a la consolidación efectiva de las RISS, ya que se definen como un conjunto articulado de prestadores de servicios de salud ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS. Adicionalmente, cuenta con una organización funcional liderada por las EPS, la cual permite la conectividad entre el componente primario y complementario a través del sistema de referencia y contra-referencia[6] y el modelo de información Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación se encuentran especificados en la Resolución 1441 de 2016 (Resolución 1441 de 2016, art.1, 2, 12 y 13).

[5] Otras participaciones relevantes en esta propuesta son el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Universidad de los Andes y la Gobernación de Guainía.

[6] Sistema de referencia y contra-referencia: es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar al usuario un servicio de salud integral y facilitar el flujo de usuarios entre los distintos niveles de atención y grados de complejidad (Colombiana de Salud S.A., 2014).

Figura 1. Línea de tiempo del marco normativo.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital.

La elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) se adopta en la Resolución 3202 de 2016. Esta herramienta comprende todas las acciones coordinadas, complementarias y efectivas para orientar a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a las entidades responsables en el campo de la salud para que por un lado, articulen las intervenciones individuales y colectivas en los ámbitos territoriales y en los diferentes grupos poblacionales; y por otro lado, contribuyan al mejoramiento de los resultados en salud y reduzcan la carga de la enfermedad (MSPS, 2016a).

1.3 Las Redes Integradas de Servicios de Salud en Bogotá

Con base en la normatividad expedida a nivel nacional, en el Distrito se pueden identificar dos periodos de implementación del concepto de RISS en la Red Pública de Servicios de Salud de la Ciudad. Un primer momento, está marcado por el Plan Distrital de Desarrollo "Bogotá Humana 2012-2016", aprobado mediante el Acuerdo 489 de 2012, el cual propuso en su artículo 8 un modelo de salud basado en la atención primaria y en las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad (Acuerdo 489 de 2012, art.8).

Un segundo momento, fue definido en el Plan Distrital de Desarrollo 2016-2020 "Bogotá Mejor para Todos" (PDD), el cual planteó un nuevo modelo de salud para la Ciudad, con el objetivo de garantizar el acceso de los ciudadanos a servicios de salud de calidad y oportunos, esto bajo una estrategia de Atención Primaria en Salud resolutiva y la gestión del riesgo de salud. Lo establecido en el PDD se desarrolló con más profundidad mediante el Acuerdo 641 de 2016, el cual reorganizó el Sector Salud de la Ciudad por medio de la fusión de los 22 hospitales públicos en cuatro SISS articuladas en una sola RISS.

A continuación, se señalan los principales aspectos de cada uno de estos momentos, con especial énfasis en el Acuerdo 641 de 2016, el cual estableció las cuatro SISS objeto de evaluación del presente documento.

a. Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud (2013-2015)

En 2013, la Secretaria Distrital de Salud (SDS) presentó ante el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) una propuesta de conformación de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud, en el marco del "Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud". Esta Red Pública buscaba la coordinación de las 22 ESE por medio de cuatro redes territoriales distribuidas geográficamente: Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente. Cada una de estas redes contaba al menos con un hospital de tercer nivel y uno de segundo nivel, que sirven como centros de referencia para la asistencia especializada y complementaria. A nivel primario, cada una de las redes contaba con diferentes sedes conformadas por infraestructuras denominadas principalmente Unidades Básicas de Atención en Salud (UBA), Unidades Primarias de Atención en Salud (UPA), Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), Centros de Salud y Desarrollo Humano (CSDH) y Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), los cuales se enfocaban en garantizar una puerta de entrada al sistema de salud mediante la prestación de servicios de baja complejidad (SDS, 2016a).

De manera paralela, se conformaron Redes Especiales dirigidas a garantizar servicios vitales o con transcendencia para atender las necesidades de salud de los ciudadanos, tales como la Red de Urgencias, la Red de Laboratorios de Salud Pública, la Red de Bancos de Sangre, la Red materno y perinatal, la Red de salud mental, entre otras. Adicionalmente, la reorganización de los servicios de salud contempló un portafolio de servicios organizado por actividades y componentes por grados de complejidad y no por niveles de atención. En este sentido, se organizaron seis portafolios de servicios: i) baja complejidad, ii) baja con servicios de mediana complejidad, iii) mediana complejidad, iv) mediana con servicios de alta complejidad, v) alta complejidad y vi) alta complejidad especializado.

Luego de la formulación e implementación de la primera Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud en 2013, se continuaron evidenciando fallas en la prestación de servicios y de fragmentación de los servicios de la salud. Por ejemplo, en el 2015 las unidades hospitalarias de alta complejidad y algunas de mediana complejidad presentaban atenciones por encima de su capacidad, lo que podía repercutir negativamente en los niveles de calidad y desencadenar en un déficit de camas. De otra parte, todos los hospitales de baja complejidad presentaban en el mismo servicio porcentajes de producción por debajo del 70%, evidenciando subutilización de la capacidad instalada. Adicionalmente, se presentó una disminución de la consulta externa en las ESE de los dos primeros niveles de atención frente a un incremento de este servicio en el tercer nivel (SDS, 2016a). Lo anterior demostraba una tarea pendiente frente al fortalecimiento de las unidades de servicios de baja complejidad.

En términos financieros, vale la pena mencionar que durante el periodo considerado (2013-2015), se observó un incremento de la cartera por falta de pago por parte de las EPS hacia las ESE. Este hecho ha generado demora en los pagos que las ESE tienen que hacer a sus proveedores, por ende, estos últimos han tenido que incrementar sus precios en los bienes y los servicios que las ESE requieren. Más aún, estas deudas ponen en riesgo la sostenibilidad financiera y la liquidez de las ESE, de manera que hay un incentivo por parte de estas a facturar más para compensar la iliquidez en el sistema (SDS, 2016a).

b. Subredes Integradas de Servicios de Salud (Desde 2016)

- **El Acuerdo 641 de 2016**

Luego de la conformación de las Redes Prestadoras de Servicios de Salud, la Administración Distrital identificó una serie de dificultades en la atención y operación de la Red Pública de Servicios de Salud, que impedían una adecuada integración de las entidades que participaban en la rectoría, administración y prestación de servicios, y dificultaban el acceso a los servicios de todos los ciudadanos que requerían de los mismos. Dentro de estas dificultades, se destacaban las siguientes (Proyecto de Acuerdo No. 076 de 2016):

- *Ausencia de articulación en el sistema:* El Sector Salud en la Ciudad no contaba con un organismo de deliberación que involucrara a todos los agentes del sistema, lo que generaba una ausencia de vinculación entre la Secretaría de Salud y las entidades adscritas y vinculadas. Asimismo, al no haber un sistema de información enfocado en el paciente que pueda ser interoperable entre prestadores, aseguradores y la misma Secretaría, se dificultaba la prestación integral de servicios.

  Además, existía falta de coordinación y prevalecía la lógica de competencia entre los 22 hospitales públicos, dado que cada uno mantenía incentivos a facturar más y a posesionarse con mayor fuerza en el mercado. Lo anterior, impidió realizar una planeación como red.

- *Falta de consideración de las necesidades de la población:* La apertura o cierre de servicios se producía sin tener en cuenta las necesidades reales de la población, dado que se ponderaba en gran medida la lógica de facturación y había un insuficiente conocimiento del perfil epidemiológico y de los determinantes de la salud de la población asignada a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

- *Barreras de acceso a los distintos niveles de atención:* Había una alta exigencia de trámites administrativos a los usuarios por parte de las EAPB y de las IPS, relacionadas con autorizaciones, lo cual demoraba la entrega de medicamentos y hacía que se pierda la continuidad de los procesos asistenciales. De igual forma, persistían dificultades en la consecución de citas en consultas generales y servicios diagnósticos puesto que no se podían asignar citas de manera telefónica.

Al respecto, la Encuesta de Bogotá Cómo Vamos (2014) señalaba que el 42% de los encuestados tenía que esperar entre 1 y 5 días entre el momento de solicitar la cita y el momento del servicio, y el 14% esperaba más de 30 días. Acompañado de esto, se generaban largas filas que desestimulaban el uso de los servicios ambulatorios y reflejaban un uso inadecuado de los servicios de urgencias. Por ejemplo, en ciertos hospitales de alta complejidad se presentaba una alta tasa de sobreocupación, específicamente, en el Hospital de Kennedy con una tasa del 538%, el Hospital Santa Clara con un 509% y el Hospital El Tunal con un 305% (Correa, 2015).

- *Sistemas de pagos ineficientes y con falta de incentivos:* Desde finales del año 1999, la modalidad de pago ha sido el pago fijo global prospectivo por paciente atendido. Este sistema de pago se hace por capitación y consiste en un pago anticipado de suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. Este sistema no se implementó efectivamente debido a que el encargado de prestar los servicios de salud y la entidad contratante no contaban con información precisa sobre los costos promedio de los servicios ofrecidos, ni del perfil de morbilidad de la población atendida (Vega, 2007). Igualmente, persistía la multiplicidad de mecanismos de pago de servicios al evidenciarse prácticas que involucraban desembolsos por actividades, procedimientos, medicamentos, entre otros servicios.

Ante lo anterior, en 2016, la nueva Administración Distrital propuso una reorganización del Sector Salud de Bogotá, con el fin brindar a los ciudadanos acceso a un sistema de salud que atienda sus necesidades con criterios de calidad, efectividad y oportunidad en la atención. Esta reorganización fue aprobada por el Concejo de Bogotá mediante el Acuerdo 641 de 2016, el cual estableció como eje fundamental para la operación del sistema de salud la fusión de las 22 ESE del Distrito en cuatro SISS, siguiendo la misma organización territorial de las redes que se había establecido desde el 2013. De esta forma, las cuatro SISS y los respectivos hospitales fusionados en estas son las siguientes:

- *Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE:* Conformada por los Hospitales de Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y el Tunal.

- *Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE:* Conformada por los Hospitales Pablo VI Bosa, Bosa Fontibón, Occidente de Kennedy y Hospital del Sur.

- *Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE:* Conformada por los Hospitales de Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar.

- *Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE:* Conformada por los Hospitales de Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara.

Con la integración de los hospitales, se espera que dejen de competir entre sí por prestar cada uno por aparte los mismos servicios, lo cual facilita la creación de un sistema integrado de información que permita una mayor facilidad de articulación entre todos los agentes. De igual manera, al consolidarse las subredes, estas coordinarán con otros actores el diseño y ejecución de actividades colectivas de promoción y fomento de la salud en los espacios urbanos públicos y en otros espacios como la vivienda, centros educativos y laborales (SDS, s.f.).

La creación de las SISS permite dar mayor énfasis a la atención de las necesidades de la población dado que el gerente de cada subred actuará como un secretario de salud local y cada uno se hará cargo de los usuarios que habiten en las localidades donde las subredes prestan sus servicios. En consecuencia, podrá ser factible la identificación de las localidades y los grupos poblacionales que tengan los peores indicadores de salud y con este reconocimiento, se efectuarán acciones de fomento, promoción y prevención conducidas por equipos multidisciplinarios (Proyecto de Acuerdo No. 076 de 2016).

La problemática de barreras de acceso será atacada en la medida que la red al ser una sola institución con unidades de servicio de todos los niveles de complejidad y que cuenta con una integración de todos los servicios de salud, reducirá las autorizaciones y remisiones para acceder a cada uno de estos. Igualmente, la creación de CAPS y de Centros Ambulatorios Especializados, y el refuerzo de la atención domiciliaria, descongestionarán las centrales de urgencia. Los primeros se encargarán de que los pacientes clasificados como Triage IV[7] sean remitidos directamente a consulta prioritaria de medicina general, los segundos contarán con especialistas y equipos de laboratorios y de rehabilitación para garantizar la solución de problemas en un solo lugar, y la tercera medida buscará atender más usuarios en sus hogares (SDS, s.f).

Se implementará una modalidad de pago integral basado en las actividades finales y en el desarrollo de sistemas de incentivos, de procesos de habilitación y de acreditación que alineen la calidad de la atención brindada por las IPS y los recursos recibidos por estos organismos (SDS, 2016).

Finalmente, es importante mencionar que el Acuerdo tiene como principios orientadores la Atención Primaria en Salud, las RIAS, la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)[8] y la estrategia de Salud Urbana establecida en el Plan Territorial de Salud para Bogotá 2016-2020 (PTS).

[7] Pacientes clasificados como Triage IV: Presenta condiciones médicas que no representan un riesgo evidente para la vida, pero existen riesgos de complicación si no recibe la atención correspondiente (Resolución 5596 de 2015).

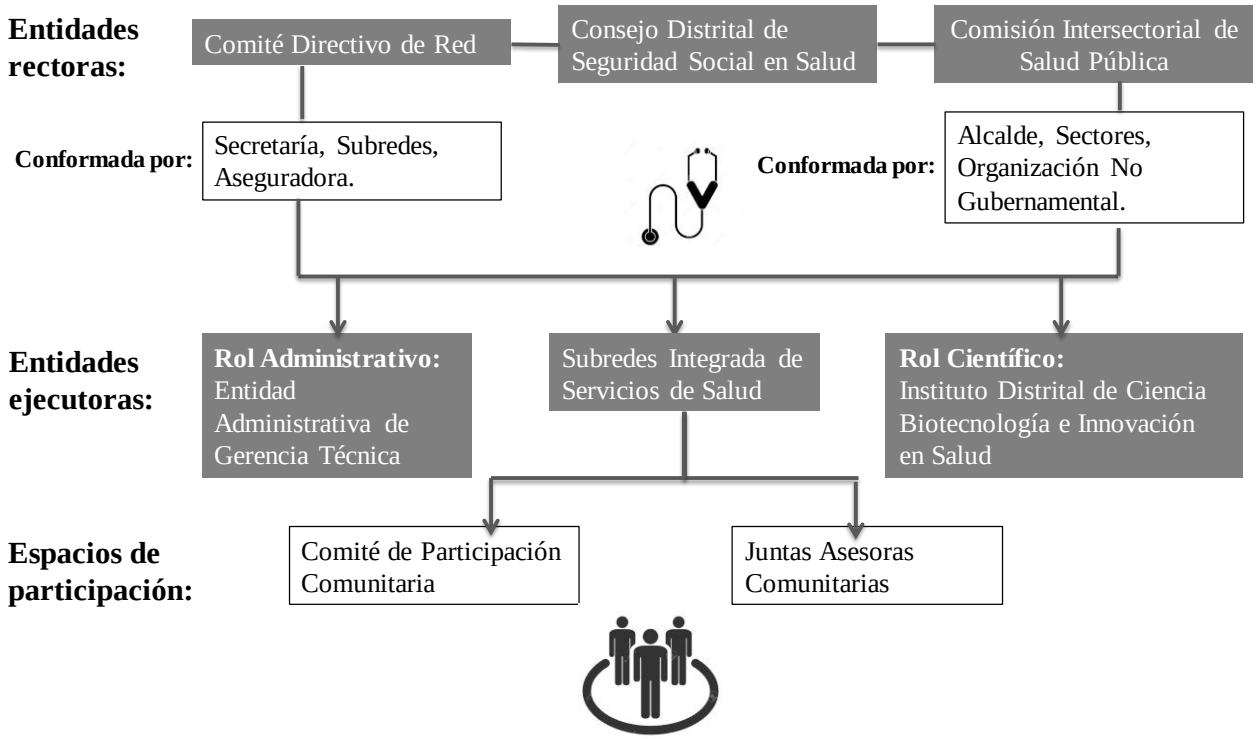
[8] Es una estrategia que comprende esfuerzos para disminuir el riesgo de ocurrencia de alguna enfermedad o traumatismo, y si se presentan, efectúa todas las labores necesarias para detectarlos y tratarlos rápidamente para limitar su evolución y disminuir sus complicaciones. Requiere de la acción coordinada de diversos actores sectoriales para: identificar las condiciones que inciden en su aparición y desarrollo, poner en marcha acciones que puedan eliminarlas o mitigarlas e igualmente, influir en una mejor percepción de los usuarios frente al proceso de atención y costos acordes a resultados. Específicamente, los agentes que intervienen en esta gestión integral son: entidades territoriales, EAPB, afiliados, prestadores primarios y complementarios (MSPS, 2015).

- **Actores de la reorganización del Sector Salud**

El Acuerdo 641 de 2012, creó otras entidades adicionales a las SISS tales como la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT), el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS), el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y las nuevas instancias de participación comunitaria bajo la nueva organización de las ESE distritales. Estas entidades se encargarán de apoyar el funcionamiento de las subredes en distintos ámbitos administrativos e investigativos. En la Figura 2 se muestra el mapa de principales actores señalados en el Acuerdo.

En un primer nivel se encuentran las entidades rectoras del Sector Salud, las cuales son: el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, el Comité Directivo de Red y la Comisión Intersectorial, estas son organismos de coordinación y discusión frente a las Políticas Públicas del Sector. El Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud es el máximo organismo asesor del Sector Salud en el Distrito Capital y permite la articulación de todos los actores (Acuerdo 641 de 2016, art. 24). Este organismo está integrado por representantes del Ministerio de Trabajo, la Secretaría Distrital de Hacienda (SDH), los trabajadores, las IPS y las EPS, los profesionales de salud, la comunidad científica, las empresas solidarias y las asociaciones de usuarios e indígenas.

Figura 2. Mapa de actores derivado del Acuerdo 641/2016.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Alcaldía Mayor de Bogotá (2016) & SDS (2016a).

El Comité Directivo de Red está encargado de la coordinación y articulación de la RISS y sus miembros son el Secretario Distrital de Salud, los gerentes de cada una de las subredes, el gerente de Capital Salud EPS (que brinda aseguramiento principalmente a población del régimen subsidiado) y el gerente de la EAGAT. Finalmente, la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) es una entidad nacional de coordinación entre nueve ministerios y tres departamentos administrativos[9] responsables del desarrollo del PDSP y el PTS.

En un segundo nivel, se evidencian las entidades ejecutoras. En esta categoría se encuentra la EAGAT, la cual brinda apoyo a las SISS en temas administrativos, clínicos y logísticos. Las funciones principales de esta entidad corresponden a asesorar a las subredes en aspectos como la puesta en marcha de mecanismos efectivos de defensa de los derechos de los usuarios en salud, la integración informática del Sector Salud en el Distrito, el proceso de compras conjuntas de insumos y medicamentos, el procedimiento de call center y agendamiento de citas médicas por medio electrónicos. En el ámbito científico, las subredes cuentan con el IDCBIS, el cual se encarga de realizar actividades de investigación e innovación relacionadas con medicina transfusional, terapia, medicina regenerativa, medicina de laboratorio y centro de formación del talento humano (Acuerdo 641 de 2016, art. 17 y 18).

Finalmente, en el tercer nivel, es posible hablar de espacios de participación por subred, los cuales se reflejan en tres tipos de organismos, los dos primeros ya existentes antes de la reorganización del Sector y el último fue creado teniendo en cuenta la creación de las cuatro SISS. Primero, se encuentran los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS) que tienen un alcance por localidad, y su interacción se da con la Subred correspondiente a la localidad del COPACO; segundo, se mantienen las Asociaciones de Usuarios que están asociadas a las unidades de servicio de las subredes; y tercero, se crearon las Juntas Asesoras Comunitarias, una por cada USS, las cuales están constituidas por dos miembros de las asociaciones de usuarios, dos integrantes de los COPACOS, dos individuos de las Asociaciones Usuarios de las EPS y un delegado de la Alcaldía Local del área de influencia de la IPS. La función primordial de estas Juntas es servir de canal de comunicación entre el Director Científico de la USS y la comunidad atendida por esta (Proyecto de Acuerdo No. 076 de 2016; Acuerdo 641 de 2016, art. 30).

Es relevante señalar que además de estos actores, en el Sistema de Seguridad Social en Salud se encuentran otras instituciones que juegan un papel importante en la atención de las necesidades de salud de los Bogotanos. Entre estos se encuentran: las EAPB, las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) y los gremios de producción.

[9] En la CISP hacen parte los departamentos administrativos de la Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación y Departamento para la Prosperidad Social. También se destacan nueve ministerios: Agricultura y Desarrollo Rural; Trabajo; Minas y Energía; Educación Nacional; Ambiente y Desarrollo Sostenible; Vivienda, Ciudad y Territorio; Cultura; Transporte; y Salud y Protección Social (MSPS, 2014).

- **Modelo de Prestación de Servicios**

La reorganización del Sector Salud de la Ciudad, conlleva un nuevo esquema para la prestación de los servicios por parte de las cuatro SISS, en el cual cada subred garantiza la prestación de servicios integrales en todos los niveles de complejidad, además, adelantan acciones de promoción y prevención de enfermedades a nivel individual y colectivo. En este sentido, la oferta de los servicios de salud de las SISS se puede dividir estructuralmente en un nivel primario, complementario y otra modalidad de atención en red (SDS, 2016).

El *componente primario* tiene un enfoque dado por la Atención Primaria en Salud Resolutiva, que significa la resolución de los eventos más frecuentes a nivel individual, familiar y comunitario por medio de los servicios de baja y mediana complejidad. De manera gradual, este componente debe resolver el 90% de los problemas de salud de la población y se encuentra operativamente conformado por los Puntos de Atención Primaria (PAPS) y los CAPS (SDS, 2016).

- *Puntos de Atención Primaria:* Son sedes ambulatorias de baja complejidad que corresponden a la principal puerta de entrada a la red integrada de servicios, y desarrollan actividades individuales y colectivas de los Planes de Beneficios: Plan Obligatorio de Salud y Plan de Intervenciones Colectivas, bajo las modalidades de atención extramural, intramural y ambulatorio.

- *Centros de Atención Prioritaria en Salud:* Se definen como sedes de tipo ambulatorio que efectúan consultas programadas y prioritarias de consulta de medicina general y especializada, y a su vez, efectúan ayudas diagnósticas, rehabilitación y entregan medicamentos a pacientes con patologías de baja y mediana complejidad que requieren atención prioritaria (Triage IV y V). Se pueden caracterizar modalidades intramurales, ambulatorias y de atención domiciliaria.

El *Componente Complementario* desarrolla las acciones individuales de mayor complejidad en la atención, particularmente, atienden eventos de enfermedad que, de acuerdo con las RIAS, requieren tecnología y competencias que no están disponibles en el componente primario. Para garantizar la integración de este componente y el anterior, se utilizan sistemas de referencia desde el componente primario y contra referencia hacia éste para así, garantizar la continuidad en la atención. Las unidades de servicio que se ubican en este componente son:

- *Centros de Atención Prioritaria Especializado (CAPSE):* Se definen como sedes de tipo ambulatorio de mediana y alta complejidad que ejercen acciones individuales y consultas programadas y prioritarias de medicina especializada y supra especializada. Al igual que los CAPS, es posible percibir modalidades intramurales, ambulatorias y de atención domiciliaria.

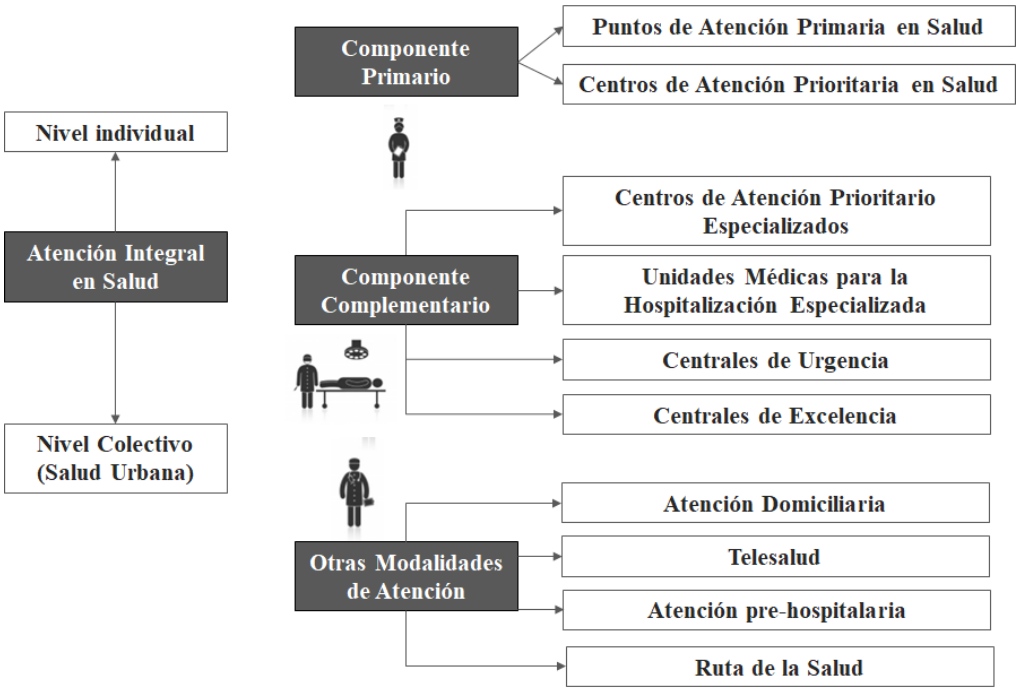
- *Unidades Médicas para Hospitalización Especializada (UMHES):* Hacen referencia a unidades médicas que prestan servicios de hospitalización, atención especializada, cirugías de mediana

y alta complejidad y atención de urgencias. Es importante destacar que cuentan con equipos multidisciplinarios que atienden a los usuarios según sus enfermedades.

– *Centrales de Urgencias:* Son sedes de tipo ambulatorio dedicados a la atención inicial de urgencias, en especial a pacientes que fueron calificados en Triage I, II y III, en otras palabras, son pacientes que sufren de alguna enfermedad que puede ser mortal.

– *Centros de Excelencia:* Esta es una estrategia que evalúa a las UMHES para obtener mejores niveles de calidad y eficiencia en la prestación de servicios. De esta forma, se establecen criterios y un proceso de acreditación que den cumplirse para prestar o exportar servicios sanitarios.

Figura 3. Nueva modalidad de prestación de servicios.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2016a).

Adicional a los dos componentes anteriores, la reorganización contempló *Otras Modalidades de Atención:*

– *Atención Domiciliaria:* Provee asistencia sanitaria fuera del entorno hospitalario para la resolución de problemas de salud, considerando el nivel de complejidad de los problemas que deben resolverse en el contexto de integralidad de la atención definida en las RIAS. Cada subred cuenta con equipos especializados y de soporte tecnológico para hacer desde la promoción de la salud hasta la hospitalización de usuarios en sus hogares.

- *Telesalud:* Considera el uso de las Tecnologías de Información y de Comunicaciones (TIC), permitiendo el intercambio de información para realizar diagnósticos, definir tratamientos y formar continuamente a los equipos de salud. Se puede destacar la teleconsulta, telemedicina, telediagnóstico, las cuales deben integrarse a la historia clínica en línea.

- *Atención Prehospitalaria:* Comprende todos los servicios de atención médica y transporte que se brindan a enfermos o accidentados fuera del hospital. Podría definirse como una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias.

- *Ruta de la salud:* Es un programa que genera alternativas para garantizar el acceso a la población pobre y/o vulnerable a los servicios sanitarios que se ofrecen en las ESE. Específicamente, hace referencia a un medio de transporte gratuito y especial entre los diferentes puntos de atención de la subred y de la red de hospitales públicos.

En este modelo de prestación de servicios se puede identificar dos modalidades de integración: i) la integración horizontal, que se presenta cuando hay una coordinación de las funciones de las entidades dedicadas a la prestación de servicios de un mismo nivel de atención, y ii) la integración vertical, definida como la cooperación de los organismos que prestan distintos niveles de atención (OPS, 2010).

Los dos tipos de integración se observan en las SISS. Por un lado, la integración horizontal se genera en el componente de atención primario cuando los servicios de atención primaria a la población son reforzados con las medidas de consulta prioritaria brindadas por los CAPS dentro de las localidades. De igual modo, en el nivel de atención complementario existe un flujo de pacientes entre los CAPSE, las UMHES y los Centros de Urgencia con base a las necesidades de los pacientes (SDS, 2016a). Por otro lado, la integración vertical puede verse reflejado en el sistema de referencia y contra-referencia que garantiza la continuidad del servicio desde el componente primario al secundario (SDS, 2016a). Lo anterior tiene el propósito de garantizar una especialización de los servicios e incrementar la calidad de estos.

- **Modalidad de Pago**

La creación de las SISS también conlleva una modificación en cuanto a la forma de pago. En particular, se crea el mecanismo de Pago Integral por Red con incentivos al desempeño, considerando un único pago por actividades final, siendo estas: Consulta, Hospitalización, Cirugía y Actividades del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (SDS, 2016). A pesar de que se hablen de varias actividades finales, el valor que cobraran las subredes por una consulta comprenderá además de los costos administrativos, los costos relacionados a laboratorios, radiografías, medicamentos y terapias que se requieran para la atención, esto permite que los usuarios ya no tendrán que pedir autorizaciones adicionales para estos servicios a su EAPB. Este procedimiento aplica tanto para los pacientes del régimen contributivo, como del régimen subsidiado y población pobre no afiliada (SDS, 2017).

Adicionalmente, el diseño de incentivos es clave en este modelo de remuneración dado que existen dos agentes: el asegurador y el prestador de servicios, los cuales cuentan con motivaciones diferentes que pueden repercutir en la calidad del servicio. Este nuevo modelo de remuneración es propuesto en el PTS (2016-2020) con base en la reforma al Sector, y de igual manera, es reforzado con otros modelos expuestos en este Plan (Gobernanza, Aseguramiento y Atención en salud). En este sentido, es posible hablar de dos tipos de diseños de incentivos:

- *Incentivos no monetarios:* Hacen referencia a reconocimientos simbólicos orientados a la cooperación para el fortalecimiento de talento humano, el desarrollo de tecnologías de información y la implementación de cualquier elemento que contribuya a la reducción de trámites en la prestación y pago de servicios, y a su vez, mejore la calidad de la atención brindada (SDS, 2017).

- *Incentivos monetarios:* Se definen como pagos que estimulan la gestión realizada por las subredes en cuanto al impacto de salud de las comunidades, teniendo en cuenta indicadores de calidad, de salud pública, de eficiencia en el uso de recursos humanos y de infraestructura física. Un resultado esperado de esta medida es un incremento en el acceso de los usuarios a los servicios, un aumento de la producción y una reducción de costos de cada organismo que compone a las cuatro subredes (SDS, 2017).

Así, este nuevo diseño permite que la gestión de cada uno de los organismos que pertenecen a la red esté basada en los resultados y garantice una asignación eficiente para reducir las inequidades en el marco del acceso universal a la salud. De igual manera, este nuevo modelo de remuneración se destaca por ejercer un control del riesgo desde el asegurador. Por un lado, se percibe un proceso más simplificado de autorizaciones y de facturación; y por el otro, hay un giro directo mensual cercano al 90%. Vale la pena resaltar que el 10% restante se gira de manera trimestral según los resultados de auditoría de cada USS, los cuales se enfocan en cumplir los indicadores de calidad e impacto, y cumplir las sendas en costos y producción[10] para lograr niveles eficientes en la operación (SDS, 2017a).

2. Aspectos metodológicos

2.1 Enfoque general

Con el presente estudio, la Veeduría Distrital busca identificar y hacer un primer análisis de los avances y cambios de corto plazo en indicadores relevantes para la prestación de los servicios de salud en las cuatro SISS, creadas mediante el Acuerdo 641 de 2016. Esto teniendo en cuenta que el proceso de reorganización del Sector Salud inició a mediados del 2016, y continúa en desarrollo en varios de sus componentes, tales como son: la reorganización y especialización de servicios en las USS de cada subred, la modernización de la infraestructura física y tecnológica, los mecanismos

[10] Las sendas de costos y producción se calculan como el cambio porcentual trimestral que debe existir en la producción y en el costo para alcanzar su nivel óptimo (Capacidad Instalada/ Tarifa Eficiente) (SDS, 2017a).

de asignación de citas y acceso de los usuarios, y la participación de cada subred en una Red Distrital, entre otros.

Para la realización del presente estudio se inició con la identificación del objeto de las SISS, el cual es: *"dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población, mediante la provisión de una atención integral*" (Proyecto de Acuerdo 076 de 2016), así como de los objetivos de la fusión de los 22 Hospitales Públicos en las cuatro SISS, los cuales son: i) superar la fragmentación de los servicios de salud, ii) mejorar los servicios y los indicadores de salud, iii) garantizar el acceso y la calidad a los servicios, iv) facilitar el uso racional y eficiente de los recursos, y v) mejorar la satisfacción de los usuarios (Proyecto de Acuerdo 076 de 2016).

Una vez se contó con los objetivos y con el fin de definir qué elementos de estos eran susceptibles de evaluar en el corto plazo, dados los dos años de operación de las SISS, se utilizó un análisis de cadena de valor de las SISS. Esta permite identificar y visualizar los principales insumos, procesos, productos y resultados asociados al funcionamiento de los hospitales públicos.

Como resultado de este análisis de la cadena de valor, se priorizaron para el presente estudio cuatro componentes, con un enfoque de resultados, en aspectos de relevancia por su impacto en la población y en la sostenibilidad de los ESE del Distrito.

En la siguiente sección se presenta brevemente la cadena de valor elaborada para el estudio, la cual se basa en la cadena de valor construida para la Evaluación del Modelo de Atención y Prestación de Servicios en Salud para Zonas Dispersas – Guainía contratada por el Departamento Nacional de Planeación (s.f.), y se presentan los cuatro componentes del estudio.

2.2 Cadena de valor

La cadena de valor es una herramienta que permite entender de manera descriptiva más no prescriptiva el quehacer del sector público y se puede entender como "una relación secuencial y lógica entre insumos, actividades, productos y resultados en la que se añade valor a lo largo del proceso de transformación total*"* (DNP, 2014, p 13). En la relación entre insumos, actividades o procesos, y productos, la cadena de valor "guarda relación con el proceso de producción de la teoría económica tradicional en donde, a través de la mezcla de factores productivos y una tecnología dada, los insumos son transformados en un bien o servicio" (DNP, 2014). Adicional a este proceso de producción, esta herramienta hace evidente y pone un énfasis importante en los resultados que se quieren lograr con el bien o el servicio producido. De esta forma, es posible analizar y entender los objetivos y resultados esperados de las políticas públicas, y los bienes y servicios entregados por el gobierno.

La cadena de valor parte del principio que el gobierno busca la generación de valor público en beneficio de la población, para lo cual este *"*tiene como finalidad (…) generar oportunidades, resolver problemas, satisfacer necesidades y habilitar el ejercicio de derechos mediante la prestación de bienes, servicios, transacciones, legislación y regulaciones" (Tesoro, 2015, p. 6). En

este sentido, las intervenciones estatales proponen dar respuesta a las demandas sociales y propenden por la generación de cambios sociales y económicos, por medio de los productos y servicios entregados por el gobierno, y bajo una hipótesis de causalidad. En este punto es relevante mencionar que, bajo el modelo de valor público, los productos y servicios públicos por si solos no generan los resultados esperados, estos últimos están influenciados por relaciones complejas e inciertas con el contexto y por el comportamiento y evaluación individual que realiza cada ciudadano frente a las políticas (Hernández, 2015).

Teniendo en cuenta las anteriores precisiones conceptuales, se planteó una cadena de valor de la prestación de los servicios de salud de las ESE, de la cual se muestran los principales elementos en laTabla 2 y de manera completa en los anexos.

Tomando como base los elementos y relaciones de la cadena de valor, así como los objetivos planteados para la fusión de los hospitales y la relevancia de los temas para la salud de los bogotanos, se definieron los siguientes cuatro componentes a evaluar asociados a los insumos, productos y resultados de la operación de las ESE (ver Figura 4): i) a nivel de insumos, los recursos financieros de las subredes; ii) a nivel de productos, cambios en la oferta de servicios de salud; iii) a nivel de resultados, la oportunidad en la atención de los usuarios y su nivel de satisfacción, así como algunos indicadores de calidad; y iv) a nivel de insumos y productos, la eficiencia relativa de las USS de las SISS. Estos componentes permiten evaluar parcialmente algunos de los fines señalados en la fusión de los hospitales y la creación de las SISS.

Tabla 2. Cadena de valor de los hospitales públicos.

Insumos	*Procesos*	*Productos*	*Resultados*
Marco Normativo.	Financiación.	Portafolio de servicios.	Mayor acceso a los servicios de salud.
Documentales.	Aseguramiento.	Modelo de aseguramiento y prestación de los servicios de salud.	Mejor calidad en la atención en salud.
Recursos humanos.	Salud pública.		Aumento en la capacidad resolutiva en la prestación del servicio.
Recursos financieros.	Sistemas de información.		Mejorar el estado de salud de la población.
Recursos tecnológicos.	Inspección, vigilancia y control.		Prestación de la atención de manera integral.
Infraestructura física.	Prestación de servicios.		Mejoramiento de la infraestructura.

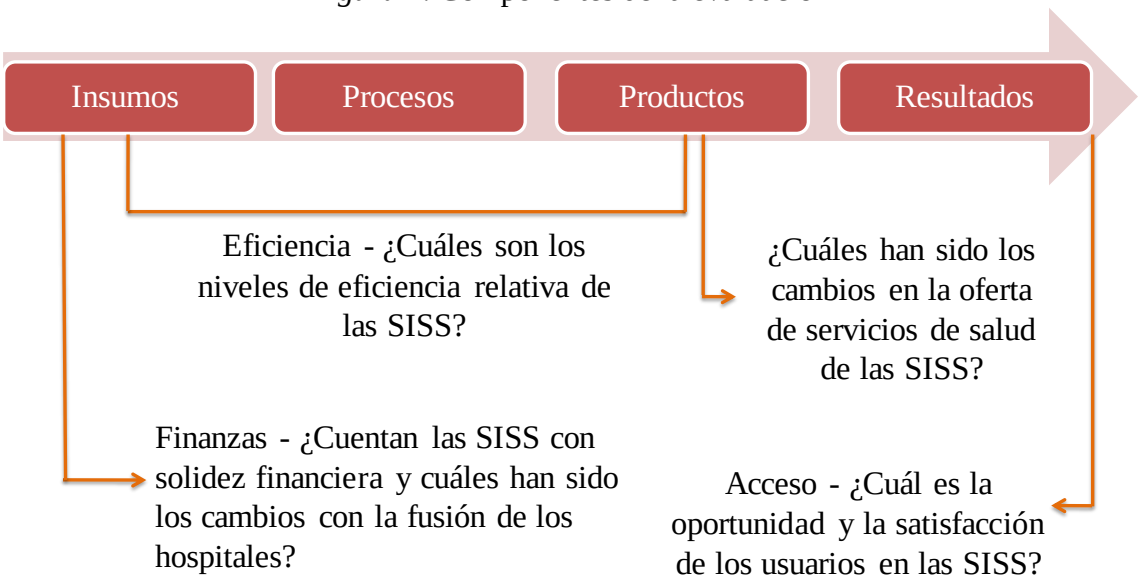
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en DNP (s.f.).

Para cada uno de los componentes se realizan análisis y comparaciones de indicadores clave en cada aspecto, en la medida de lo posible entre 2015, año anterior a la creación de las SISS y 2017, primer año de funcionamiento de las subredes. En el caso del componente financiero se sigue una metodología específica y reconocida para evaluar este aspecto. Adicionalmente, se realiza una

reunión con los funcionarios y directivos de cada subred, quienes lideran los servicios ambulatorios, hospitalario, de urgencias; y con los directores financieros, con el fin de conocer con más detalle las posibles causas de los cambios encontrados en los indicadores analizados.

Los indicadores fueron seleccionados de acuerdo con la normatividad vigente y la disponibilidad de la información. Este último punto fue clave en el desarrollo del estudio, debido a que mucha de la información disponible contó con problemas de confiabilidad y comparabilidad. Por ejemplo, antes de la fusión cada hospital podía usar metodologías de cálculo diferentes para indicadores similares o las maneras de organizar y registrar los datos no permitió luego que la misma se consolidará por subred. A lo anterior se suma cambios en la normatividad, como es el caso de los componentes financiero y de calidad que afecta la realización de comparaciones.

Figura 4. Componentes de la evaluación



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital.

2.3 Componentes de la evaluación

a. Financiero y presupuestal

A partir de la Ley 100 de 1993, la forma de financiación de los hospitales públicos cambió de un enfoque de subsidios a la oferta, donde los hospitales públicos recibían giros y financiación directa del gobierno a una fórmula de autogestión, donde deben competir en un mercado regulado con las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas. Este cambio generó graves problemas en la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos, y aunque el Gobierno Nacional emprendió importantes reformas para subsanar esta situación, la sostenibilidad financiera de las ESE sigue siendo un aspecto que afecta la prestación de los servicios de salud a la población, en especial a la más vulnerable (Orozco, 2015). Por lo anterior, la presente evaluación contempla analizar la solidez

financiera de las SISS, determinando si la situación financiera de las ESE ha mejorado con la creación de las subredes y a su vez, comparando las condiciones financieras entre las subredes.

Para realizar el análisis del componente financiero se analizan 14 de los 15 indicadores financieros, agrupados en cinco áreas de análisis: 1) Capital, 2) Calidad del Activo, 3) Capacidad de la Gerencia, 4) Rentabilidad y 5) Liquidez. El indicador que no se toma en cuenta es el de Inversiones/Activos, el cual hace referencia a la razón entre la inversión en títulos y el nivel de activos, dado que no todos los hospitales públicos efectuaron inversiones. Finalmente, estos indicadores corresponden a la metodología CAMEL[11] utilizada por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y el MSPS en el sistema de evaluación y calificación de actores del SGSSS (MSPS, 2016j, p. 136), y es ampliamente utilizada a nivel mundial debido a que aporta información valiosa para tener conocimiento de la situación general de la entidad (Malave & Morillo, 2006).

Tabla 3. Indicadores financieros metodología CAMEL.

Componente	*Indicador*
Capital (C)	Patrimonio / Activo
	Pasivo / Patrimonio
Calidad del activo (A)	Deudores / Activo
	Pasivo / Activo
Capacidad de la gerencia (M)	Utilidad / Gasto Operativo
	Gasto Operativo / Ingreso Operativo
Rentabilidad (E)	Margen Operacional
	Margen Neto
	Margen EBITDA
	ROA (Utilidad / Activo)
	ROE (Utilidad / Patrimonio)
Liquidez (L)	Cuentas por pagar corrientes / Pasivo corriente
	Activo corriente / Pasivo Corriente
	Activo corriente / Activo total

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en MSPS (2016j).

Estas razones financieras cumplen con tres criterios importantes: en primer lugar, son factibles porque se calculan considerando los Balances y Estados de Resultados de los hospitales que se fusionaron y de las mismas subredes; en segundo lugar, son relevantes para medir el desempeño de los hospitales en términos del manejo de sus recursos, del cumplimiento de sus obligaciones y de la generación de ingresos con el fin de tener una mayor rentabilidad y liquidez; y en tercer lugar,

[11] "La metodología CAMEL es un modelo parsimonioso - Modelo simplificado, con pocas variables, que permite identificar las relaciones de las variables de interés- de monitoreo minucioso y continuo que busca generar alertas tempranas. Se utiliza como marco para evaluar la evolución de la fortaleza financiera y gerencial de las instituciones de manera individual y poder compararlas frente a sus pares por medio de indicadores cuantitativos" (SNS, s.f., pág. 3).

son útiles para la administración de los hospitales, puesto que gran parte de estos indicadores son normativos y son evaluados en las Juntas Directivas de cada subred con el objetivo de analizar la suficiencia patrimonial de cada unidad de servicios (Acevedo et al, 2015).

El análisis y comparación de los 14 indicadores se realiza para la vigencia 2015 con los 22 hospitales públicos que existían y para 2017 con las cuatro SISS, además se agrega para 2015 los resultados financieros de los hospitales de acuerdo con la subred en la que fueron fusionados, con el fin de tener una aproximación de la situación de cada subred antes de la reorganización del Sector Salud Distrital. Esta agregación es posible debido a que todos los hospitales trasladaron sus recursos propios y sus obligaciones a las cuentas generales de las subredes; asimismo, en el proceso de fusión, se buscó que las políticas contables, los procesos de pago y la información fuera lo más homogénea posible (Subred Norte, 2016; Subred Centro Oriente, 2016).

b. Oferta de servicios y eficiencia

La Red Pública de Prestación de Servicios de Salud de la Ciudad en 2015 presentaba "una baja capacidad resolutiva en los niveles básicos de atención. Las urgencias están saturadas en la Ciudad, los pacientes pasan 5 y más días sin que se le resuelva su caso y las urgencias se han convertido en la principal puerta de entrada al sistema" (Proyecto de Acuerdo 076 de 2016, Diagnostico, numeral 7). Además, existía una competencia por los usuarios entre los 22 hospitales públicos. Lo anterior genera problemas de congestión y eficiencia en la prestación de los servicios a los usuarios.

Por lo anterior, se propuso un cambio en el modelo de prestación de servicios, fortaleciendo las USS de baja complejidad y ampliando el portafolio de especialidades médicas en las mismas, así como la especialización de las USS de alta complejidad. Adicionalmente, con las subredes el proceso de coordinación y ubicación de los servicios se podría realizar de manera más coherente con las necesidades de la población.

Con base en lo anterior, en el presente documento se realiza la comparación entre 2015 y 2017 de la producción de las subredes y de sus USS en los siguientes servicios de salud:

1. Consultas externas
2. Egresos por hospitalización
3. Observaciones de Urgencias
4. Procedimientos Quirúrgicos
5. Eventos Obstétricos

La comparación permitirá evidenciar que tanto ha cambiado la oferta de los servicios de salud, considerando tanto la distribución de los servicios como el tamaño de la producción de las subredes entre 2015 y 2017. Finalmente, para esta componente se toma la información reportada en el Sistema de Información de Capacidad Instalada y Producción (CIP) y entregada a la Veeduría Distrital por la Secretaría Distrital de Salud.

Adicional al análisis de las atenciones producidas, y en concordancia con el objetivo iv) de la fusión de los hospitales, se hará una aproximación a la eficiencia en el uso de los recursos mediante el uso de indicadores que relacionan el número de atenciones generadas por cada una de las subredes con los insumos físicos básicos que se requieren para su generación. Estos indicadores son:

i) *Rendimiento de consulta externa:* Número de atenciones de consulta externa/ (Número de consultorios de consulta externa + Número de unidades de odontología).
ii) *Rendimiento de servicios de urgencias:* Número de atenciones en observación de urgencias/ (Número de consultorios de urgencias + Número de camillas de observación).
iii) *Rendimiento de hospitalización:* Número de egresos por hospitalización/ Número de camas de hospitalización.
iv) *Rendimiento de procedimientos quirúrgicos:* Número de cirugías/ Número de quirófanos.
v) *Rendimiento de salas de parto:* Número de eventos obstétricos/ Número de salas de parto.

c. Oportunidad y calidad del servicio

En el proceso de creación de las cuatro SISS se planteó la necesidad de garantizar el acceso y la calidad a los servicios, y de mejorar la satisfacción de los usuarios como dos de los cinco objetivos a alcanzar con el proceso. Lo anterior por medio de medidas como la eliminación de la competencia de las entidades por paciente, la disminución de la carga administrativa de las ESE y el mejoramiento de los canales de coordinación con las EPS, especialmente con Capital Salud. Adicionalmente, el 95% de la población en Bogotá se encuentra afiliada al Sistema General de Salud, lo cual indica un alto nivel de aseguramiento; sin embargo, el acceso efectivo a servicios de salud de calidad ha sido un problema continuo.

Por lo anterior, la Veeduría Distrital utilizó como base los indicadores reglamentados por la Resolución 256 de 2016, la cual dicta *"disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud".* Esta Resolución estableció un conjunto de 54 indicadores para monitorear la calidad de la salud brindada por las instituciones prestadoras de servicios de salud, los cuales se organizan en tres categorías: Efectividad, Seguridad y Experiencia en la atención. Los indicadores contribuyen a la medición del desempeño de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (MSPS, 2016).

De estos 54 indicadores, en este documento se analizan trece indicadores: cuatro clasificados en la categoría de Seguridad y nueve relacionados con la Experiencia en la atención. Estos trece indicadores se tomaron como referencia para el presente estudio debido a que permiten evaluar el acceso y el nivel de satisfacción de los usuarios frente a los servicios de salud. Adicionalmente, pueden ser influenciados en el corto plazo por los cambios organizacionales que se están dando en la reorganización de los servicios de salud de las subredes y son indicadores que cuentan con mayor disponibilidad de información recurrente al ser reportados en los informes de gestión de las mismas subredes.

Los trece indicadores se señalan a continuación.

- ***Experiencia en la atención:*** La satisfacción de los usuarios con la atención recibida y los tiempos de espera promedio para que su cita sea asignada son indicadores que se aproximan a capturar los resultados de acceso y calidad que perciben los usuarios de los servicios de salud. Precisamente este aspecto es relevante en el proceso de reorganización de la subred, porque uno de los problemas que tenían los hospitales públicos antes de la reforma eran los niveles de congestión que conllevaban tiempos de espera prolongados y por ende una afectación en la calidad (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017). Los indicadores frente a este aspecto son los siguientes:

    1. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general
    2. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología
    3. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general
    4. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna
    5. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia
    6. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general
    7. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

  El tiempo promedio de espera de cada uno de los siete indicadores se mide como la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigna la cita en el respectivo servicio y la fecha en la cual el usuario solicita el servicio, dividida por el número de citas de primera vez asignadas. Adicionalmente, es importante señalar que la Resolución 1552 de 2013 estableció que la asignación de citas para medicina general y odontología general no podría exceder los 3 días hábiles.

  - Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias: Es el resultado de la sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por el médico, dividida por número total de pacientes clasificados como Triage 2. Frente a este indicador se cuenta como valor de referencia los 30 minutos, de acuerdo con lo reglamentado en la Resolución 5596 del 2015.

  - Proporción de satisfacción global de los usuarios en las IPS: Número de usuarios que respondieron “muy buena” o “buena” a la pregunta: ¿Cómo calificaría su experiencia global con respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? sobre el total de usuarios que respondieron a la pregunta.

- ***Indicadores de seguridad:*** La seguridad en la prestación de los servicios es esencial para garantizar una prestación de calidad y oportuna a los pacientes que facilite el proceso de recuperación de los usuarios de las unidades de servicio. En este sentido, la tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización, la tasa de reingreso de pacientes a

hospitalización y urgencias, y la cancelación de cirugías son indicadores que muestran aspectos de la seguridad que están relacionados con la calidad de la estancia hospitalaria y de urgencias, así como tienen una característica de corto plazo que pueden verse influenciados por la reforma de salud.

- Proporción de cancelación de cirugía: Cociente entre el número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución y número total de cirugías programadas en un periodo determinado.

- Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas: Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso, divido por el número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.

- Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización: Cociente entre el número de total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000.

- Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días: Cociente entre el número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el período, y el número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo por 1000 egresos.

Teniendo en cuenta que la Resolución 256 fue expedida en el año 2016, en este componente no se realizarán comparaciones entre el 2015 y el 2017, sino que se analizarán los resultados obtenidos por las subredes en ambos semestres del 2017, comparando las subredes y lo establecido por la normatividad vigente en los casos que aplique. Adicionalmente, se buscó realizar comparaciones de estos indicadores con el momento previo a la entrada en funcionamiento de las SISS, pero antes del 2016 la batería de indicadores de calidad era reglamentada por la Resolución 1446 de 2006 y la diferencia entre las dos Resoluciones es considerable.

A lo anterior se suma que el cambio en los indicadores coincidió con la reorganización de la Red Pública de Salud de Bogotá, la unificación de procesos al interior de cada una de las subredes y con los problemas de acceso a la información de las unidades de servicio que existían anteriormente, lo cual generó la imposibilidad de realizar comparaciones confiables entre el antes y después de la entrada en funcionamiento de las cuatro subredes. Por lo anterior, los resultados en este componente se pueden considerar como una línea base para futuras mediciones sobre este aspecto.

3. Características generales de las Subredes

El Acuerdo 641 de 2016 creó las cuatro SISS de la Ciudad como ESE a partir de la fusión de los 22 hospitales públicos que operaban hasta ese momento, y bajo un enfoque geográfico, en el cual cada una de estas atendería la población de las localidades definidas bajo su área de influencia. Los hospitales fusionados en cada una de las subredes, así como las localidades que cubre cada subred se presentan a continuación:

- *Subred Integrada de Servicios de Salud Sur:* hospitales públicos i) de primer nivel[12]: Usme, Nazareth y Vista Hermosa; ii) de segundo nivel: Tunjuelito y Meissen; y iii) de tercer nivel: El Tunal. Localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Usme y Sumapaz.

- *Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente*, producto de la fusión de los hospitales públicos: i) de primer nivel: Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal; ii) de segundo nivel: Centro Oriente y San Blas; y iii) de tercer nivel: La Victoria y Santa Clara. Localidades de Antonio Nariño, La Candelaria, Mártires, Rafael Uribe Uribe, Santa Fe y San Cristóbal.

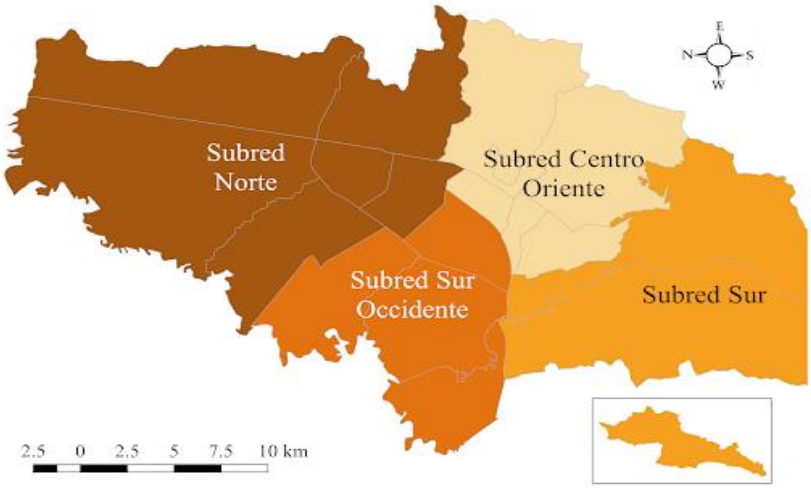
- *Subred Integrada de Servicios de Salud Norte*, resultado de la fusión de los hospitales públicos: i) de primer nivel: Usaquén, y Chapinero; ii) de segundo nivel: Suba y Engativá; y iii) de tercer nivel: Simón Bolívar. Localidades de Barrios Unidos, Chapinero, Engativá, Suba, Teusaquillo y Usaquén.

- *Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente*, producto de la fusión de los hospitales públicos: i) de primer nivel: Pablo VI Bosa y del Sur; ii) de segundo nivel: Bosa y Fontibón; y iii) de tercer nivel: Occidente de Kennedy. Localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda.

En cada una de las cuatro SISS se atiende principalmente población afiliada al régimen subsidiado de salud, y población pobre no asegurada (PPNA), siendo estos dos grupos poblacionales los que generan la mayor demanda por los servicios ofertados por las subredes. Asimismo, también es posible atender personas del régimen contributivo, número que varía de acuerdo con los convenios que suscriban las SISS con las EAPB.

[12] El primer nivel está asociado a atenciones en salud de baja complejidad, el segundo nivel a la mediana complejidad y el tercer nivel a la alta complejidad.

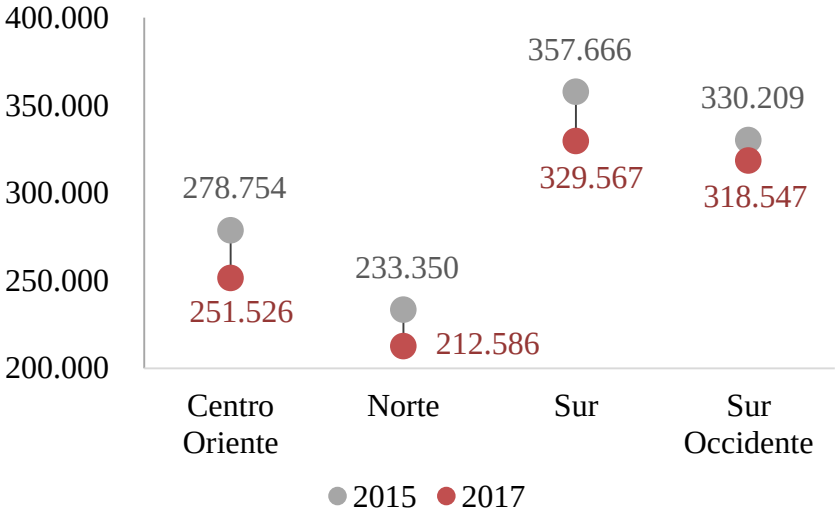
Figura 5. Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital.

Ahora, considerando sólo las personas afiliadas al régimen subsidiado, se encuentra que, si se efectúa una comparación entre 2015 y 2017, en todas las subredes ha disminuido la afiliación al régimen subsidiado. En particular, la caída más fuerte se da en la Subred Centro Oriente con el -9,8%, mientras que la menor se genera en la Subred Sur Occidente con el -3.5%. A nivel de Ciudad, en 2015 se registraban 1.291.158 afiliados en el régimen subsidiado, lo que representaba un 16,4% de la población asegurada de Bogotá, mientras que en 2017 los afiliados eran 1.175.245 personas, lo que significaba un 14,6% de la población asegurada.

Figura 6. Afiliados al régimen subsidiado por Subred 2015-2017.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base SDP (2018).

Para atender la demanda de los servicios de salud, en 2017 las cuatro SISS contaban con un total de 154 USS en todas las localidades de la Ciudad, distribuidas de la siguiente forma: Subred Sur con 48 USS, Subred Sur Occidente con 45 USS, la Subred Norte con 32 USS y la Subred Centro Oriente contó con el menor numero de USS (29). De igual forma, estas USS tenían un total de 3.181 camas de hospitalización, 669 camas de observación, 892 consultorios de consulta externa, 118 consultorios en el servicio de urgencia, 24 mesas de parto, 226 unidades de odontología y 63 salas de quirófanos. La distribución de estos insumos por subred se puede observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Capacidad instalada por Subred 2017.

Concepto	*Subred Centro Oriente*	*Subred Norte*	*Subred Sur*	*Subred Sur Occidente*	*Total*
Camas de hospitalización	1.110	805	657	609	3.181
Camas de observación	168	171	132	198	669
Consultorios de consulta externa	211	203	204	274	892
Consultorios en el servicio de urgencias	26	28	43	21	118
Mesas de partos	2	6	10	6	24
Número de unidades de odontología	32	51	74	69	226
Salas de quirófanos	17	16	16	14	63

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SIHO-SDS (2018).

En las siguientes secciones del capítulo se profundizará para cada subred el análisis sobre su demanda potencial y su capacidad instalada, y adicionalmente, se realizará una caracterización general del perfil de mortalidad y morbilidad de la población. Con respecto a los indicadores de mortalidad y morbilidad se seleccionaron indicadores con la mayor incidencia, efectuando una comparación entre los valores que tuvieron las localidades y el promedio de la Ciudad, teniendo en cuenta la información reportada en el diagnóstico de la Ciudad del PTS.

3.1 Subred Sur

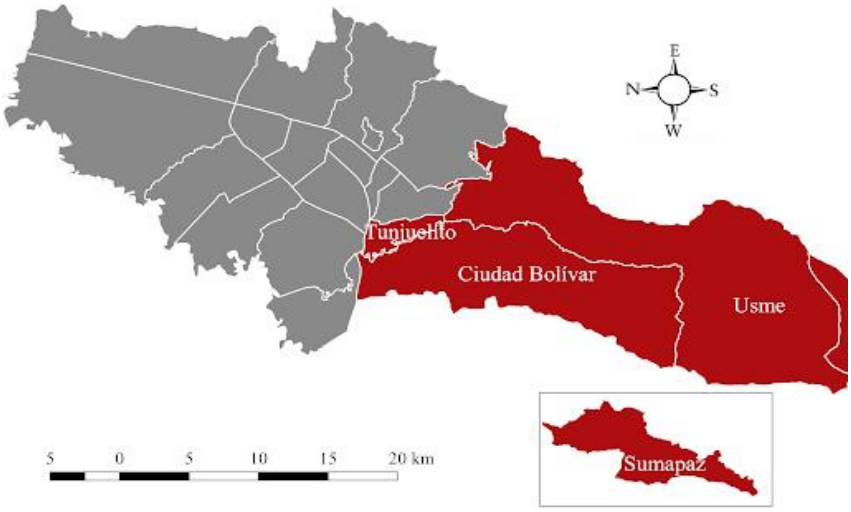
La Subred Sur cubre a la población de cuatro localidades de Bogotá que cuentan en conjunto con alrededor de 1,3 millones de habitantes en 2018, lo cual representa un 15,7% de la población de Bogotá (SDP, 2018). La localidad con mayor población es Ciudad Bolívar con 748 mil habitantes (58,2% de la población de la subred), seguida de Usme con 343 mil habitantes (26,7%), Tunjuelito con 186 mil habitantes (14,5%), y Sumapaz con 7 mil habitantes (0,6%). Esta última presenta un reto para la Subred debido a que su área extensa es principalmente rural.

Del total de la población proyectada para la subred en 2018, 121.974 habitantes se encuentran entre los 0 y 4 años, teniendo que Tunjuelito presenta el menor porcentaje de esta población (7%), mientras que el 10% de la población de las otras localidades se ubican en este rango de edad. De otra parte, la cohorte entre los 5 y 19 años alcanza un total de 339.119 personas, siendo el 26% de la población de las cuatro localidades, exceptuando Tunjuelito que tuvo un porcentaje más bajo. El

17% de la población se encuentra entre los 20 y 29 años, mientras que el 37% se encuentran en la adultez (entre 30 y 59 años). Finalmente, los mayores de 60 años representan el 9% de la población de la Subred.

Lo anterior, señala que los potenciales usuarios de la Subred son principalmente jóvenes (menores de 30 años), aunque este total se ha venido reduciendo debido a la caída de la tasa general de fecundidad, que en 2015 alcanzaba un valor de 51,3 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en la subred, frente a una tasa de 61,5 en 2010 (Subred Sur, s.f.).

*Figura 7***.** Localidades que conforman la Subred Sur.

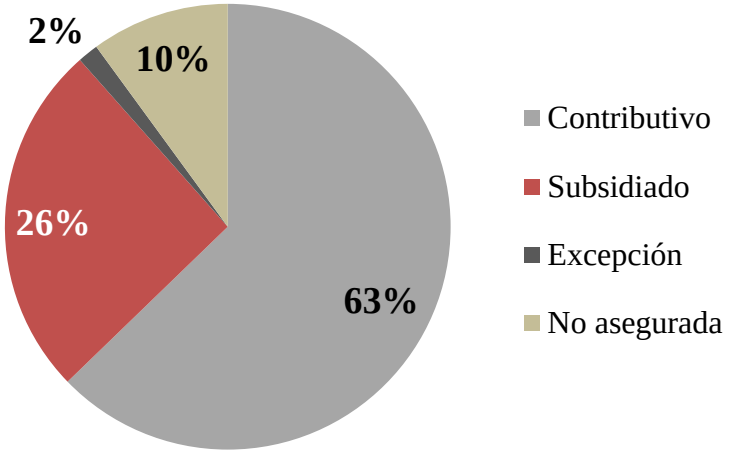


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital.

a. Demanda potencial de la Subred

De la población potencial que cubre la Subred Sur en sus cuatro localidades, con corte a junio de 2018, se tiene que el 63% de la población (806.464) está afiliado al régimen contributivo, el 26% (330.092) se encuentra dentro del régimen subsidiado, lo cual genera que esta Subred cuente con el mayor porcentaje de personas afiliadas a este régimen en toda la Ciudad. Adicionalmente, un 2% (19.301) se encuentra en regímenes de excepción y el 10% restante (129.062) son personas no afiliadas.

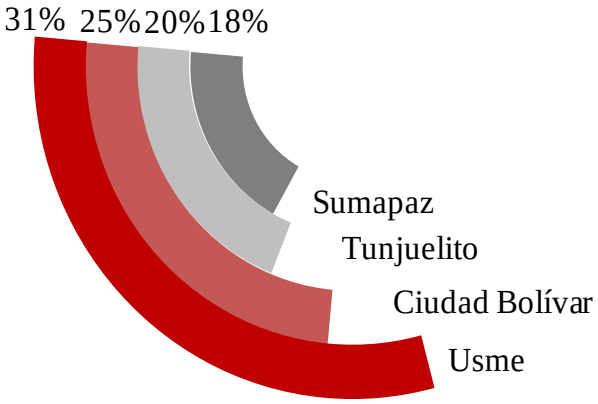
Figura 8. Subred Sur: Porcentaje de personas según tipo de aseguramiento (junio 2018)



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

Al analizar la población afiliada al régimen subsidiado por cada una de las localidades de la Subred, se encuentra que en Sumapaz solamente el 18% (1.382) de sus habitantes están afiliados al régimen subsidiado, mientras que el 60% (4.579) no cuenta con ninguna afiliación. De otra parte, Usme tiene el mayor porcentaje de afiliación de su población al régimen subsidiado con el 31% (104.627), a lo cual se le suma un 7% (25.462) que no está afiliada; y en Tunjuelito el 20% (37.829) de sus habitantes pertenecen al régimen subsidiado y el 4% (6.901) no está afiliado. Finalmente, en Ciudad Bolívar la afiliación al régimen subsidiado alcanza un 25% (186.254) de la población de la localidad y la población no afiliada es del 12% (92.120).

Figura 9. Subred Sur: Porcentaje de afiliación al régimen subsidiado por localidad (junio 2018).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

b. Perfil de mortalidad y morbilidad

En las áreas urbanas de la Subred Sur, la tasa de mortalidad ha reflejado un leve decrecimiento, presentando en 2014 tasas que llegaron a alrededor de 3,5 defunciones por cada mil hombres, y 2,8 defunciones por cada mil mujeres. En este año, en las areas rurales la tasa de mortalidad general 2014 fue de 3,4 por cada mil habitantes.

Al analizar los principales eventos o causas de la mortalidad en las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme, de acuerdo a la información presentada en el PTS (2018), se encuentra que estas tres localidades presentaron valores superiores al promedio de la Ciudad en mortalidad perinatal, mortalidad infantil y mortalidad por diabetes, mientras que solamente en la mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años presentaron una tasa por debajo del promedio de la Ciudad.

La localidad de Tunjuelito presentó valores significativamente más altos que el promedio de la Ciudad, alcanzando diferencias significativas en ocho de las nueve tasas de mortalidad que se evidencian en la Tabla 5. Solamente, en la mortalidad perinatal, Tunjuelito no presentó la tasa mas alta (14,2), siendo Usme la localidad que contó con el mayor número de recien nacidos que fallecen por cada mil nacidos vivos (15,6). En el caso de Usme, la principal diferencia frente al promedio de Bogotá se da en mortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y mortalidad por diabetes, mientras que en el caso de Ciudad Bolívar, la mayor diferencia se genera en mortalidad por diabetes. Finalmente, con respecto a la localidad de Sumapaz, se encuentra que las mayores tasas de mortalidad se dan por enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias (masas anormales) y por causas externas (Subred Sur, 2017a).

Tabla 5. Subred Sur: Indicadores de mortalidad en las localidades.

◉ No superó el promedio de la Ciudad ● Superó el promedio de la Ciudad

Indicador de Mortalidad	*Bogotá*	*Ciudad Bolívar*	*Tunjuelito*	*Usme*
Mortalidad materna	29	◉	●	◉
Mortalidad perinatal	13,7	●	●	●
Mortalidad infantil	9,6	●	●	●
Mortalidad en menores de 5 años	19,2	◉	●	◉
Mortalidad por neumonía en menores de 5 años	7,8	◉	●	◉
Mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años	16,3	◉	◉	◉

Indicador de Mortalidad	*Bogotá*	*Ciudad Bolívar*	*Tunjuelito*	*Usme*
Mortalidad por EPOC	3,4	◉	●	●
Mortalidad por diabetes	3,7	●	●	●
Mortalidad por cáncer de mamá	3,9	◉	●	◉

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2017a).

En cuanto a los indicadores de morbilidad, se encuentra que las localidades de Ciudad Bolívar y Usme presentaron unos resultados por encima del promedio de la Ciudad. Al analizar la mayor prevalencia de enfermedades por localidad se puede observar que en Ciudad Bolivar y en Usme, las enfermedades más recurrentes eran enfermedades de la pulpa y la dentina[13], resfriado común e Infección Respiratoria Aguda (IRA), en Tunjuelito eran enfermedades de la pulpa y la dentina, IRA e hipertensión esencial (primaria), y en Sumapaz eran enfermedades de la pulpa y la dentina, resfriado común e hipertensión esencial (primaria).

La localidad de Ciudad Bolivar presentó los indicadores de morbilidad más elevados, mientras que Sumapaz presentó las menores prevalencias, con excepción de la hipertensión esencial primaria y diabetes mellitus, enfermades que también fueron menos incidentes en la localidad de Tunjuelito. Asimismo, en la localidad de Usme la EPOC fue la enfermedad menos prevalente.

Tabla 6. Subred Sur: Indicadores de morbilidad en las localidades.

◉ No superó el promedio de la Ciudad ● Superó el promedio de la Ciudad

Indicador de Morbilidad	*Bogotá*	*Ciudad Bolívar*	*Tunjuelito*	*Sumapaz*	*Usme*
Enfermedades de la pulpa y la dentina	37,7	●	●	◉	●
Resfriado común	28,6	●	◉	◉	●
Infección Respiratoria Aguda	28,1	●	●	◉	●
Hipertensión esencial (primaria)	23,2	●	●	●	●
Diarrea y gastroenteritis	14,8	●	●	◉	●
Migraña	8,3	●	●	◉	●

[13] La pulpa y la dentina son partes de los dientes de los seres humanos.

Indicador de Morbilidad	*Bogotá*	*Ciudad Bolívar*	*Tunjuelito*	*Sumapaz*	*Usme*
Diabetes mellitus	7,9	●	●	◉	●
Amigdalitis aguda	7,8	●	●	●	●
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	3,3	●	●	●	●

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2017a).

El análisis realizado permite ver que la Subred debe enfocarse en la provisión de servicios de salud enfocados a la prevención y tratamiento de enfermedades tales como la hipertensión y la enfermedad de la pulpa y la dentina, así como el manejo de la mortalidad infantil y perinatal. Lo anterior es prioritario ya que en las localidades de la Subred residen una alta proporcion de población de primera infancia e infancia.

c. Oferta de la Subred

La Subred Sur cuenta con 48 USS, de estas, 22 se encuentran ubicadas en la localidad de Ciudad Bolívar, 9 en Tunjuelito, 3 en Sumapaz y 14 en Usme. Asimismo, de ese total, seis son CAPS: Candelaria, Vista Hermosa, Ismael Perdomo (Localidad de Ciudad Bolívar), Abraham Lincoln (Localidad de Tunjuelito), Marichuela, y Betania (Localidad de Usme).

La
Tabla *7* muestra la capacidad instalada de la Subred antes de la implementación de la reforma y después de la implementación de esta, con el fin de realizar comparativos y observar tendencias de los recursos utilizados. Con corte al año 2015, la Subred contaba con 249 consultorios de consulta externa y 39 consultorios en el servicio de urgencias, número que se incrementó en el 2016 en un 16,7% y que luego decayó en 2017 a niveles más bajos que los obtenidos en 2015, principalmente por la reducción de consultorios de consulta externa. Con respecto a las camas, en 2015 la Subred contaba con 690 camas de hospitalización y 121 camas de observación, y en 2017 se presentó una caída de 4,8% en las camas de hospitalización y un incremento de 9,1% en las camas de observación, llegando a 657 y 132 camas respectivamente.

De otra parte, el número de mesas de parto, de salas de quirófano y de unidades de odontología no presentaron variaciones significativas entre 2015 y 2017, solamente se redujo una sala de cirugía y se incrementó una unidad de odontología en el periodo analizado.

Tabla 7. Subred Sur: Capacidad instalada.

Concepto	*Año*		
	2015	*2016*	*2017*
Consultorios de consulta externa	249	293	204

Concepto	*Año*		
	2015	*2016*	*2017*
Consultorios en el servicio de urgencias	39	43	43
Mesas de partos	10	10	10
Salas de quirófanos	17	17	16
Camas de hospitalización	690	667	657
Camas de observación	121	127	132
Número de unidades de odontología	73	74	74

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

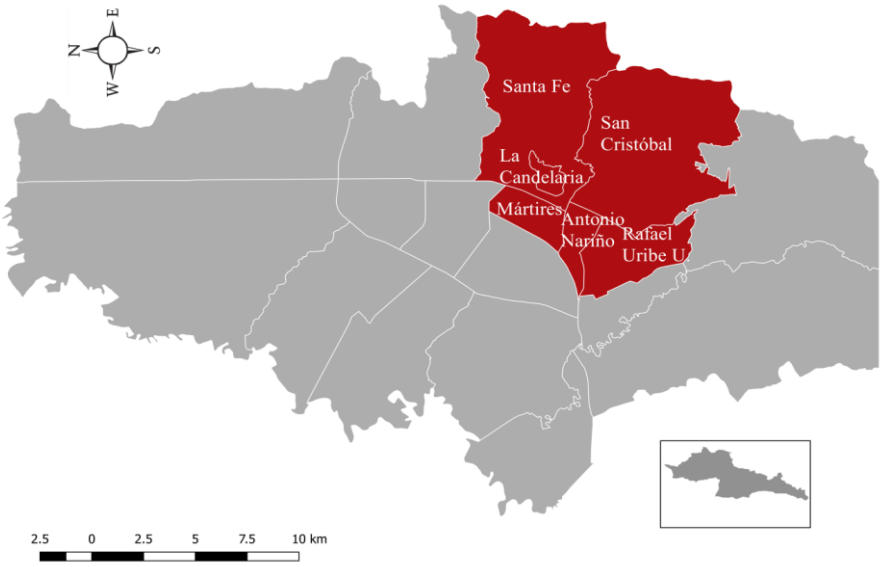
3.2 Subred Centro Oriente

La población objetivo proyectada en 2018 de la Subred Centro Oriente es de 1.058.790 personas (SDP, 2018), correspondiente a seis localidades y al 12,9% de la población de Bogotá. En primer y segundo lugar, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe son las localidades que cuentan con el mayor número de habitantes en la Subred, con 392.220 personas (37% de la población de la Subred) y 348.023 personas (32,9%), respectivamente. En tercer lugar, se encuentra la localidad de Antonio Nariño que alberga 109.199 personas (10,3%). Luego se encuentran las localidades de Santa Fe y Mártires, las cuales tienen en su orden: 93.857 habitantes (8,9%) y 93.248 habitantes (8,8%). Finalmente, La Candelaria cuenta con un total de 22.243 habitantes (2,1%).

Analizando la composición etaria, se tiene que las localidades de la Subred cuentan con 81.643 habitantes entre los 0 y 4 años, y 245.533 personas entre los 5 y 19 años. En ambos grupos de edad, las localidades Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal sobresalieron por albergar una gran proporción de esta población, mientras que, en La Candelaria, este grupo tuvo una participación más baja. Entre los 20 y 29 años, se encuentran 172.087 personas, lo que representa un 16% de la población de la Subred, presentando todas las localidades un porcentaje similar al promedio de la Subred. De otra parte, 417.469 habitantes se ubican entre los 30 y 59 años, representando el 39% de la población de la Subred. Finalmente, 142.058 personas son mayores de 60 años, lo cual significa una participación del 13% sobre el total de la población, aunque en La Candelaria este porcentaje alcanza el 18%.

Teniendo en cuenta la distribución por rangos de edad, se encuentra una importante diferencia entre las localidades de San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, que tienden a tener una población más joven (menores de 30 años), con respecto a La Candelaria que tiene una población más adulta. A nivel general, la Subred se caracteriza por tener una población adulta (mayores de 30 años), siendo el 53% de la población total.

Figura 10. Localidades que conforman la Subred Centro Oriente.

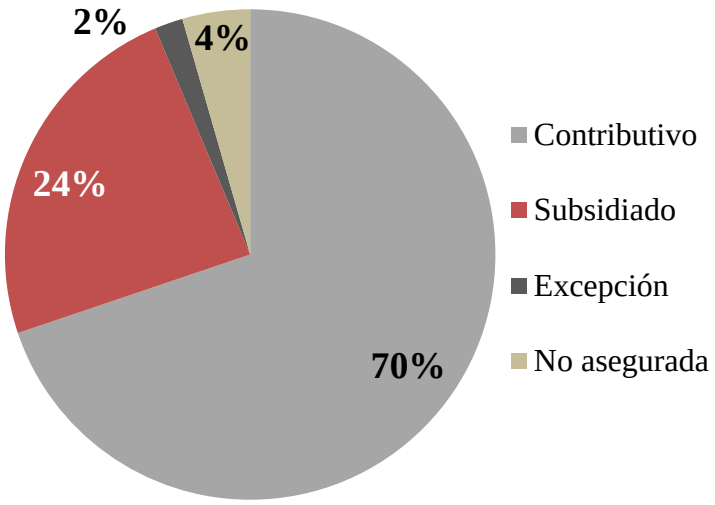


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital.

a. Demanda potencial de la Subred

De la población que cubre la Subred Centro Oriente y considerando información con corte a junio de 2018, se tiene que el 70% de la población (739.138 personas) se encuentran afiliados al régimen contributivo, el 24% (252.651 personas) pertenecen al régimen subsidiado, un 2% (19.756) están en regímenes de excepción y el restante 4% (47.245 personas) son no afiliadas.

Figura 11. Subred Centro Oriente: Porcentaje de personas según tipo de aseguramiento (junio 2018).

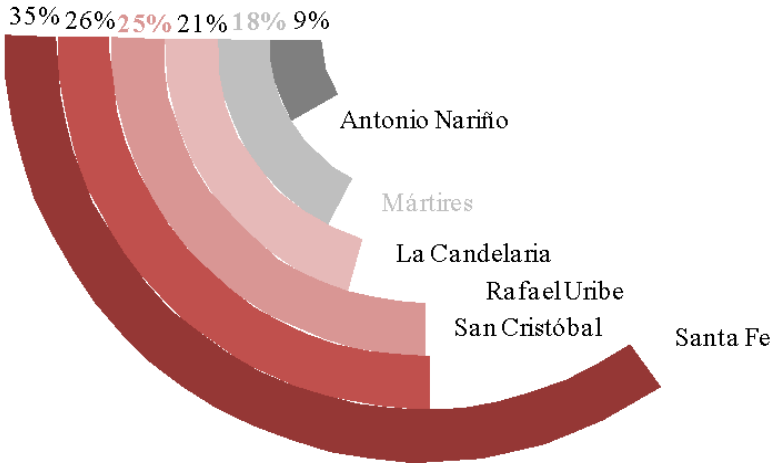


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

A nivel de localidades, se observa que Santa Fe y San Cristóbal tienen los mayores porcentajes de población afiliada al régimen subsidiado. En el primer caso, del total de la población de esta localidad, el 35% pertenece a este régimen (32.823), y en el segundo caso, este porcentaje es de 26% (100.612 personas). De igual manera, en la localidad de Rafael Uribe Uribe, un 25% de la población (348.023 habitantes) accede al sistema de salud bajo el régimen subsidiado y finalmente se encuentran las localidades La Candelaria, Mártires y Antonio Nariño con porcentajes de 21%, 18% y 9%, respectivamente, siendo estos porcentajes en términos absolutos equivalentes en su orden a 4.584, 16.497 y 9.672 personas.

Con respecto a población no afiliada, se encuentra que La Candelaria cuenta con el mayor porcentaje de población no asegurada con el 10,1% (2.240 personas), seguida por Mártires con 9,1% (8.454 personas), Antonio Nariño con un 7,5% (8.212 personas), San Cristóbal con 5,1% (19.906 personas), Santa Fe con 3% (2.788 personas), y por último se encuentra Rafael Uribe Uribe con 1,6% equivalente a 5.645 personas.

Figura 12. Subred Centro Oriente: Porcentaje de afiliación al régimen subsidiado por localidad (junio 2018).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

b. Perfil de mortalidad y morbilidad

La Subred Centro Oriente presentaba en 2014 una tasa de mortalidad general de 446,6 casos por 100 mil habitantes, alcanzando un mayor valor entre los hombres (487,5) que entre las mujeres (407). Dentro de los eventos o causas que más influenciaron esta tasa general de mortalidad se encuentra la mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años, teniendo que en las seis localidades este indicador excede de manera significativa el promedio de la Ciudad (16,3), llegando incluso en La Candelaria a ser de 41,4, lo que implica que por 100 mil habitantes fallecieron 41 personas menores a 70 años. Por otra parte, las enfermedades que más afectaron a toda la población de la Subred se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (Subred Centro Oriente, 2017a).

Adicionalmente, la mortalidad por diabetes y la mortalidad por EPOC también se destacan como causas importantes de mortalidad en la Subred. En primer lugar, cinco de las seis localidades se encuentran por encima del promedio de la mortalidad por diabetes de Bogotá, presentando Santa Fe la tasa más baja (2,7) y por debajo del promedio de Bogotá, mientras que La Candelaria presenta la tasa más alta (8,3). En segundo lugar, la mortalidad por EPOC es más alta que el promedio de la Ciudad en cuatro de las seis localidades, siendo las localidades de Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe las cuales están por debajo del promedio, mientras que la localidad de Santa Fe presenta una tasa de mortalidad dos veces superior al de la Ciudad. En contraste con lo anterior, las localidades de la Subred se destacan por una tasa de mortalidad materna igual a cero, lo cual representa un indicador muy por debajo del promedio de la Ciudad (29 muertes por mil nacidos vivos).

Frente a los otros indicadores, es importante señalar que, en el indicador de mortalidad perinatal, las localidades de La Candelaria, Santa Fe y Rafael Uribe Uribe mostraron un valor muy por encima del promedio de la Ciudad (13,7), pues estos fueron de 26,4, 16,7 y 16,4, respectivamente. De igual forma, La Candelaria exhibió la probabilidad más alta de que un niño muera en toda la Ciudad

(SDS, 2014), lo que se refleja al analizar el indicador de mortalidad en menores de cinco años, el cual expresa que por cada 100 mil menores de cinco años, 67 murieron.

Tabla 8. Subred Centro Oriente: Indicadores de mortalidad en las localidades.

◉ No superó el promedio de la Ciudad ● Superó el promedio de la Ciudad

Indicador de Mortalidad	*Bogotá*	*Antonio Nariño*	*Mártires*	*La Candelaria*	*Rafael Uribe Uribe*	*San Cristóbal*	*Santa Fe*
Mortalidad materna	29	◉	◉	◉	◉	◉	◉
Mortalidad perinatal	13,7	◉	◉	●	●	◉	●
Mortalidad Infantil	9,6	◉	◉	●	◉	●	◉
Mortalidad en menores de 5 años	19,2	◉	●	●	◉	●	◉
Mortalidad por neumonía en menores de 5 años	7,8	◉	◉	◉	◉	●	◉
Mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años	16,3	●	●	●	●	●	●
Mortalidad por EPOC	3,4	◉	●	●	◉	●	●
Mortalidad por diabetes	3,6	●	●	●	●	●	◉
Mortalidad por cáncer de mamá	5,1	◉	◉	●	◉	◉	◉

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2017a).

En cuanto a los indicadores de morbilidad, se tiene que enfermedades no infecciosas como la migraña, la hipertensión esencial (primaria) y la diabetes mellitus, enfermedades infecciosas como diarrea y gastroenteritis y enfermedades de salud oral tienen una importante prevalencia entre la población de la Subred (Subred Centro Oriente, 2017a). No obstante, en general, solo las localidades de Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal presentaron una incidencia superior al promedio de la Ciudad, en contraste con Antonio Nariño que presentó promedios inferiores.

En particular, por cada mil habitantes de la localidad Rafael Uribe Uribe, se notificaron 21 casos de diarrea o gastroenteritis aguda, doce casos de migraña y doce casos de diabetes. En cuanto a la

localidad de San Cristóbal, estas razones fueron de 21, 13 y 13, respectivamente, lo que indica que no hubo una diferencia significativa en el perfil de morbilidad de estas localidades.

Una de las enfermedades más frecuentes son las relacionadas a la pulpa y la dentina, teniendo en este caso que las localidades San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Santa Fe reflejaron razones por encima del promedio de la Ciudad (37,7), estas en su orden fueron de: 56,1, 52,1 y 39,2. Finalmente, otra enfermedad importante es la insuficiencia venosa de miembros inferiores, la cual se define como la dificultad de que haya un flujo adecuado de sangre en las piernas (MD Anderson Center, 2018). Durante el 2015, por cada mil habitantes, se atendieron a tres personas por este padecimiento y se observaron prevalencias superiores en las localidades Mártires, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Santa Fe, sobresaliendo la localidad San Cristóbal con una proporción de 5,32.

Tabla 9. Subred Centro Oriente: Indicadores de morbilidad en las localidades.

◉ No superó el promedio de la Ciudad ● Superó el promedio de la Ciudad

Indicador de Morbilidad	*Bogotá*	*Antonio Nariño*	*Mártires*	*La Candelaria*	*Rafael Uribe Uribe*	*San Cristóbal*	*Santa Fe*
Enfermedades de la pulpa y la dentina	37,7	◉	◉	◉	●	●	●
Resfriado común	28,6	◉	◉	◉	●	●	◉
Infección Respiratoria Aguda	28,1	◉	◉	◉	●	●	●
Hipertensión esencial (primaria)	23,2	◉	◉	●	●	●	◉
Diarrea y gastroenteritis	14,8	◉	◉	◉	●	●	◉
Migraña	8,3	◉	◉	◉	●	●	◉
Diabetes mellitus	7,9	◉	◉	◉	●	●	◉
Amigdalitis aguda	7,8	◉	◉	◉	●	●	◉

Indicador de Morbilidad	*Bogotá*	*Antonio Nariño*	*Mártires*	*La Candelaria*	*Rafael Uribe Uribe*	*San Cristóbal*	*Santa Fe*
Insuficiencia venosa de miembros inferiores	3,4	◉	●	◉	●	●	●
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	3,3	◉	◉	●	●	●	◉

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2017a).

Como conclusión general, se tiene que la Subred presenta una mortalidad importante por causa de enfermedades crónicas en menores de 70 años, tales como enfermedades del corazón, de las vías respiratorias, y por diabetes y por EPOC. De igual forma, la localidad de La Candelaria cuenta con altas tasas de mortalidad infantil. Por lo cual, estas enfermedades y eventos son retos que deben considerar la Subred en la atención de su población.

Ahora, frente a los indicadores de morbilidad, es importante fortalecer la prevención y atención en las unidades de servicio que cubren las localidades Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal, debido a que presentan tasas de incidencia mas altas que las presentadas en la Ciudad para los diez tipos de enfermedad analizados. Por otra parte, el comportamiento de estos indicadores en las localidades de Antonio Nariño y Mártires fue más positivo al ser inferiores a las tasas de la Ciudad, de manera que el perfil de riesgo es mucho más bajo en estas localidades.

c. Oferta de la Subred

La Subred Centro Oriente cuenta con 29 USS, de los cuales siete son CAPS: Altamira, Olaya, Santa Clara, Chircales, Bravo Páez, Primero de Mayo, y Samper Mendoza. De igual forma, la Tabla 10 muestra la capacidad instalada de la Subred antes de la implementación de la reforma y después de la implementación de esta. Con corte al año 2015, la Subred contaba con 216 consultorios de consulta externa, 34 consultorios en el servicio de urgencias, ocho mesas de partos, 17 salas de quirófanos, 937 camas de hospitalización, 106 camas de observación y 43 unidades de odontología.

Tabla 10. Subred Centro Oriente: Capacidad instalada (2015-2017).

Concepto	*Año*		
	2015	*2016*	*2017*
Consultorios de consulta externa	216	211	211
Consultorios en el servicio de urgencias	34	28	26
Mesas de partos	8	6	2
Salas de quirófanos	17	27	17

Concepto	*Año*		
	2015	*2016*	*2017*
Camas de hospitalización	937	993	1.110
Camas de observación	106	165	168
Número de unidades de odontología	43	32	32

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

En 2017, los consultorios de consulta externa disminuyeron el 2% con respecto al 2015, lo que significa una disminución de cinco consultorios. De igual manera, el número de consultorios en el servicio de urgencias decreció en 24% frente al 2015, lo cual representa 8 consultorios menos. En cuanto a las camas de hospitalización, se observa un incremento del 18% del 2015 al 2017, representando una variación positiva de 173 camas. Es importante resaltar que esta Subred cuenta con un importante número de camas como consecuencia de la presencia de dos hospitales que prestan servicios de alta complejidad: La Victoria y Santa Clara. Igualmente, hubo un mayor número de camas de observación para la vigencia de 2017 con un aumento del 58,4%.

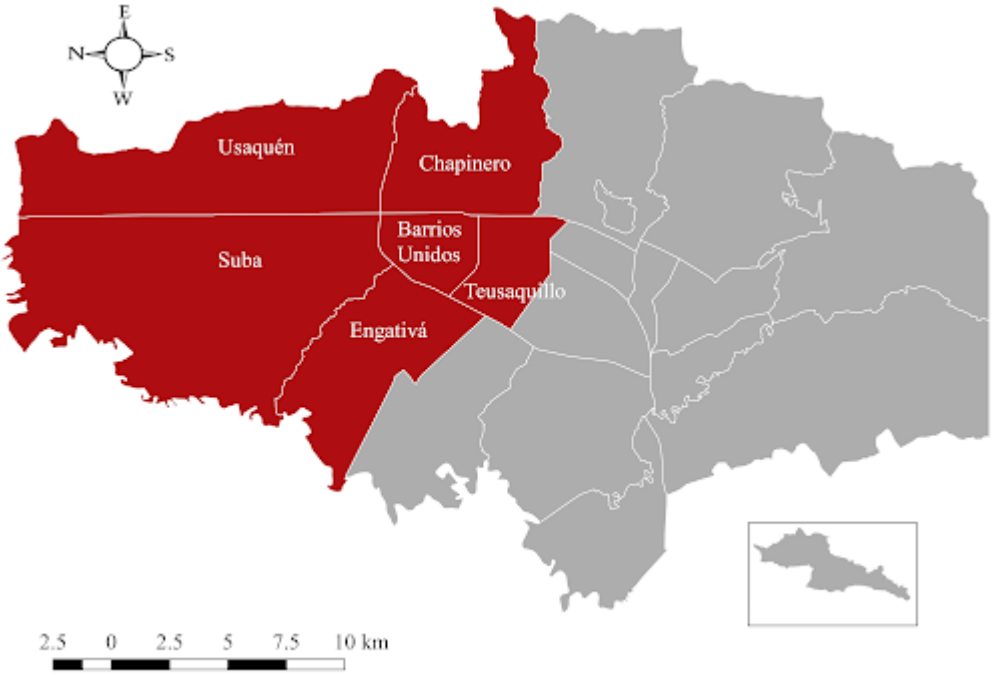
Las unidades de odontología se redujeron en 26% y las mesas de partos decrecieron en 76%, lo que es atribuido a ajustes en cumplimiento de los programas de saneamiento fiscal y financiero de la Red del Distrito (SDS, 2016a). Finalmente, considerando el periodo de 2015-2016, la asignación de salas de quirófano subió en casi 59%, pero luego cayó en la misma magnitud en el transcurso de 2016-2017, dando como resultado 17 unidades en el 2017.

3.3 Subred Norte

La población que cubre la Subred Norte corresponde a 3.210.710 habitantes, lo que representa el 39,2% de la población de la Ciudad, cifra que la convierte en la SISS con mayor población total en sus localidades. Las localidades más pobladas son Suba y Engativá que concentran el 68,5% de la población, teniendo la primera una población de 1.315.509 habitantes, y la segunda 883.319 habitantes. Luego, se encuentran las localidades de Usaquén y Barrios Unidos, en donde habitan el 14,8% (475.275 personas) y el 8,4% (270.280 personas) de la población, respectivamente. Las localidades de Chapinero y Usaquén son las menos pobladas con 126.192 y 140.135 personas, correspondientes al 8,3% de la población de la Subred.

Considerando la distribución de la población en cada localidad por grupos etarios, se tiene que el 6,2% (200.491 personas) de la población se encuentra entre los 0 y 4 años, siendo las localidades de Chapinero y Teusaquillo las localidades con menor población en este rango de edad (4%). Un 20% (642.978 personas) de la población está entre los 5 a 19 años, teniendo que Suba presenta la mayor proporción de esta población con un 21,7%. Entre los 20 y 29 años se encuentran 460.504 personas (15,5%) y en la etapa de adultez (30-59 años) la Subred cuenta con 1.268.319 habitantes, siendo el grupo poblacional más grande de la Subred (43,2%). Con respecto a la población mayor de 60 años, las seis localidades cuentan con una población de 483.186 personas (15%).

Figura 13. Localidades que conforman la Subred Norte.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital.

Así, en términos generales, se encuentra que la Subred Norte cuenta con el porcentaje más elevado de población mayor de 30 años de entre las SISS, siendo este grupo el 58,2% de la población. No obstante, al analizar por localidad se encuentra una significativa diferencia entre Suba, la cual cuenta con una población más joven, 45,1% de la población es menor a 30 años, en contraposición de localidades como Chapinero y Teusaquillo que presentan los índices de envejecimiento más altos de la Ciudad, lo cual se evidencia en dos aspectos: por un lado, el 33% de la población es menor de 30 años en estas dos localidades, y por otro lado, por cada mil niños hay 93 y 101 adultos mayores, respectivamente.

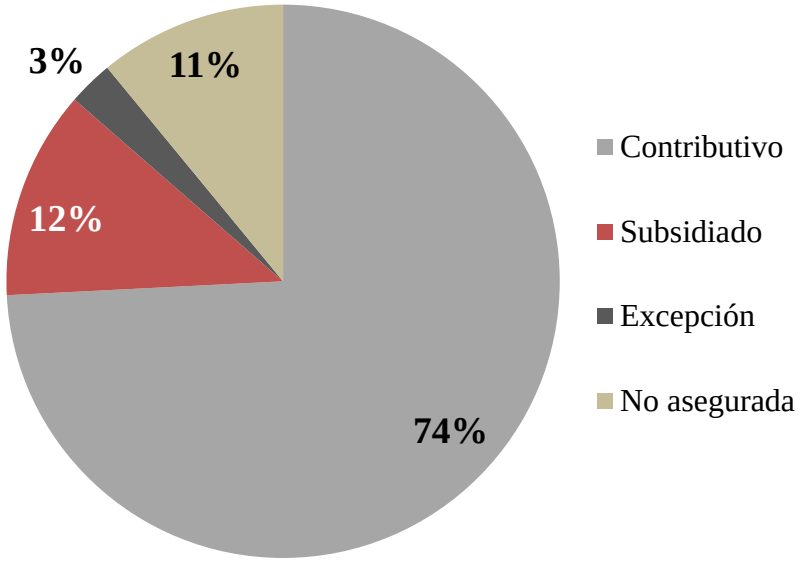
Lo anterior muestra que la población de esta Subred está atravesando por una importante transición demográfica hacia una mayor proporción de población adulta y en la vejez, fenómeno que ha estado acompañado de una reducción de la tasa general de fecundidad, al pasar de 52,43 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en 2005 a 46,8 nacimientos en 2015 (Subred Norte, 2017a).

a. Demanda potencial de la Subred

Con corte a junio de 2018, en las localidades cubiertas por la Subred Norte, se encuentra que un 96% de la población está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, distribuidos de la siguiente manera: 86% de afiliados en el régimen contributivo (2.756.061 personas), un 7% en

el subsidiado (214.520 personas) y 3% en los regímenes de excepción (104.704 personas). Adicionalmente, el 4% restante se encontraba no afiliada, lo que equivale a 135.425 personas.

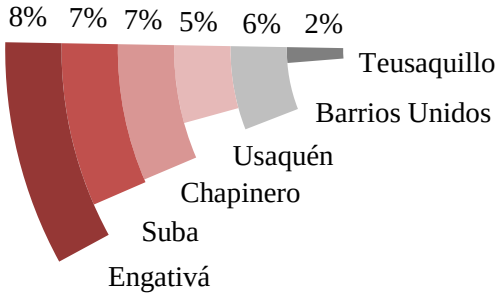
Figura 14. Subred Norte: Porcentaje de personas según tipo de aseguramiento (junio 2018).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

Al observar las cifras de afiliación al régimen subsidiado y de no afiliados por localidad, se puede observar que las localidades que cuentan con los mayores porcentajes de afiliación en el régimen subsidiado son Engativá con un 8% (72.455 personas), Suba con el 7% (89.694 personas) y Chapinero también con el 7% (8.429 personas). Mientras en la localidad de Teusaquillo solo el 2% (2.184 personas) de la población se encuentra en el régimen subsidiado. Frente a la población no afiliada, el mayor número de personas se encuentran en Suba, con 59.179 personas (4,5% de la población de la localidad), seguida por Engativá con 34.008 personas (3,9%), Usaquén con 20.555 personas (4,3%), Barrios Unidos con 9.319 personas (3,4%), Chapinero con 8.287 personas (6,6%) y finalmente se encuentra Teusaquillo con 4.077 personas no aseguradas (2,9%).

Figura 15. Subred Norte: Porcentaje de afiliación al régimen subsidiado por localidad (junio 2018).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

b. Perfil de mortalidad y morbilidad

En 2014 la Subred Norte presentó una tasa de mortalidad de 384 por cada 100 mil habitantes, siendo la localidad de Chapinero la que tuvo la tasa más alta (573) y Suba la más baja (338). De otra parte, frente a la mortalidad materna, el PTS 2016-2020 (2017) expuso que en Bogotá ocurrieron 29 muertes maternas por mil nacidos vivos en 2014, cifra que fue superada en todas las localidades de la Subred Norte con excepción de Chapinero, en donde no se presentaron casos, mientras que Barrios Unidos y Teusaquillo presentaron tasas de más del doble que el promedio del Distrito.

Ahora, considerando los indicadores de mortalidad perinatal, infantil y de menores de 5 años, se puede observar que la localidad de Chapinero excedió el promedio de la Ciudad en la mortalidad perinatal y de niños menores a cinco años. Específicamente, los valores que tomó esta localidad en estas variables fueron 15 muertes por mil nacidos vivos y 31,7 fallecimientos por diez mil menores de cinco años, respectivamente. Por otro lado, las localidades de Usaquén y Teusaquillo reportaron más casos que el promedio de la Ciudad en mortalidad infantil y mortalidad de menores de cinco años. En particular, en Usaquén, por mil personas, aproximadamente 23 niños menores de cinco años fallecieron y en Teusaquillo, este número fue de 22.

Con respecto a los indicadores de mortalidad por neumonía y EPOC, es importante resaltar que se caracterizan las localidades de Chapinero y Teusaquillo por reflejar cifras más elevadas que los promedios de la Ciudad. En particular, al analizar en primer lugar la mortalidad por neumonía de menores de cinco años, estas localidades contaron con tasas de 16,7 y 16, respectivamente, las cuales fueron más del doble que el promedio del Distrito (7,8). En segundo lugar, si se tiene en cuenta las tasas de mortalidad por EPOC, estas cifras superaron la de la Ciudad, pero en una menor medida.

Finalmente, cabe señalar que la localidad de Chapinero presentó en nueve de los diez indicadores promedios superiores a los obtenidos en Bogotá, mientras que en las demás localidades como máximo se superó el promedio en cuatro indicadores, por lo cual esta localidad necesitaría una atención especial por parte de la Subred.

Tabla 11. Subred Norte: Indicadores de mortalidad en las localidades.

◉ No superó el promedio de la Ciudad ● Superó el promedio de la Ciudad

Indicador de Mortalidad	*Bogotá*	*Suba*	*Engativá*	*Usaquén*	*Chapinero*	*Barrios Unidos*	*Teusaquillo*
Mortalidad Materna	29	●	●	●	◉	●	●
Mortalidad perinatal	13,7	◉	◉	◉	●	◉	◉
Mortalidad Infantil	9,6	◉	◉	●	◉	◉	●
Mortalidad en menores de 5 años	19,2	◉	◉	●	●	◉	●
Mortalidad por neumonía en menores de 5 años	7,8	●	◉	◉	●	◉	●
Mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años	16,3	◉	●	◉	●	◉	◉
Mortalidad por EPOC	3,4	◉	◉	◉	●	◉	●
Mortalidad por diabetes	3,6	◉	◉	◉	●	◉	◉
Mortalidad por cáncer de mamá	5,1	◉	◉	◉	●	◉	◉

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2017a).

Al considerar los diez indicadores de morbilidad más relevantes de la Ciudad, se tiene que todas las localidades de la Subred se encuentran por debajo del promedio de la Ciudad. Teniendo en cuenta las enfermedades de la pulpa y la dentina, se puede ver que las localidades que reportaron un mayor número de casos fueron Suba y Engativá, de manera que, por cada mil habitantes se atendió a 23 personas en Suba y a 27 en Engativá por esta afección. Igualmente, estas dos localidades contaron con las tasas más elevadas de prevalencia en resfriados comunes e IRA. Específicamente, en Suba, por cada mil habitantes, hubo 20 personas con resfriado y 21 personas con alguna infección respiratoria; y en Engativá, estos valores fueron iguales a 22 y 24, respectivamente.

En términos generales, Suba y Engativá fueron las localidades de la Subred que tuvieron los mayores indicadores de prevalencia de los presentados en la Tabla 12, mientras que Teusaquillo presentó la menor incidencia.

Tabla 12. Subred Norte: Indicadores de morbilidad en las localidades.

◉ No superó el promedio de la Ciudad ● Superó el promedio de la Ciudad

Indicador de Morbilidad	*Bogotá*	*Suba*	*Engativá*	*Usaquén*	*Chapinero*	*Barrios Unidos*	*Teusaquillo*
Enfermedades de la pulpa y la dentina	37,7	◉	◉	◉	◉	◉	◉
Resfriado común	28,6	◉	◉	◉	◉	◉	◉
Infección Respiratoria Aguda	28,1	◉	◉	◉	◉	◉	◉
Hipertensión esencial (primaria)	23,2	◉	◉	◉	◉	◉	◉
Diarrea y gastroenteritis	14,8	◉	◉	◉	◉	◉	◉
Migraña	8,3	◉	◉	◉	◉	◉	◉
Diabetes mellitus	7,9	◉	◉	◉	◉	◉	◉
Amigdalitis aguda	7,8	◉	◉	◉	◉	◉	◉
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	3,3	◉	◉	◉	◉	◉	◉

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2017a).

Para concluir, es importante destacar que, en los indicadores de mortalidad, la tasa de mortalidad materna fue superior al promedio de la Ciudad en la mayoría de las localidades de la Subred. Por lo anterior, es necesario que la Subred maneje como prioridad la prestación de servicios para la mejora de la salud materna. Frente a los indicadores de morbilidad analizados, aunque todos estuvieron por debajo del promedio del Distrito, se destacan las localidades de Suba y Engativá que presentan mayores incidencias en todas las enfermedades presentadas.

c. Oferta de la Subred

La Subred Norte está conformada por 32 USS, las cuales se encuentran distribuidas por localidad así: 2 USS en Barrios Unidos, 11 en Engativá, 9 en Suba, 1 en Teusaquillo y 9 en Usaquén. De estas USS, cinco son CAPS: EMAUS (localidad de Engativá), Suba (localidad de Suba), Chapinero (localidad de Barrios Unidos), y San Cristóbal y Verbenal (localidad de Usaquén).

En la Tabla 13 se muestra la capacidad instalada de la Subred Norte antes y después de la consolidación como SISS. Así, con corte al año 2015, la Subred contaba con 229 consultorios de consulta externa, 31 consultorios en el servicio de urgencias, 9 mesas de partos, 18 salas de quirófanos, 869 camas de hospitalización, 210 camillas de observación y 61 unidades de odontología.

En 2017 hubo una caída en la capacidad instalada con respecto al 2015. Los consultorios de consulta externa disminuyeron en 11,3%, lo que representa 16 consultorios menos. Asimismo, el número de consultorios en el servicio de urgencias disminuyó en 10,7%, equivalente a una reducción de 3 consultorios. Este comportamiento puede ser explicado por una reorganización de la atención de urgencias de las USS Verbenal y Suba que fue reorientado hacia el Simón Bolívar y el Centro de Servicios Especializado, respectivamente (Subred Norte, 2018).

Tabla 13. Subred Norte: Capacidad instalada (2015-2017).

Concepto	*Año*		
	2015	*2016*	*2017*
Consultorios de consulta externa	229	281	203
Consultorios en el servicio de urgencias	31	25	28
Mesas de partos	9	8	6
Salas de quirófanos	18	18	16
Camas de hospitalización	869	863	805
Camas de observación	210	195	171
Número de unidades de odontología	61	62	51

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

En cuanto a las camas de hospitalización, se refleja una reducción de 64 camas, lo que corresponde a una variación porcentual de -7,9%, y de igual manera, se observa un decrecimiento del 22,8% del número de camas de observación, representando una disminución de 39 camas. Debe resaltarse que las anteriores cifras permiten concluir que, para brindar un servicio a una mayor cantidad de personas, la Subred no accedió a un mayor número de camas, sino buscó generar una comunicación entre unidades como Simón Bolívar, donde no se tenía la capacidad instalada para hospitalizar pacientes, a Engativá o Chapinero, donde tenían camas disponibles (Redacción Nacional, 2017). Finalmente, el número de quirófanos, el número de mesas de parto y el número de unidades de

odontología también tuvieron un comportamiento decreciente, evidenciando caídas de 12,5%, 50% y 19,6%, respectivamente. De esta forma, en el 2017, la Subred Norte contó con 16 quirófanos, 6 mesas de parto y 51 unidades de odontología.

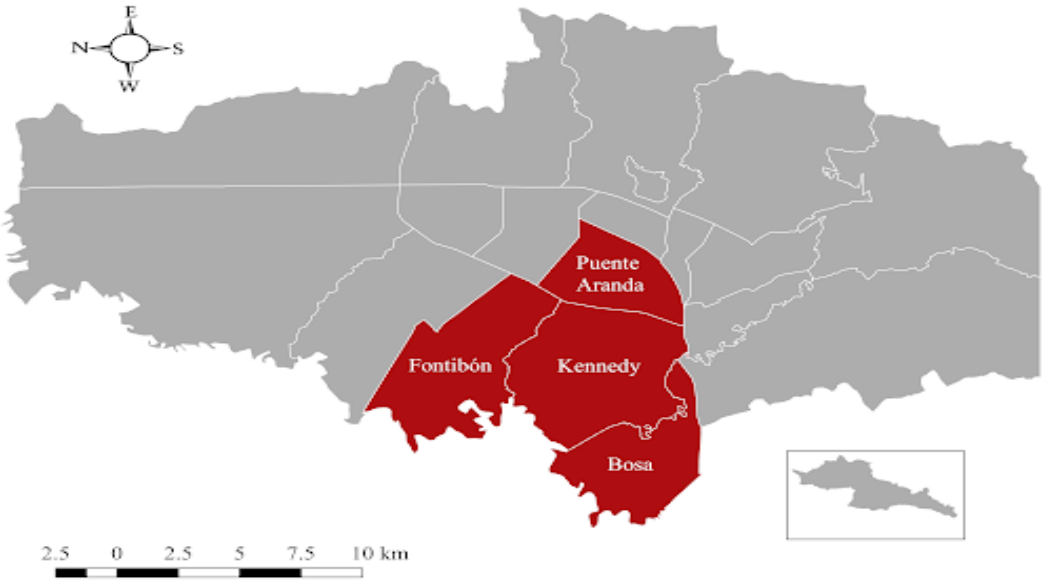
3.4 Subred Sur Occidente

Un total de 2.626.628 habitantes viven en las cuatro localidades que cubre la Subred Sur Occidente que representan el 32% de la población total de Bogotá de acuerdo con cifras de la SDP (2018). Esta población se distribuye entre las localidades así: 1.230.539 (46,8%) en Kennedy, 753.496 (28,7%) en Bosa, 424.038 (16,1%) en Fontibón y 218.555 (8,3%) en Puente Aranda.

Frente a la composición etaria, se encuentra que 205.852 (7,8%) habitantes tienen entre 0 y 4 años, rango en el cual se destaca la localidad de Bosa al tener un 9,1% de su población en este grupo de edad. El 23,1% (606.785 personas) de la población se encuentran entre los 5 y 19 años, mientras que el 16,7% (439.400 personas) tienen entre 20 y 29 años, teniendo a Bosa como la localidad con mayor proporción de población en estos rangos de edad.

De otra parte, 1.076.580 habitantes están entre los 30 y 59 años, representando un 41% de la población de las cuatro localidades, siendo Fontibón la localidad con mayor porcentaje (43,2%) de población en este rango de edad y Bosa la de menor porcentaje (38,9%). A su vez, el 11,3% de la población es mayor a 60 años, tendiendo que la localidad de Puente Aranda es la que registra el mayor número de habitantes mayores de 65 años en relación con el total de su población.

Figura 16. Localidades que conforman la Subred Sur Occidente.



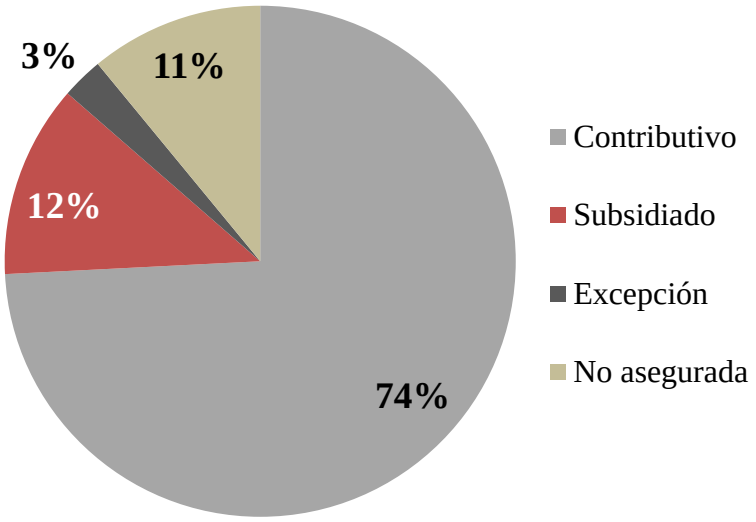
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital.

Al igual que las otras subredes y a nivel general del Distrito, durante los últimos años se ha observado una transición demográfica, disminuyendo la población de primera infancia, infancia y adolescencia, acompañada de una caída en la fecundidad que ha llevado a una tasa general de fecundidad de 40 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil. En este aspecto, cabe destacar que la localidad de Bosa presentó la tasa de fecundidad más elevada de las localidades la Subred, la cual fue de 45,8 en 2015, mientras que Fontibón tuvo la menor tasa de fecundidad en la misma vigencia (30,7) (Subred Sur Occidente, 2017a).

a. Demanda potencial de la Subred

En las localidades que cubre la Subred Sur Occidente se tiene que la población afiliada al régimen subsidiado representa el 12% de la población con corte a junio de 2018, lo cual es equivalente a 318.186 personas, siendo de esta forma, la Subred con el segundo mayor número de afiliados del régimen subsidiado entre las cuatro subredes. De otra parte, el porcentaje de población no asegurada alcanza el 11%, con un total de 287.932 personas. Finalmente, el 74% de la población (1.948.894 personas) se encuentra afiliada en el régimen contributivo y el 3% (69.071 personas) en regímenes de excepción.

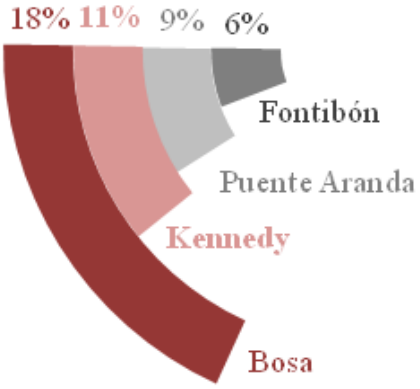
Figura 17. Subred Sur Occidente: Porcentaje de personas según tipo de aseguramiento (junio 2018).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

En la comparación a nivel de localidades, se observa que Bosa cuenta con el mayor número de personas afiliadas al régimen subsidiado (138.022 personas) con respecto al total de su población (18%), además que cuenta con el mayor porcentaje de población no afiliada (15%). Luego se encuentran Kennedy con un porcentaje de afiliación al régimen subsidiado del 11% (136.058 personas) y el 11% de población no afiliada, Puente Aranda con porcentajes de 9,2% y 2,1%, respectivamente, y el menor porcentaje de afiliación al régimen subsidiado se encuentra en la localidad de Fontibón con un 6% (25.667 personas), aunque la proporción de población no afiliada es mayor que la de Puente Aranda (7,6%).

Figura 18. Subred Sur Occidente: Porcentaje de afiliación al régimen subsidiado por localidad (junio 2018).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

b. Perfil de mortalidad y morbilidad

La tasa de mortalidad en la Subred Sur Occidente en 2014 se ubicó en 341 muertes por cada 100 mil habitantes, con una leve tendencia negativa durante los últimos años. En referencia al perfil de mortalidad de las localidades que conforman la Subred, se destaca que la localidad de Bosa presentó valores superiores a los promedios de la Ciudad en seis de los diez indicadores.

Con respecto a la tasa de mortalidad materna, Kennedy, Bosa y Puente Aranda presentaron valores superiores a los de la Ciudad, siendo el caso de Bosa el más crítico, al ser la segunda localidad de la Ciudad con el valor más elevado de este indicador, 40,1 muertes por cada mil nacidos vivos. De igual forma, frente a la mortalidad perinatal, Kennedy y Puente Aranda contaron con tasas más altas que las distritales, con 14,2 y 16,6 muertes por cada mil nacidos vivos, respectivamente, aunque la diferencia fue significativa solamente para Puente Aranda.

En la localidad de Bosa, la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años fue superior al promedio de la Ciudad (19 de cada 100 mil personas). A su vez, en Puente Aranda 4,6 mujeres de cada 100 mil murieron al año a causa del cáncer de mama, siendo la tasa más alta en la Subred. Además, esta localidad tiene la tasa más elevada de mortalidad por EPOC en la Ciudad (16,6 muertes por cada 100 mil habitantes).

Tabla 14. Subred Sur Occidente: Indicadores de mortalidad en las localidades.

◉ No superó el promedio de la Ciudad ● Superó el promedio de la Ciudad

Indicador de Mortalidad	*Bogotá*	*Kennedy*	*Bosa*	*Fontibón*	*Puente Aranda*
Mortalidad Materna	29	●	●	◉	●
Mortalidad perinatal	13,7	●	◉	◉	●
Mortalidad infantil	9,6	◉	●	◉	◉
Mortalidad en menores de 5 años	19,2	◉	●	◉	◉
Mortalidad por neumonía en menores de 5 años	7,8	●	●	◉	◉
Mortalidad por enfermedades crónicas en menores de 70 años	16,3	◉	●	◉	◉

Indicador de Mortalidad	*Bogotá*	*Kennedy*	*Bosa*	*Fontibón*	*Puente Aranda*
Mortalidad por cáncer de mama	3,9	◉	◉	◉	●
Mortalidad por diabetes	3,7	◉	●	●	◉
Mortalidad por EPOC	3,4	◉	◉	●	●

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2017a).

En relación con el perfil de morbilidad, se encuentra una diferencia muy marcada entre las localidades de la Subred. Por un lado, las localidades con mayor número de habitantes y densidad poblacional (Kennedy y Bosa) contaron con tasas de incidencias superiores al promedio de la Ciudad en todas las patologías analizadas, con excepción del EPOC en la localidad de Kennedy. En contraste, en las localidades de Fontibón y Puente Aranda, las tasas de morbilidad analizadas estuvieron por debajo del promedio de Bogotá.

En general, la localidad de Bosa presentó la mayor incidencia en seis de los diez indicadores analizados, los cuales incluyen enfermedades tanto no transmisibles como transmisibles. En el primer caso, sobresalen la enfermedad de la pulpa y la dentina con una proporción de prevalencia de 63,8 casos por cada 100 mil habitantes y la migraña con un valor de 15,3 casos por cada 100 mil habitantes; y en el segundo caso, se destaca el resfriado común, la diarrea, la gastroenteritis aguda y la amigdalitis aguda debido a sus altas tasa de prevalencia, en particular, el indicador de morbilidad de resfriado común fue el más elevado (49,6 casos por cada 100 mil habitantes). En contraposición, Puente Aranda presenta la menor incidencia de estas enfermedades, con excepción de la diabetes mellitus, enfermedad que presenta una menor incidencia en Fontibón.

En suma, el cuidado pediátrico requiere ser priorizado en la localidad de Bosa, su alta densidad poblacional hace a la localidad propensa a una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas que se traducen en un mayor factor de riesgo para la infancia. Se requiere asimismo la formulación de estrategias en la localidad para mejorar el cuidado prenatal y la calidad de los procedimientos obstétricos, esto con el fin de reducir las altas tasas de mortalidad materna. De manera similar, son necesarias las estrategias de promoción y prevención que permitan el diagnóstico temprano de cáncer de mama y EPOC en la localidad de Puente Aranda.

La alta densidad poblacional en las localidades de Bosa y Kennedy requieren que la Subred Sur Occidente implemente medidas efectivas para disminuir el riesgo de contagio de enfermedades respiratorias trasmisibles, asimismo, estas localidades demandan estrategias para promover el autocuidado con el fin de disminuir la tasa de incidencia de otras patologías prevenibles en las que la tasa de prevalencia es alta.

Tabla 15. Subred Sur Occidente: Indicadores de morbilidad en las localidades.

◉ No superó el promedio de la Ciudad ● Superó el promedio de la Ciudad

Indicador de Morbilidad	*Bogotá*	*Kennedy*	*Bosa*	*Fontibón*	*Puente Aranda*
Enfermedades de la pulpa y la dentina	37,7	●	●	◉	◉
Resfriado común	28,6	●	●	◉	◉
Infección Respiratoria Aguda	28,1	●	●	◉	◉
Hipertensión esencial (primaria)	23,2	●	●	◉	◉
Diarrea y gastroenteritis	14,8	●	●	◉	◉
Migraña	8,3	●	●	◉	◉
Diabetes mellitus	7,9	●	●	◉	◉
Amigdalitis aguda	7,8	●	●	◉	◉
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	3,3	◉	●	◉	◉

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2017a).

c. Oferta de la Subred

La Subred Sur Occidente cuenta con 45 USS, de las cuales 36 brindan servicios médicos de baja complejidad, ocho de mediana complejidad, y una de alta complejidad (USS Occidente de Kennedy). De igual forma estas USS se encuentran distribuidas por localidad así: 18 en Kennedy, 13 en Bosa, 9 en Fontibón y 5 en Puente Aranda. De estas unidades, cinco son CAPS: Trinidad Galán (localidad de Puente Aranda) y Zona Franca (localidad de Fontibón), Bomberos – Kennedy (localidad de Kennedy), y Pablo VI y Bosa (localidad de Bosa).

La evolución de la capacidad instalada de las unidades de servicios entre 2015 y 2017 se muestra en la Tabla 16. En este periodo se destaca una disminución del 12,5% en el número de consultorios de servicios de urgencias, dado que pasaron de 24 en 2015 a 21 en 2017. Asimismo, se evidencia una reducción del 8% en el número de unidades de odontología, de las cuales en 2017 hay seis

menos en la Subred. Por otra parte, hubo un crecimiento de las camas de observación en un 50%, pasando de 132 camas a 198 camas, y de consultorios de consulta externa en un 22,9%.

Las camas de hospitalización y las salas de quirófano también presentaron un crecimiento del 13% y del 16,7%, respectivamente, teniendo en 2017, 609 camas de hospitalización y 14 salas de quirófano. Finalmente, el número de mesas de parto se mantuvo en seis.

Tabla 16. Subred Sur Occidente: Capacidad instalada (2015-2017).

Concepto	*Año*		
	2015	*2016*	*2017*
Consultorios de consulta externa	223	243	274
Consultorios en el servicio de urgencias	24	28	21
Mesas de partos	6	6	6
Salas de quirófanos	12	14	14
Camas de hospitalización	539	548	609
Camas de observación	132	190	198
Número de unidades de odontología	75	69	69

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en SDS (2018).

3.5 Conclusiones

La Subred Sur presenta en sus localidades el mayor número de afiliados al régimen subsidiado, tanto en términos absolutos como relativos con respecto a su población total, esto genera que esta Subred tenga una alta demanda por los servicios de salud. Su población es predominantemente joven, siendo la Subred con menor porcentaje de población mayor de los 30 años. La mortalidad perinatal, infantil y por diabetes son retos importantes en esta Subred, presentando valores superiores a los obtenidos en toda la Ciudad, siendo la localidad de Tunjuelito la que presentó las tasas de mortalidad más altas.

De igual forma, enfermedades crónicas como la Hipertensión esencial (primaria) y el EPOC afectaron en mayor medida la población de la Subred, por lo cual la prevención y tratamiento de estas son una prioridad. En los indicadores de morbilidad presentados en el capítulo, se muestra que las localidades de Ciudad Bolívar y Usme presentaron consistentemente una mayor incidencia que en el resto de la Ciudad. Finalmente, en cuanto a su capacidad instalada, se observa un crecimiento de los consultorios en el servicio de urgencias y de las camas de observación, mientras que una reducción en los consultorios de consulta externa y en las camas de hospitalización.

En cuanto a la Subred Centro Oriente, se encuentra que el 53% de los 1,06 millones de personas que habitan las localidades en las que opera la Subred supera los 30 años. En promedio, las localidades de Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal tienen la población más joven, mientras que La Candelaria tiene el mayor promedio de edad. En relación con la afiliación a seguridad social, el 24% de la población pertenece al régimen subsidiado y las localidades con mayor porcentaje de

afiliados son Santa Fe (35%) y San Cristóbal (26%). Las enfermedades crónicas en menores de 70 años fueron la principal causa de mortalidad en la Subred, con una incidencia significativamente por encima del promedio de la Ciudad en las seis localidades que la conforman.

De otra parte, la población se vio afectada principalmente por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades crónicas de las vías respiratorias. Con relación a la capacidad de respuesta de la entidad a las demandas en salud de la población, se resalta que entre 2015 y 2017, la Subred ha aumentado su oferta de camas de hospitalización y de observación, mientras que ha reducido el número de consultorios de consulta externa, unidades de odontología y mesas de partos en el marco del proceso de reestructuración financiera.

Con relación a la Subred Norte, hay una significativa transición demográfica en sus localidades caracterizada por menores tasas de fecundidad, más importancia relativa de la población adulta e índices de mortalidad por encima del promedio de la Ciudad. Precisamente, la Subred Norte cuenta con el mayor porcentaje de la población mayor a 30 años, representando un 58,2% de todos los habitantes que residen en las localidades que conforman esta Subred. De igual manera, la mortalidad materna es uno de los retos de la Subred, dado que la mayoría de las localidades reportaron un índice superior al de Bogotá, sobresaliendo las localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo. El 96% de la población se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social, y de ese porcentaje, el 7% está en el régimen subsidiado. La capacidad instalada de la Subred ha contado con reducciones por consecuencia de la reforma.

Considerando la Subred Sur Occidente, el 12% de la población de sus localidades está afiliada al régimen subsidiado, un total de 318.186 personas, que la hacen la segunda subred con mayor número de afiliados en este régimen. La localidad de Bosa tiene una pirámide poblacional con una base más amplia que las demás y por tanto su demanda por servicios de salud es mayor en servicios relacionados con el cuidado materno – infantil y neonatal. Además, fue la localidad con la mayor tasa de mortalidad materna en la Subred y la segunda en la Ciudad con 40,1 casos por cada mil nacidos vivos. Esta localidad tiene también la tasa más alta de enfermedades crónicas en menores de 70 años.

Las localidades de Kennedy y Bosa, que tienen la mayor densidad poblacional, tuvieron la mayor incidencia de enfermedades transmisibles como resfriado común, diarrea y gastroenteritis con presunto origen infeccioso y de amigdalitis aguda. A su vez, la localidad de Puente Aranda contó con tasas significativamente altas de mortalidad perinatal y cáncer de mama, además de ser la de mayor tasa de mortalidad por EPOC en la Ciudad. Con relación a la capacidad instalada de la entidad, se destaca que el periodo 2015-2017, disminuyó el número de consultorios de servicios de urgencias y de unidades de odontología, mientras que aumentaron las salas de consulta externa, las camas de observación, las camas de hospitalización y las salas de quirófano.

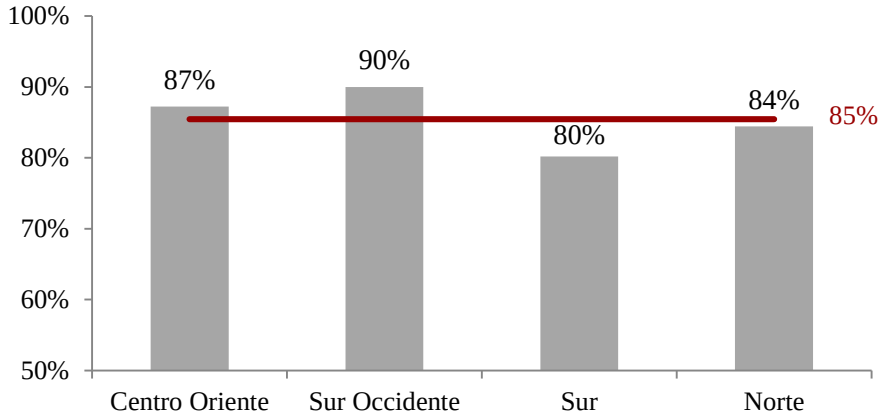
4. Presupuesto y sostenibilidad financiera

El estado financiero y presupuestal de las SISS son uno de los insumos esenciales para garantizar una adecuada prestación de los servicios de salud e influyen en cada una de las actividades y productos que se generan al interior de las Unidades de Servicio. Precisamente, uno de los objetivos que contempló la reorganización del Sector Salud en Bogotá mediante la fusión de los hospitales públicos fue "facilitar el uso racional y eficiente de los recursos" (SDS, 2016, pág. 70), dado que al momento de la reforma al Sector la situación financiera de los hospitales requería de una intervención profunda. En particular, se identificó la necesidad de un ajuste en los costos de operación, puesto que habían erosionado la liquidez de los hospitales y la formación de un margen de utilidad suficiente para mejorar la atención integral de las necesidades en salud de la población (SDS, 2017).

Frente al presupuesto, se tiene que en la vigencia 2017 las cuatro subredes presentaron recaudos efectivos por encima de los $300.000 millones, siendo la Subred Centro Oriente la que presentó mayor recaudo con $353.914 millones, seguida por la Subred Norte ($351.736 millones), la Subred Sur Occidente ($333.076 millones) y la Subred Sur ($302.606 millones). De otra parte, los compromisos adquiridos en todas las subredes sobrepasaron el monto de los recursos recaudados efectivamente, siendo la Subred Norte con $416.598 millones la que presentó el mayor monto de compromisos, mientras que la Subred Sur Occidente tuvo el menor nivel de compromisos ($370.139 millones). De igual forma, la Subred Centro Oriente comprometió recursos por valor de $405.756 millones y la Subred Sur por valor de $377.393 millones.

Al comparar el recaudo efectivo y los compromisos adquiridos se refleja un déficit en todas las subredes. La
Figura *19* muestra la relación entre el recaudo efectivo y los compromisos adquiridos, siendo 85% el promedio de recaudo de las cuatro SISS con respecto a los recursos comprometidos, teniendo mejor desempeño la Subred Sur Occidente con un 90% ($37.063 millones de déficit) y peor desempeño la Subred Sur con el 80% ($74.887 millones de déficit).

Figura 19. Recaudo/Compromisos por SISS (2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Página Web SDH (2018).

Lo anterior evidencia que la estabilidad presupuestaria fue uno de los retos que presentaron las subredes durante la vigencia 2017, ya que el déficit presupuestal se encuentra en un rango de $37.063 millones a $74.787 millones, siendo la Subred Sur Occidente la que presentó el menor déficit y la Subred Sur la que contó con un déficit superior.

Adicional al comportamiento presupuestal, es necesario analizar el componente financiero de las subredes y los hospitales públicos antes de la fusión presentada en el Sector. Al respecto, se cuenta con la categorización que realiza el MSPS desde el 2012 a todos los hospitales públicos del país, en categorías de riesgo alto, medio, bajo, o sin riesgo, considerando la capacidad de financiar sus obligaciones operacionales corrientes y no corrientes, frente a sus ingresos corrientes relacionados a la prestación de servicios. Al respecto, la Resolución 2184 de 2016 evaluó los 22 hospitales públicos de Bogotá antes de la fusión, encontrando que la ESE Hospital Bosa II Nivel presentaba riesgo alto, siete ESE presentaban riesgo bajo y 14 hospitales no presentaban riesgo. Posteriormente, la Resolución 2249 de 2018, definió que las cuatro SISS se encontraban clasificadas sin riesgo, lo cual evidencia una mejora de la capacidad de financiar sus obligaciones operacionales corrientes y no corrientes respecto a la vigencia 2015.

Para entender a mayor profundidad donde se generaron los cambios en el componente financiero que permitieron la clasificación de las cuatro subredes sin riesgo, el presente documento analiza 14 indicadores financieros trazadores utilizados en la metodología CAMEL[14] sugerida por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) para valorar el flujo de recursos de las IPS. Los 14 indicadores financieros se agrupan en cinco áreas de análisis: 1) Capital, 2) Calidad del Activo, 3) Capacidad de la Gerencia, 4) Rentabilidad y 5) Liquidez. Esta metodología es ampliamente

[14] "La metodología CAMEL es un modelo parsimonioso - Modelo simplificado, con pocas variables, que permite identificar las relaciones de las variables de interés- de monitoreo minucioso y continuo que busca generar alertas tempranas. Se utiliza como marco para evaluar la evolución de la fortaleza financiera y gerencial de las instituciones de manera individual y poder compararlas frente a sus pares por medio de indicadores cuantitativos" (SNS, s.f., pág. 3).

utilizada a nivel mundial debido a que aporta información valiosa para tener conocimiento de la situación general de la entidad (Malave & Morillo, 2006).

El análisis y comparación de los 14 indicadores se realiza para la vigencia 2017 con las cuatro SISS y para la vigencia 2015 con los 22 hospitales públicos que existían, además se agrega para 2015 los resultados financieros de los hospitales de acuerdo con la subred en la que fueron fusionados, con el fin de tener una aproximación de la situación de cada subred antes de la reorganización del Sector Salud. La vigencia 2016 no se analiza porque fue un año de transición, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los 22 hospitales públicos efectuaron el cierre de sus operaciones contables el 31 de julio de 2016 y las subredes iniciaron el 1 de agosto de 2016. Este hecho afectó procesos como la facturación, el manejo de cartera y el pago de obligaciones por parte de los hospitales. En primer lugar, en el proceso de facturación se verificó y unificó el procedimiento de revisión de cuentas por USS para cada SISS; en segundo lugar, dada la importancia financiera que tenía la cartera en los activos de los hospitales, se identificó los pagadores de cada hospital y se calculó un agregado de esta información por subred; y en tercer lugar, se obtuvo el estado de cuentas por pagar de cada hospital y se consolidó para que cada subred tuviera un saldo inicial de las obligaciones que debía depurar (Subred Norte, 2016; Subred Centro Oriente, 2016).

- El marco de normatividad contable cambió como consecuencia de la expedición de la Resolución 663 de 2015 que modificó la Resolución 414 de 2014[15] y determinó como año de transición el 2016 y de aplicación el 2017. Adicionalmente, de manera coherente con el Acuerdo 641 de 2016 y la fusión de los hospitales públicos, las subredes deberían elaborar el Estado de Situación Financiera de Apertura (ESFA) con los saldos que cerraron sus respectivas unidades (Subred Centro Oriente, 2018a).

A continuación, se presentan los resultados en cada una de las cinco áreas de análisis para los 14 indicadores antes y después de la creación de las SISS.

4.1 Capital

Los indicadores de capital permiten medir la capacidad de las SISS de adquirir obligaciones financieras para su operación normal y determinar si cuentan con el suficiente respaldo financiero para cumplir con estas por medio de capital propio. Estos indicadores permiten conocer la solvencia de las subredes en el largo plazo ante posibles choques externos que puedan generar pérdidas futuras no anticipadas (MSPS, 2016j; Silva, 2010). Al respecto, la SNS sugiere dos indicadores: i) patrimonio/activo y ii) pasivo/patrimonio. El primero muestra qué proporción del financiamiento se realiza con el patrimonio propio de las SISS y el segundo indica la relación entre el

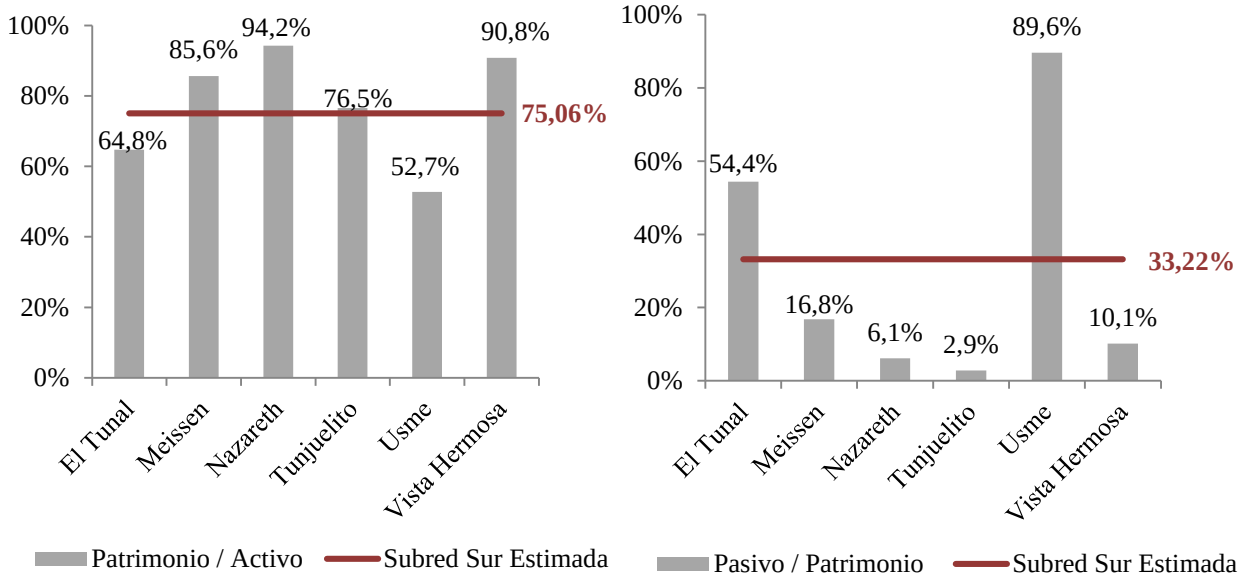
[15] Resolución 414 de 2014: "Marco Normativo para Empresas que no Cotizan en el Mercado de Valores, y que no Captan ni Administran Ahorro del Público" (Contaduría General de la Nación, 2014).

financiamiento de recursos aportados por los acreedores y los recursos del Estado (Acevedo et al, 2015).

a. Subred Sur

En promedio, el 75% de los activos de los seis hospitales que se fusionaron en la Subred Sur para el 2015 se encontraban financiados con capital propio (patrimonio), llegando este valor a un máximo de 94,2% en el Hospital Nazareth y a un mínimo de 52,7% en el Hospital Usme. De otra parte, el indicador pasivo/patrimonio llegaba a un valor de 33,2%, destacándose el Hospital de Usme por tener el máximo valor (89,6%) y el Hospital de Tunjuelito por el valor más bajo (2,9%).

Figura 20. Subred Sur: Patrimonio/Activo y Pasivo/Patrimonio (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

Durante el periodo de 2015-2017 hubo un incremento del 39% del valor de los pasivos, y de igual manera, un aumento del 2% del patrimonio y del 11,2% de los activos. De esta forma, el valor del patrimonio en 2017 fue equivalente a $313.270 millones, el del pasivo $141.858 millones y el del activo $455.128 millones. Estas variaciones hicieron que el indicador patrimonio/activo de la Subred Sur pasará de 75,1% a 68,8%, lo cual refleja una disminución en la proporción de recursos financiados con capital propio. Asimismo, esta disminución hizo que la Subred accediera a un mayor financiamiento externo, por ende, la relación entre los recursos de los acreedores y los recursos de la Subred ascendió a 45,3%.

De manera detallada, los pasivos aumentaron en 39% como consecuencia de una falta de flujo de caja originada por dos factores: i) se efectuó un pago de las obligaciones legales que tenía la Subred, específicamente a la IPS Fundación Esensa se le hizo un pago de $12.364 millones en el 2017 por

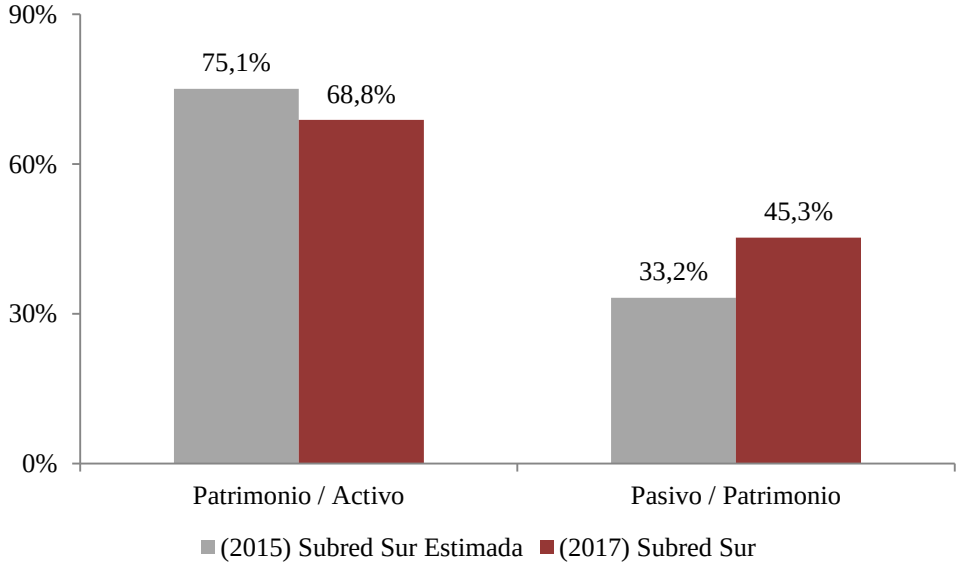
una demanda que esta entidad le había realizado a la Subred. De igual forma, se hizo con la Fundación Saint por un valor de $8.000 millones. Lo anterior fue producto de una conciliación adelantada con estas entidades; y ii) persiste una dificultad a la hora de recuperar la facturación que se radica a los diferentes pagadores, dado que el porcentaje que se glosa a lo facturado es del 8% (Subred Sur, 2017b).

Otro incremento en el cual se debe hacer énfasis corresponde al crecimiento del 11,2% de los activos, el cual se da principalmente por el aumento del 11,4% de la subcuenta de Deudores y del 51,9% de la subcuenta de Propiedad, Planta y Equipo. Esta segunda subcuenta tiene una participación de 33,1% en el total de activos de la Subred y ha tenido una variación positiva por dos aspectos importantes:

- Se contabilizaron bienes que se tenían en comodato con el Departamento Administrativo para la Defensoría del Espacio Público (DADEP), dando cumplimiento al nuevo marco normativo contable en cuanto al reconocimiento de los activos. Los valores que se consideraron, se hicieron de acuerdo con el avalúo catastral y avalúo técnico con el que contaba la entidad. De igual manera, el terreno en el cual operaba la clínica quirúrgica Venecia se encontraba en comodato con la Lotería de Bogotá, sin embargo, se reconoció de forma contable en la vigencia 2017 (Subred Sur, 2017b).

- La Subred Sur adquirió bienes como Equipo Médico Científico, Equipo de Cocina y Muebles y Enseres mediante Convenios de Docencias celebrados con distintas unidades, los cuales ingresaron al almacén y posteriormente fueron puestos al servicio (Subred Sur, 2017b).

Figura 21. Subred Sur: Indicadores de Capital (2015-2017).

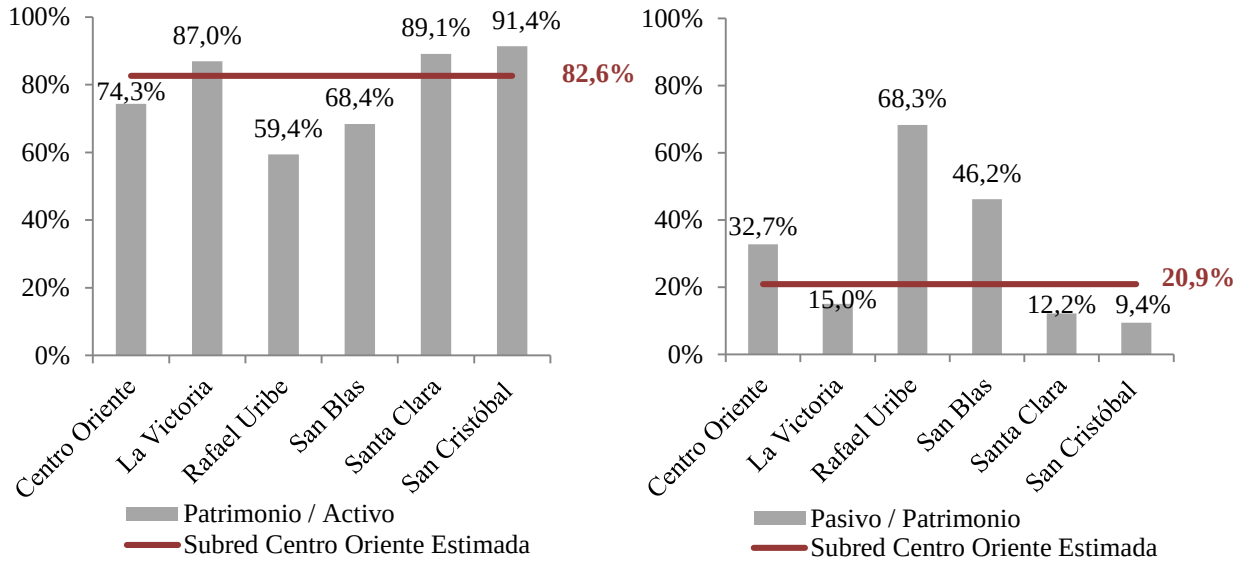


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

b. Subred Centro Oriente

En 2015 los seis hospitales públicos fusionados en la Subred Centro Oriente contaban con una relación patrimonio/activo del 82,6%, teniendo que el Hospital San Cristóbal presentó el valor más alto de patrimonio con respecto a sus activos (91,4%), mientras el Hospital Rafael Uribe Uribe tenía la proporción más baja (59,4%). En cuanto al indicador pasivo/patrimonio se tiene que el agregado de la Subred alcanzó el 20,9%, reflejando que el financiamiento de los hospitales públicos en conjunto dependía más del capital de los propietarios y menos de los acreedores. En detalle, se tiene que el Hospital Rafael Uribe Uribe se caracterizó por presentar un alto grado de pasivos frente a su patrimonio (68,3%), mientras que el Hospital San Cristóbal evidenció una menor dependencia de los acreedores con una relación de 9,4% entre el pasivo y el patrimonio.

Figura 22. Subred Centro Oriente: Patrimonio/Activo y Pasivo/Patrimonio (2015).

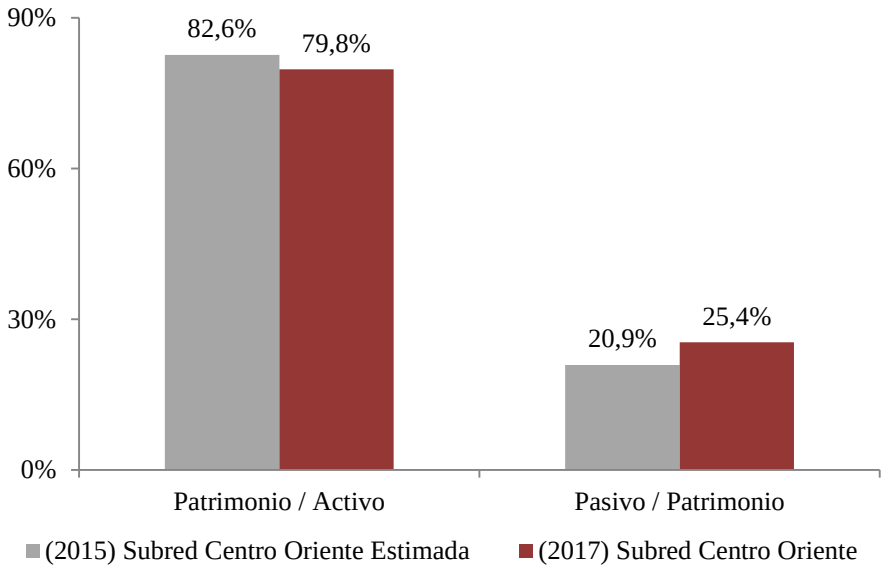


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

Al comparar los indicadores entre 2015 y 2017, se observa que la relación patrimonio/activo descendió en 2,8 p.p. y la relación pasivo/patrimonio aumentó en 4,5 p.p., lo cual indica un incremento más elevado de los pasivos (31,8%), que del patrimonio (8,5%) y los activos (12,34%). De esta manera, para la vigencia de 2017, la Subred registró un monto de activos de $397.338 millones, un valor de patrimonio de $316.900 millones y un valor de pasivos de $80.438 millones. Lo anterior implica un aumento del financiamiento externo y una reducción de la capacidad de solvencia con recursos propios de la Subred.

El incremento de los pasivos puede ser explicado[16] porque en el momento de la fusión, al existir una nueva estructura de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), se hizo un reconocimiento de obligaciones relacionadas con los recursos humanos como primas y cesantías, y con proveedores, las cuales previamente no se registraban. A lo anterior, se suma que las USS han tenido un mayor número de obligaciones como consecuencia del mantenimiento de equipos industriales, de infraestructura, y de adecuación de áreas administrativas y asistenciales (Subred Centro Oriente, 2018a). Específicamente, se están adecuando las unidades de: i) San Blas: los servicios de urgencias, pediatría y hospitalización; ii) La Victoria: los servicios de urgencias y sala de partos; y iii) Santa Clara: las salas de cirugía y los servicios de hospitalización (Ruiz, 2017).

Figura 23. Subred Centro Oriente: Indicadores de Capital (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

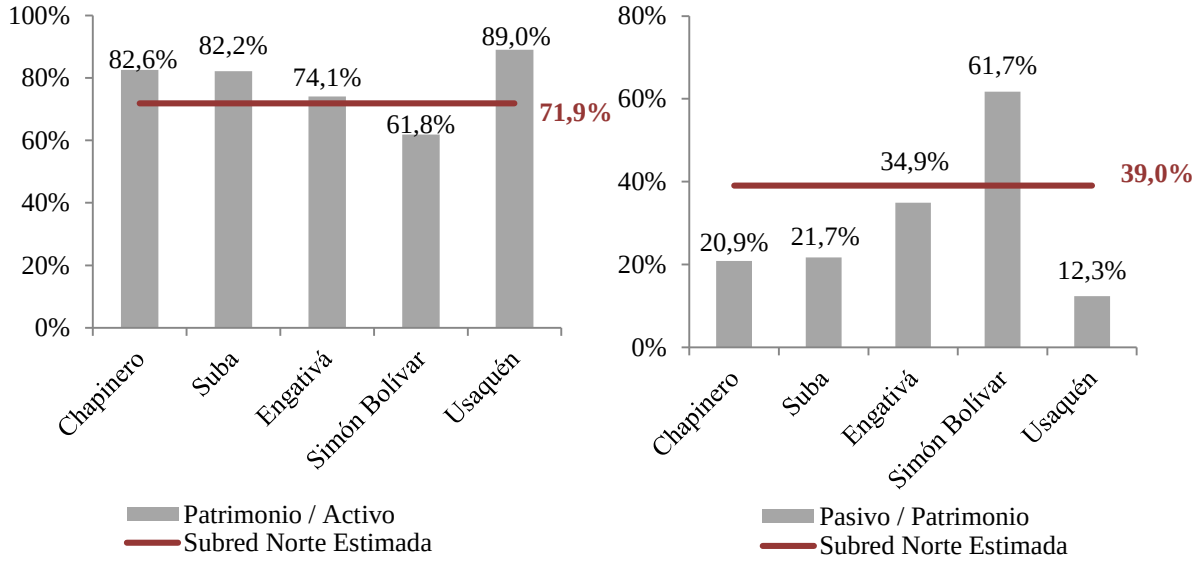
Es importante mencionar que el crecimiento de la cuenta de los activos se debe al aumento que tuvieron dos subcuentas: Deudores (51,8%) y Propiedad, Planta y Equipo (154,9%). La variación más significativa lo tuvo la segunda subcuenta, dado que la Subred suscribió un contrato interadministrativo con la SDS para la actualización del catastro físico de todos los predios, lo que generó un mayor número de registro de bienes por un valor superior (Subred Centro Oriente, 2017b). Debe resaltarse que para el 2017 más del 75% de estos recursos fueron financiados con capital propio, de manera que puede afirmarse que la Subred Centro Oriente contó con un alto grado de independencia financiera ante sus acreedores aún si las obligaciones y las deudas de la Subred ascendieron.

c. Subred Norte

[16] Con base en entrevista realizada al Director Financiero de la Subred Centro Oriente el día 19 de julio de 2018.

El valor de la razón patrimonio/activo, para los cinco hospitales que fueron fusionados en la Subred Norte, alcanzó un 71,9% en 2015, siendo el Hospital Simón Bolívar el que presentó la proporción más baja (61,8%), y el Hospital de Usaquén la relación más alta (89%). De otra parte, el indicador de pasivo sobre el patrimonio para las USS de la Subred Centro Oriente alcanzaba el 39%, encontrando que la financiación del Hospital Simón Bolívar contaba con una mayor participación de acreedores y de financiamiento externo que las otras USS (61,7%), mientras que el Hospital de Usaquén mostraba un nivel de apalancamiento significativamente inferior (12,3%). A nivel de la Subred, se reflejó un nivel de deuda inferior al 50%, lo que implica una baja exposición a la incapacidad de atender los pagos.

Figura 24. Subred Norte: Patrimonio/Activo y Pasivo/Patrimonio (2015).



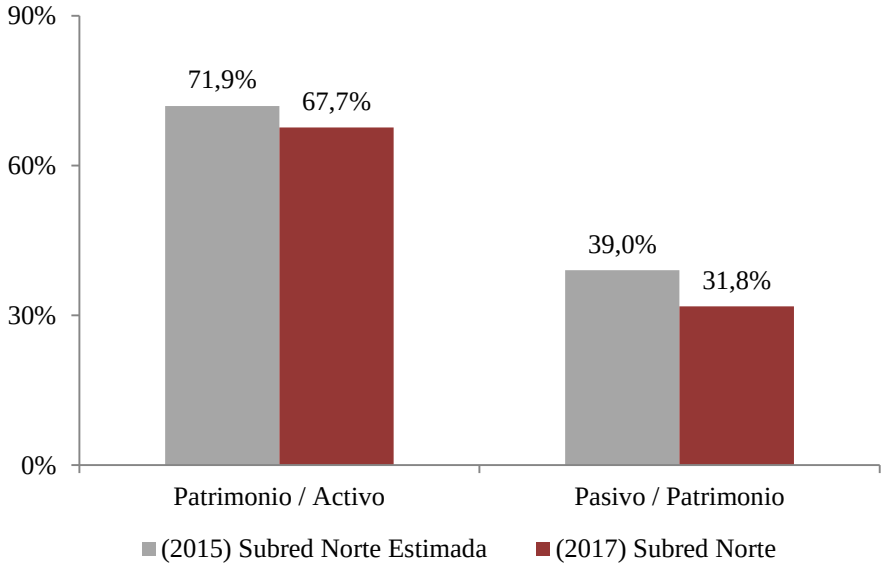
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

Considerando el periodo 2015 y 2017, se puede observar que tanto el indicador patrimonio/activo como el indicador pasivo/patrimonio disminuyeron, con una reducción de 4,2 p.p. y 7,2 p.p. respectivamente. Esto se presentó por el fuerte crecimiento de los activos (43,9%) y del patrimonio (35,4%), frente a un aumento más moderado de los pasivos (10,2%). En particular, las subcuentas Cuentas por Cobrar y Otros Activos Corrientes tuvieron un mayor incremento, con el 120,1% y 192,8% respectivamente. La segunda subcuenta mencionada, hace referencia a los recursos tangibles e intangibles que están asociados a la administración de la Subred en función de situaciones como posesión, titularidad o capacidad de generar beneficios futuros, y crecieron significativamente como consecuencia de bienes que previamente no se registraban. Ese sub-reporte fue causado por dificultades en el manejo de información, como: heterogeneidad del manejo de datos en las cinco unidades, inconsistencias en el software y falta de capacitación para su manejo (Subred Norte, 2016).

Con respecto al patrimonio, se puede decir que dos factores contribuyeron al crecimiento de este rubro: i) la discrepancia entre los saldos reportados por el área de suministros y el área de contabilidad en las cuentas de medicamentos y material médico quirúrgico de la vigencia anterior, lo que conllevó a que se registrara la diferencia en la cuenta de patrimonio; y ii) la creación de una nueva cuenta: Impactos por la Transición al Nuevo Marco de Regulación, la cual es consecuencia de la aplicación del nuevo marco de normatividad contable adoptado por todas las subredes (Resolución 414 de 2014). Esta cuenta incluye todos los bienes pendientes de legalizar y bienes de uso permanente sin contraprestación, los cuales no estaban registrados en su totalidad (Subred Norte, 2017c).

De lo anterior, es posible identificar que la capacidad de financiamiento interno (patrimonio/activo) se redujo, pero el nivel de apalancamiento financiero (pasivo/patrimonio) de la Subred disminuyó aún más, lo cual implica que en 2017 la Subred Centro Oriente recurría principalmente al capital propio como principal mecanismo de financiación.

Figura 25. Subred Norte: Indicadores de Capital (2015-2017).



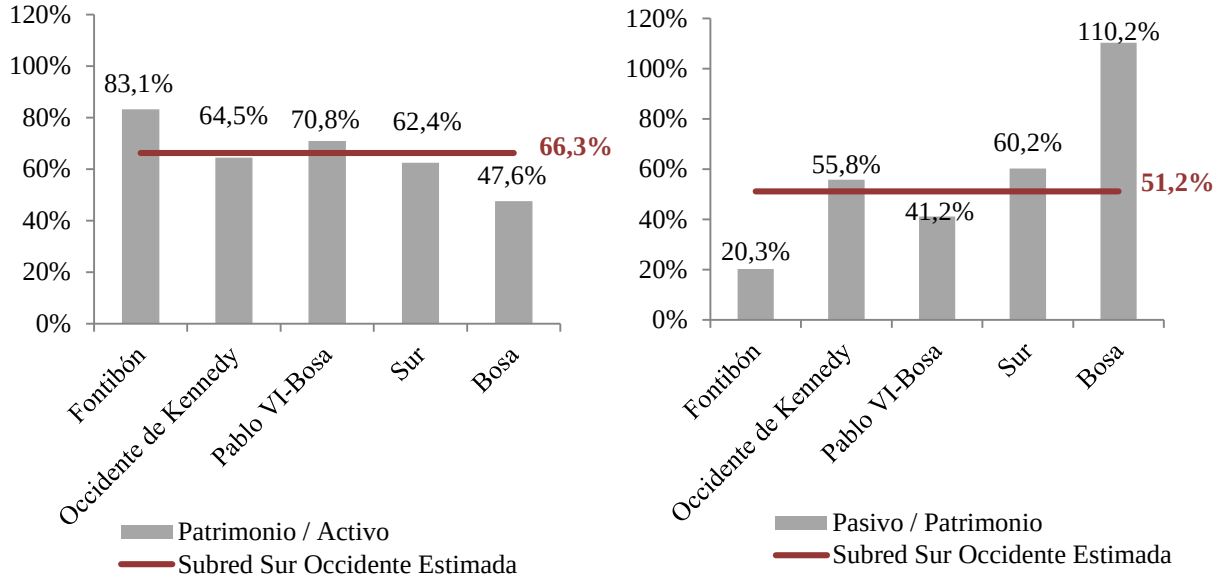
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

d. Subred Sur Occidente

En la Figura 26 se puede observar que en 2015 el valor mínimo para el indicador patrimonio/activo lo alcanzó el Hospital de Bosa (47,6%), lo cual es consistente con el hecho de que este mismo hospital tuviera el máximo valor para el indicador pasivo/patrimonio (110,2%). De manera opuesta, el Hospital Fontibón tenía una contribución del patrimonio en sus activos equivalente a 83,1% y una relación de 20,3% entre los recursos de deuda y de capital, evidenciando una mayor independencia financiera en la prestación de sus servicios.

En cuanto el estimado de la Subred, se encuentra el indicador patrimonio/activo igual a 66,3% y el indicador pasivo/patrimonio equivalente al 51,2%. Por consiguiente, la suma del capital de todos los hospitales ($251.850 millones) fue significativamente superior al total de sus obligaciones ($128.900 millones).

Figura 26. Subred Sur Occidente: Patrimonio/Activo y Pasivo/Patrimonio (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur Occidente (2018b).

Analizando los cambios entre 2015 y 2017, se observa que la razón patrimonio/activo de la Subred aumentó en 6,6 p.p., mientras que la razón pasivo/patrimonio decreció en 14,1 p.p. Entre las razones que explican estas variaciones se encuentra el crecimiento del 42,9% del patrimonio institucional de la Subred. Esta variación es producto de dos hechos:

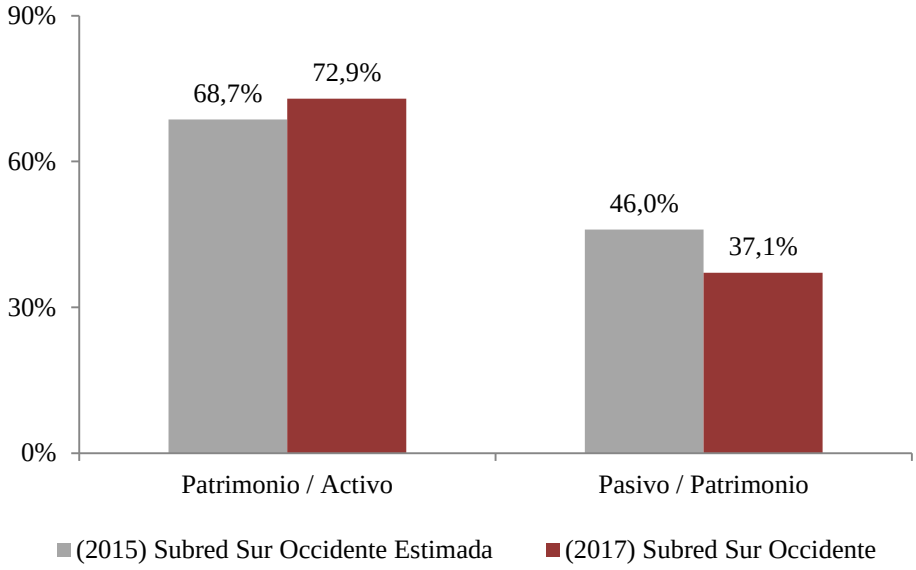
- *Incremento de la propiedad planta y equipo:* ya que existían ciertos bienes inmuebles que se encontraban registrados como comodato[17], pero que de acuerdo con el nuevo marco normativo contable[18], cumplían con las características para registrarlos como activos, independientemente de quien tenga el título. Asimismo, había ciertos bienes inmuebles que las USS no incorporaban en sus saldos iniciales, por ende, se realizó un ajuste contable por parte de la Dirección Distrital de Contabilidad y del DADEP para incluirlos (Subred Sur Occidente, 2017b).

- *Depuración de pasivos*: Con base al levantamiento de la información de cuentas por pagar realizado al cierre de la vigencia 2016 y a las conciliaciones realizadas por los proveedores

[17] "El contrato de comodato es un acuerdo que realizan dos personas en donde se hace préstamo de un bien mueble o inmueble, a título gratuito" (Notaria 19 Bogotá, 2018).
[18] Resolución 414 de 2014.

en desarrollo del Convenio con el Fondo Financiero Distrital de Salud, se encontró que había partidas que no contaban con evidencia documental y en ciertas circunstancias, se presentaba saldos contrarios a su naturaleza. Por esta razón, esta información sirvió de soporte para realizar ajustes contables que permitieran reconocer las diferentes variaciones de los pasivos.

Figura 27. Subred Sur Occidente: Indicadores de Capital (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur Occidente (2018b).

El valor de los pasivos de la Subred también ascendió, pero en una proporción inferior (3,5%) como resultado de dos variaciones importantes. Por un lado, la subcuenta Obligaciones Laborales y de Seguridad Social[19], la cual incrementó en 47% en el periodo de 2015-2017 ya que se causaron prestaciones sociales de corto plazo a diferentes empleados a los que anteriormente no se les había cancelado. Igualmente, se hizo un reconocimiento contable de los beneficios a los empleados a largo plazo, los cuales ascendieron en $1.169 millones. Por otro lado, la subcuenta Otros Pasivos Corrientes aumentó en 311%, ya que se tienen en cuenta, desde el 2016, los recursos recibidos en administración por concepto de convenios interadministrativos con el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) (Subred Sur Occidente, 2017b).

Debe destacarse que el crecimiento de los activos fue del 30% y obedece a dos incrementos significativos de las subcuentas Inventarios y Propiedad, Planta y Equipo. La primera aumentó en 187% dado que fue el módulo más afectado en el proceso de implementación del sistema de información Hosvital, Kactus y Seven por las diversas inconsistencias generadas. La segunda ascendió en 128,6% dado que ciertos bienes se incorporaron en los balances contables a pesar de que en principio fueron producto de comodatos (Subred Sur Occidente, 2017b).

[19] Esta subcuenta ahora recibe el nombre de *Beneficios a los empleados* como producto del Nuevko Marco de Normatividad Contable especificado en la Resolución 414 de 2016.

Las anteriores variaciones tuvieron como resultado, un mayor nivel de financiamiento propio, generando un menor grado de compromiso del patrimonio con los acreedores de la Subred y un acceso al financiamiento externo más bajo.

4.2 Calidad del activo

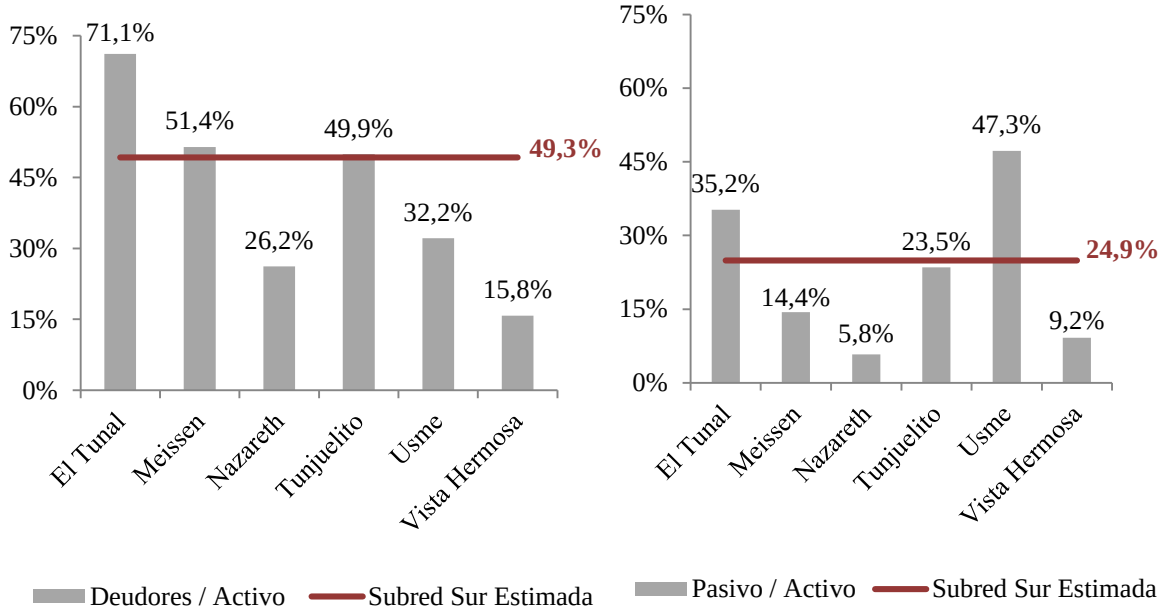
La medición de la calidad de los activos permite reconocer la habilidad de las subredes para administrar y reconocer los riesgos de su operación (MSPS, 2016j), para lo cual la presente sección hace énfasis en dos indicadores: deudores/activo y pasivo/activo. El primero determina qué porcentaje de los activos corresponde a deudas que terceras personas u otras entidades tienen con la Subred, y el segundo mide la proporción de activos que son aportados por los acreedores de la entidad, es decir, permite cuantificar su nivel de endeudamiento (Florez, 2015).

a. Subred Sur

En la Figura 28 se muestra que el hospital fusionado en la Subred Sur que tenía un mayor nivel de cuentas por cobrar en relación con sus activos era el Hospital Tunal, el cual registraba un valor de 71,1%. Por otra parte, el hospital de primer nivel Nazareth presentaba el porcentaje más bajo de la Subred (15,8%). En un valor intermedio se encontraba el promedio estimado para la Subred, con un valor de 49,3%.

En relación con el nivel de endeudamiento, es decir el indicador de pasivos/activos, fue el Hospital Usme el que se caracterizó por tener el mayor nivel de endeudamiento, reflejando que casi el 50% de sus recursos correspondían a deuda, lo cual se atribuía a recursos destinados a la adecuación del hospital como de segundo nivel (Hospital Usme, 2015). Este valor se encontraba muy por encima del promedio estimado para la Subred de 24,9%.

Figura 28. Subred Sur: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015).



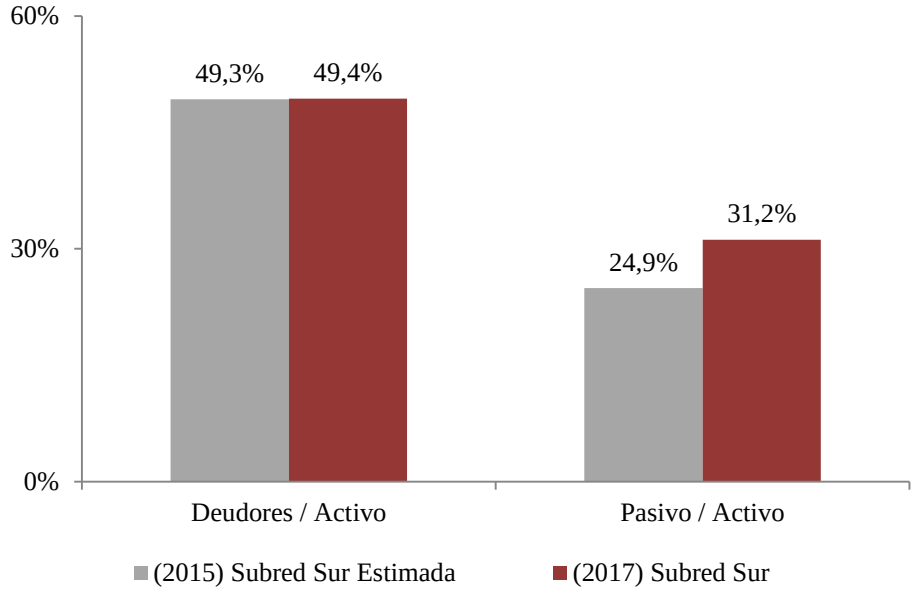
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

Analizando estos indicadores, después de un año de la consolidación de la Subred Sur, se puede determinar que la participación de las cuentas pendientes por cobrar en el total de activos se incrementó marginalmente (0,1 p.p.). No obstante, a pesar de que este crecimiento no fue significativo, todavía persisten ciertas dificultades en el cobro de obligaciones a favor de la Subred. En primera instancia, se continúa prestando servicios a personas vinculadas a entidades territoriales e IPS públicas, con las cuales no se tiene contrato para la prestación de servicios de salud, lo que imposibilita la conciliación de los saldos de operaciones recíprocas con dichas entidades (Subred Sur, 2017b).

En segunda instancia, las cuentas por cobrar de vigencia mayor a 360 días representan el 53% del total de la cartera a favor de la Subred, siendo los principales deudores de la Subred: Capital Salud, FFDS, Unicajas, Ecoopsos y Cafesalud. Con estas entidades se han realizado esfuerzos como cobros coactivos y conciliaciones contables y médicas, pero de la misma forma como ocurría en el 2015, algunos de estos pagadores continúan sin reconocer sus obligaciones contables o se encuentran en proceso de liquidación, por lo que se genera incertidumbre en la recuperación de esas cantidades. Asimismo, el porcentaje que se glosa a lo facturado es del 8% y por eso, el giro de lo cobrado no lo realizan los pagadores a la EPS de forma oportuna (Subred Sur, 2017b).

Teniendo en cuenta las dificultades que enfrentó la Subred para obtener los pagos de un importante porcentaje de los servicios prestados, esta accedió a un mayor nivel de endeudamiento con el fin de continuar atendiendo a la población que lo requiere, por lo cual la participación de la deuda en el monto de activos ascendió a 31,2% en el 2017.

Figura 29. Subred Sur: Indicadores de Calidad del Activo (2015-2017)

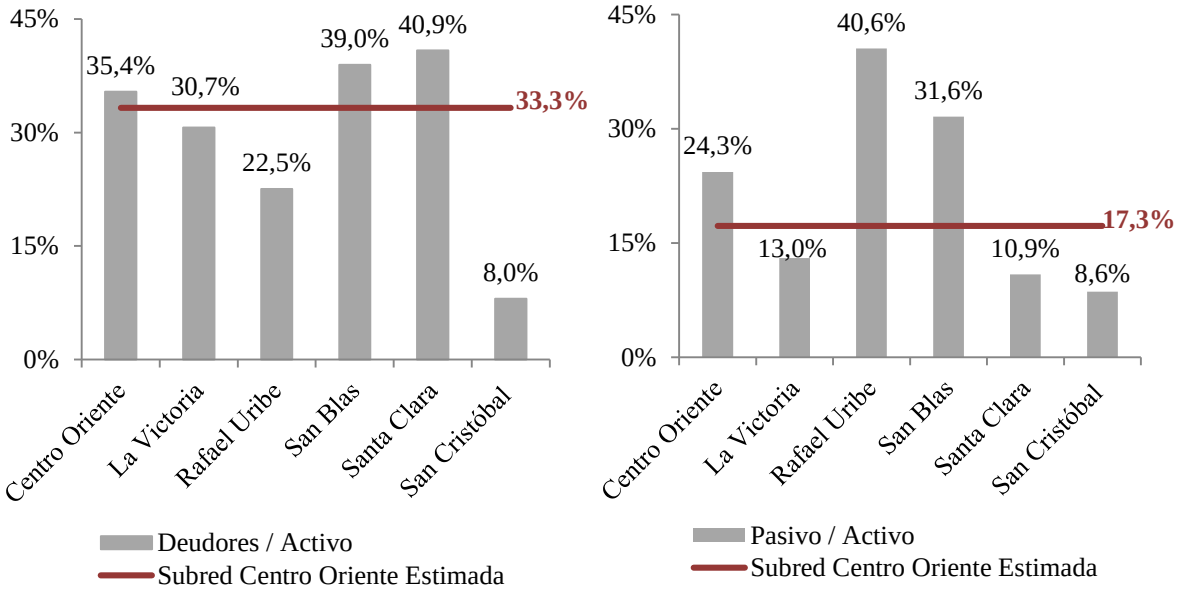


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

b. Subred Centro Oriente

En la Figura 30 se observa que el hospital Santa Clara se destacaba por tener la razón deudores/activo más alta de la Subred (40,9%), mientras que el Hospital San Cristóbal tuvo el menor valor con el 8%. Respecto al segundo indicador, se puede afirmar que, en 2015 el 17,3% de los activos totales de todos los hospitales que conforman ahora la Subred Centro Oriente habían sido adquiridos o financiados con deuda. Los Hospitales Rafael Uribe Uribe, San Blas y Centro Oriente excedían este promedio, mientras que los Hospitales La Victoria, Santa Clara y San Cristóbal reflejaban un bajo financiamiento por parte de los acreedores.

Figura 30. Subred Centro Oriente: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

Al finalizar el 2017, el 45% de los activos de la Subred Centro Oriente estaban constituidos por cuentas por cobrar, presentando un crecimiento frente al 2015 de 11,7 p.p. Este crecimiento se debe por una subida del 133% en el rubro de deudores con respecto al 2015, siendo el 99,6% obligaciones de corto plazo. Lo anterior se debe a dos aspectos:

- Capital Salud es el mayor pagador y facturador de servicios de salud en el régimen subsidiado de la Subred Centro Oriente con una participación del 82,2% en el total de ingresos. Desde agosto de 2016, se implementó un nuevo método de contratación caracterizado por una remuneración integral por actividad final (Pago Global Prospectivo -PGP-), la cual produjo una caída en la facturación y en el recaudo, dado que la EPS-S sólo estaba cancelando el 80% del compromiso adquirido con el nuevo contrato, dejando pendiente para pago el restante de cuentas. Esto, junto al incumplimiento en el reporte de información de la EPS, generó dificultades para la Subred a la hora de conciliar las glosas[20] y aumentó la cartera de largo plazo (Subred Centro Oriente, 2017b).

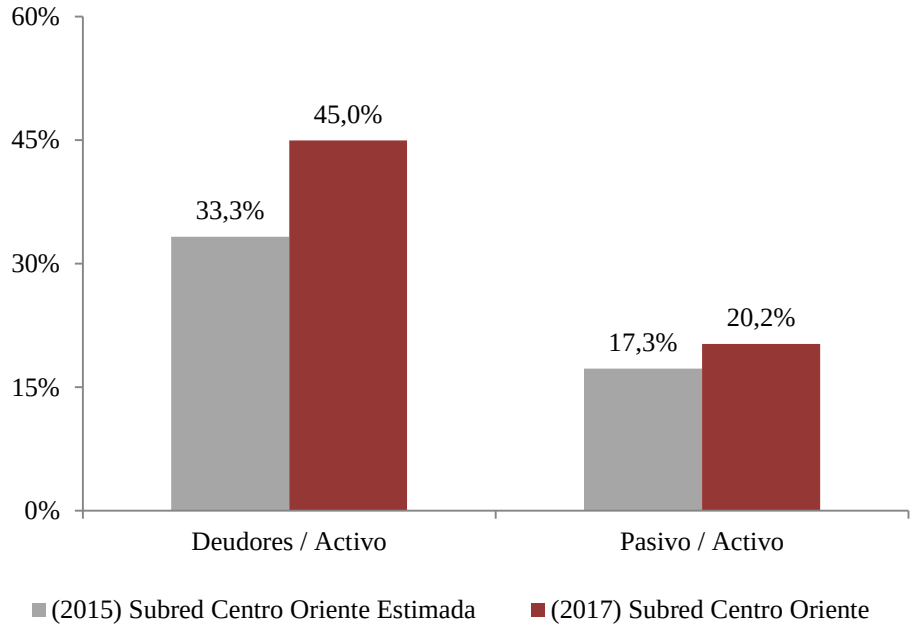
- El MSPS estableció nuevos lineamientos de saneamiento contable que deben ser apropiados por parte de las IPS y las EPS. Uno que se destaca, corresponde al deterioro de las cuentas por cobrar, el cual permite contabilizar el valor estimado de la posible pérdida. Este cambio contable incentivó a la Subred a preparar un deterioro más fuerte

[20] Las glosas son inconformidades que pueden afectar de forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud. Estas glosas son encontradas por la entidad responsable del pago durante la revisión integral y requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud (MSPS, 2009).

dado que el 25% de sus obligaciones a cago de la EPS Capital Salud tenían una duración de más de 360 días (Subred Centro Oriente, 2017b).

Así, a pesar de que implementó la modalidad de cobro coactivo, la cual implica que la Subred solicita al deudor a pagar voluntariamente sus obligaciones sin que medie ninguna intervención judicial, los resultados no fueron los esperados por el cese de pago que enfrenta la Subred y el cambio del reporte de información mencionado en el punto anterior. Adicionalmente, hay una mayor proporción de activos financiados con deuda, en particular, el indicador de pasivo/activo aumento 2,9 p.p. en 2017 con respecto al 2015. Este resultado es consistente con el crecimiento importante de los pasivos y confirma la presencia de un mayor nivel de endeudamiento de la Subred para su operación y la prestación de servicios.

Figura 31. Subred Centro Oriente: Indicadores de Calidad del Activo (2015-2017)



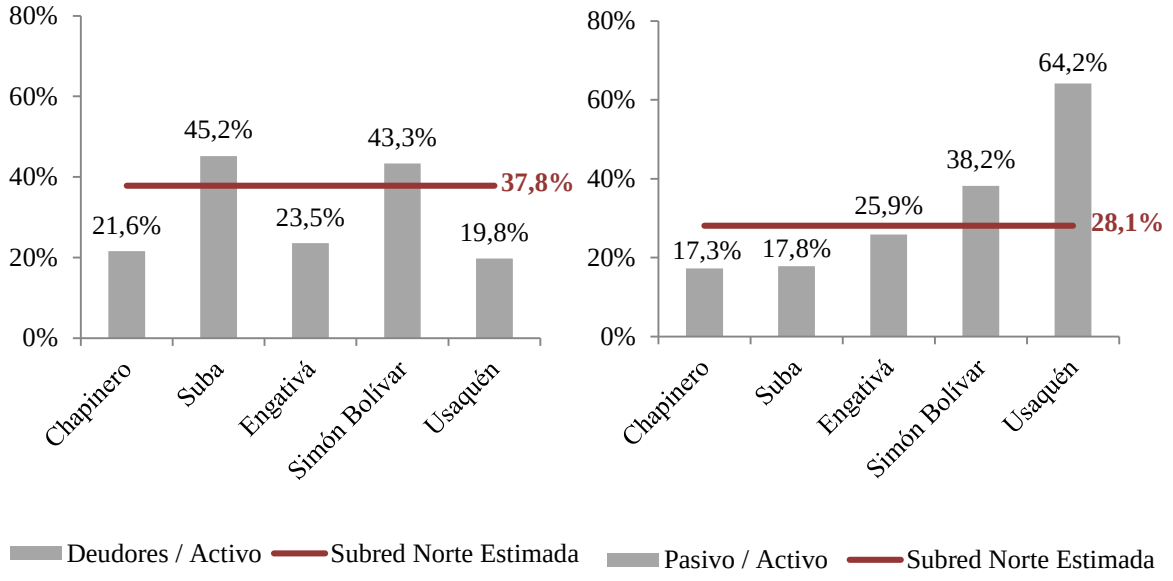
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

c. Subred Norte

Los hospitales que se fusionaron en la Subred Norte presentaban en 2015 una razón promedio de deudores/activo de 37,8%, siendo el valor más alto para el Hospital Simón Bolívar excediendo el valor promedio de la Subred Norte en 7,4 p.p. y el valor más bajo para el Hospital de Usaquén con 19,8%. Considerando el indicador pasivos/activos, se debe mencionar que un año antes de la fusión, el 28,1% de los activos de todos los hospitales que conforman la Subred eran financiados por los acreedores de corto y de largo plazo. Adicionalmente, los hospitales con un mayor nivel de apalancamiento fueron los que contaron con las razones de endeudamiento más altas, estos fueron los Hospitales Simón Bolívar (38,2%) y Engativá (25,9%); mientras que Hospitales como

Chapinero, Suba y Usaquén tuvieron valores inferiores al 18%, reflejando una baja dependencia a fuentes de financiación externa para prestar sus servicios.

Figura 32. Subred Norte: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

Para el año 2017, las obligaciones a favor de la Subred se incrementaron en 155%, específicamente las obligaciones de corto plazo tuvieron un aumento de 173,3% y las de largo plazo crecieron en 122,7%. Por esta razón, la participación de la cartera en los activos ascendió en 29,3 p.p. entre 2015 y 2017. La principal razón para este fuerte incremento, es que la EPS Capital Salud, siendo el pagador con mayor saldo en cartera, no efectuó lo pagos de acuerdo con la norma y los giros que realizó no alcanzaron a cubrir en muchos periodos ni el 50% de la facturación presentada, lo cual prolongó la duración de la cartera (Subred Norte, 2017c).

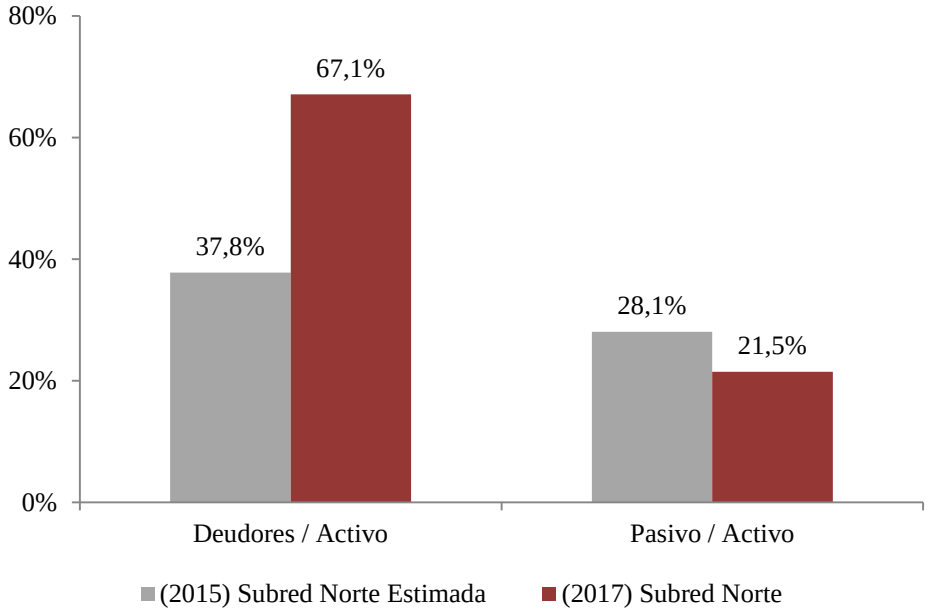
De igual manera, las dificultades en la conciliación de cartera con otras EPS como: Cafesalud, Nueva EPSS, Convida y Unicajas generaron un alza en el valor de las cuentas por cobrar. En particular, lo que se presentó fue que la Subred implementó un sistema de información denominado Servinte, el cual presentó inconvenientes en su funcionamiento e inconsistencias en los cargos de medicamentos generados a los pagadores, teniendo como resultado una devolución de las cuentas y una formación de glosas por parte de las EPS (Subred Norte, 2017c).

No obstante, los anteriores inconvenientes, cabe destacar que la Subred implementó a partir de agosto del 2017 el cobro coactivo para recuperar cartera, generando el envío de Derechos de Petición, cruces contables, circularización de saldos, entre otras acciones, con el fin de aclarar saldos y efectuar compromisos de pago (Subred Norte, 2017c). De esta forma, se espera que estas

medidas hagan parte de una línea base a seguir para gestionar el recaudo de estas cuentas y a su vez, disminuir los riesgos de las operaciones financieras de la Subred.

De otra parte, la Subred Norte redujo el nivel de endeudamiento con terceros en el periodo de 2015 a 2017 en 6,6 p.p. Lo anterior es consecuencia de un crecimiento más leve de los pasivos (10,2%) con respecto al patrimonio (35,4%). Vale la pena hacer énfasis en que una de las razones por las cuales el pasivo aumentó, corresponde a las estrategias de depuración realizadas desde el área de cuentas por pagar y soportadas con reportes del sistema de información. Asimismo, diversos pagadores efectuaron pagos a la Subred Norte por concepto de prestación de servicios de salud, pero no detallaron las facturas a las cuales se debe aplicar, por ende, se realizó la contabilización como un anticipo, afectando la cuenta de Otros Pasivos (Subred Norte, 2017c).

Figura 33. Subred Norte: Indicadores de Calidad del Activo (2015-2017).

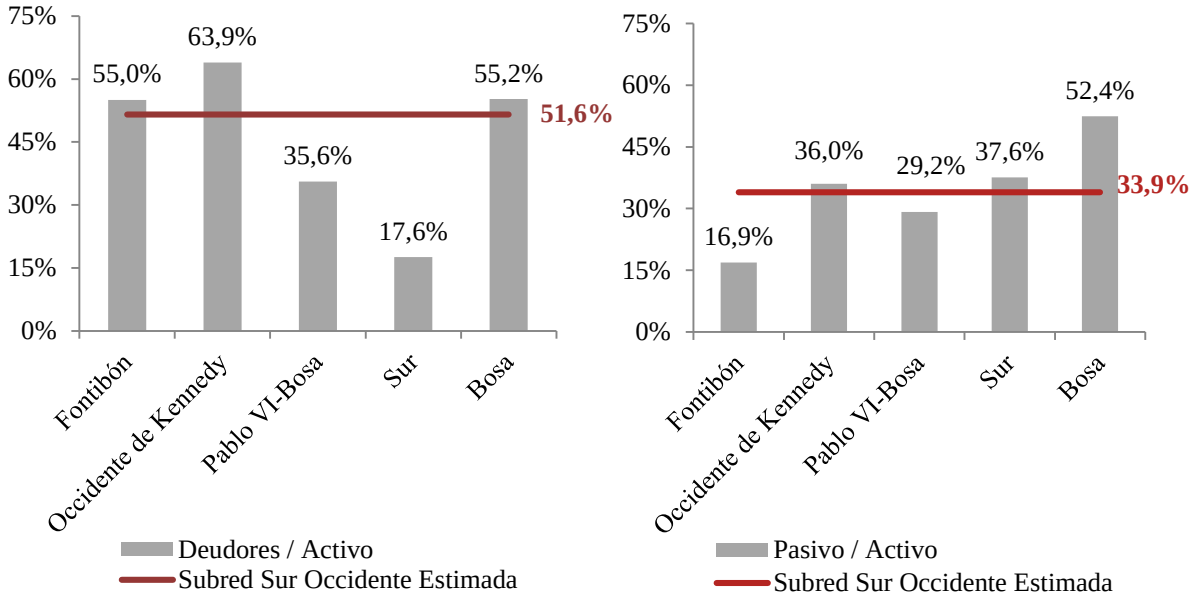


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

d. Subred Sur Occidente

Los hospitales fusionados en la Subred Sur Occidente mostraban un indicador deudores/activos equivalente al 51,6%, con los Hospitales Occidente de Kennedy y Bosa presentando los valores más altos, 63,9% y 55,2%, respectivamente. Por otra parte, los Hospitales Sur y Pablo VI Bosa se caracterizaron por contar con un menor nivel de obligaciones pendientes por cobrar, 17,6% y 35,6%. En cuanto a la razón de pasivos/activos, se encuentra que en 2015 el Hospital Bosa tuvo el mayor nivel de endeudamiento (52,4%), mientras que Fontibón contó con el menor valor (16,9%). Los resultados de todos los hospitales generaron un promedio estimado para la Subred de 33,9%.

Figura 34. Subred Sur Occidente: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015).



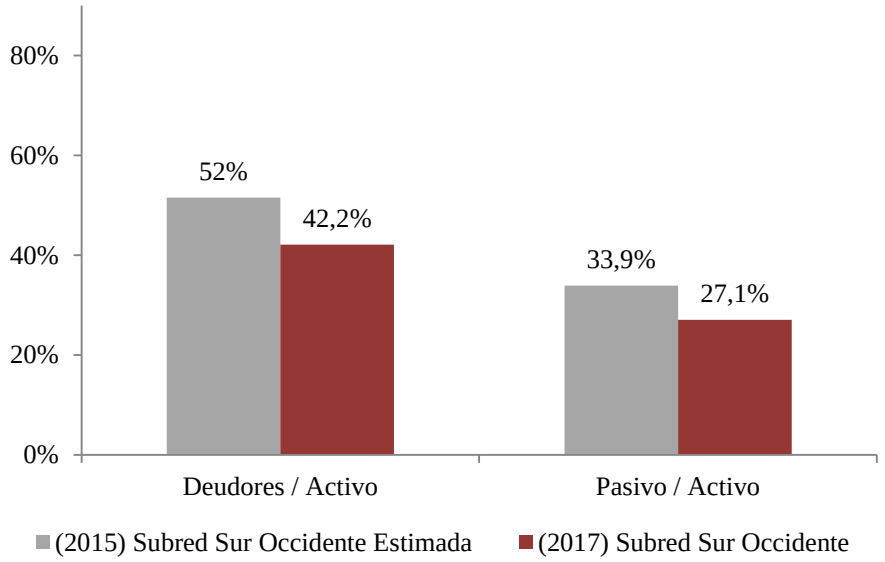
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur Occidente (2018b).

Ahora, en la vigencia 2017, el valor de las cuentas por cobrar ascendió a $207.913 millones. De este total, el 88,8% representa cuentas por cobrar de corto plazo y el 19,2% restante hace referencia a las obligaciones a favor en el largo plazo. Aunque, este valor significó un crecimiento del 21% entre 2015 y 2017, la razón deudores/activos se redujo en 9,8 p.p. Esto puede ser explicado porque otra subcuenta tuvo un crecimiento más considerable y terminó desplazando la subcuenta de Deudores. Esta subcuenta fue la de Propiedad, Planta y Equipo, dado que su incremento fue de 128,5% como consecuencia de la incorporación de bienes que en el anterior régimen contable eran incluidos como comodatos.

No obstante, el aumento de los deudores refleja que existen ciertos factores que impiden que la Subred cuente con un mayor flujo de caja. El primero es que se han presentado acuerdos de pago con diez pagadores (Coosalud, Ecoopsos, Cruz Blanca, Comfamiliar Nariño, Cafesalud, Comparta, Coomeva, Médicos Asociados, Salud Vida y Unicaja) por $9.369 millones, de los cuales sólo se ha recaudado el 27% por falta de liquidez de estas entidades. Vale la pena desatacar que de estos pagadores, con el que se ha tenido mayores dificultades en la gestión de cobro es con la EPS Cafesalud, debido a que no se ha podido programar una cita de conciliación y por esta razón, se han tenido que tomar medidas como cobros persuasivos pero el resultado no ha sido satisfactorio (Subred Sur Occidente, 2017b). El segundo factor es que la información de cartera de vigencias anteriores no cuenta con suficientes documentos que respalden la gestión de cobro. En este caso, las USS Pablo VI y Sur han contado con conectividad deficiente, lo que ha dificultado el proceso de soporte de los servicios prestados y a su vez, la conciliación de cuentas a favor de la Subred (Subred Sur Occidente, 2017b).

En cuanto al indicador pasivos/activos, es posible ver que hubo una reducción de 6,8 p.p. en el periodo de 2015-2017, lo cual esta mediado también por un crecimiento de los activos (29,82%) superior al de los pasivos (3,54%) e implica que se comprometió un menor monto de recursos con acreedores y hubo un menor nivel de apalancamiento financiero.

Figura 35. Subred Sur Occidente: Deudores/Activo y Pasivo/Activo (2015)



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur Occidente (2018b).

4.3 Capacidad de la Gerencia

La gestión administrativa es uno de los ejes fundamentales que las entidades deben llevar a cabo correctamente para alcanzar mayores niveles de eficiencia, sostenibilidad y crecimiento (Silva, 2010). En esta área de análisis se utilizan dos indicadores, estos son: la utilidad con respecto al gasto operativo y el gasto operativo como proporción del ingreso operativo. Estas medidas permiten determinar la habilidad de manejo que tienen las ESE para asegurar una operación prudente en cualquier escenario de estrés financiero y así, establecer una aproximación para evaluar factores de eficiencia y productividad propias de su administración (MSPS, 2016j).

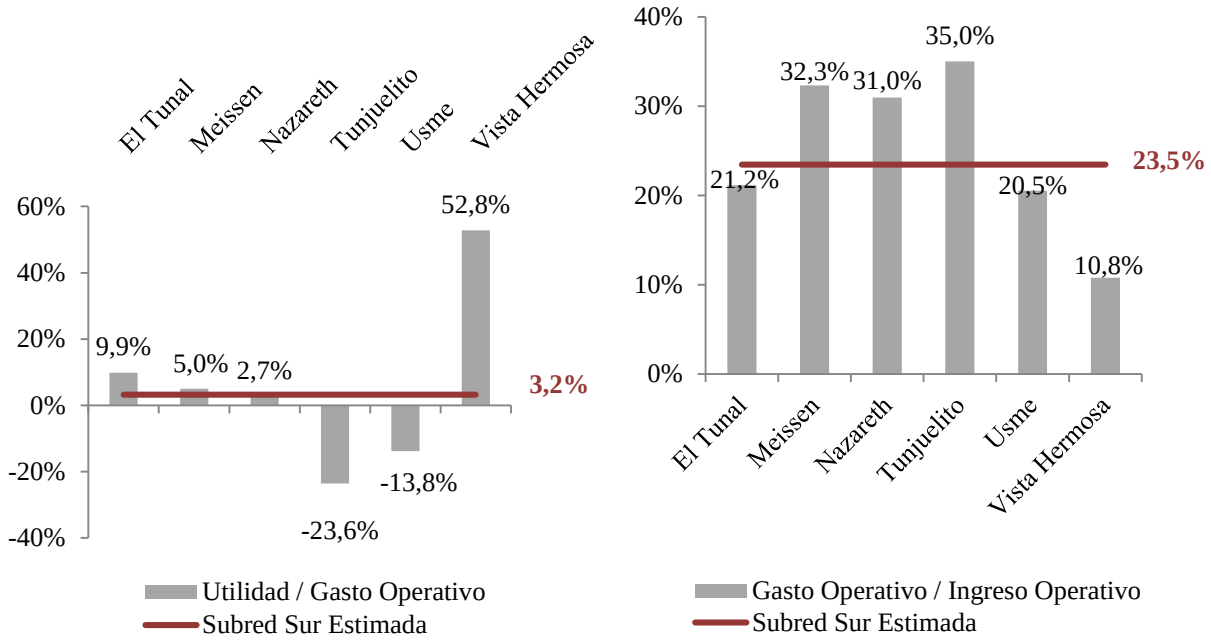
a. Subred Sur

Dentro de los hospitales fusionados en la Subred Sur, en 2015 los Hospitales de Vista Hermosa, Tunjuelito y Usme presentaron un comportamiento diferente en los indicadores de capacidad de gerencia frente a los demás hospitales. Por un lado, el Hospital de Vista Hermosa contó con una utilidad neta superior a la registrada por las demás entidades ($3.704 millones), lo que conllevo a que el indicador utilidad/gasto operativo fuera el más alto de la Subred, indicando una mayor capacidad en la generación de utilidades. Por otro lado, los Hospitales de Usme y Tunjuelito se

caracterizaron por tener excedentes deficitarios del ejercicio: -$1.239 millones y -$3.773 millones, respectivamente. Lo anterior, generó que para todos los Hospitales en conjunto la razón utilidad/gasto operativo alcanzará el 3,2%.

En cuanto al indicador gasto operativo/ingreso operativo, en términos generales, se observa que para los seis hospitales en conjunto el 23,5% del total de los gastos operacionales se encontraban apoyados por ingresos provenientes de la prestación de servicios. El Hospital de Tunjuelito contaba con el valor más alto de la Subred (35%), mientras que Vista Hermosa tenía el valor más bajo (10,8%).

Figura 36. Subred Sur: Utilidad/Gasto Operativo y Gasto Operativo/Ingreso Operativo (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

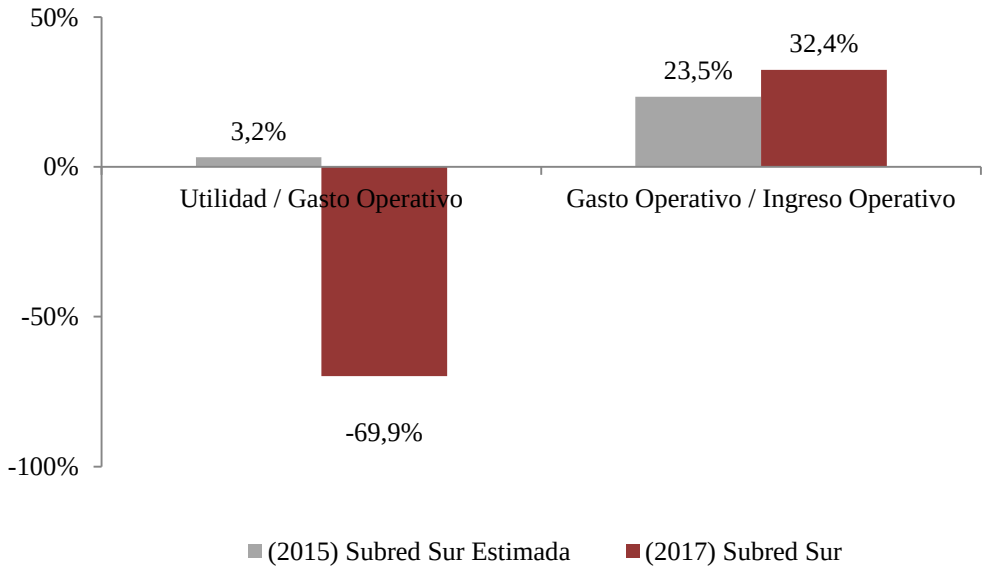
Al realizar un contraste entre 2015 y 2017, se observa que el indicador utilidad/gasto operativo disminuyó en 73,1 p.p., resultado de un déficit importante de -$75.086 millones en la vigencia de 2017. Esta pérdida puede ser explicada por cuatro factores que también generaron un incremento en los gastos:

- Cambio de cálculo en la provisión del deterioro de las cuentas por cobrar, dado que ahora por el nuevo marco de normatividad contable, se reconoce el deterioro de la cuenta y se realiza un ajuste, lo que implica un mayor nivel de gasto.

- Dificultad de tener una aceptación de glosas, al existir una dificultad en la conciliación del valor de las obligaciones a favor de la Subred por un periodo prolongado, se puede generar incertidumbre sobre el momento en el cual se recuperará el monto de esa cartera, por consiguiente, deben realizase actividades de depuración ordinaria y extraordinaria, las cuales afectan el valor de los compromisos de la Subred.

- Provisión de procesos judiciales: los procesos judiciales corresponden a obligaciones contingentes y su pago afecta tanto a la cuenta de provisión como a la cuenta de gasto. En suma, el valor total de las provisiones, litigios y demandas es de $23.648 millones, y contiene registros realizados por 145 terceros.

Figura 37. Subred Sur: Indicadores de Capacidad de la Gerencia (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

- Dificultad en el cruce de información con Capital Salud: se firmó un nuevo contrato con Capital Salud desde agosto de 2017 que hacía referencia a la implementación de una nueva modalidad de pago (PGP) y se estableció que, si la facturación superaba o era inferior el valor del contrato, el ajuste debía realizarse en la subcuenta de Margen en la contratación de servicios de salud, la cual incluye todos los ingresos que se originan en actividades complementarias a las ordinarias. No obstante, este lineamiento no se ha podido llevar a cabo correctamente puesto la EPS y la Subred no han podido realizar un cruce de información en cuanto a lo facturado y girado por falta de programación de una reunión. Así, se ha tenido que deshacer los registros iniciales, generando un impacto negativo en la subcuenta (Subred Sur, 2017b).

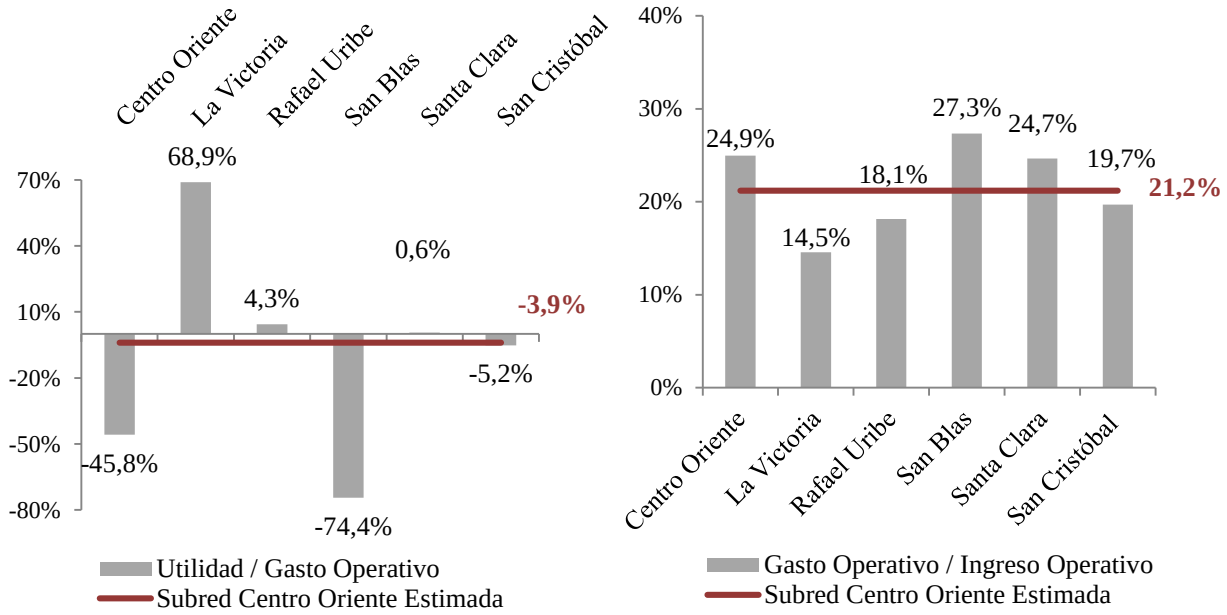
De acuerdo con lo anterior, la reducción de este indicador refleja una menor eficiencia por parte de la Subred a la hora de generar utilidades. Esta misma afirmación puede realizarse si se considera el indicador de gasto operativo/ingreso operativo, dado que aumentó en 8,9 p.p. por una disminución del 12% de los ingresos operacionales. Lo anterior indica, que en el 2017 se utilizaron 32,4% de los ingresos operacionales en la financiación de gastos operacionales.

b. Subred Centro Oriente

Como se observa en la Figura 38, los Hospitales de San Cristóbal, San Blas y Centro Oriente registraron pérdidas en el 2015. Específicamente, el Hospital San Blas se destaca por haber tenido un mayor nivel de pérdidas financieras igual a $7.032 millones, le sigue el Hospital Centro Oriente con un valor de $5.536 millones y el Hospital San Cristóbal con $395 millones. Por consiguiente, estos mismos hospitales registraron un déficit de utilidades con relación a su gasto operativo y tuvieron un menor nivel de eficiencia a la hora de generar utilidades. Se destaca el Hospital San Blas con un bajo nivel de eficiencia (-74,4%) y de manera opuesta, el Hospital La Victoria que presentó una mejor capacidad de gerencia al cierre de 2015, ya que el 68,9% de sus gastos operativos fueron financiados con las utilidades generadas.

En cuanto al indicador gasto operativo/ingreso operativo, se confirma un menor desempeño gerencial del Hospital San Blas, ya que el 27,3% de los ingresos que percibió en la prestación de servicios de salud fue destinado a los gastos operacionales que tuvo en el periodo (SDS, 2017). Por otra parte, el Hospital La Victoria se caracterizaba por tener la relación gasto operativo/ingreso operativo más bajo, dado que, para cubrir sus gastos sólo recurrió al 14,5% de sus ingresos. Al analizar el monto de gastos e ingresos operacionales de todos los hospitales de forma conjunta, este porcentaje asciende al 21,2%.

Figura 38. Subred Centro Oriente: Utilidad/Gasto Operativo y Gasto Operativo/Ingreso Operativo (2015).



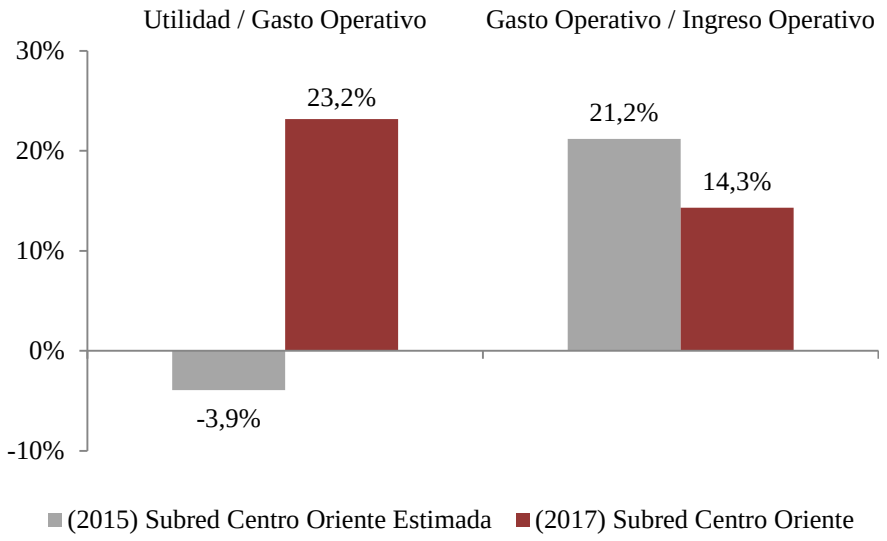
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

Para el 2017, el valor de las utilidades de la Subred Centro Oriente ascendió a $11.746 millones, lo cual significa que hubo un crecimiento del 268% de este componente tomando como referencia el monto total registrado en el 2015. Este incremento, permitió que la Subred dejara de estar en una situación de déficit, cubriendo con estas utilidades el 23,2% de los gastos operacionales de la Subred. Una razón por la cual se dio esta variación fue principalmente porque en el 2017 la Subred contó con subvenciones por $28.438 millones como resultado de donaciones[21] y la ejecución de convenios suscritos con el FFDS.

Otro motivo es que a pesar de que los ingresos operacionales disminuyeron en 8%, los gastos operacionales cayeron en una mayor proporción (-38%). De acuerdo con el Informe de Gestión de la Subred Centro Oriente de 2017, esta reducción de gastos se debe en gran parte a tres cambios estructurales que generaron fuentes adicionales de ahorro. El primero corresponde a una unificación de la planta de personal en la cual se suprimieron 44 cargos y se crearon 24; el segundo hace referencia al desarrollo de procesos de compra unificada de medicamentos e insumos; y el tercero, es el descuento efectuado por los proveedores. Así, la Subred presentó una disminución de 6,9 p.p. en el indicador gastos operacionales/ingresos operacionales, sugiriendo una gestión más eficiente.

[21] Las donaciones son recursos transferidos a la entidad sin contraprestación de carácter no monetario efectuada por los proveedores (Subred Centro Oriente, 2017b).

Figura 39. Subred Centro Oriente: Indicadores de Capacidad de la Gerencia (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

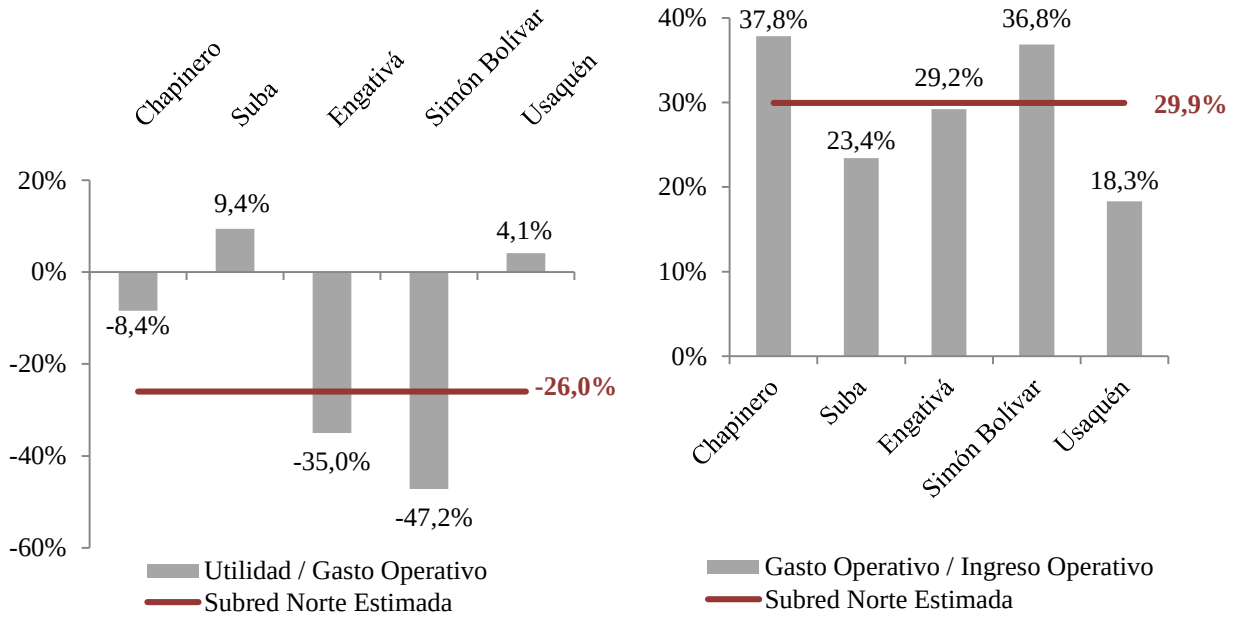
c. Subred Norte

En 2015 los cinco hospitales que luego conformaron la Subred Norte presentaban en conjunto pérdidas que representaban el -26,0% de los gastos operativos, siendo el Hospital Simón Bolívar el que presentaba el mayor nivel de pérdidas con respecto a sus gastos operacionales (-47,2%). Por otra parte, el Hospital Suba presentaba la mejor capacidad de gerencia, ya que este registró un superávit en esta vigencia.

Con respecto al indicador gasto operativo/ingreso operativo, se puede afirmar que, en el 2015, el 30% de los ingresos obtenidos en la prestación de servicios por parte de los hospitales fue destinado al financiamiento de sus gastos operacionales. El Hospital de Chapinero presentaba el valor más alto en este indicador (37,8%), mientras que el Hospital Usaquén tuvo el valor más bajo (18,3%).

Realizando la comparación entre 2015 y 2017, se encuentra que la utilidad de la Subred Norte creció en 126%, ascendiendo a $69.354 millones en 2017. Este incremento se debió a la contabilización de los recursos generados por el Sistema General de Participaciones (SGP) y los convenios suscritos con el FFDS, los cuales representaron el 76% y el 14% de las subvenciones efectuadas a la Subred, y el 10% restante correspondió a bienes recibidos sin contraprestación, los cuales fueron vacunas entregadas por el FFDS. Por este motivo y por el decrecimiento de los gastos operacionales (-60%), el indicador utilidad/gasto operativo experimentó una variación positiva de 171,4 p.p.

Figura 40. Subred Norte: Utilidad/Gasto Operativo y Gasto Operativo/Ingreso Operativo (2015).

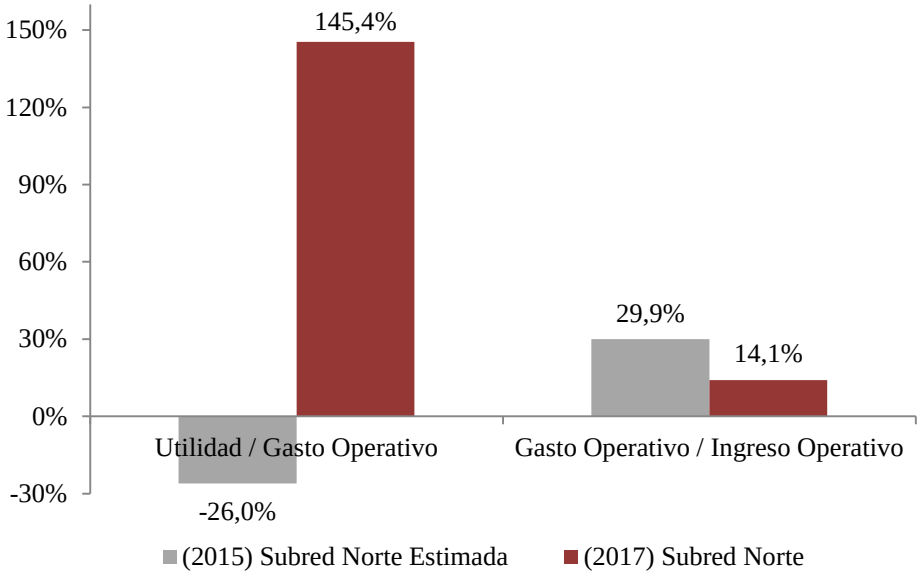


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

La reducción significativa de los gastos operacionales es consecuencia de la caída del 59,4% de la subcuenta Gastos, Provisiones y Amortizaciones, y del 6,1% de la subcuenta de Gastos Administrativos. Para el caso de la primera subcuenta, un factor que contribuyó a la reducción significativa de los gastos, provisiones y amortizaciones corresponde a la baja de glosas que han efectuado los pagadores, lo que ha permitido que descienda el valor de la amortización de cartera que está en riesgo de deteriorarse; y en cuanto a la segunda subcuenta, la disminución de los gastos administrativos, relacionados con el personal, insumos de oficina, entre otros, fue resultado del esfuerzo que ha realizado la Subred desde la fusión, al tratar de tener una gestión coordinada en la prestación de servicios con las USS fusionadas (Subred Norte, 2017c).

Lo anterior evidencia que después de un año de consolidación de las subredes, la Subred Sur destinó una proporción inferior de ingresos operacionales a los gastos vinculados a la prestación de servicios, lo cual se refleja en una reducción de 15,8 p.p. del indicador gasto operativo/ ingreso operativo y por ende, se contó con un manejo más adecuado del capital.

Figura 41. Subred *Norte:* Indicadores de Capacidad de la Gerencia (2015-2017)



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

d. Subred Sur Occidente

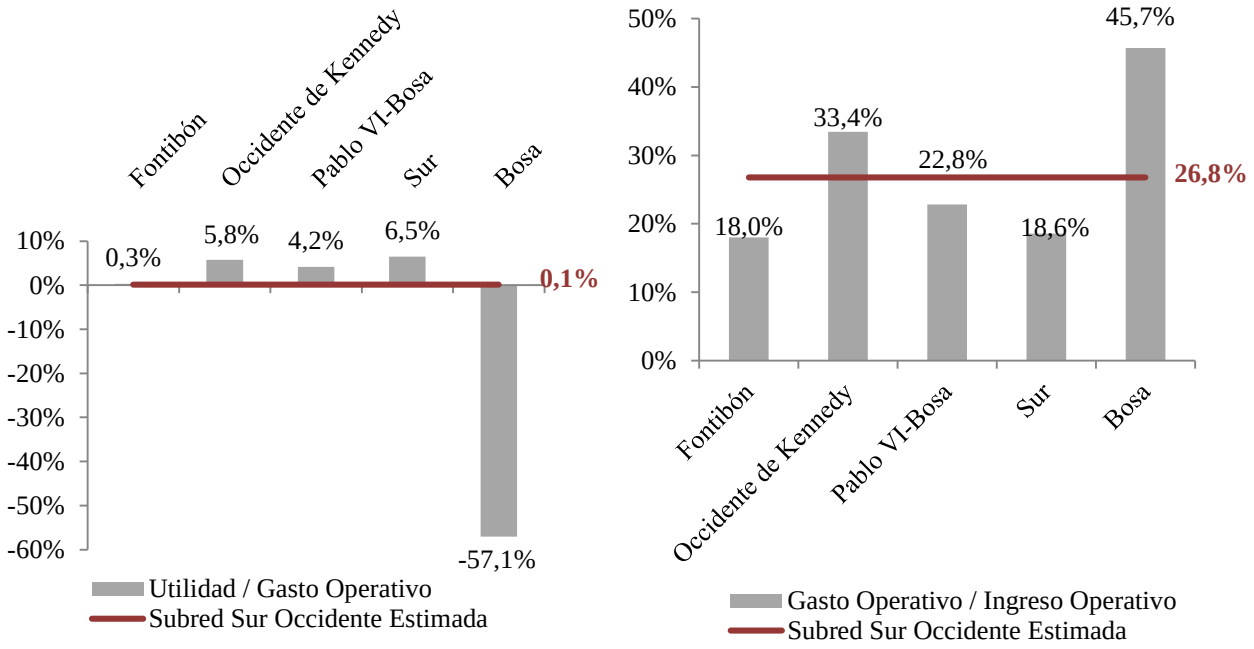
En 2015, el Hospital de Bosa fue la única ESE que registró pérdidas (-$4.355 millones) y por esta razón, tuvo un déficit en relación con sus gastos operacionales de -57,1%. Este alto porcentaje generó que el promedio estimado de utilidad/gasto operativo fuera del 0,1% para la Subred en el 2015. Con respecto a la relación entre Gastos Operacionales e Ingresos Operacionales, la Subred presentó un promedio de 26,8%. El Hospital de Bosa presentó la razón más alta, indicando que el 46% de sus ingresos obtenidos en la prestación de servicios fue destinado al financiamiento de sus gastos operacionales, mientras que el Hospital de Fontibón reflejó la mayor capacidad de gerencia al contar con la cifra más baja (18%).

En la Figura 43 se muestra que después de un año de la consolidación de la Subred, el indicador utilidad/gasto operativo disminuyó en 25,9 p.p. como consecuencia de una caída en la utilidad neta en el periodo de 2015-2017. Así, la Subred Sur Occidente cerró la vigencia de 2017 con un déficit de -$26.115 millones, el cual se explica principalmente por inconsistencias de carácter tecnológico en los módulos de información hospitalaria, financiera, contable y de nómina (Hosvital, Seven, Kactus). Algunos ejemplos de estas imprecisiones son:

- El sistema de información Hosvital desde agosto de 2017, no permite consultar a los facturadores si presentan registros abiertos, lo cual retrasa la facturación y a su vez, el recaudo por parte de la Subred. De igual manera, algunos Códigos de Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) no se encuentran parametrizados como laboratorios o procedimientos quirúrgicos, el cual es un requisito del MSPS, y por esta razón, dificulta la facturación en el momento que corresponde (Subred Sur Occidente, 2017b).

- Hay dificultades en la consolidación, cruce y conciliación de la información de ingresos, lo que hace que en muchas ocasiones se presente un sub-reporte o se registren excedentes que no corresponden, afectando la utilidad de la SISS (Subred Sur Occidente, 2017b).

Figura 42. Subred Sur Occidente: Utilidad/Gasto Operativo y Gasto Operativo/Ingreso Operativo (2015).

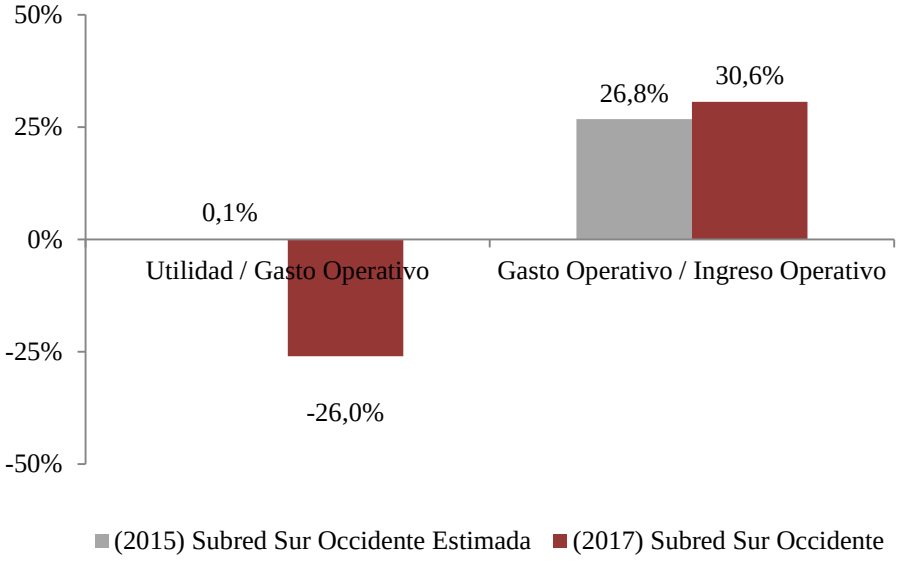


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur Occidente (2018b).

Adicionalmente, otro factor que contribuye al déficit es que en general, la fusión ha generado retos en el manejo del presupuesto dado que para el 2017 todavía se deben saldar obligaciones que los hospitales adquirieron cuando eran unidades independientes (Subred Sur Occidente, 2017b).

En cuanto a la razón de gastos e ingresos operacionales, se puede observar que este indicador pasó de 26,8% en el 2015 a 30,6% en el 2017. Esta variación indica que, en términos contables se requieren un mayor nivel de ingresos para asumir los gastos de la entidad, de esta manera, se percibe una menor capacidad de la Subred para el manejo de sus recursos. Lo anterior es consistente con el hecho de que en el periodo 2015-2017, los ingresos operacionales descendieron en 7%, mientras que los gastos operacionales crecieron en 10%, resultado de la implementación del nuevo modelo de pago PGP con el principal pagador Capital Salud, el cual se caracteriza por concretar un pago integral por actividad final, eliminando las autorizaciones por parte de la EPS-S. No obstante, este modelo no ha contado con la precisión y disposición operativa de la EPS contratante, lo que ha impactado el proceso de facturación y ha exigido que la Subred realice ajustes costosos en el diseño de la modalidad de pago (Subred Sur Occidente, 2017b).

Figura 43. Subred Sur Occidente: Indicadores de Capacidad de la Gerencia (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur Occidente (2018b).

4.4 Rentabilidad

La rentabilidad es un aspecto importante aún en las ESE que tienen un enfoque social, debido a que contar con niveles de rentabilidad mínimos permite a estas entidades generar inversión en sus procesos para aumentar el capital y ofrecer mejores servicios de salud. De hecho, dentro de los objetivos de las ESE reglamentados por el Decreto 1876 de 1994 se establece "Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social" (Art. 4 , literal c); Los indicadores de rendimiento, denominados también de rentabilidad, sirven para medir la efectividad de la administración de la empresa para controlar los costos y gastos y, de esta manera, convertir las ventas en utilidades (MSPS, 2016j). Asimismo, el uso de estos indicadores permite tener una visión de cómo una empresa produce el retorno de los valores invertidos considerando tanto el capital como el activo total (Díaz et al, 2014).

De acuerdo a lo anterior, en esta sección de analizan cinco indicadores: i) margen operacional, ii) margen neto, iii) margen EBITDA, iv) ROA[22] (utilidad/activo) y v) ROE (utilidad/patrimonio). Con respecto a estos indicadores se tiene que: i) el margen operacional mide el rendimiento de los activos operacionales de los hospitales en la prestación de servicios y se define como la relación entre la utilidad operacional y los ingresos operacionales, ii) el margen neto relaciona el nivel de utilidad neta[23] con los ingresos operativos, iii) el margen EBITDA muestra la eficiencia de las entidades en la generación de flujo neto de efectivo antes de descontar los gastos financieros, la

[22] ROA: Return On Assets; ROE; Return on Equity.

23 La utilidad neta es la utilidad resultante después de restar y sumar de la utilidad operacional, los gastos e ingresos no operacionales, respectivamente (Vallado, s.f)

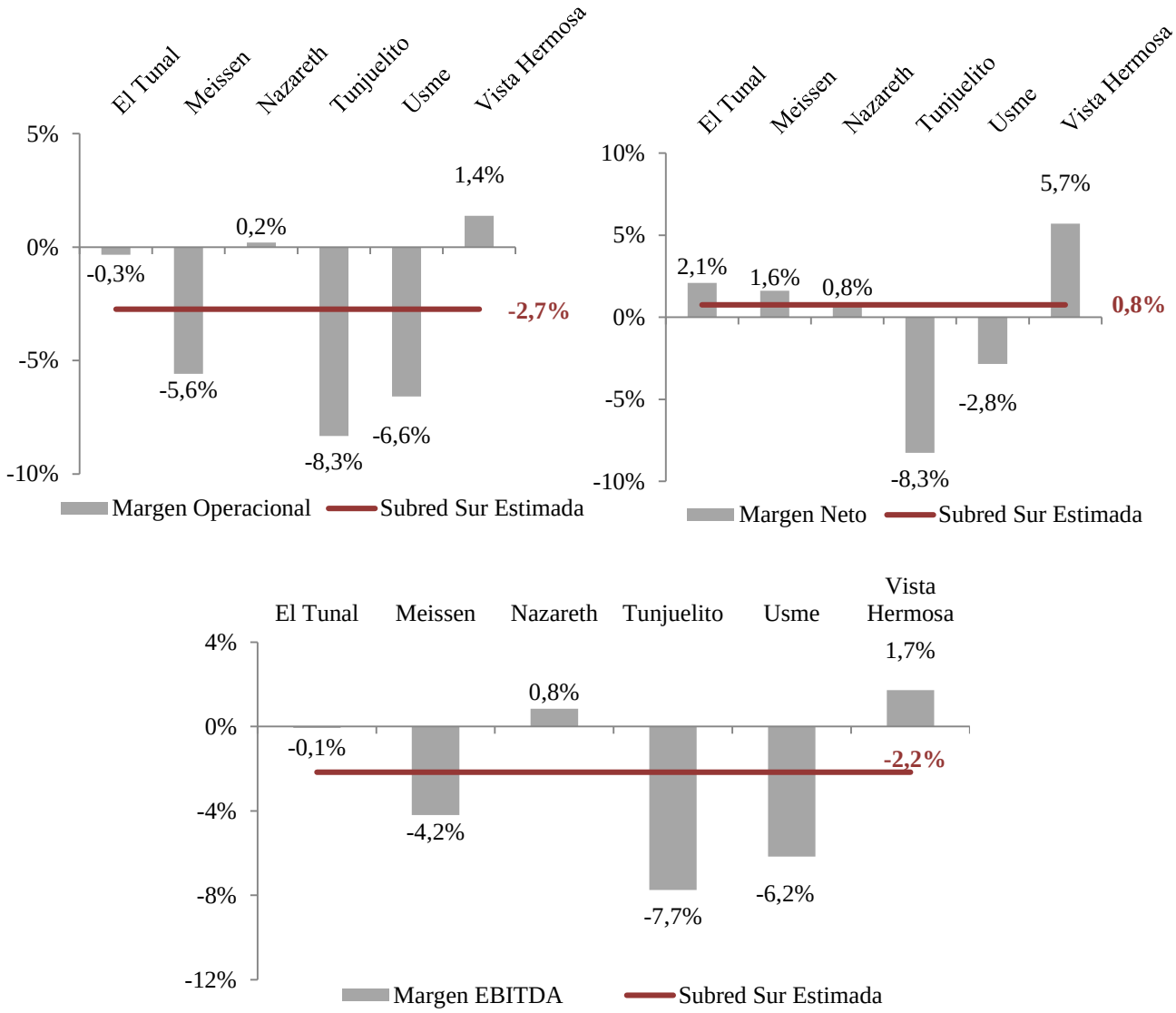
depreciación, la amortización e impuestos, iv) el ROA mide la eficiencia operativa de una entidad para generar utilidades a través de sus activos, y v) el ROE evalúa la rentabilidad desde la perspectiva del inversionista (MSPS, 2016j).

a. Subred Sur

El margen operacional y el margen EBITDA estimados para los seis hospitales de la Subred Sur fueron negativos, -2,7% y -2,2% respectivamente, mientras que el margen neto era positivo (0,8%). De los seis hospitales, el Hospital Vista Hermosa registraba los mejores resultados, mientras que el Hospital de Tunjuelito presentaba las mayores pérdidas. En el caso del Hospital de Tunjuelito se encontraba que estos resultados se dieron por un incremento del gasto operacional, producto de un mayor nivel de gasto de provisión de cartera. De manera específica, la entidad reconoció que como las EPS Caprecom y Saludcoop estaban en proceso de liquidación, no iba a poder recuperar la cartera, por lo cual, este monto debía incorporarse en el balance como un gasto que afectaba el resultado del ejercicio del hospital (Hospital Tunjuelito, 2015).

Vale la pena resaltar que a pesar de que, en promedio la rentabilidad operacional de la Subred era negativa, de acuerdo con la Resolución 2184 de 2016, sólo los Hospitales Nazareth y Usme fueron categorizados con Riesgo Bajo. Sin embargo, no tuvieron que adoptar un Plan de Saneamiento Fiscal Financiero (PSFF) que garantizara un ajuste estructural radical en su operación para asegurar su autosostenibilidad y viabilidad económica, ya que sólo las ESE clasificadas con riesgo medio o alto tienen que ejecutar esta tarea (MSPS, 2016i).

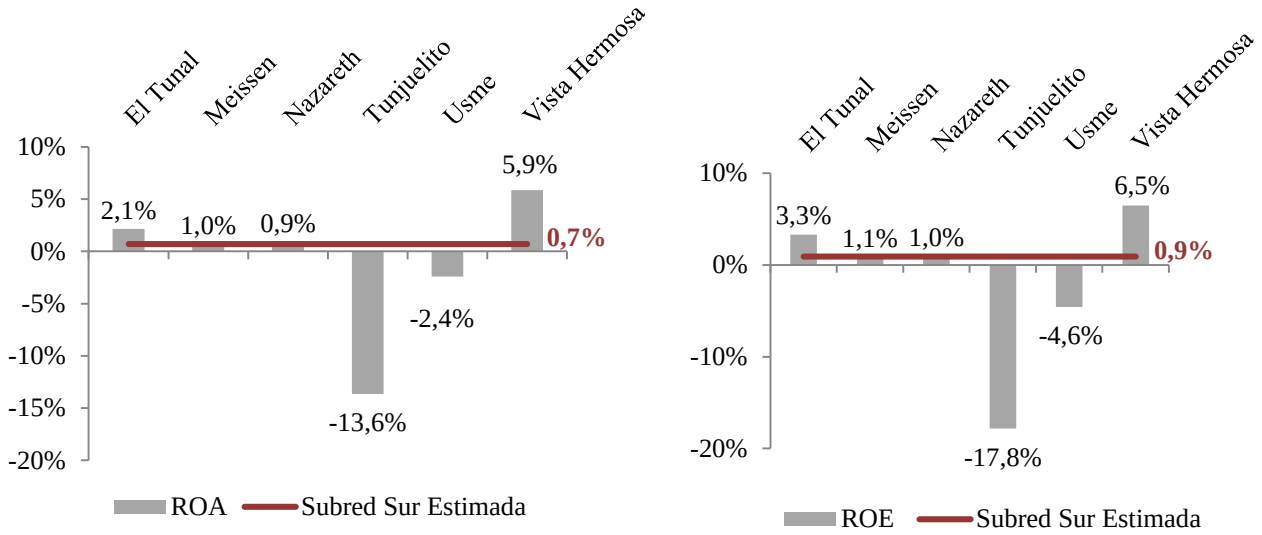
Figura 44. Subred Sur: Margen Operacional, Margen Neto y Margen EBITDA (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

En la Figura 45 se muestra el comportamiento del ROA y el ROE, los cuales presentan valores similares entre sí, y de nuevo, se destaca el Hospital Vista Hermosa por evidenciar un mayor nivel de eficiencia en la generación de excedentes a través de sus activos y patrimonio, y el Hospital de Tunjuelito por una baja capacidad para generar rentabilidad.

Figura 45. Subred Sur: ROA y ROE (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

Al analizar el 2017 y comparar sus resultados con el 2015, se encuentra que la utilidad operacional de la Subred Sur fue equivalente a -$51.258 millones[24], lo cual representa una disminución del estimado para la Subred en 2015. El cambio de tarifas en el nuevo modelo es la causa por la cual se dio esta variación y los ingresos operacionales disminuyeron en 12%, ya que con base en la reunión que tuvo la Veeduría Distrital con la Subred, se ha tenido dificultades en cumplir con las tarifas de promoción y prevención de la enfermedad.

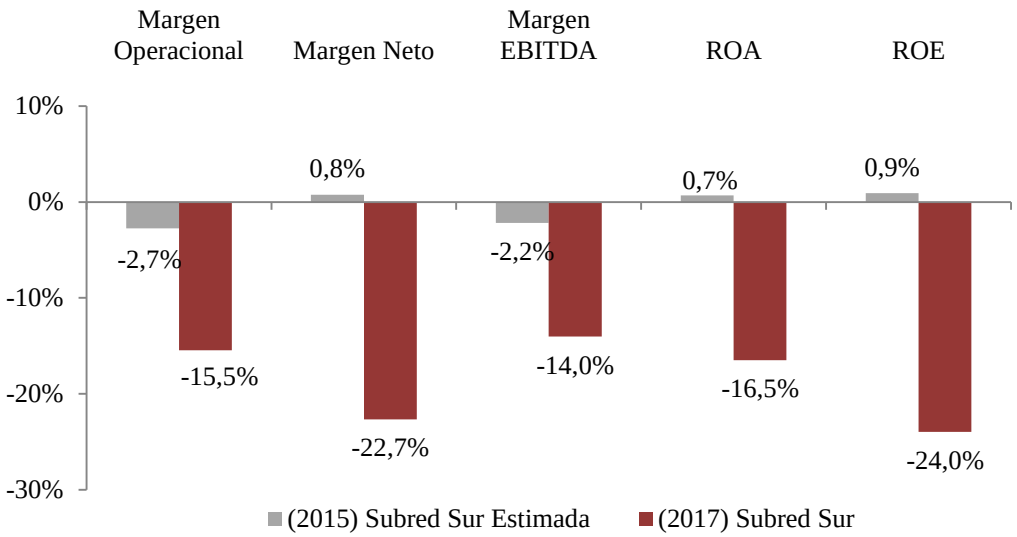
Lo anterior genera caídas en el margen operacional de 12,8 p.p. y en el Margen EBITDA de 11,8 p.p. La caída del margen operacional refleja una mayor dificultad de la Subred en la generación de utilidades vinculadas a la prestación de servicios, lo cual ocurre principalmente para los Servicios de Farmacia, Servicios de Urgencias, Servicios Ambulatorios de Consulta Externa y Quirófanos, que cuentan con pérdidas de $26.690 millones, $6.399 millones, $3.653 millones y $3.921 millones, respectivamente (Subred Sur, 2017). Con respecto al margen EBITDA, también disminuyó por un menor nivel de amortizaciones de activos intangibles como licencias y softwares (Subred Sur, 2016).

Asimismo, la utilidad neta al pasar de $2.858 millones en 2015 a -$75.086 millones en 2017, impactó negativamente a los indicadores margen meto, ROA y ROE. Estas disminuciones porcentuales fueron en su orden: -21,9 p.p., -15,8 p.p. y 23,1 p.p. De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que después de un año de consolidación de las subredes, la SISS Sur contó con una menor rentabilidad en la prestación de servicios, y de igual forma, reflejó un menor nivel de eficiencia en la generación de utilidades y efectivo a través de sus activos e ingresos. No obstante,

[24] Este valor se obtiene al restarle al valor de los ingresos operacionales, el cual es $331.429 millones, el total de los gastos operacionales y el costo de ventas, $382.688 millones.

a pesar de este desempeño más bajo, con base en la Resolución 2249 de 2018, la Subred no fue considerada como riesgosa financiera y presupuestalmente.

Figura 46. Subred Sur: Indicadores de Rentabilidad (2015-2017).

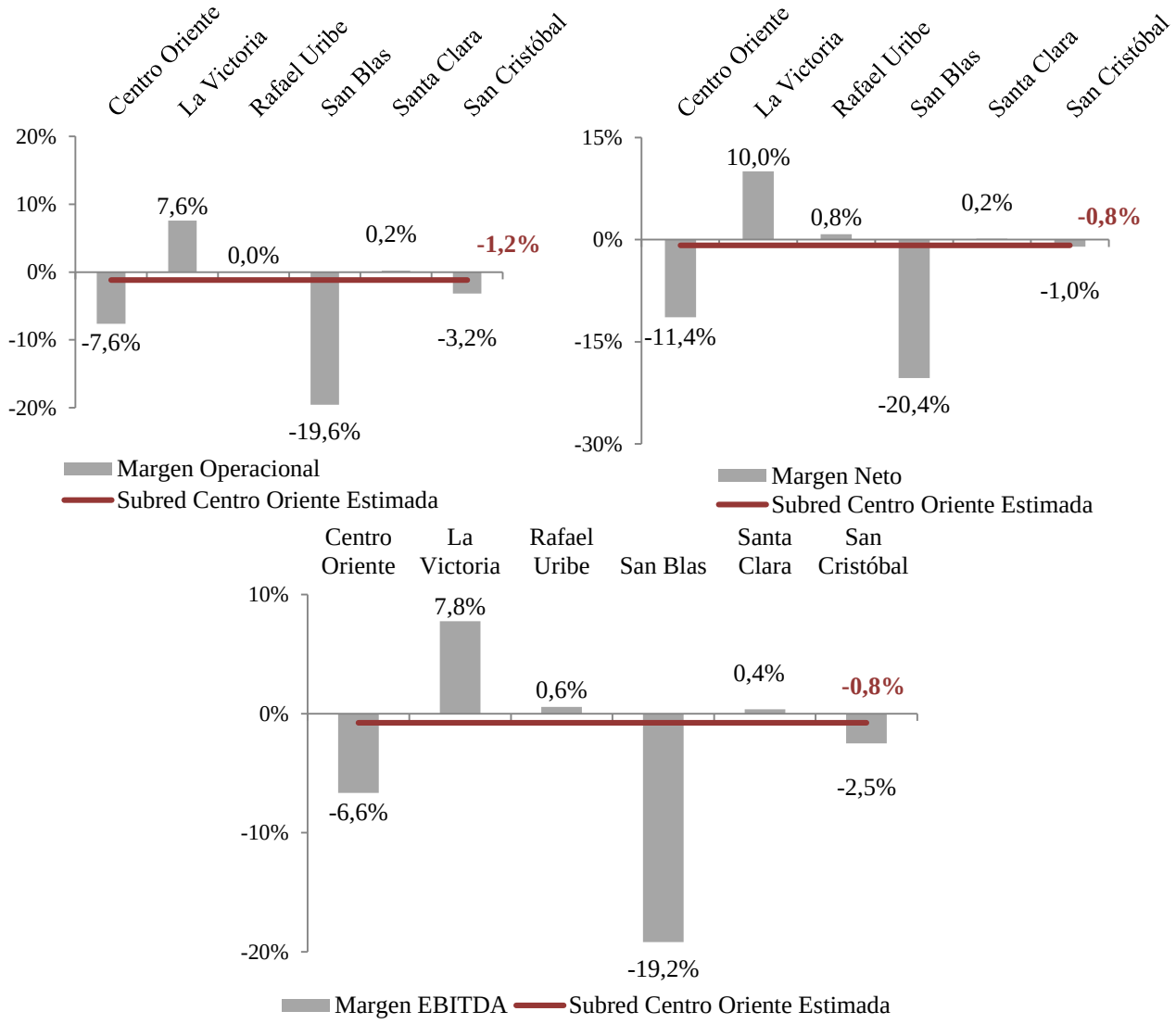


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

b. Subred Centro Oriente

Al analizar los tres primeros indicadores en los seis hospitales de la Subred al cierre de 2015, se observa una rentabilidad negativa en los Hospitales San Blas, Centro Oriente y San Cristóbal, siendo el Hospital San Blas el de peor desempeño, y una rentabilidad positiva en los Hospitales La Victoria, Rafael Uribe Uribe y Santa Clara, presentando el Hospital La Victoria la mayor utilidad neta ($9.201 millones) y utilidad operacional ($6.981 millones). Como un conjunto, estos seis hospitales reportaban margenes de rentabilidad negativos en los tres indicadores. Vale la pena destacar que precisamente las tres USS que contaron con una rentabilidad negativa en el periodo fueron categorizados con un bajo nivel de riesgo.

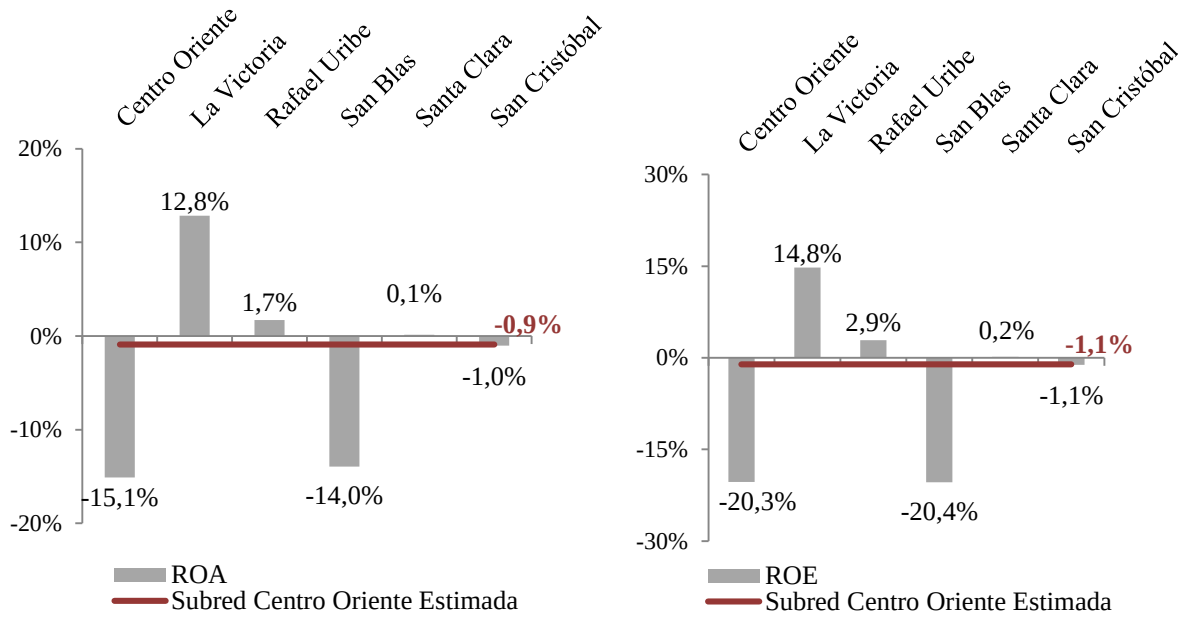
Figura 47. Subred Centro Oriente: Margen Operacional, Margen Neto y Margen EBITDA (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

Ahora, haciendo énfasis en los otros dos indicadores, se obtienen resultados similares para el año 2015, siendo el Hospital de La Victoria el de mejor resultados, y los Hospitales San Blas y Centro Oriente los que presenta los menores margenes de rentabilidad; aunque en el ROA, el Hospital Centro Oriente tenía una rentabilidad operacional más baja con respecto a sus activos que el Hospital San Blas. Finalmente, como conjunto los seis hospitales presentaban un ROE y un ROA negativos.

Figura 48. Subred Centro Oriente: ROA y ROE (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

Ahora, al comparar los resultados de los indicadores que tenian los seis hospitales con la actual SISS Centro Oriente, se aprecia un mejoramiento de los resultados en el ROA, el ROE, y el margen neto. De esta forma, en el 2017, se puede afirmar que la Subred Centro Oriente presentó una mayor capacidad en la generación de utilidades netas por medio de sus recursos financieros como activos, patrimonio e ingresos operacionales, alcanzando una utilidad neta de $11.745 millones. No obstante lo anterior, la utilidad operacional fue negativa (-$5.055 millones). La diferencia entre esta utilidad y la neta, esta dada por los ingresos no operacionales que obtuvo la Subred en el 2017, correspondiente a ingresos transferidos por el SGP y por concepto de convenios efectuados con el FFDS, la SDS[25], la Alcaldía Mayor de Bogotá y docentes asistenciales.

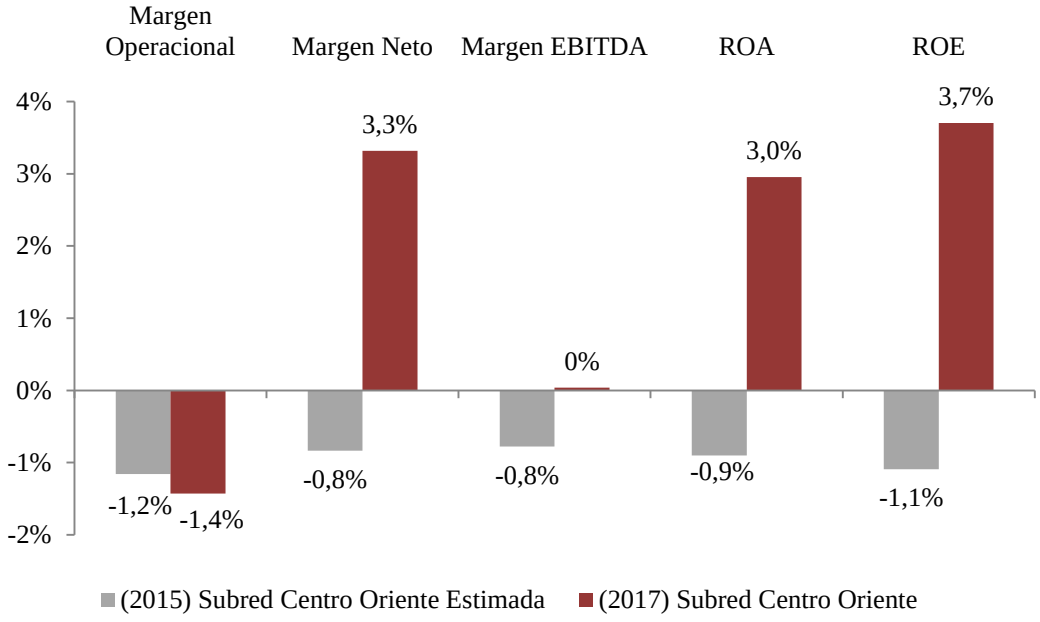
Con respecto al margen operacional, este tomó un valor de -1.4%, siendo levemente menor que el alcanzado en 2015 por los seis hospitales, lo cual es producto una caída del 214% en sus utilidades operacionales. Esta reducción está relacionada con un descenso del 8% de los ingresos operacionales, dado que en agosto de 2017 inició el nuevo modelo de pago PGP, considerando un único pago por actividad final y reemplazando el pago por evento y cápita, los cuales se destacaban por efectuar pagos anticipados por cada actividad o por el número de personas que tendrían derecho a ser atendidas (Subred Centro Oriente, 2017b). Así, de acuerdo con la reunión que se tuvo con la Subred, estas variaciones sucedieron dado que para esa vigencia, la reforma se encontraba en proceso y las USS se estaban adaptando y organizando en función de una atención integral.

[25] Los convenios suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud son: el 1282 de 2015; el 1465, el 1605 y el 1855 de 2016; y el 1207 y 12019 de 2017.

El margen EBITDA también aumentó en 0,8 p.p. reflejando un mejor desempeño operativo si no se descuentan gastos financieros como las provisiones, amortizaciones y depreciaciones. Esta variación puede ser explicada por la forma cómo se calcula este indicador dado que el Ebitda se obtiene al sumar el resultado operativo con los gastos financieros mencionados, y en este caso, las subcuentas de Depreciación y Amortización ascendieron en 343% y 253%, respectivamente, lo que compensó la reducción del 214% de la utilidad operacional. Es importante agregar que el aumento de la primera subscuenta se debe al ajuste de las NIIF, generando una nueva contabilización de la vida útil de la propiedad, planta y equipo utilizado a excepción de edificaciones, y con respecto a la segunda subcuenta, la legalización de los convenios garantizó un mayor nivel de amortización de activos intangibles.

En suma, los indicadores analizados reflejan un incremento de las utilidades netas de la Subred, principalmente, por el impacto de las subvenciones a través de convenios interadministrativos; sin embargo, los beneficios obtenidos en la prestación de servicios muestran un desempeño más negativo que la vigencia 2015 como resultado de un periodo de adaptación a la reforma. Debe destacarse que después de un año de implementación de la reforma, esta Subred no fue categorizada como riesgosa en el manejo financiero (MSPS, 2018).

Figura *49***.** Subred Centro Oriente: Indicadores de Rentabilidad (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

c. Subred Norte

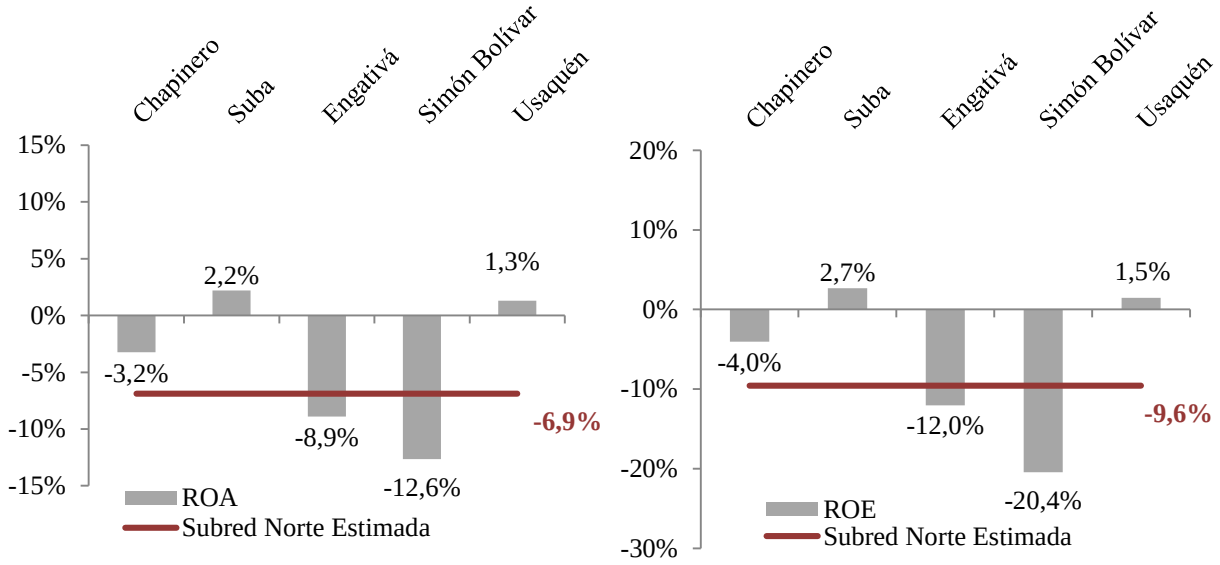
Los hospitales fusionados en la Subred Norte presentaban en 2015 rentabilidades negativas, con valores en el margen operacional, el margen neto y el margen EBITDA que oscilaban entre el -7% y el -8%. La situación mas crítica se presentaba en los Hospitales Chapinero y Simon Bolivar, lo cuales registraban márgenes negativos en los tres indicadores y valores inferiores al 10% en dos de los tres indicadores. Solamente el Hospital Suba registró un margen operacional considerable, con valores superiores al 2% en los tres indicadores. Aunque hubo varios hospitales que mostraron ganancias negativas, el Hospital Usaquén fue el único considerado como riesgoso financiamieramente, y su nivel fue bajo.

Figura 50. Subred Norte: Margen Operacional, Margen Neto y Margen EBITDA (2015).

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

Por otra parte, en la Figura 51 se muestran los valores de los indicadores de rentabilidad ROA y ROE para la vigencia 2015. En términos generales, los valores más altos de estos indicadores los tuvo el Hospital Suba (2,2% y 2,7% respectivamente), y los Hospitales Simón Bolívar y Engativá obtuvieron los valores más bajos. A nivel de la Subred, estos indicadores fueron de -6,9% en el ROA y -9,6% en el ROE.

Figura 51. Subred Norte: ROA y ROE (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

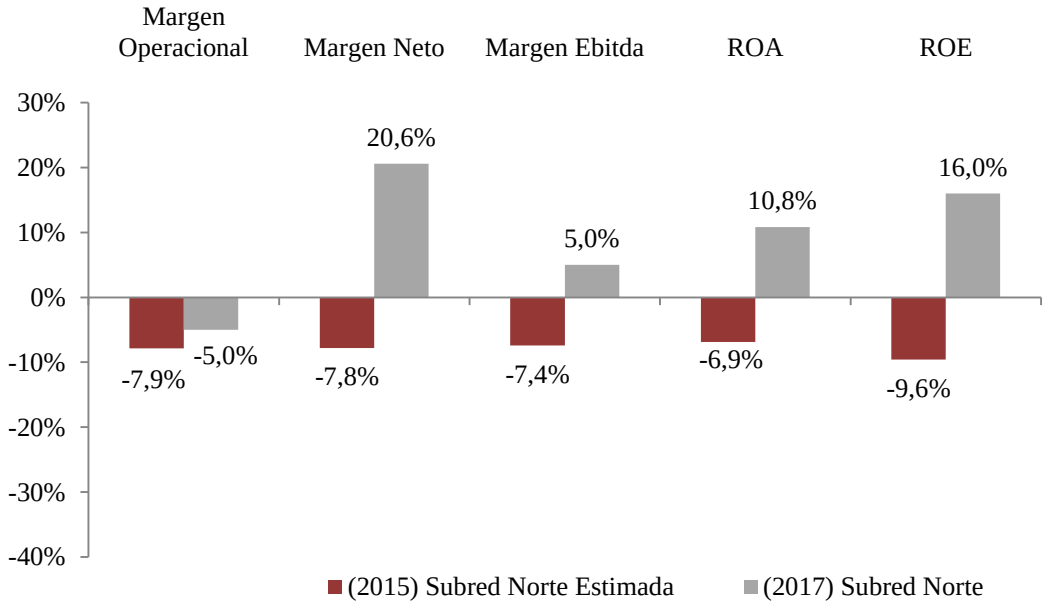
En el periodo de 2015-2017, la Subred Norte experimentó variaciones positivas en todos los indicadores, reflejando un mayor nivel de rentabilidad en la vigencia 2017. En particular, la variación más significativa se presentó en el Margen Neto con 28,4 p.p., seguido del ROE con un aumento de 25,6 p.p. y del ROA con un crecimiento de 17,7 p.p. Estas variaciones son producto de un incremento de más del 100% de la utilidad neta, lo cual se justifica con un mayor nivel de ingresos recibidos en los convenios con el FFDS y el SGP. De esta forma, es posible ver que, en 2017 la Subred Norte fue más eficiente al momento de generar excedentes con respecto a sus activos e ingresos y por esta razón, logró un superávit al finalizar la vigencia, mejorando su posición de rentabilidad.

De igual manera, la utilidad operacional ascendió en 45%, garantizando un incremento de 2,9 p.p. del margen operacional. No obstante, la Subred continuó registrando un déficit operacional, el cual pasó de $30.930 millones a $16.873 millones. La existencia de este déficit está relacionada con la reducción del 14% del ingreso por venta de servicios, la cual se explica por tres aspectos: el primero es la disminución de la población asignada de uno de los pagadores más importantes de la Subred (Capital Salud); el segundo corresponde a la implementación del nuevo modelo de pago PGP que planteó un cambio de tarifas considerando límites de costo y de producción para tener un mayor nivel de eficiencia; y el tercero hace referencia a falencias en la conexión del sistema de

información ocasionando que se registre los pagos a la Subred de manera tardía (Subred Norte, 2017c).

Con respecto al margen EBITDA, este tuvo un crecimiento de 12,4 p.p., reflejando una mayor capacidad de la Subred a la hora de generar beneficios con base únicamente en su capacidad productiva. Esto es consecuencia de un incremento de la utilidad operacional y de un alza de 109% del nivel de amortizaciones, causado por un aumento de la valorización de activos intangibles como licencias de sistemas de información. Por otra parte, la subcuenta de Depreciación tuvo un comportamiento opuesto (-14%), ya que, al considerar la fecha de adquisición de las edificaciones, el monto depreciado se redujo considerablemente (Subred Norte, 2017c).

Figura 52. Subred Norte: Indicadores de Rentabilidad (2015-2017).



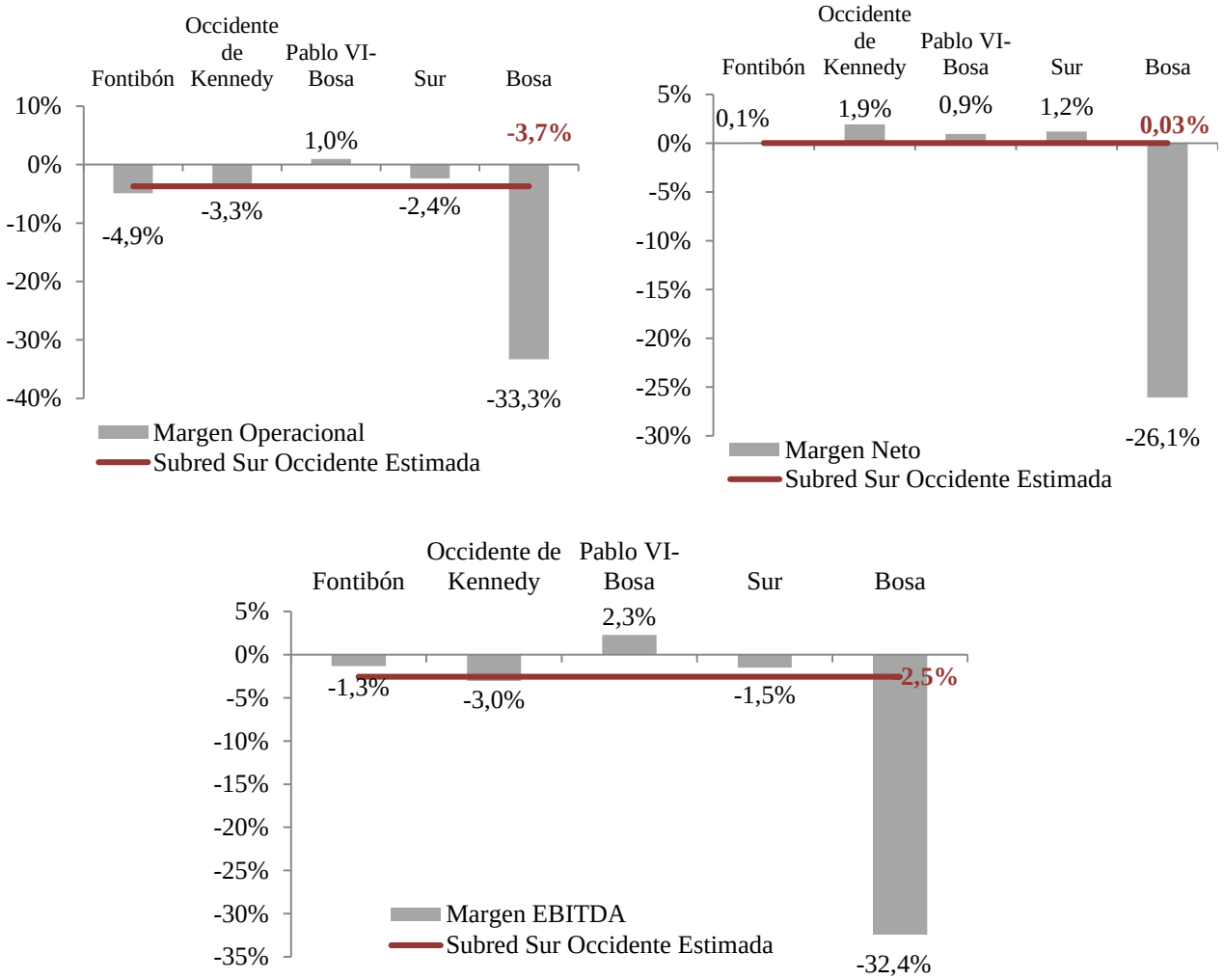
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

d. Subred Sur Occidente

De las unidades de servicio que actualmente integran la Subred Sur Occidente, en 2015 se encuentra que el Hospital de Bosa presentaba un comportamiento totalmente atípico, dado que sus indicadores de margen operacional (-33,3%), margen Neto (-26,1%) y margen EBITDA (-32,4%) eran muy inferiores a los de los demás hospitales. Asimismo, el Hospital Pablo VI era el único que presentaba valores positivos de margen operacional y margen EBITDA, lo que conllevó a que la Subred presentará valores negativos en estos dos indicadores (-3,7% y -2,5%). Frente al indicador de margen neto, la Subred alcanzó un valor de 0,03%, impulsado principalmente por el rendimiento del Hospital Occidente de Kennedy que sobresalió frente a los otros hospitales al obtener una utilidad neta de $2.902 millones y a su vez, el mayor margen neto (1,9%).

Las significativas pérdidas del Hospital Bosa en el 2015 hizo que el MSPS lo categorizara como altamente riesgoso, generando la necesidad de efectuar modificaciones en la capacidad de gestionar los recursos y de igual forma, en la prestación de servicios. El Hospital Sur, por su parte, también tuvo un nivel de riesgos, pero fue bajo.

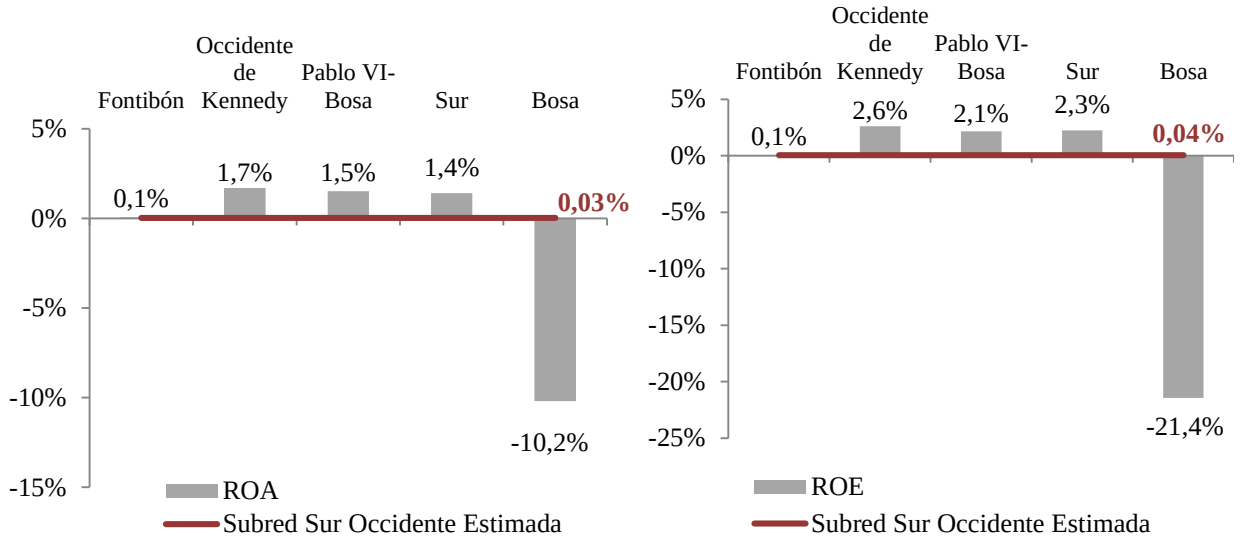
Figura 53. Subred Sur Occidente: Margen Operacional, Margen Neto y Margen EBITDA (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur Occidente (2018b).

Al igual que el Margen Neto, el ROA y el ROE presentaron valores positivos para los cinco hospitales en su conjunto, con valores de 0,03% y 0,04% respectivamente. Entre los hospitales, los máximos valores que se evidenciaron fueron del Hospital Occidente de Kennedy, con 1,7% y 2,6% respectivamente, mientras que se confirma la situación que tenía el Hospital de Bosa de bajas rentabilidades, con un ROA de -10,2% y un ROE de -21,4%.

Figura 54. Subred Sur Occidente: ROA y ROE (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur Occidente (2018b).

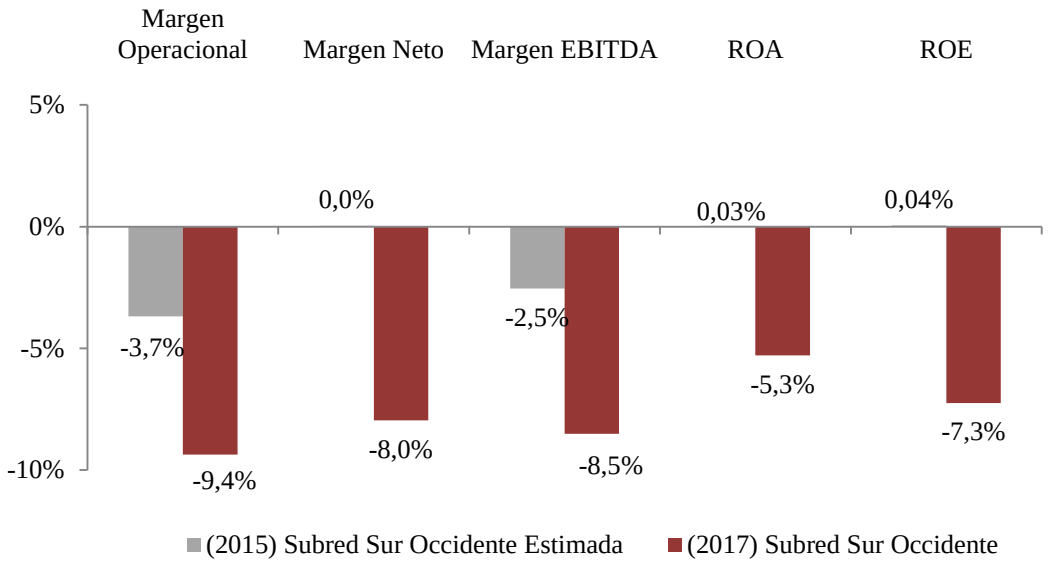
Al comparar entre 2015 y 2017 se observa una reducción en los cinco indicadores de rentabilidad analizados, lo cual es producto de una disminución del nivel de utilidad operacional y un resultado del ejercicio contable más bajo. Específicamente, en 2017, la caída del excedente operacional en 125%, la cual fue producto de inconsistencias tecnológicas y cuentas pendientes por sanear, tuvo como resultado una disminución de la utilidad neta, pasando de $110 millones en 2015 a -$26.115 millones en 2017. No obstante, debe resaltarse que la Subred contó con beneficios no operacionales por concepto de convenios interadministrativos con el FFDS, los cuales fueron muy bajos con relación a su déficit, específicamente el valor de estos excedentes fue de 4.611 millones.

Así, las variaciones previamente mencionadas son consistentes con una caída de 8 p.p. del indicador margen neto, y con disminuciones de los indicadores ROE y ROA en 7,3 p.p. y 5,3 p.p., respectivamente. Igualmente, el margen operacional se vio afectado negativamente en 5,7 p.p. y el margen EBITDA descendió en 6 p.p., indicando una menor eficiencia a la hora de generar flujo de efectivo antes de descontar gastos financieros. Otra subcuenta que afectó el comportamiento de este último indicador corresponde a la de Depreciaciones de Planta y Equipo, la cual decreció en 40%. Sin embargo, este porcentaje está pendiente por confirmar, dado que, por el nuevo marco de normatividad contable, se comenzó un proceso de depuración de los saldos de propiedad, planta y equipo, el cual termina hasta junio de 2018 (Subred Sur Occidente, 2017b).

En general, las variaciones negativas en 2017 permiten concluir que entre 2015 y 2017 la Subred Sur Occidente disminuyó de manera importante su capacidad de generar utilidades, pero no lo suficiente para tener una calificación de riesgo financiero y presupuestal. Frente a este resultado, es importante mencionar que esta Subred en particular ha enfrentado dificultades en elaboración de los Estados Financieros consolidados y confiables una vez se fusionaron los cinco hospitales,

debido a la adopción de varios sistemas de información, por lo cual estos cambios en los indicadores se explican en gran parte tanto por aspectos contables y de los sistemas de información, como por la reforma.

Figura 55. Subred Sur Occidente: Indicadores de Rentabilidad (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur Occidente (2018b).

4.5 Liquidez

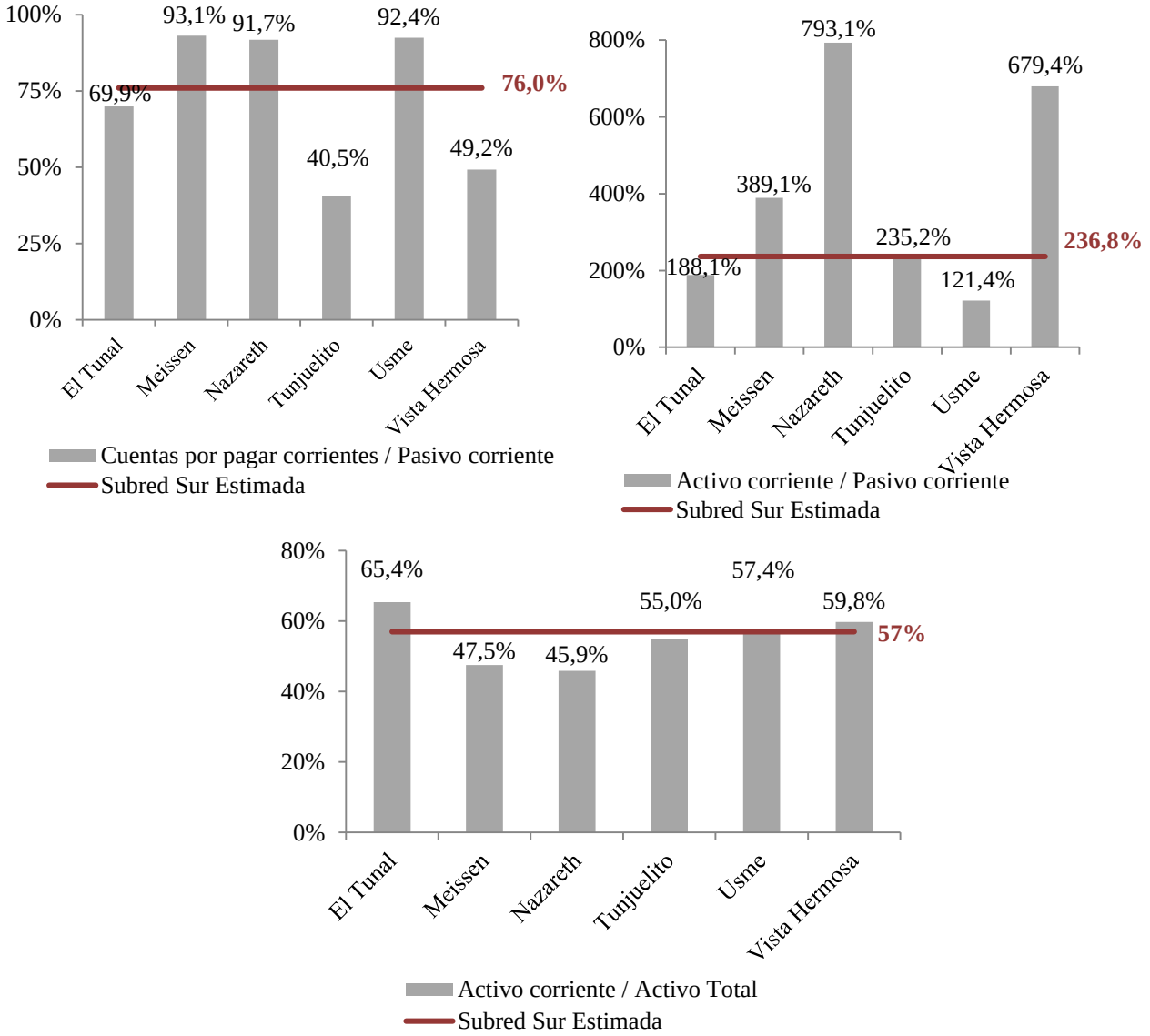
La capacidad de las SISS para responder por sus compromisos financieros de corto plazo es esencial para garantizar la adecuada prestación del servicio y la operación normal de las ESE, (MSPS, 2016j). En este sentido, los índicadores en este ámbito se basan en la estructura de pasivos, en la disponibilidad de fondos para satisfacer la demanda de crédito y en la importancia de los activos corrientes con respecto al total de activos.

Se evalúan tres indicadores que permiten entender el estado de liquidez de las subredes: cuentas por pagar corrientes/pasivo corriente, activo corriente/pasivo corriente y activo corriente/activo total. El índicador cuentas por pagar corrientes/pasivo corriente mide la importancia relativa de las obligaciones de corto plazo que tienen los hospitales con los proveedores y con su personal con respecto a sus pasivos corrientes (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de Argentina, s.f). Por otro lado, el indicador activo corriente/pasivo corriente es esencial para determinar si los activos circulantes de las ESE son suficientes para cubrir sus obligaciones de corto plazo (Acevedo et al, 2015). Finalmente, la razón de activos corrientes a activos totales permite reconocer el porcentaje de activos que se espera convertir en efectivo.

a. Subred Sur

La participación de las cuentas por pagar corrientes en los pasivos de corto plazo fue de 76% para los hospitales que fueron fusionados, pudiendo ser más alta (93,1%) si se considera el Hospital Meissen o más baja (40,5%) si se hace referencia al Hospital Tunjuelito. Adicionalmente, en conjunto, el 57% de los activos de estos hospitales son susceptibles a convertirse en efectivo, y de igual forma, pueden financiar más de dos veces sus obligaciones de corto plazo.

Figura 56. Subred Sur: Cuentas por pagar Corrientes/Pasivo corriente, Activo Corriente/ Pasivo Corriente y Activo corriente/Activo total (2015)

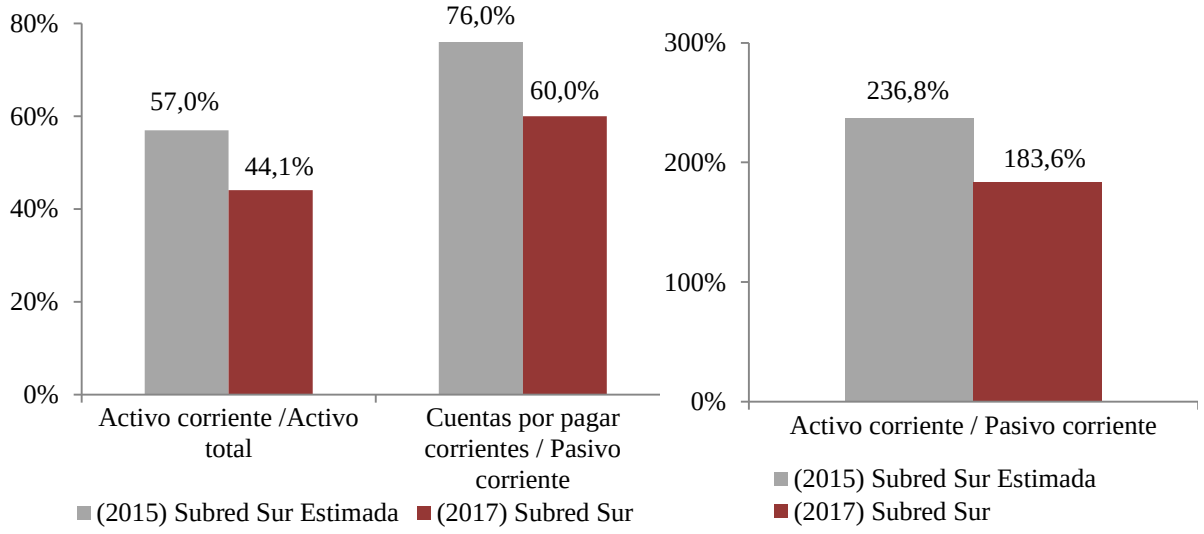


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

Comparando el antes y el despúes de la fusión, se puede observar que de manera general se redujó el nivel de liquidez de la Subred. Primero, se dio una disminución de 16 p.p. de la participación de las cuentas pendientes por pagar en los pasivos corrientes, lo cual puede ser atribuido a una reducción del 14% de la obligaciones de la Subred a favor de terceros. No obstante, con base en la reunión que tuvó la Veeduría Distrital con la Subred Sur, se pudo ver que en realidad, la disminución se explica por inconstencias contables, dado que a la hora de consolidar la información de todos los hospitales, se perdieron muchas facturas de proveedores que correspondían al Hospital de Meissen. Sin embargo, cuando ya se efectuaron citas con proveedores y se circuló la información, se reconocieron más cuentas pendientes por pagar.

Las cuentas por pagar a terceros se han incrementado principalmente por falta de resolución juridica con ciertos proveedores y falta de flujo de caja. Con respecto a la parte juridica, la Subred no pudo cancelar las cuentas de las fundaciones: Centro Cardiovascular, Fundación de la Mano Contigo, Sociedad Oftamológica y Fundación Sinergía, dado que no se conciliaron ciertos saldos y no se resolvieron procesos juridicos en otra de la Subred. En cuanto a la falta de liquidez, como los activos corrientes disminuyeron en 14% por una reducción del 30% del efectivo, las obligaciones a favor de proveedores han tenido que ser postergadas. Así, para la vigencia 2017, el 87% de estas obligaciones tenían una duración mayor a 180 días (Subred Sur, 2017b).

Figura 57. Subred Sur: Indicadores de Liquidez (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Sur (2018b).

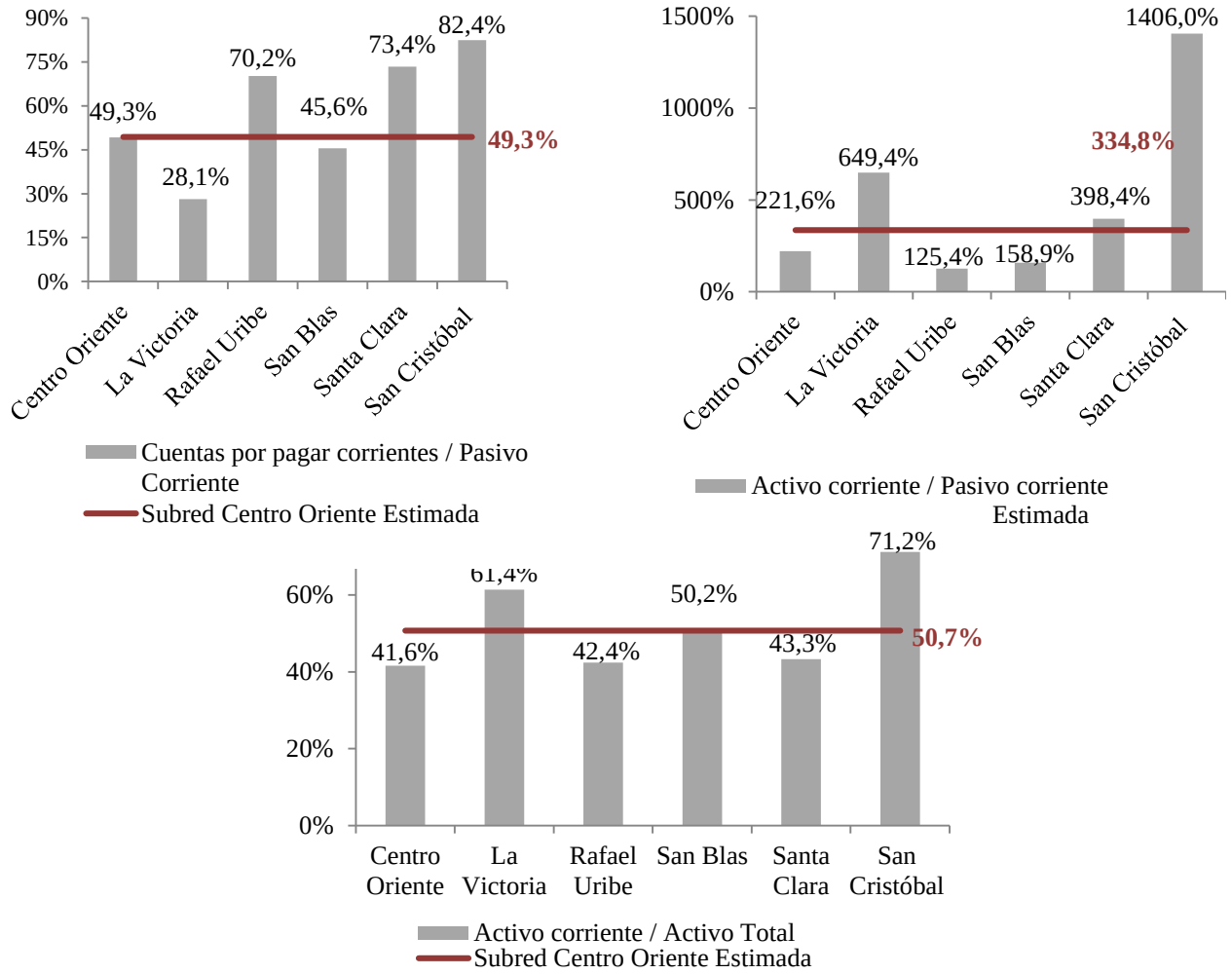
La disminución de efectivo es consecuencia de los pagos juridicos que ha hecho la Subred y la dificultad de conciliación de glosas que ha retardado el proceso de cobro de cartera (Subred Sur, 2017b). Adicionalmente, el incremento de los pasivos corrientes (10,9%), como resultado de un aumento del 62% de la subcuenta Beneficios a los Empleados ha comprometido los recursos de la Subred de manera considerable y ha hecho que la razón de activos corrientes/pasivos corrientes se

reduzca en 53,2 p.p. y el indicador activos corrientes/ activos totales descienda en 12,9 p.p. Vale la pena mencionar que el aumento de los pasivos laborales puede estar relacionado con la reestructuración de planta de personal que realizó la Subred en el 2017, el cual se basó en: pasar de 43 cargos directivos a 23, y crear cinco cargos provisionales (Subred Sur, 2017).

b. Subred Centro Oriente

Frente al indicador de cuentas por pagar/pasivo corriente se observa un valor agregado para los seis hospitales de 49,3%, teniendo que para el Hospital San Cristóbal el 82,4% de las obligaciones contraídas por pagar correspondían a cuentas de corto plazo que no se habían cancelado, en contraposición del Hospital La Victoria que tuvo un resultado de 28,1%.

Figura 58. Subred Centro Oriente: Cuentas por pagar Corrientes/Pasivo corriente, Activo Corriente/ Pasivo Corriente y Activo corriente/Activo total (2015).

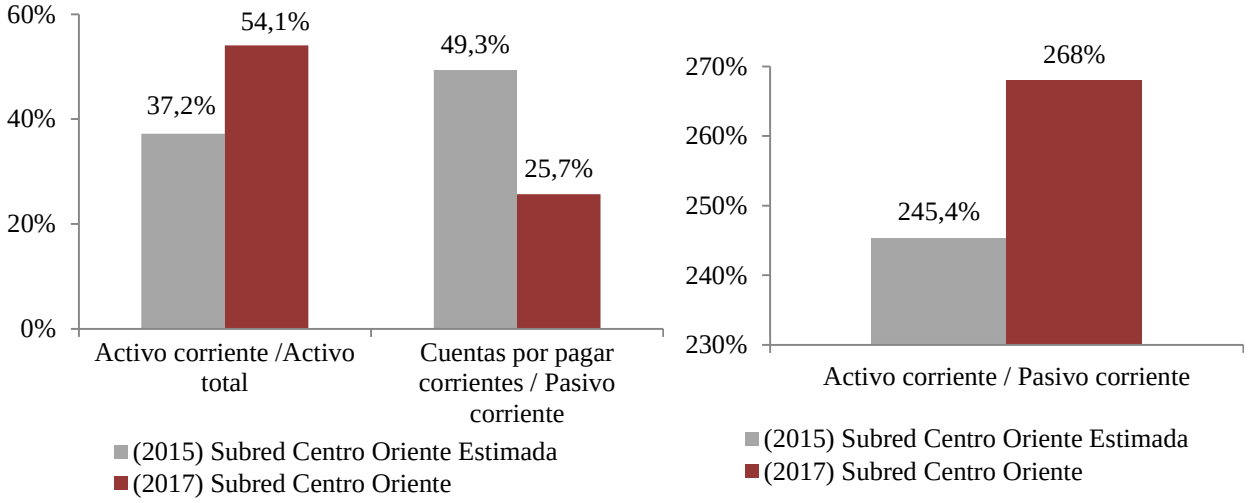


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

En cuanto el indicador activo corriente/pasivo Corriente se encuentra porcentajes muy superiores al 100%, los cuales pueden tener la siguiente interpretación intuitiva. Por ejemplo, en el caso del Hospital San Cristóbal, se puede mencionar que dado su nivel de efectivo, la entidad podía financiar 14 veces su deuda de corto plazo, y de igual forma, Hospitales como La Victoria y Santa Clara tenían la capacidad de financiar hasta 6 y 4 veces, respectivamente, su nivel de obligaciones de corto plazo. Vale la pena resaltar que porcentajes muy elevados no necesariamente significan que los hospitales son solventes en el corto plazo, también pueden reflejar un manejo innadecuado e improductivo de los activos corrientes.

Finalmente, en cuanto a la composición de los Activos Totales, se tiene que el 50,7% de los mismos en promedio para la Subred correspondían a activos corrientes, siendo el Hospital San Cristóbal el de mayor porcentaje (71,2%), mientras que el Hospital Centro Oriente registró el indicador más bajo (41,6%), el cual era inferior al promedio de la Subred.

Figura 59. Subred Centro Oriente: Indicadores de Liquidez (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Centro Oriente (2018b).

Al comparar la vigencia 2017 con el 2015, se observa un incremento de la liquidez de la Subred Centro Oriente, dado que los indicadores de activo corriente/activo total y activo corriente/pasivo corriente presentaron un crecimiento de 16,9 p.p. y de 22,6 p.p. Por otra parte, el indicador de cuentas por pagar corrientes/pasivo corriente se redujo en 23.6 p.p. Estos cambios porcentuales son consecuencia de: una disminución del 34% en las cuentas que debía pagar la Subred en un periodo inferior al año, un incremento del 45,9% de los pasivos corrientes y un aumento del 20% de los activos corrientes.

La principal razón de cada una de las variaciones mencionadas es atribuida a los ingresos adicionales generados en la liquidación[26] de dos de los veintidos convenios y contratos interadministrativos suscritos entre la SDS, el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y la Subred:

- Por el lado de las cuentas pendientes por pagar de la Subred, se considera principalmente el pago a los proveedores, y justamente estos convenios proporcionaron recursos para la financiación de los pasivos por este concepto en un periodo que se encontraba pactado. Esto permitió que se obtuvieran descuentos en el pago de las cuentas y se lograra un ahorro adicional (Subred Centro Oriente, 2017b).

- En cuanto al incremento de los pasivos corrientes, una de las subcuentas que más aumentó en el periodo de 2015-2017 fue: Otros Pasivos Corrientes (314,7%). Este crecimiento se debe principalmente a los saldos de convenios suscritos con el FFDS y el Fondo de Desarrollo Local (FDL). Adicionalmente, a pesar de que los diferentes convenios generaron esfuerzos para disminuir el pasivo por concepto de primas y salarios, se percibió un incremento del 188,9% de la subcuenta Beneficios a los Empleados, resultado de un reconocimiento de mayores obligaciones laborales y un incremento salarial de los empleados públicos distritales para la vigencia 2017, determinado por la SDHy el Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital[27] (Subred Centro Oriente, 2017c).

- Con respecto al crecimiento del activo corriente en 20%, la SDS brindó un apoyo financiero a la Subred para la recuperación de cartera a favor de cada unidad prestadora de servicios, permitiendo un aumento de los recursos disponibles (Subred Centro Oriente, 2017b).

Así, los anteriores hechos confirman que la Subred contó con un mayor nivel de recursos disponibles en el corto plazo, principalmente, por financiamiento externo, lo que evidencia un mayor nivel de liquidez. No obstante, siempre se debe mantener la relación de que los activos corrientes superan a los pasivos corrientes para determinar solvencia en el corto plazo, lo cual termina ocurriendo en este caso.

c. Subred Norte

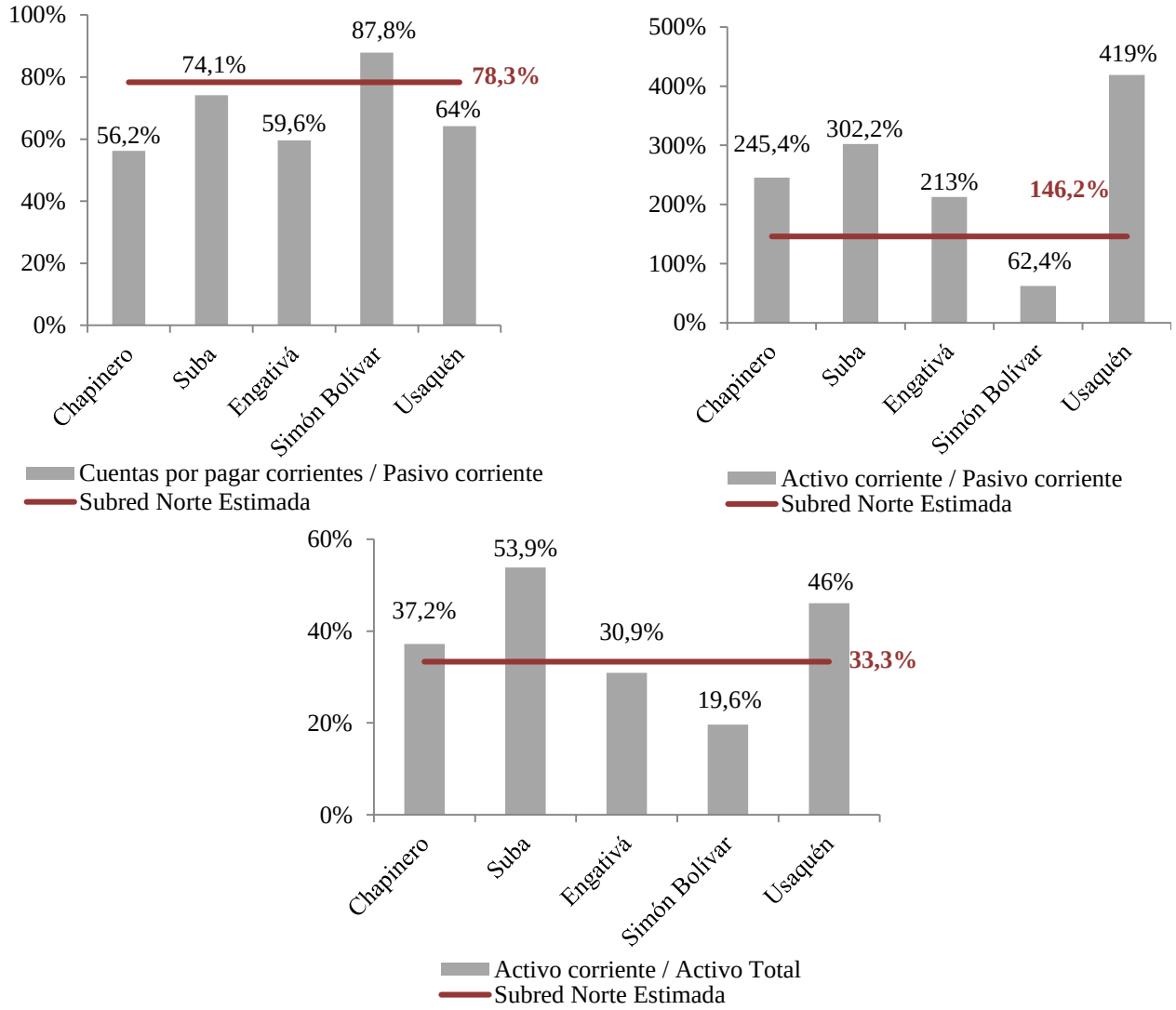
En el 2015 los hospitales que fueron fusionados en la Subred Norte presentaban una relación de cuentas por pagar corrientes/pasivo corriente del 78,3%, con valores que oscilan entre el 56,2%, correspondiente al Hospital Chapinero, y el 87,8% del Hospital Simón Bolívar. Asimismo, el indicador activo corriente/pasivo corriente alcanzaba un valor de 146,2%, con el Hospital Usaquén mostrando el valor más alto (419%), y el Hospital Simón Bolívar con un valor menor al 100%

[26] Convenio 1465 de 2016 y 1605 de 2016.
[27] Los lineamientos de esta medida se encuentran en la Circular Conjunta 001 del 25 de enero de 2017.

(62%), lo cual implicaba que esta ESE no tenía la capacidad necesaria para respaldar su deuda en el corto plazo.

Frente a los activos corrientes en el total de activos, es posible ver que el estimado de la Subred sugiere que el 33,3% de los activos de los hospitales eran activos circulantes. Adicionalmente, los Hospitales Suba, Usaquén y Chapinero sobresalieron por sus altos niveles de liquidez, los cuales eran 53,9%, 46% y 37,2%, respectivamente. No obstante, otras unidades como Engativá y Simón Bolívar tuvieron un menor flujo de caja que el agregado, siendo el Simón Bolívar el más ilíquido en la vigencia de 2015.

Figura 60. Subred Norte: Cuentas por pagar Corrientes/Pasivo corriente, Activo Corriente/Pasivo Corriente y Activo Corriente/Activo Total (2015).



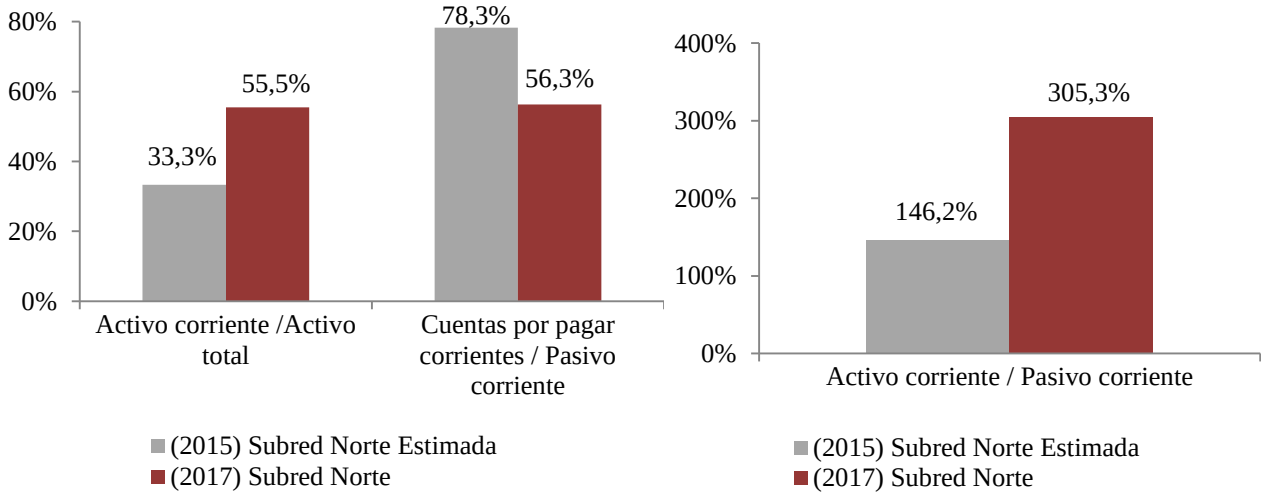
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

Luego de un año de la creación de las subredes, se destaca el hecho que la Subred Norte incrementó su nivel de liquidez en 2017 con respecto al 2015. Por un lado, la participación de las cuentas por pagar en los pasivos corrientes se redujo 22 p.p., lo cual es una consecuencia de la disminución del 18% de las cuentas por pagar en el corto plazo. Esta reducción fue producto de dos medidas: la primera es que se suscribió el convenio 1209 de 2017 entre la Subred Norte y el FFDS y la SDS, el cual garantizó el pago a proveedores que reflejaban facturas pendientes por pagar de las diferentes unidades fusionadas. La segunda medida corresponde a la estrategia de depuración elaborada por la Subred que consistió en el cruce de información contable con cada uno de los proveedores y los acreedores. Esta estrategia registraba un avance del 95% (Subred Norte, 2017c).

Otra variación que debe resaltarse corresponde al incremento del 14% de la cuenta de Pasivos Corrientes, la cual es atribuida al aumento de 138,8% de la subcuenta de Beneficios a los Empleados. No obstante, vale la pena precisar que al cierre de la vigencia fiscal 2017, se encontraba en proceso la implementación del manejo de la información de nómina de la Subred, dado que la información se tenía en ese momento en archivos planos relacionados en comprobantes contables mensuales. Por este motivo, es posible que el valor registrado sea provisional y su crecimiento llegue a ser inferior (Subred Norte, 2017c).

Adicionalmente, los activos corrientes registraron un incremento significativo del 139%, la subcuenta que más contribuyó a este crecimiento corresponde a la subcuenta de Deudores, la cual incrementó en 173,2%. Esta variación, como se mencionó en la sección de Calidad de Activo, se dio principalmente por un mayor nivel de incumplimiento de pagos, específicamente, de la EPS-S Capital Salud. De esta manera, como los activos corrientes crecieron en una mayor proporción que los pasivos corrientes, el indicador de activos corrientes/pasivos corrientes aumentó en 159,1 p.p., teniendo un resultado de 305,3%. Asimismo, la razón de activo corriente/activo total creció en 22,2 p.p.

Figura 61. Subred Norte: Indicadores de Liquidez (2015-2017).



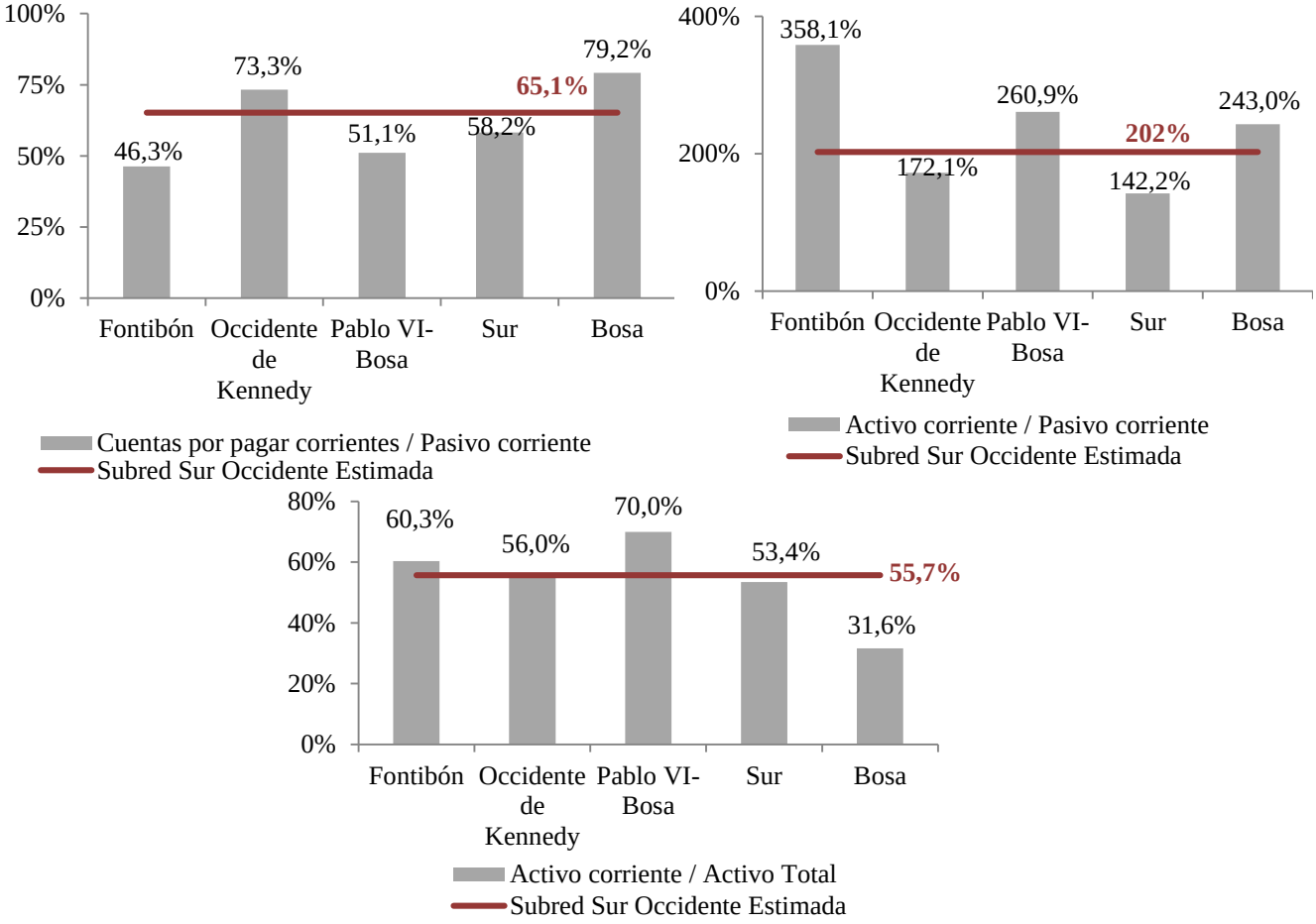
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en Subred Norte (2018b).

Finalmente, es importante señalar que el día 31 de julio de 2018 la Veeduría Distrital se reunió con profesionales del área financiera de la Subred, quienes afirmaron que es cierto que los indicadores reflejan un mayor nivel de liquidez, pero en la realidad, el recaudo no es suficiente para el gasto que la entidad ejecuta, lo cual es consistente con una reducción del 14% de sus ingresos operacionales y con el déficit presupuestal que presentó la Subred en la vigencia de 2017, el cual fue de $64.862 millones. En consecuencia, este es uno de los retos que la Subred Norte cuenta en el momento de prestar sus servicios.

d. Subred Sur Occidente

En la Figura 62 se puede observar que el 65,1% de las obligaciones de los cinco hospitales de la Subred Sur Occidente hacían referencia a pasivos de corto plazo. El Hospital de Bosa presentaba el mayor valor al respecto, excediendo el estimado de la Subred en 14,1 p.p.

Figura 62. Subred Sur Occidente: Cuentas por pagar Corrientes/Pasivo Corriente, Activo Corriente/Pasivo Corriente y Activo Corriente/Activo Total (2015).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en la Subred Sur Occidentes (2018b).

Al analizar el indicador activos corrientes/pasivos corrientes, se puede afirmar que todos los hospitales contaban con los recursos suficientes para financiar sus compromisos en el corto plazo, puesto que el valor de este indicador para todos los hospitales era superior al 100%. Lo anterior permite afirmar que en la vigencia 2015, la Subred contaba con un monto de pasivos corrientes inferior al de activos corrientes, teniendo un indicador activo corriente/pasivo corriente de 202%. Adicionalmente, la razón de activos corrientes a activos totales para la Subred era de 55,7%, mostrando la mayor relación el Hospital Pablo VI Bosa (70%) y el Hospital Bosa el valor más bajo (31,6%).

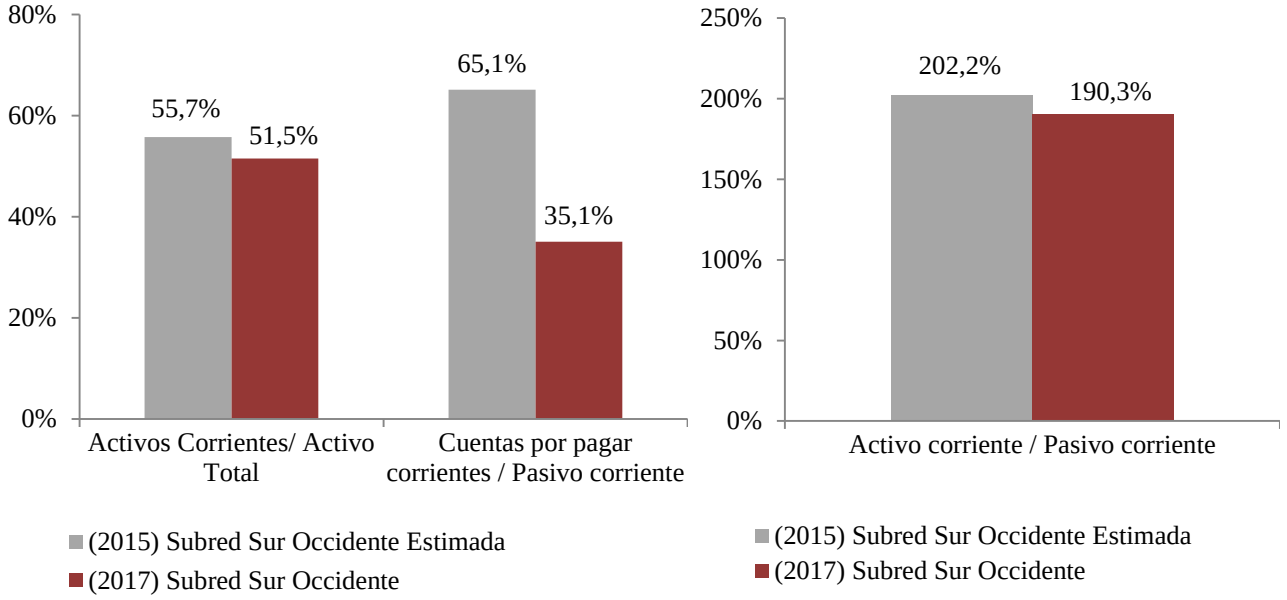
En la vigencia de 2017, las obligaciones de corto plazo a cargo de la Subred a favor de proveedores y acreedores descendieron en 31%, por consiguiente, tuvieron una participación del 35,1% en los pasivos corrientes, un porcentaje inferior al que se registró en el 2015. Esta situación es atribuida principalmente a la depuración e identificación que ha realizado la Subred de las facturas pendiente por radicar. Asimismo, la fusión ha permitido que los hospitales que estaban menos endeudados generen un apalancamiento y apoyo, tanto en términos financieros como en la prestación de servicios, a hospitales que tenían más obligaciones por pagar (con base en reunión realizada por la Veeduría Distrital con la Subred Sur Occidente el 30 de julio).

No obstante, también se encontraron dificultades en el pago de facturas a proveedores. Una corresponde a los convenios para pagos suscritos con el FFDS, la cual en principio buscaba la reducción de esta cuenta, pero contó con inconsistencias como falta de evidencia documental de las partidas y en algunos casos se presentaron saldos contrarios a su naturaleza. Otra hace referencia al incremento de la subcuenta de Beneficios de los empleados en 34,3%, lo que generó la necesidad de que la Subred diera como prioridad al pago de obligaciones laborales y del personal vinculado a la prestación de servicios, en lugar de incorporar un mayor nivel de recursos al pago de los proveedores (Subred Sur Occidente, 2017b).

Lo anterior tuvo como resultado un aumento del 27,4% de los pasivos corrientes, y como este porcentaje fue superior al incremento de los activos corrientes (20%), el indicador de solvencia activos corrientes/ pasivos corrientes decreció en 11,9 p.p. Un motivo por el cual los activos corrientes no tuvieron un crecimiento tan elevado es la legalización de los convenios interadministrativos durante la vigencia 2017, puesto que los recursos que provienen de esos acuerdos se clasificaron en la subcuenta de Efectivo de uso Restringido. En particular, ocho convenios representaron el 85% de esa cuenta y se caracterizaron por proveer recursos con destinación específica a inversión de dotación e infraestructura, por ende, no se pudo disponer de estos recursos para otras actividades (Subred Sur Occidente, 2017b).

De acuerdo con lo anterior, el indicador de activos corrientes/activo total presentó una caída de 4,2 p.p. en 2017 frente al 2015 y en general, los resultados de los tres indicadores muestran que la Subred Sur Occidente cuenta con un menor nivel de liquidez.

Figura 63. Subred Sur Occidente: Indicadores de liquidez (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en la Subred Sur Occidentes (2018b).

4.6 Conclusiones

a. Capital

En el periodo 2015 - 2017, las Subredes Centro Oriente y Sur incrementaron su nivel de apalancamiento financiero con terceros, lo cual se refleja en el indicador pasivo/patrimonio que en la Subred Centro Oriente aumentó en 4,5 p.p. y en la Subred Sur creció en 12,1 p.p. En el caso de la Subred Centro Oriente, los pasivos se incrementaron el 31,8% como consecuencia de:

- Un reconocimiento contable de obligaciones que previamente no se registraban y se encontraban relacionadas con los recursos humanos y proveedores.
- Un mayor número de obligaciones por el mantenimiento de equipos industriales y de adecuación de áreas administrativas y asistenciales como en las USS San Blas, La Victoria y Santa Clara.

De igual forma, los pasivos de la Subred Sur aumentaron en 39%, producto de un mayor nivel de pago de las obligaciones legales y de una mayor dificultad de recuperar cartera dado que el porcentaje que se glosa asciende al 8%.

Una mayor dependencia de recursos externos se confirma con los resultados más bajos en el indicador de patrimonio/activo en el 2017 con respecto a 2015 para las dos Subredes, debido a que el crecimiento del patrimonio de estas Subredes fue inferior al 10%.

De manera contraria, las Subredes Norte y Sur Occidente reflejaron un menor nivel de acceso al financiamiento externo, puesto que la participación del pasivo en el patrimonio disminuyó en su orden en 7,2 p.p., y 8,9 p.p. En el caso de la Subred Norte, el patrimonio ascendió en 31,8%, lo cual es atribuido a la existencia de discrepancias de saldos reportados por las áreas de suministro y de contabilidad en las cuentas de medicamentos y de material quirúrgico de la vigencia anterior. Asimismo, en la vigencia 2017, se registró en su totalidad los bienes que estaban pendientes de legalizar y que se usaban de manera permanente sin contraprestación. En cuanto a la Subred Sur Occidente, el patrimonio subió el 42,8%. Esta variación se explica por dos aspectos: un aumento de la propiedad, planta y equipo, y segundo, un mayor ajuste contable para depurar pasivos provenientes de convenios con el FFDS.

b. Calidad de Activo

Las Subredes Centro Oriente, Norte y Sur presentaron un incremento del porcentaje de deudores con respecto a sus activos entre 2015 y 2017, siendo el más significativo el crecimiento de la Subred Norte (29,3 p.p.) y el menos significativo el correspondiente a la Subred Sur (0,1 p.p.). Uno de los principales causantes del crecimiento es la cuenta de deudores, debido a las dificultades para el cobro y el reconocimiento de obligaciones con las EAPB. En especial, las demoras con Capital Salud EPS-S, el mayor pagador y facturador de servicios de salud, afectaron el valor de las obligaciones a favor de las subredes y prolongó la duración de la cartera. Esto igualmente afecta a la Subred Sur Occidente, a pesar de que esta presentó una caída en este indicador. A lo anterior, se suma cambios en los lineamientos por parte del MSPS en la contabilidad de las cuentas por cobrar, que generan un aumento de la cartera de largo plazo.

Cabe señalar que en el caso particular de la Subred Norte se presentaron inconvenientes en el funcionamiento de su nuevo sistema de información, que generó inconsistencias en los cargos de medicamentos a las EPS y devolución de cuentas. Asimismo, en la Subred Sur, la prestación de servicios a personas vinculadas a IPS con las cuales no se mantenía un contrato dificultó el registro contable y la conciliación de esas operaciones.

Con respecto al indicador Pasivo/Activo, las Subredes Sur y Centro Oriente tuvieron una variación positiva de 2015 a 2017, en particular, estas variaciones fueron de 2,9 p.p. y 6,2 p.p., lo cual es consecuencia de un incremento de los pasivos superior al 30% para cada una de las SISS. De otra parte, las Subredes Norte y Sur Occidente este indicador disminuyó 6,6 p.p. y 6,8 p.p.

c. Capacidad de la Gerencia

Las Subredes Centro Oriente y Norte presentaron una mejora en gestión de sus recursos, lo cual se refleja en una caída del indicador gasto operativo/ingreso operativo, y en la generación de

utilidades, que se observa en el incremento del indicador utilidad/gasto operativo. La Subred que experimentó una reducción más significativa del gasto operacional fue la Subred Norte (-60%), dado que se presentó una baja de glosas efectuadas por los pagadores que permitió que se diera una reducción significativa de las provisiones y amortizaciones de cartera que se encontraba en riesgo de deteriorarse. De igual manera, descendieron los gastos administrativos, relacionados con el personal, insumos de oficina, entre otros. Por su parte, la Subred Centro Oriente redujo sus gastos operacionales en el 38%, debido a la unificación de la planta de personal, el desarrollo de procesos de compra unificada de medicamentos y el aprovechamiento de descuentos por un pronto pago a proveedores.

De manera opuesta, las Subredes Sur y Sur Occidente presentan una disminución en la capacidad de gestión, dado que tuvieron que dedicar una mayor proporción de sus ingresos relacionados a la prestación de servicios en los gastos operacionales, además de que los niveles de utilidad con respecto al gasto operativo disminuyeron hasta ubicarse en niveles negativos. En el caso de la Subred Sur el incremento significativo de sus gastos (21%) se dio como consecuencia principalmente de tres aspectos: i) un mayor nivel de provisión de procesos judiciales; ii) un ajuste contable más elevado para reconocer el deterioro de las cuentas por cobrar; e iii) incertidumbre sobre el momento en el cual se recuperará cierta cartera, generando más actividades de depuración ordinaria y extraordinaria.

d. Rentabilidad

Las Subredes Centro Oriente y Norte contaron con un incremento en su capacidad de generación de utilidades netas, lo cual se ve reflejado en un aumento de más del 100% del resultado del ejercicio para ambas Subredes y en el cambio positivo en los indicadores de rentabilidad, como el margen neto, el margen EBITDA, el ROA y el ROE. Lo anterior esta mediado por un mayor nivel de transferencias de recursos del SGP, un mayor nivel de recaudo por los convenios interadministrativos con el FFDS y la SDS, y un mayor nivel de suficiencia a la hora de generar efectivo sin descontar gastos financieros como amortizaciones y depreciaciones.

De otra parte, las Subredes Sur y Sur Occidente tuvieron un decrecimiento en la generación utilidades producto principalmente por un decrecimiento de las utilidades operacionales. Estas Subredes registraron el mayor nivel de pérdidas del ejercicio, respectivamente -$75.086 millones y -$26.115 millones, y los déficits operacionales más considerables: -$51.259 millones y -$30.726 millones. Las causas principales corresponden a un incremento de los gastos operacionales y a una reducción de los ingresos operacionales por el nuevo modelo de pago.

Todas las SISS experimentaron un menor margen operacional, exceptuando la Subred Norte, debido a que en general las Subredes experimentaron una reducción de sus ingresos operacionales, posiblemente por la menor producción en los servicios de consulta externa y hospitalización, y por la implementación del nuevo modelo de pago PGP con Capital Salud que se realizó en agosto de 2017, el cual generó dificultades al final de la vigencia de adaptación a los cambios de tarifa y la necesidad de realizar ajustes contables significativos. No obstante, la Subred Norte tuvo un

comportamiento opuesto, puesto que los gastos operacionales disminuyeron en un porcentaje más significativo (-60%) en relación a los ingresos operacionales (-14%).

e. Liquidez

Las Subredes Centro Oriente y Norte evidenciaron un mayor nivel de liquidez para la vigencia 2017, lo cual se refleja en un aumento del indicador de solvencia de corto plazo (activos corrientes/pasivos corrientes), en una mayor participación de los activos corriente en el total de activos y una reducción de las deudas de corto plazo. En particular, los indicadores de solvencia de ambas subredes muestran que sus activos corrientes pueden financiar casi tres veces sus pasivos corrientes. Este hecho se fundamenta en los ingresos adicionales generados en los contratos con el FFDS y en el esfuerzo para reducir obligaciones de corto plazo por concepto de proveedores, primas y salarios.

De forma opuesta, las Subredes Sur y Sur Occidente contaron con menores niveles de liquidez, dado que descendieron tanto los indicadores de solvencia como la participación de los activos corrientes en los activos totales. La Subred Sur se destaca por un menor nivel de solvencia ya que su efectivo ha disminuido en 30% por los pagos juridicos que ha tenido que realizar y por la dificultad de conciliación de glosas que ha retardado el cobro de cartera. Por su parte, la Subred Sur Occidente contó con una mayor restricción de efectivo, dado que recibió recursos que sólo podía destinar a inversión de dotación e infraestructura, dejando poca disponibilidad a necesidades de corto plazo.

Todas las subredes han realizado esfuerzos significativos para reducir las obligaciones que tenían a favor de proveedores. Se destacan las Subredes Centro Oriente y Norte por contar con reducciones del 32% y 18%, respectivamente, lo cual se debe a los recursos adicionales que obtuvieron en los convenios interadministrativos y a las estrategias de depuración que permitieron realizar un cruce de información contable con cada uno de los proveedores y acreedores. De igual forma, la Subred Sur Occidente tuvo una reducción del 12%, por depuración e identificación de facturas pendientes por radicar. Asimismo, la fusión permitió que los hospitales que estaban menos endeudados generaran un apalancamiento y apoyo en términos financieros y de prestación de servicios a los hospitales que tenían más obligaciones por pagar.

Por último, en la Subred Sur se observa una caída del 31% de cuentas pendientes por pagar a terceros y a proveedores. Sin embargo, con base en la reunión que tuvo la Veeduría Distrital con el Director Contable de la Subred, se identifica que, en realidad, la disminución se explica por inconsistencias financieras, ya que hasta ahora se reconocieron cuentas pendientes por pagar del Hospital Meissen, las cuales previamente no se habían incorporado en los balances contables. Incluso, en la reunión se evidencia que las cuentas por pagar han aumentado por falta de flujo de caja y dificultad de resolución jurídica con ciertos proveedores.

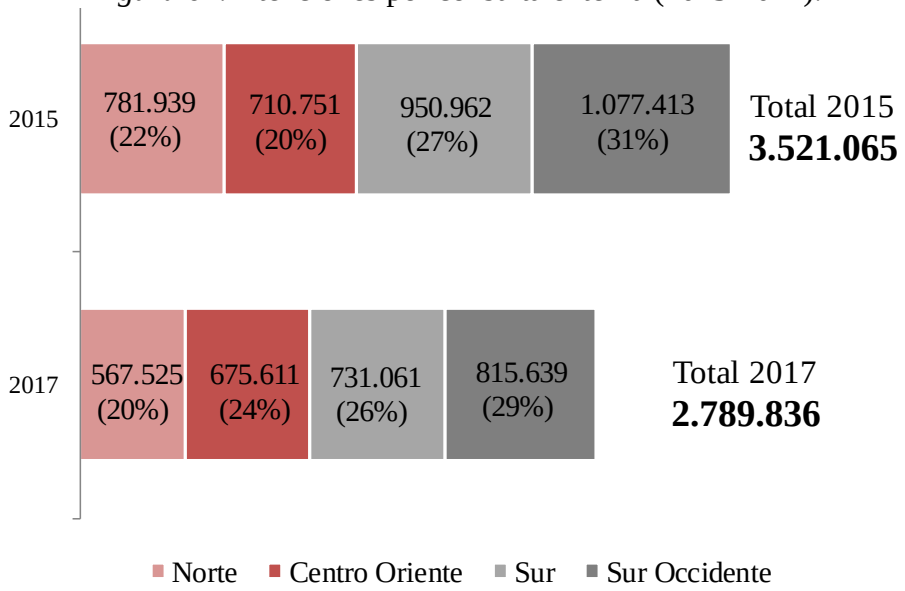
5. Condiciones de la oferta del servicio

Como consecuencia del proceso de creación de las SISS y de los cambios en el modelo de prestación de servicios contemplado por el Acuerdo 641 de 2016, se esperaría observar cambios en la producción de los servicios de todas las USS que hacen parte de las subredes, especialmente, una mayor descentralización de los servicios ambulatorios y de las atenciones de las unidades de mayor complejidad hacia las de menor complejidad, así como un fortalecimiento de las atenciones en las USS de este nivel. Por lo anterior, y como se señaló en la metodología, en este capítulo se realiza una comparación entre 2015 y 2017 de la producción de las subredes y de sus USS para los siguientes servicios de salud:

1. Consultas externas
2. Egresos por hospitalización
3. Observaciones de Urgencias
4. Procedimientos Quirúrgicos
5. Eventos Obstétricos

Frente a estos servicios, se encuentra una reducción en el número de consultas externas y de egresos por hospitalización, mientras que en el servicio de observaciones de urgencias el número de atenciones se incrementó entre el 2015 y el 2017. En particular, las consultas externas se redujeron en un 20%, pasando de 3.521.065 atenciones en 2015 a 2.789.836 en 2017. Los egresos por hospitalización disminuyeron de 212.913 egresos en 2015 a 192.822 en 2017, lo que representa una reducción del 10%. En cuanto a las atenciones en observación de urgencias, se observa un incremento del 3,8%, pasando de 130.297 a 135.487 atenciones.

Figura 64. Atenciones por consulta externa (2015-2017).



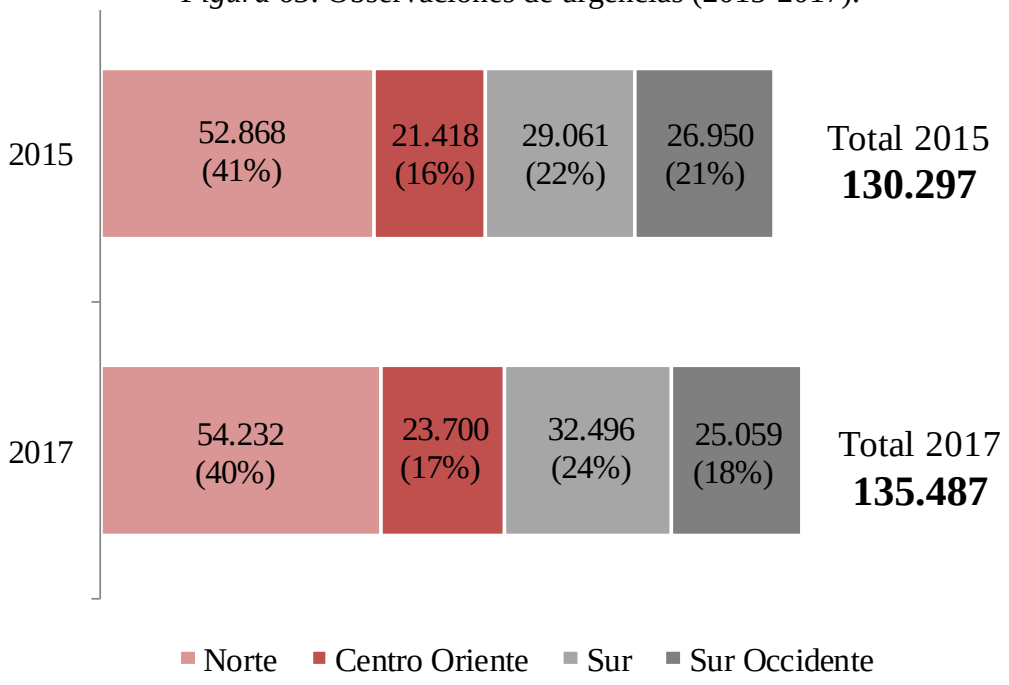
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Adicionalmente, tanto en los procedimientos quirúrgicos como obstétricos, se presentó una reducción entre 2015 y 2017, en el primer caso, del 6%, al pasar de 151.313 procedimientos a 142.233; mientras que, en el segundo caso, en 2015 se realizaron 18.167 partos y 9.288 cesáreas, y en 2017, se llevaron a cabo 15.178 partos y 7.904 cesáreas, lo que representa una caída de 20% y 17% respectivamente. Cabe resaltar que la proporción de partos por cesárea en toda la red se mantuvo constante en 34% entre los dos años.

Al analizar el comportamiento de la producción de consultas externas entre las subredes, se encuentra que la Subred Sur Occidente es la SISS que generó el mayor número de consultas externas, mientras que las Subredes Norte y Centro Oriente son las que menos consultas realizaron. Acá es importante señalar, que, aunque las cuatro subredes redujeron el número de consultas externas realizadas entre 2015 y 2017, la Subred Norte presentó una caída pronunciada que la llevó a ser en 2017 la Subred con menor número de consultas externas, situación contraria a la Subred Centro Oriente que pasó a ser la tercer Subred en producción de este servicio en el 2017.

En cuanto al número de atenciones en observación de urgencias, la Subred Sur Occidente es una excepción, dado que presentó una reducción del 7% en el número de atenciones realizadas entre 2015 y 2017, mientras que las otras subredes crecieron en este indicador. En este servicio, la Subred Norte es la que más atenciones produjo, generando 54.232 consultas en 2017, en contraste con la Subred Centro Oriente que generó 23.700 atenciones.

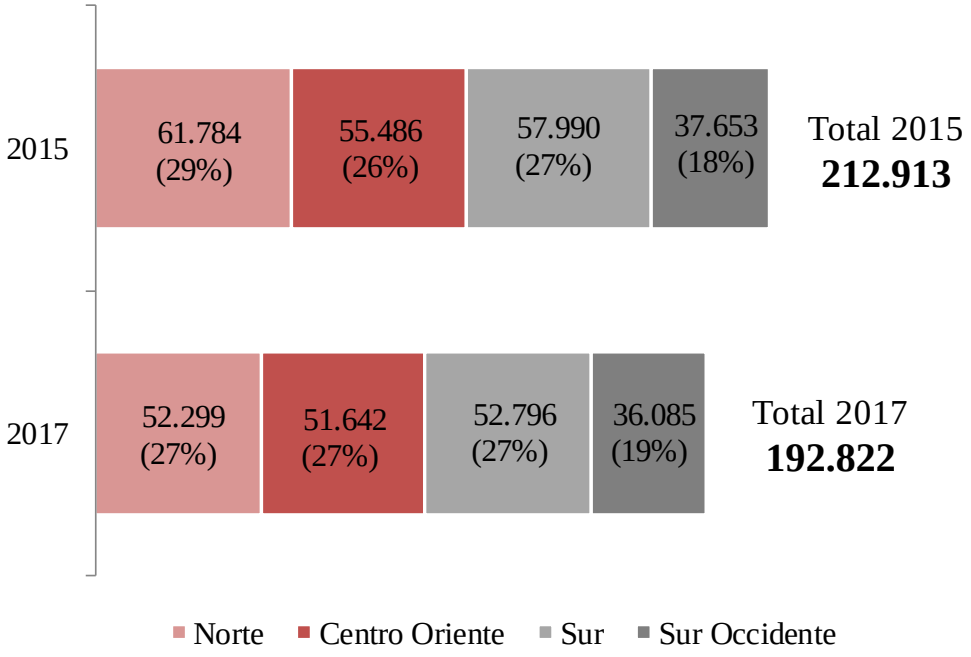
Figura 65. Observaciones de urgencias (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Con respecto a los egresos por hospitalización, se encuentra que en todas las subredes disminuyó la producción por este concepto, la mayor caída en términos porcentuales se presentó en la Subred Norte (18%), seguida de la Subred Sur (10%), Centro Oriente (7%) y Sur Occidente (4%). En cuanto a la participación de cada subred sobe el total de procedimientos, en 2015 la Subred Norte generaba la mayor proporción de egresos del Distrito (29%), pero este porcentaje disminuyó al 27% en el 2017 y fue igualado por las Subredes Centro Oriente y Sur. De otra parte, la Subred Sur Occidente presentó el menor número de egresos llegando a 36.085 en 2017, pero su participación sobre el total de la Ciudad aumentó un punto porcentual (p.p.) al pasar de 18% a 19%.

Figura 66. Egresos por hospitalización por Subred.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Adicionalmente, vale la pena destacar que la realización de procedimientos obstétricos cayó en todas las subredes, la mayor caída se presentó en la Subred Centro Oriente (36%), le sigue la Subred Sur (16%), luego la Subred Norte (14%) y finalmente la Subred Sur Occidente (13%). En relación con los procedimientos quirúrgicos, la entidad que realizó el mayor número de procedimientos fue la Subred Norte. El mayor decrecimiento en términos porcentuales se presentó en la Subred Sur (24%), seguida de Sur Occidente (4%), Centro Oriente (1%) y Norte (0,2%).

En las siguientes secciones del capítulo se presenta por cada subred un análisis con mayor detalle del comportamiento de la producción de los cinco servicios de salud señalados para cada una de las subredes, teniendo en cuenta los retos planteados a corto plazo para la reorganización del Sector, tales como: mayor cobertura y descongestión de las unidades de mayor complejidad, aumento en

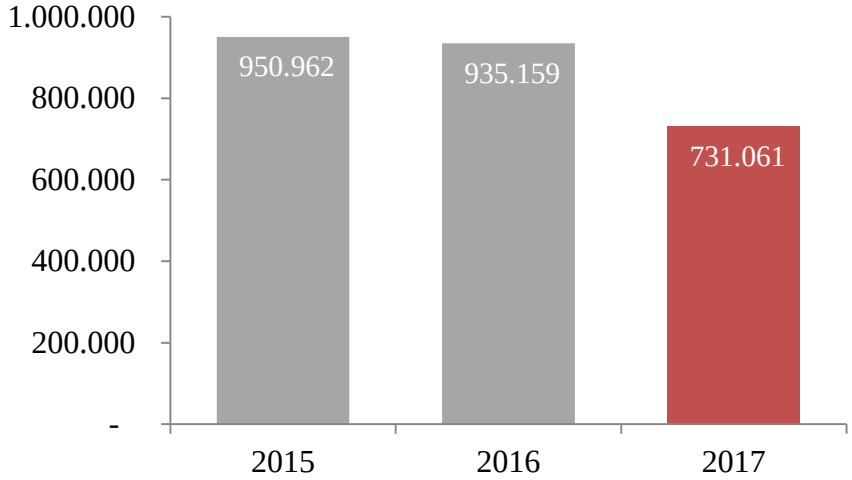
la demanda de servicios de medicina especializada y mejor resolutividad en los servicios de urgencias.

5.1 Subred Sur

a. Atenciones por consulta externa

Durante el 2017, la Subred Sur realizó un total de 731.061 consultas, mientras que las unidades de atención fusionadas en la misma habían generado en 2015 en total 950.962 consultas, lo que representa una reducción del 23,1% (219.901 atenciones) entre los dos años. Esta reducción se presentó en la mayoría de USS de la Subred, aunque se destacan: el CAPS Marichuela por presentar una evolución positiva contraria al promedio general de la Subred; las USS Nazareth y San Juan de Sumapaz, en la localidad de Sumapaz, que presentaron un decrecimiento de 18.135 atenciones en el primer caso y 18.769 en el segundo; y la USS Meissen, de mediana complejidad, que presentó el mayor decrecimiento (86%), pasando de 125.548 atenciones en 2015 a 67.598 en 2017.

Figura 67. Subred Sur: Número de atenciones en consulta externa (2015-2017).

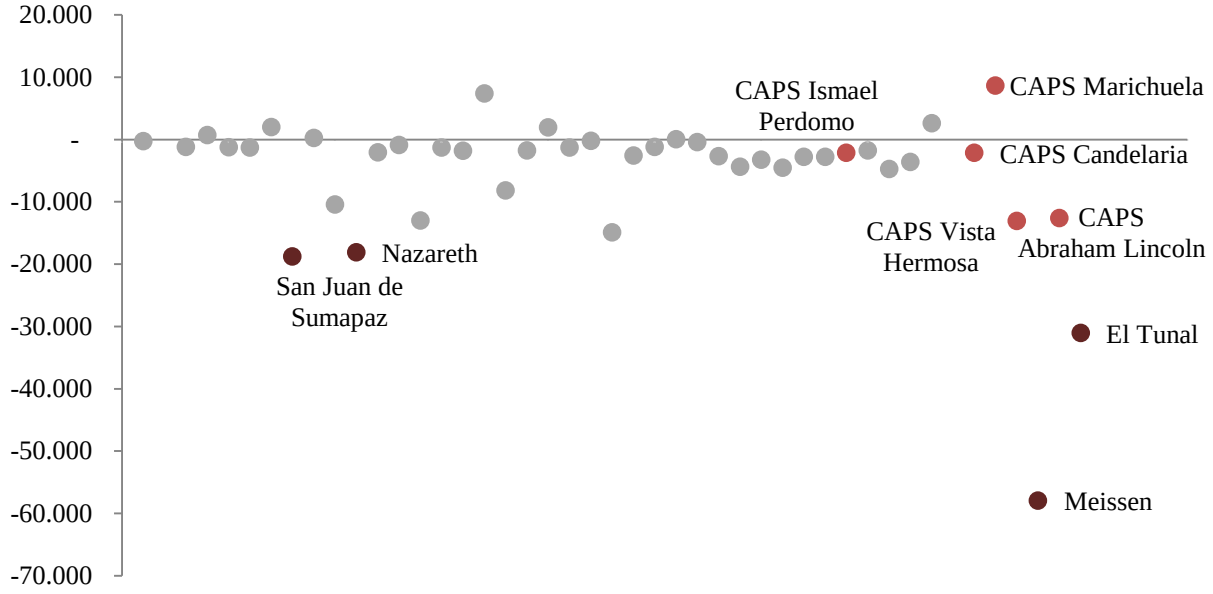


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Analizando de forma independiente la USS El Tunal, la cual atiende los casos de alta complejidad de la Subred, se encuentra que el número de consultas externas se redujo de 127.938 atenciones en 2015 a 96.863 en 2017. Sin embargo, la participación de esta USS en el total de consultas realizadas en la Subred no presentó una variación significativa entre 2015 y 2017, teniendo que la USS en los dos años atendió el 13% del total de consultas generadas por la Subred. De acuerdo con la reunión realizada con los funcionarios de la Subred, este porcentaje se genera en parte porque las especialidades básicas que fueron trasladadas desde la USS El Tunal hacia los CAPS fueron reemplazadas con la oferta de otros servicios especializados para así, compensar el traslado. Un ejemplo es la medicina alternativa.

Dentro de los factores que han generado la disminución de consultas externas en la Subred se pueden identificar: i) la reducción del 7,9% en el número de afiliados del régimen subsidiado en las localidades que cubre la Subred, lo cual afecta en general la producción de todos sus servicios (Página web SDP); ii) la tasa de inasistencia, que en 2017 fue del 18,7% (Página web SDS), esto a pesar de los esfuerzos realizados para disminuirla tales como enviar recordatorios por medio de mensajes de texto el día anterior a la cita. En este aspecto, los funcionarios de la Subred hicieron hincapié en la necesidad de promover nuevas iniciativas desde la Administración Distrital para estimular la corresponsabilidad entre los usuarios y asegurar el cumplimiento de las citas programadas.

Figura 68. Subred Sur: Variación del número de atenciones en consulta externa (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Frente a las unidades de servicio y teniendo en cuenta que uno de los cambios importantes en la producción de consultas externas ha sido el fortalecimiento de la atención de servicios especializados en el componente primario por medio de los CAPS, se destaca lo siguiente en la Subred Sur: i) se ha puesto en funcionamiento de manera efectiva seis CAPS: Abraham Lincoln en la localidad de Tunjuelito, Candelaria II, Vista Hermosa e Ismael Perdomo en Ciudad Bolívar, y Marichuela y Betania en Usme; ii) se ha redistribuido las atenciones hacia las unidades de baja complejidad, lo cual está alineado con los objetivos de la reorganización de mejorar la resolutividad de la atención; y iii) no se ha evidenciado una descongestión en la agenda de consulta externa en la USS El Tunal, a pesar de que este era uno de los propósitos de la reorganización.

b. Observación de urgencias

Luego de la creación de la Subred Sur, se reorganizaron los servicios de tal forma que trece USS prestan el servicio de urgencias. La atención de alta complejidad se ofrece en El Tunal; la de

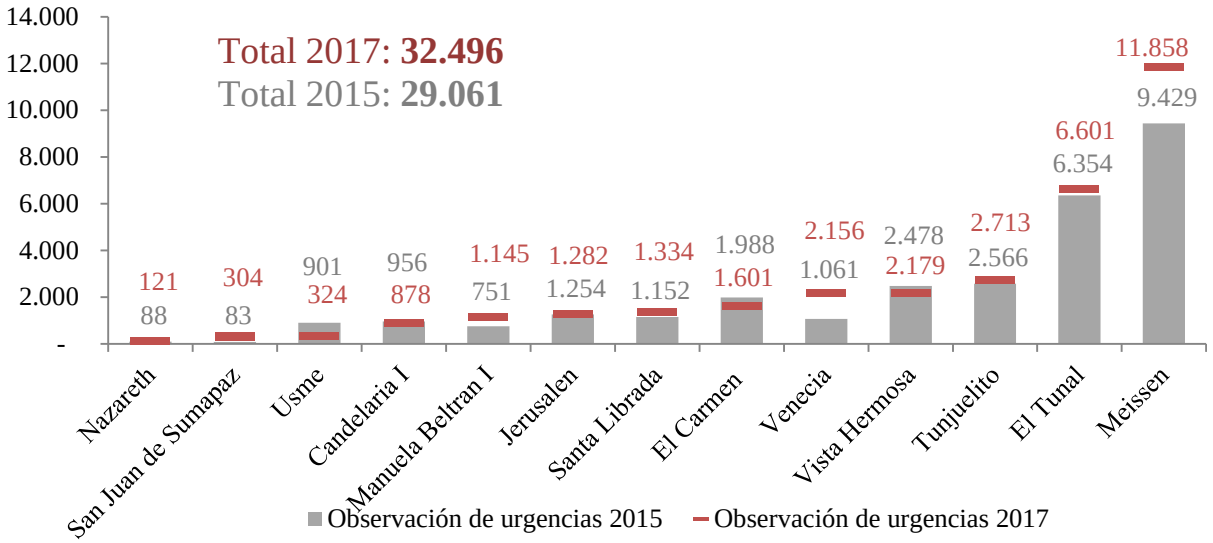
mediana complejidad en El Carmen, Meissen y Tunjuelito; mientras que baja complejidad y medicina interna son atendidas en Nazareth, Venecia, Manuela Beltrán, Jerusalén, Candelaria, Vista Hermosa, Santa Librada, San Juan de Sumapaz y Usme. Teniendo en cuenta esta organización, se analiza la producción en la observación de urgencias de la Subred por USS.

La Subred Sur reportó 32.496 atenciones en observación de urgencias, lo cual representa un crecimiento del 11,7% frente a los resultados del 2015. A nivel de las USS, se puede observar un aumento en el número de consultas de urgencias en las USS de mediana y alta complejidad, siendo la USS Meissen la que presentó el mayor crecimiento (25,8%). En las USS de baja complejidad, las USS Candelaria y Usme fueron las únicas USS que presentaron un decrecimiento en el número de consultas de urgencias, mientras que las otras siete USS presentaron incrementos.

Es importante destacar que la mayor cantidad de observaciones por urgencias se atendieron en la USS Meissen, con un total de 11.858 atenciones en 2017, siendo esta USS de mediana complejidad, mientras que la USS El Tunal, siendo de mayor complejidad, fue la segunda USS con 6.601 atenciones generadas. Este resultado es atípico, debido a que en las demás SISS la USS de mayor complejidad muestra los más altos valores en este indicador. A lo anterior se suma que la USS El Tunal en 2017 atendió el 21,2% de las observaciones de urgencias de la Subred, mientras que en 2015 este porcentaje era del 22,8%, lo cual refleja sólo un leve descenso en el número de urgencias atendidas por el nivel de mayor complejidad.

El aumento en el número de atenciones en urgencias en las unidades de mayor complejidad podría ser una consecuencia directa de la creación de las subredes, dado que la eliminación del proceso de referencia y contra referencia entre unidades de la Subred ha permitido que las USS de baja complejidad puedan trasladar de forma directa e inmediata los pacientes que requieren atención de mediana y alta complejidad, mientras que antes este proceso estaba supeditado a la disponibilidad que reportara las USS de mayor complejidad. Si bien el comportamiento de las atenciones en urgencias refleja una leve descentralización de estas de la alta complejidad hacia la baja complejidad, las cifras indican que la Subred enfrenta importantes retos para lograr una descongestión efectiva de los servicios de urgencias. Además, lo anterior, está acompañado de una escasez de camas para atender la demanda de pacientes, especialmente en las unidades de Meissen y Tunal, impulsando la necesidad de optimizar el proceso de traslados internos de pacientes (Subred Sur, 2018a).

Figura 69. Subred Sur: Número de consultas en el servicio de urgencias en cada USS (2015 y 2017).



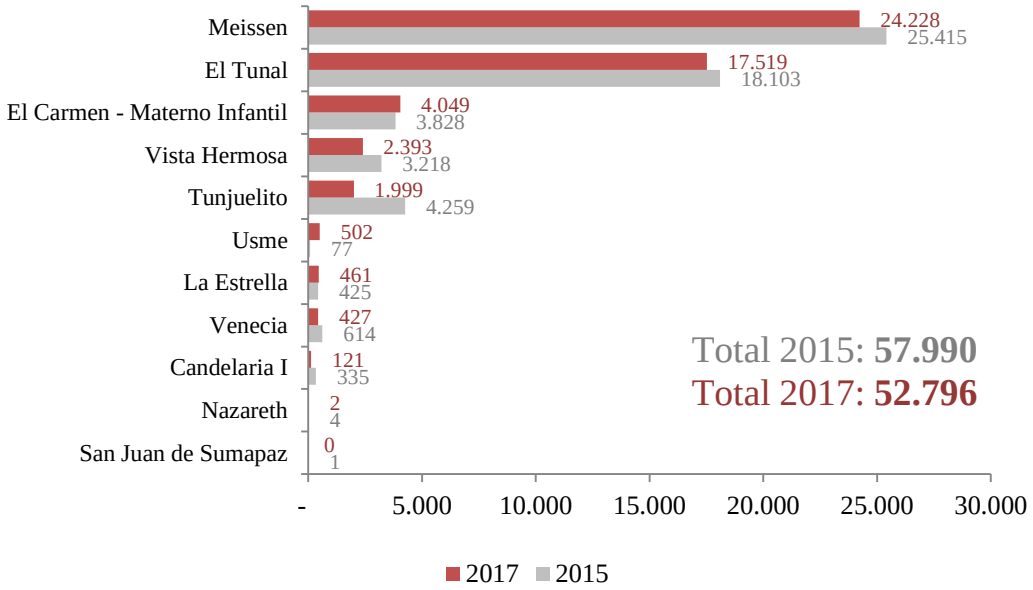
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

c. Hospitalización

En 2017 se presentaron 5.194 egresos por hospitalización menos que en 2015 para el conjunto de las unidades que conforman esta Subred, lo cual representa una caída del 9%. Este comportamiento se evidencia en nueve de las once USS que ofrecían el servicio de hospitalización durante el 2017, siendo la excepción las USS El Carmen, Usme y La Estrella, unidades en las cuales este indicador incrementó entre el 5,8% y el 84,7%. Entre las USS de mayor complejidad, la mayor reducción en los egresos se dio en la USS Tunjuelito, donde el número de egresos cayó un 53,1%.

Las USS que más egresos de hospitalización generaron fueron la USS Meissen y el Tunal, lo cual es consistente con que el hecho de que el 37% de las camas de hospitalización se encuentran en Meissen y el 34% en El Tunal (Subred Sur, 2018a). Precisamente, frente a la hospitalización en la unidad de alta complejidad, El Tunal, se observa que a pesar de que en términos absolutos cayó el número de egresos, de 18.103 en 2015 a 17.519 en 2017; en términos relativos frente el total de egresos que generó la Subred, su participación aumentó, pasando del 32% en 2015 al 34% en 2017. Es importante señalar que la Subred durante el 2017 contrató la recuperación y remodelación de áreas de hospitalización para mejorar la capacidad de la unidad (Subred Sur, 2018a).

Figura 70. Subred Sur: Número de egresos hospitalarios por USS (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

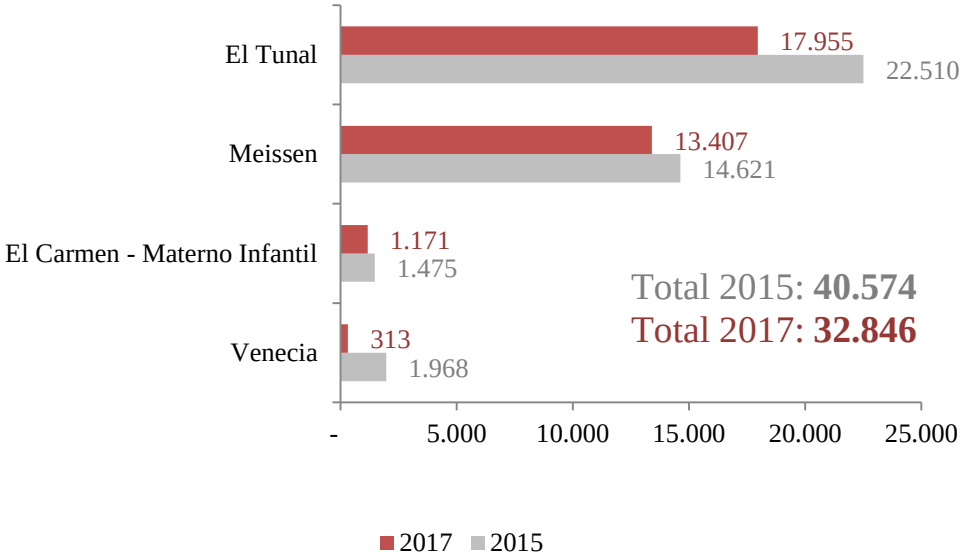
De manera general, la reducción en los egresos en la Subred puede explicarse por una menor demanda, producto de la reducción de afiliados en el régimen subsidiado, y, de acuerdo a la reunión con funcionarios de la Subred, el fortalecimiento de la gestión del riesgo en el componente primario ha permitido reducir la necesidad de hospitalizaciones y aumentar la efectividad de los tratamientos, lo cual contribuye también a la reducción de costos y en largo plazo, a mejorar el estado de salud de la población.

A lo anterior, se suma que el número de camas de hospitalización y de profesionales disponibles se ha visto reducida, lo cual puede afectar la caída del número de egresos. En el primer caso, el número de camas de hospitalización en las unidades de la Subred disminuyó en un 4,8% pasando de 690 camas en 2015 a 657 camas, y en el segundo caso, debido a las condiciones socioeconómicas complejas de las localidades que la Subred cubre, la oferta de especialistas no ha sido suficiente para cubrir las necesidades de la Subred (Subred Sur, 2018a).

d. Procedimientos quirúrgicos

En 2017 la Subred realizó un total de 32.846 procedimientos quirúrgicos, presentando un decrecimiento del 19% (7.728 procedimientos) frente a los resultados del 2015. La caída en el número de procedimientos quirúrgicos ha sido generalizada en las cuatro USS que registraron este servicio en la Subred. La mayor reducción en términos absolutos, con 4.455 procedimientos menos realizados, se produjo en la USS El Tunal, mientras que, en términos porcentuales, la USS El Carmen- Materno Infantil presentó la mayor caída con el -20,6%. Es necesario señalar que la USS Venecia, en 2017, prestó servicios quirúrgicos en el periodo hasta mayo, dado que, en ese mes, la sala de cirugías de la unidad se cerró en el marco de la reorganización de los servicios de la Subred.

Figura 71. Subred Sur: Número de procedimientos quirúrgicos por USS (2015 y 2017).



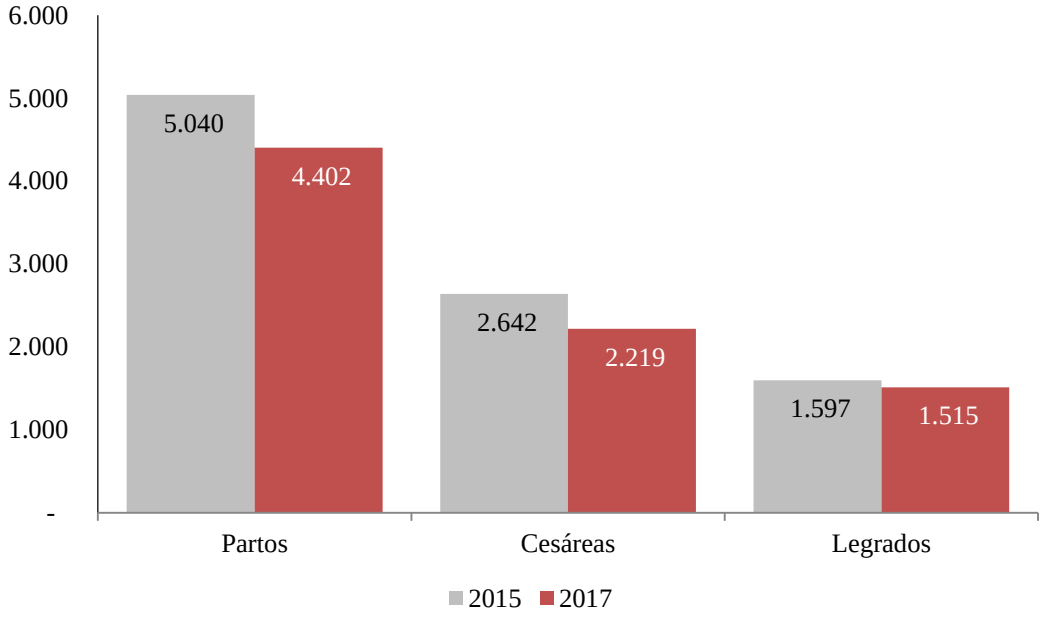
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Dentro de los factores que influenciaron la caída de procedimientos quirúrgicos realizados se encuentran: la cancelación de cirugías, la falta de insumos o daño en equipos y la prolongación de los tiempos quirúrgicos, además de la inasistencia y enfermedad de los pacientes. Con respecto a la cancelación de cirugías, cabe destacar que la Subred ha llevado a cabo estrategias como la implementación de la Central Unificada de Programación de Cirugía que busca mejorar el acompañamiento de los usuarios para evitar la cancelación de procedimientos por factores extrainstitucionales (Subred Sur, 2018a).

e. Eventos Obstétricos

Con respecto a los eventos obstétricos realizados en la Subred, se observa una caída general en los partos naturales y por cesáreas, así como en los legrados. El número de partos por cesárea se redujo en un 16%, porcentaje mayor a la caída en el número de partos por vía vaginal (12,7%). Por lo anterior, la proporción de partos por cesárea se redujo en un punto porcentual frente al total de partos de la Subred, pasando de 34,4% en 2015 a 33,5% en 2017. Si bien esta proporción se ha reducido en lo transcurrido luego de la creación de la Subred, se mantiene por encima del estándar internacional que estipula un valor promedio de entre el 10% y el 15% (OMS, 2015), lo cual conlleva la necesidad de analizar detalladamente si se están realizando las cesáreas sólo cuando son estrictamente necesarias. Las principales causas identificadas en la Subred que motivaron la realización de cesáreas fueron: el sufrimiento fetal agudo, la preeclampsia y el trabajo de parto prolongado (Subred Sur, 2018a).

Figura 72. Subred Sur: Número de eventos obstétricos (2015 y 2017).



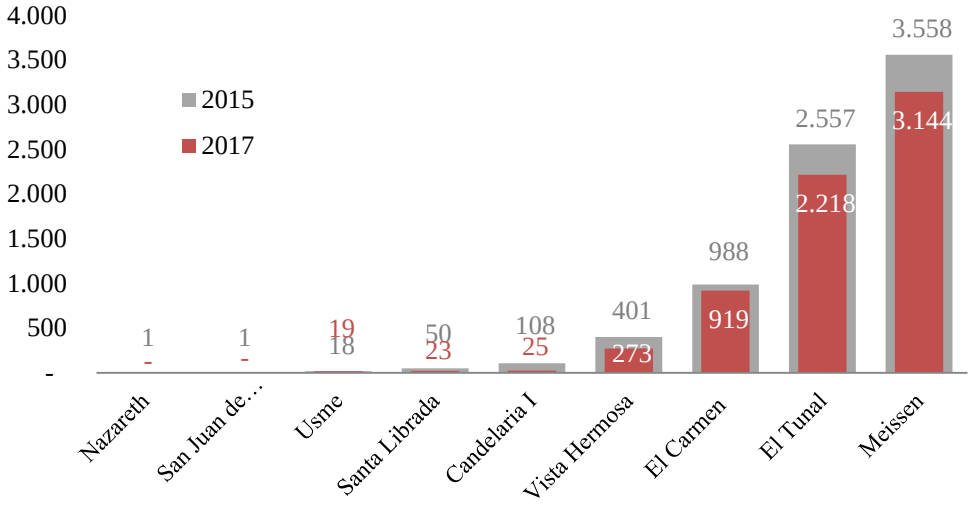
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

La disminución en la demanda de procedimientos obstétricos se dio en siete de las ocho unidades habilitadas con salas de partos, registrándose solo un aumento en la USS de Usme con un evento adicional. Desde diciembre de 2017, en el marco de la reorganización en la prestación de servicios de la entidad y de acuerdo con los funcionarios de la Subred, los partos programados se concentraron en las USS Meissen, El Tunal y El Carmen, mientras que las otras unidades atendieron únicamente partos naturales.

Con respecto a la proporción de partos por cesárea por unidad de atención, se encuentra que las tres USS que realizaron este procedimiento, Meissen, El Tunal y El Carmen, redujeron este indicador, siendo la USS El Carmen la que presentó la caída más fuerte con el 7,9%; mientras que las otras USS disminuyeron solamente alrededor de un p.p. en este indicador.

La reducción en los procedimientos de obstetricia está influenciada por una reducción en la tasa de fecundidad, que en el caso de la Subred, en 2015 alcanzaba un valor de 51,3 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, frente a una tasa de 61,5 en 2010 (Subred Sur, s.f.). Adicionalmente, en términos de cuidado materno infantil, es importante resaltar que la localidad de Usme demanda una atención especial, al contar con la mayor tasa de mortalidad en recién nacidos de toda la Ciudad. De igual forma, se debería dar énfasis a reducir las tasas de mortalidad materna en la localidad de Tunjuelito, y la mortalidad perinatal en las localidades de Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar. Lo anterior, implica la necesidad de continuar fortaleciendo y mejorando la calidad de los servicios de ginecobstetricia, cuidado prenatal y atención a primera infancia en la Subred Sur.

Figura 73. Subred Sur: Número de partos por USS (2015 y 2017).



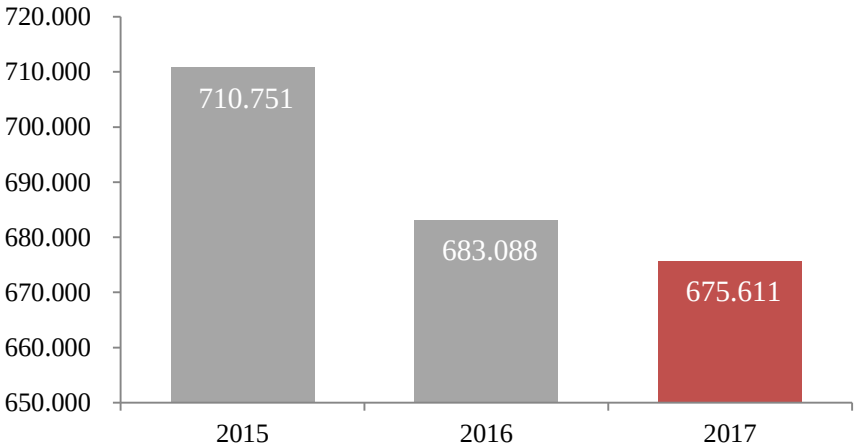
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

5.2 Subred Centro Oriente

a. Atenciones por consulta externa

Las USS que conforman la Subred Centro Oriente registraron una disminución en el número de consultas externa entre 2015 y 2017, pasando de 710.75 a 675.611 consultas, lo que implica una reducción del 4,9% entre los dos años. Al analizar el comportamiento de este indicador por USS, se puede observar que la mayoría también presentan una reducción similar a la presentada a nivel general en la Subred, con algunas excepciones.

Figura 74. Subred Centro Oriente: Número de atenciones en consulta externa (2015-2017).

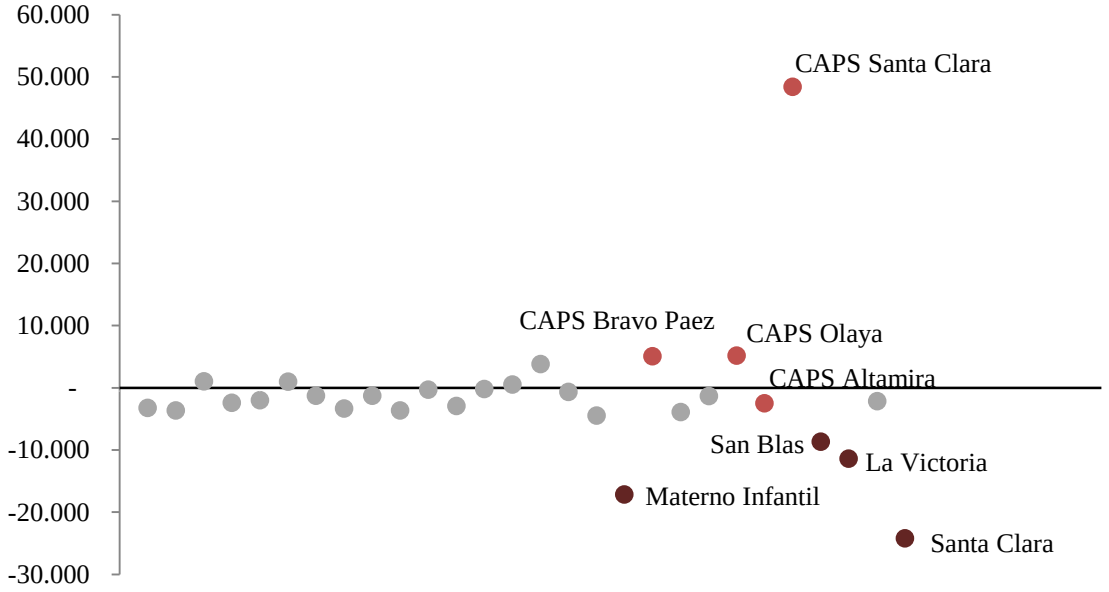


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

La redistribución en la prestación de servicios se evidencia con el aumento en el número de atenciones en los tres CAPS permanentes con los que cuenta la Subred (Santa Clara, Bravo Páez y Olaya), a su vez, el CAPS transitorio Altamira presenta una reducción, aunque proporcionalmente menor a la registrada en las USS. Se destaca el rol del CAPS Santa Clara – San Juan de Dios, que desde su entrada en operación en septiembre de 2016 ha incidido en la reducción de la prestación de servicios de consulta externa en el antiguo hospital Santa Clara, en 2017 este CAPS realizó 48.376 atenciones de consulta externa.

Frente a las unidades que brindan servicios de alta complejidad, en las USS Santa Clara y La Victoria, se observa una reducción de la producción de consultas externas. En la USS Santa Clara se redujo en 16,8%, pasando de 143.810 consultas en 2015 a 119.606 consultas en 2017, lo cual ha sido causado principalmente por la puesta en operación del CAPS Santa Clara, el cual ha permitido reducir la demanda de atención en el antiguo hospital y a su vez, aumentar el número total de consultas realizadas en el área de influencia de estas USS. De otra parte, en la USS La Victoria, las consultas disminuyeron el 18,1%, pasando de 62.870 consultas en 2015 a 51.472 consultas en 2017.

Figura 75. Subred Centro Oriente: Variación del número de atenciones en consulta externa (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Adicionalmente, la proporción de consultas externas atendidas por las dos USS de alta complejidad frente al total de consultas generadas en la Subred, pasó del 29,1% en 2015 al 25,3%, lo que representa una caída de 3,8 p.p. Esta caída es una evidencia de la reorganización efectiva de los servicios y puede estar asociada con el proceso de apertura de los CAPS, así como con otros procesos como la entrada en operación del call center distrital y el call center institucional que facilitan el proceso de asignación de citas. Otro factor que puede estar asociado a la disminución

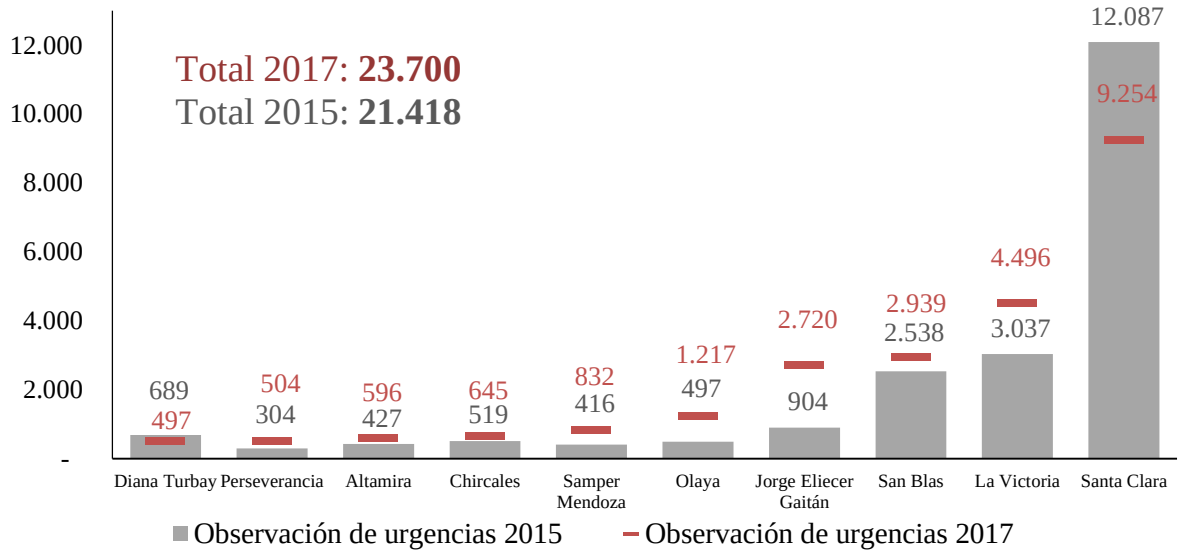
de las consultas es la caída del 9,8% en el número de afiliados al régimen subsidiado en las localidades de la Subred, siendo esta disminución la más significativa entre las cuatro subredes (Página web SDP)

Finalmente, cabe destacar que una de las metas planteadas con la reorganización del Sector Salud es la descongestión de las unidades de mayor complejidad y el acceso a servicios especializados en unidades de menor complejidad, con lo que se espera que los usuarios no acudan solamente a las unidades de mayor complejidad, sino que utilicen los servicios en todas las USS de la Subred, permitiendo así un mejoramiento de la calidad de la atención y reducción en la congestión de los servicios. En este sentido, el comportamiento de la realización de consultas externas en la Subred muestra un comportamiento en la dirección que buscaba el Acuerdo 641 de 2016.

b. Observación de urgencias

Luego de la creación de la Subred, la atención de urgencias se organizó de la siguiente manera: casos de alta complejidad en Santa Clara; de mediana complejidad en La Victoria, Jorge Eliecer Gaitán y San Blas; mientras que la baja complejidad se concentra en las USS Olaya, Altamira, Perseverancia, Chircales y Samper Mendoza.

Figura 76. Subred Centro Oriente: Número de consultas en el servicio de urgencias en cada USS (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

En 2017 se realizaron un total de 23.700 atenciones en urgencias, mientras que en 2015 se habían realizado 21.418, lo que representa un crecimiento de 2.282 atenciones en el periodo y un incremento del 10,7%. Este crecimiento se dio prácticamente en todas las USS que ofrecen el servicio de urgencias, con excepción de las USS Santa Clara y Diana Turbay, que presentaron una

reducción en este indicador. Las USS con mayor número de atenciones en el servicio de urgencias fueron Santa Clara, La Victoria, San Blas y Jorge Eliecer Gaitán, las cuales operan la Central de Referencia y Autorizaciones de Urgencias (CRAU), siendo San Blas la unidad principal. Esta Central facilitó en 2017 el traslado de 11.794 pacientes entre unidades de la Subred (Subred Centro Oriente, 2018a). Finalmente, las USS que presentaron los mayores crecimientos entre 2015 y 2017 fueron la USS La Victoria, con 1.459 atenciones adicionales, y la USS Jorge Eliecer Gaitán, con un aumento de 1.816 atenciones entre los dos años.

Ahora, haciendo énfasis en las USS Santa Clara y La Victoria, las de mayor complejidad de la Subred, se observa que por el lado de la USS Santa Clara, las atenciones disminuyeron en un 23,4% entre 2015 y 2017, mientras que por el lado de la USS La Victoria, estas incrementaron en 48%. De otra parte, en 2015 los hospitales de tercer nivel atendieron el 70,6% de las consultas de urgencias en la Subred, mientras que en 2017 este porcentaje disminuyó al 58%. Este cambio en la distribución en las atenciones de urgencias está alineado con la hipótesis de una mejor distribución en la prestación de servicios y la descongestión de los antiguos hospitales de tercer nivel.

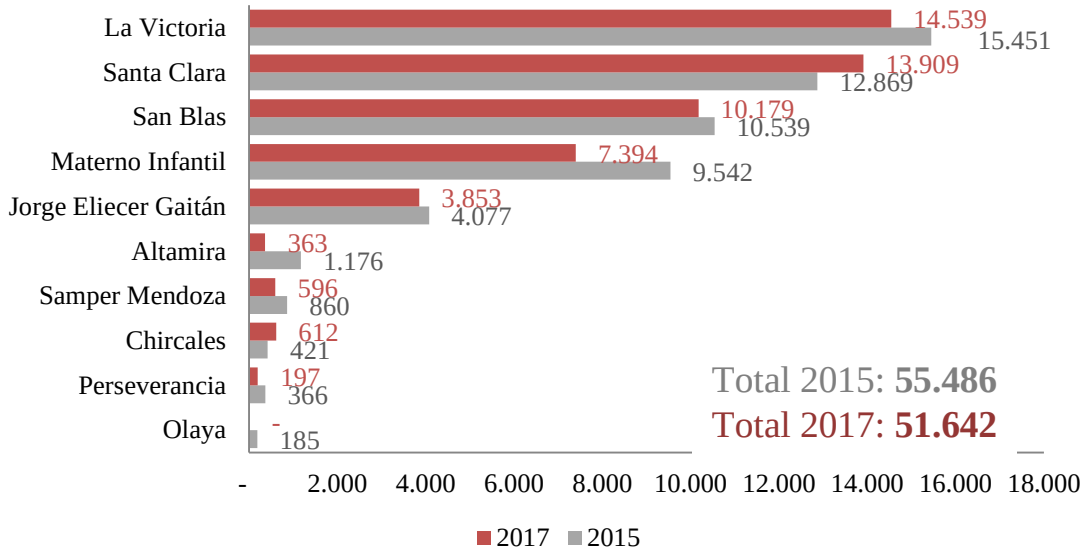
c. Hospitalización

El número de egresos hospitalarios presentó un decrecimiento entre 2015 y 2017 de 4.204 casos, lo que representa una caída de 7,5%. Al analizar el comportamiento por USS se observa que en ocho de las diez unidades de la Subred se redujo el número de egresos por hospitalización, mientras que, en dos unidades, Santa Clara y Chircales, los egresos aumentaron. Por otra parte, el mayor número de egresos de la Subred se dio en los antiguos hospitales de tercer nivel (La Victoria y Santa Clara), siendo un caso especial el de la USS Santa Clara, que al tener una vocación fuerte hacia la atención cardiovascular, recibió pacientes de alta complejidad en esta especialidad de otras partes del país, lo cual aumentó la demanda de servicios de hospitalización.

Al comparar la proporción de hospitalizaciones que se realizaron en las unidades de alta complejidad frente al total de la Subred, se encuentra que esta proporción se ha incrementado a pesar de la reducción en el número de egresos que se evidencio en la USS La Victoria. En 2015, los antiguos hospitales de tercer nivel atendían el 51% de las hospitalizaciones, mientras que en 2017 este porcentaje ascendió a 55%.

Adicionalmente, la ocupación del servicio de hospitalización durante la vigencia fue del 95%, estando 5 p.p. por encima de la meta de ocupación esperada, lo cual es atribuido en parte a un pico respiratorio tras el cual se superó la capacidad de camas entre los meses de abril y mayo (Subred Centro Oriente, 2018). De acuerdo a lo expuesto en reunión con funcionarios de la Subred, este resultado superior al valor esperado pudo ser suavizado por medidas inherentes al proceso de reorganización del Sector, tales como la creación de historias clínicas sistematizadas que han permitido disminuir la ocupación de camas de alta complejidad por pacientes que no las necesitan.

Figura 77. Subred Centro Oriente: Número de egresos hospitalarios por USS (2015 y 2017).



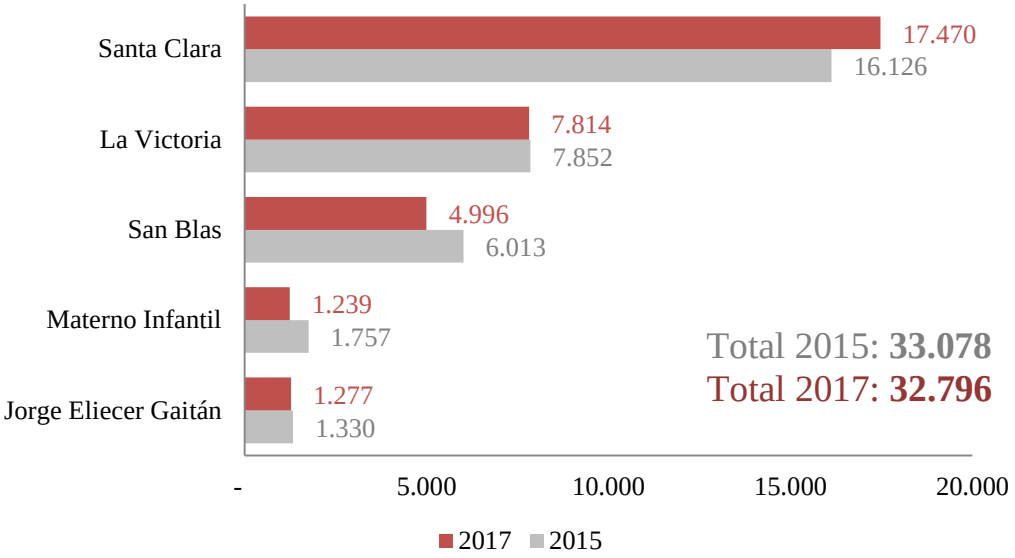
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

d. Procedimientos quirúrgicos

En 2017 se realizaron un total de 32.796 procedimientos quirúrgicos en la Subred, lo que representa una caída de 0,08% o 282 casos menos con respecto al 2015. Al respecto, cabe señalar que esta tendencia de reducción se revirtió en los últimos meses del 2017, dado que hubo un aumento en el número de procedimientos a causa de la liberación de autorizaciones por parte de los pagadores (Subred Centro Oriente, 2018a).

Durante la vigencia 2017, los procedimientos quirúrgicos se concentraron en la USS Santa Clara, dónde se realizaron 17.470 cirugías, 9.656 procedimientos más que en La Victoria, la segunda unidad con mayor número de atenciones. Asimismo, la disminución en el número de procedimientos realizados entre 2015 y 2017 se presentó en todas las unidades de la Subred, con excepción de la USS Santa Clara, donde hubo un aumento del 8%.

Figura 78. Subred Centro Oriente: Número de procedimientos quirúrgicos por USS (2015 y 2017).



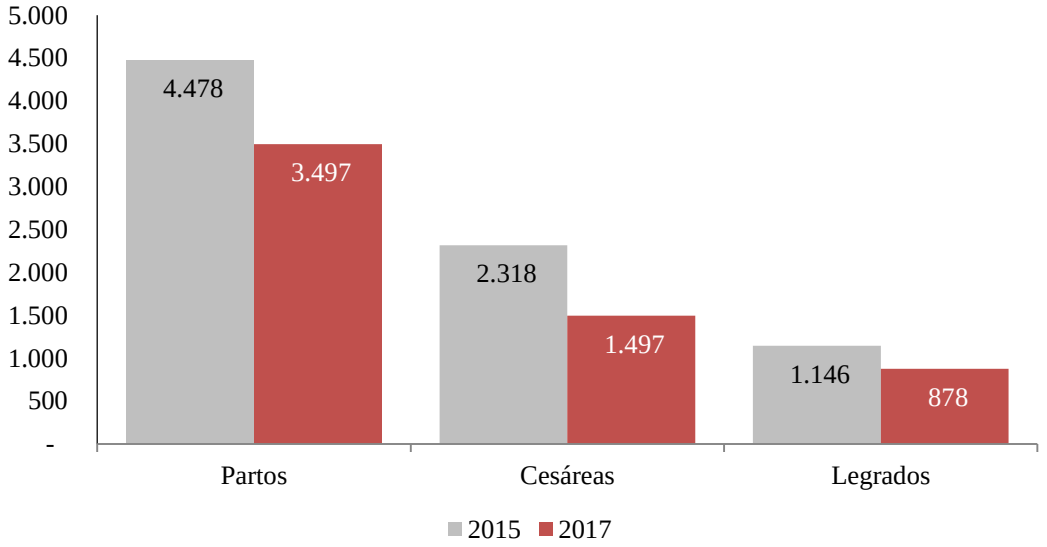
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

e. Eventos Obstétricos

Entre 2015 y 2017, hubo una disminución de 2.070 eventos obstétricos en la Subred, lo que representa una caída del 26,1% en la producción de este tipo de servicio. Haciendo énfasis en los partos realizados, el número de partos por cesárea se redujo en un 35,4%, porcentaje mayor a la caída en el número de partos por vía natural (21,9%). Las principales causas de esta caída son el descenso en las tasas de fecundidad y la reducción de afiliados en el régimen subsidiado, que disminuyen la demanda de la Subred (Subred Centro Oriente, 2018a).

En el proceso de organización de la Subred se concentró la atención de los eventos obstétricos en las USS Materno Infantil y La Victoria, de esta forma en 2017, sólo se reportó la atención de partos y legrados en estas dos unidades. A pesar de lo anterior, al comparar las vigencias 2015 y 2017, se observa una disminución en las dos USS de los eventos obstétricos, siendo esta la más pronunciada en la USS Materno Infantil que en La Victoria.

Figura 79. Subred Centro Oriente: Número de eventos obstétricos (2015 y 2017).

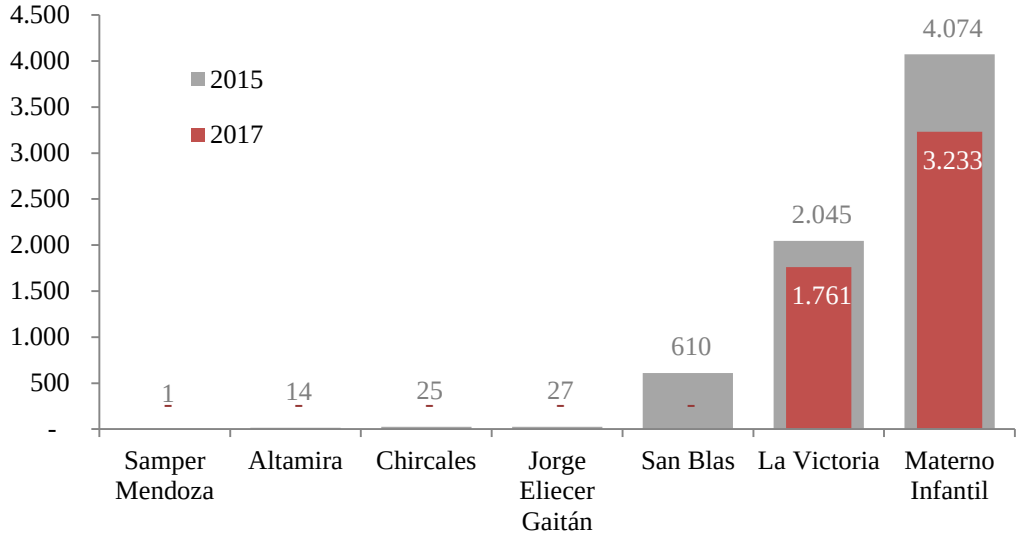


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

El número de partos por cesárea también disminuyó en ambas unidades, con una caída más pronunciada en la USS Materno Infantil, específicamente, esta fue del 28,5% en la vigencia 2017, 4 p.p. por debajo del valor de este indicador en 2015, mientras que en el caso de la Unidad La Victoria, la tasa fue del 32,6% en 2017, 6,3 p.p. por debajo de la cifra registrada en 2015. Si bien esta proporción se ha reducido en lo transcurrido luego de la creación de la Subred, se mantiene por encima del estándar internacional que estipula un valor promedio de entre el 10% y el 15% (OMS,2015), lo cual conlleva la necesidad de analizar detalladamente si se están realizando las cesáreas solo cuando son estrictamente necesarias.

Las altas tasas de mortalidad perinatal en las localidades de La Candelaria, Santa Fe y Rafael Uribe Uribe son uno de los principales retos de la Subred. Si bien aún no es posible establecer efectos de la reorganización sobre los indicadores trazadores de mortalidad, es necesario continuar con los esfuerzos de mejorar la calidad de los servicios obstétricos y la reducción de factores de riesgo, promoviendo la entrada al sistema a través de la prestación de servicios de baja complejidad y trabajando en la promoción de la corresponsabilidad entre los usuarios, particularmente, de las madres gestantes.

Figura 80. Subred Centro Oriente: Número de partos por USS (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

5.3 Subred Norte

a. Atenciones por consulta externa

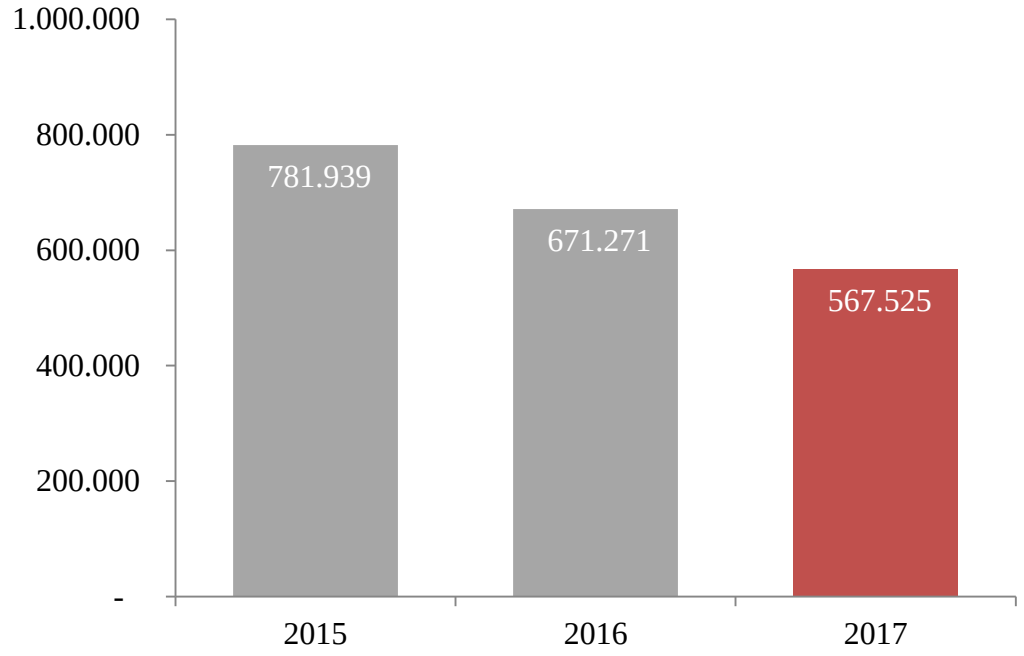
En 2017 se realizaron 567.525 atenciones por consulta externa en la Subred, lo que representa una disminución del 27,4% con respecto al 2015. El análisis detallado de la prestación de servicios de consulta externa por USS muestra que la disminución no ha sido generalizada. Por ejemplo, en las unidades de mayor tamaño se encuentra que Chapinero, Engativá Calle 80 y Simón Bolívar registran un aumento en el número de atenciones en 2017 con respecto a 2015, mientras que en el Centro de Servicios Especializados de Suba las atenciones cayeron de manera importante.

Como se evidencia en la
Ahora, en general, dentro de los factores de la disminución en consultas externas se encuentra: i) la reducción de población afiliada del régimen subsidiado al contributivo, que en las localidades de esta Subred cayó un 8,9% entre 2015 y 2017 (SDP, 2018); ii) la no aceptación de citas en algunas USS como los CAPS Verbenal y EMAUS que se encuentran en zonas alejadas para la mayoría de los usuarios; iii) y la alta tasa de inasistencia de pacientes a los servicios programados, de acuerdo a lo expresado por funcionarios de la Subred en reunión con la Veeduría Distrital. De hecho, esta Subred presenta una tasa de inasistencia de 19,2% (Página web SDS) siendo la más alta entre las cuatro SISS, lo cual genera un alto costo de oportunidad en la atención.

Figura *82*, la proporción de la caída en el número de atenciones fue más grande en las unidades de mayor complejidad que en los CAPS. De estas unidades se destaca el CAPS Chapinero, la cual aumentó su número de atenciones en 23%, pasando de 31.683 atenciones en 2015 a 41.028 en 2017, y de manera opuesta, sobresale el CAPS Suba que tuvo una reducción del 31%, contando

con 55.267 atenciones en 2015 y 42.244 atenciones en 2017. Esta última variación es consistente con la dinámica del Centro de Servicios Especializados, la cual también es decreciente, y con una menor demanda por estos servicios en la localidad de Suba.

Figura 81. Subred Norte: Número de atenciones en consulta externa (2015-2017).

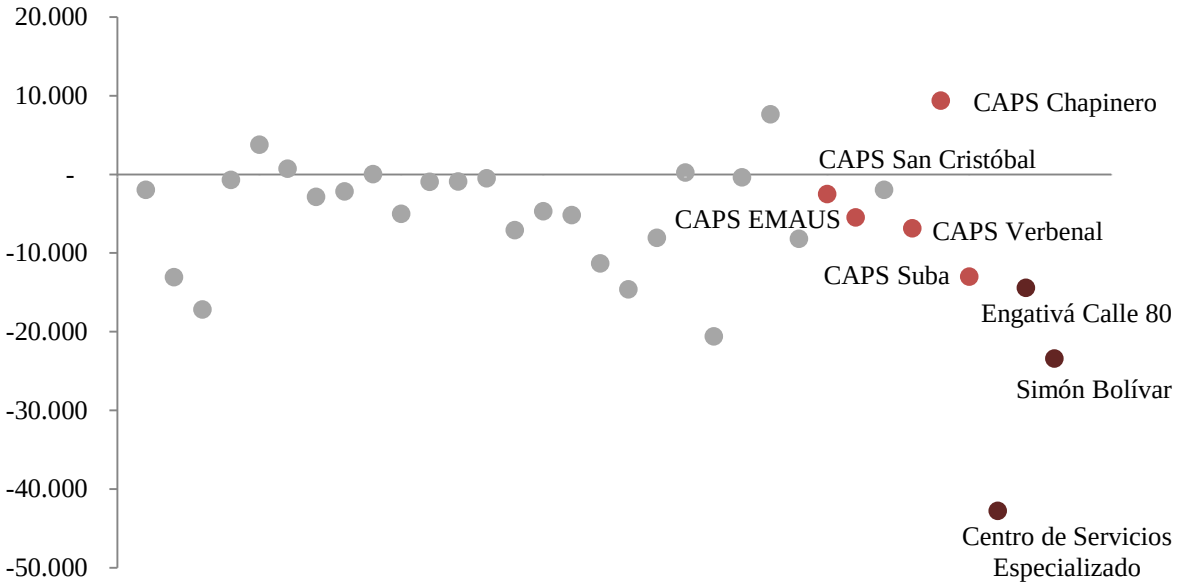


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Con relación a la USS Simón Bolívar, que atiende los casos de mayor complejidad en la Subred, se observa una caída del 24% en las consultas externas realizadas entre 2015 y 2017. A pesar de esta reducción, la participación de esta USS en el total de consultas generadas en la Subred se mantuvo constante entre 2015 y 2017, siendo del 13%. Con base en las declaraciones realizadas por los funcionarios de la Subred, las razones por las cuales se ha mantenido la misma proporción están relacionadas con el reconocimiento de la calidad en la atención en dicha unidad y la poca adaptación a la ampliación de servicios ofertados en otras USS por parte de la ciudadanía

Ahora, en general, dentro de los factores de la disminución en consultas externas se encuentra: i) la reducción de población afiliada del régimen subsidiado al contributivo, que en las localidades de esta Subred cayó un 8,9% entre 2015 y 2017 (SDP, 2018); ii) la no aceptación de citas en algunas USS como los CAPS Verbenal y EMAUS que se encuentran en zonas alejadas para la mayoría de los usuarios; iii) y la alta tasa de inasistencia de pacientes a los servicios programados, de acuerdo a lo expresado por funcionarios de la Subred en reunión con la Veeduría Distrital. De hecho, esta Subred presenta una tasa de inasistencia de 19,2% (Página web SDS) siendo la más alta entre las cuatro SISS, lo cual genera un alto costo de oportunidad en la atención.

Figura 82. Subred Norte: Variación del número de atenciones en consulta externa (2015 y 2017).

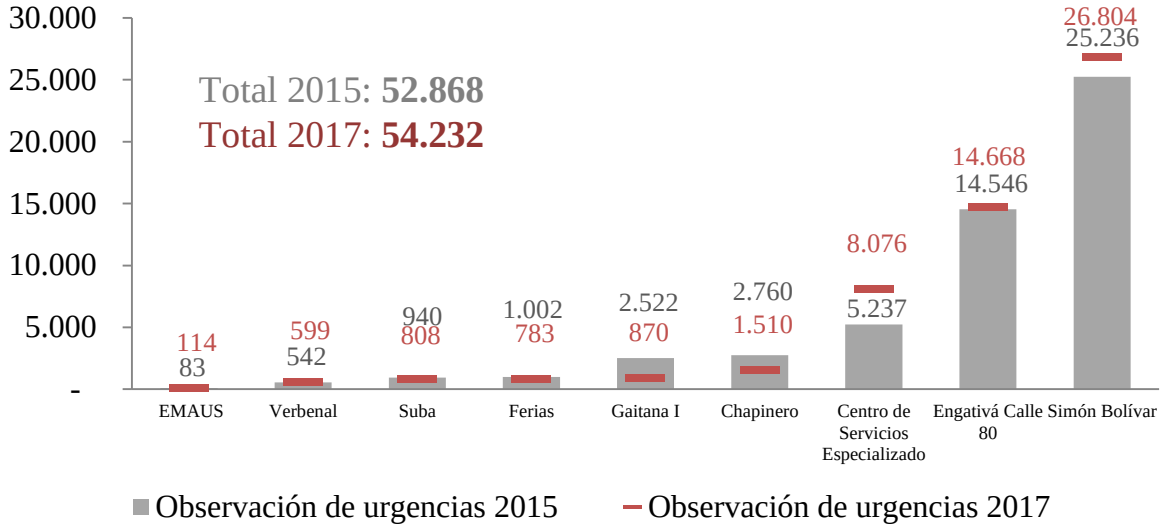


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

b. Observación de urgencias

Durante el 2017, 8 USS prestaron servicios de urgencias, las cuales realizaron un total de 54.232 egresos de observación en urgencias, lo que representa un crecimiento del 2,5% frente al 2015, año en el cual se totalizaron 52.868 atenciones. En la Figura 83 se puede observar que las tres USS que concentraron el mayor número de egresos de observación de urgencias fueron Simón Bolívar, Engativá Calle 80 y el Centro de Servicios Especializado, teniendo que estas presentaron un aumento en las atenciones, siendo más marcado en la USS Centro de Servicios Especializado. De otra parte, dentro de las USS con menores egresos se destacan las USS Chapinero y Gaitana con caídas superiores al 40% y al 60% respectivamente. Finalmente, teniendo en cuenta que algunas USS presentaron bajos niveles de producción en el servicio de observación de urgencias, la Subred ha adelantado un proceso de reorientación del servicio de urgencias de estas USS hacia las USS con mayor producción, lo cual se evidencia con el cierre de este servicio en las USS Verbenal y Suba para el 2018.

Figura 83. Subred Norte: Número de observaciones en el servicio de urgencias en cada USS (2015 y 2017).



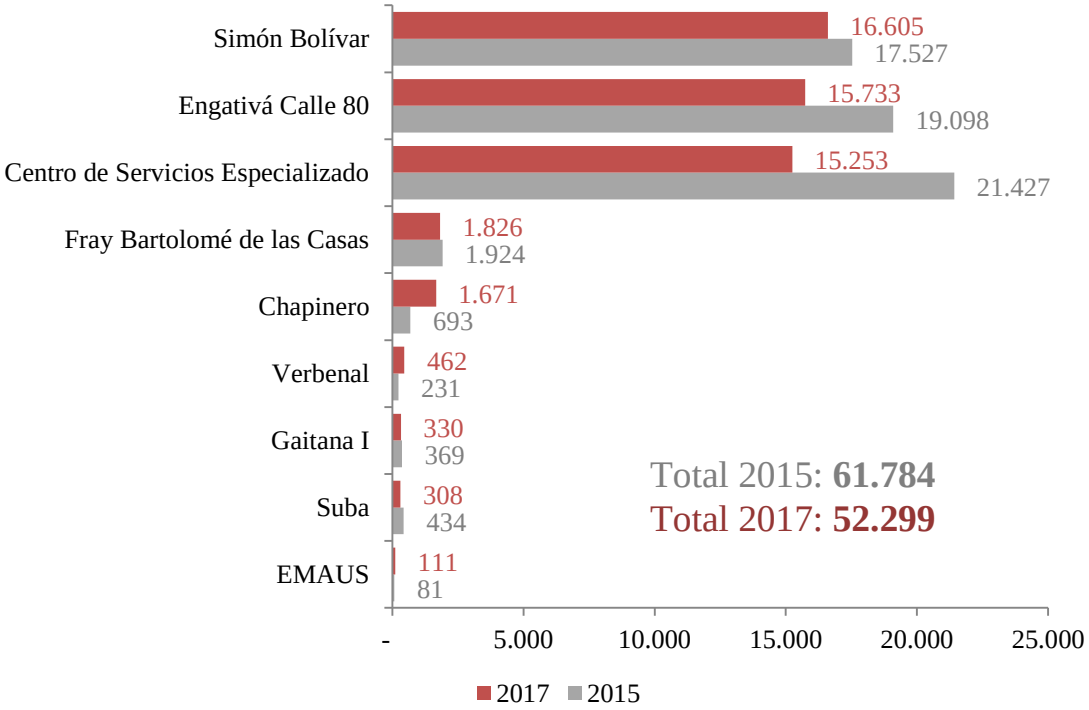
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Con respecto a la unidad de mayor complejidad, la USS Simón Bolívar, se encuentra un incremento en los egresos de observación del 6,2% frente al 2015, lo cual ha generado una mayor presión sobre su capacidad instalada y ha tenido como consecuencia la necesidad de reducir los tiempos de estancia con el fin de no producir sobreocupación en el servicio de urgencias (Subred Norte, 2018a). El anterior incremento también ha favorecido que la participación de las atenciones dadas en esta sobre el total de la Subred haya aumentado en 1,4 p.p. entre 2015 y 2017, pasando de 48,7% a 50,1%, por lo cual se puede afirmar que la USS Simón Bolívar atiende uno de cada dos eventos de observación de urgencias de la Subred. Esto es evidencia de la reorientación que ha dado la Subred en el servicio de urgencias hacia las USS de mediana y alta complejidad, y de igual forma, se puede ver que la ciudadanía tiene conocimiento sobre la mayor resolutividad de este servicio que se está ofreciendo en estas unidades (Subred Norte, 2018a).

c. Hospitalización

Entre 2015 y 2017 se presentó una disminución sostenida en el número de egresos hospitalarios en la Subred Norte, pasando de 61.784 egresos a 52.299 egresos, lo que se traduce también en la reducción de otros indicadores como la ocupación de camas y el giro cama. Los servicios que tuvieron una caída más pronunciada en 2017 fueron: cuidado intermedio y básico neonatal, obstetricia, quirúrgicos y medicina general. En contraste, aumentó la prestación de servicios de cuidado intensivo para adultos, cuidado intensivo para quemados, psiquiatría, cuidado intensivo pediátrico y cuidado intensivo crónico (Subred Norte, 2018a).

Figura 84. Subred Norte: Número de egresos hospitalarios por USS (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Analizando el comportamiento de los egresos por USS, se observa una reducción en las tres USS que mayor cantidad de pacientes hospitalizados atendieron (USS Simón Bolívar, Engativá Calle 80 y Centro de Servicios Especializados). De otra parte, la USS Chapinero presentó un fuerte crecimiento en los egresos de hospitalización, ante lo cual se aumentó la capacidad de camas de medicina interna. De manera similar, la USS Verbenal duplicó sus egresos, lo cual contrasta con el hecho de que este servicio fue cerrado en dicha unidad por subutilización de camas, situación que se repitió para Suba y Gaitana.

En este sentido, es importante señalar que, al igual que en el servicio de urgencias, la Subred ha reorganizado los servicios de hospitalización entre las USS de la siguiente forma: i) la USS Simón Bolívar maneja casos de alta complejidad, ii) las USS Centro especializado de Suba y Calle 80 atienden pacientes con patologías de mediana complejidad, iii) la USS Chapinero recibe pacientes que requieren terminar su tratamiento con vigilancia del Médico Internista y iv) la USS de Emaús atiende pacientes crónicos no ventilados (Subred Norte, 2018a).

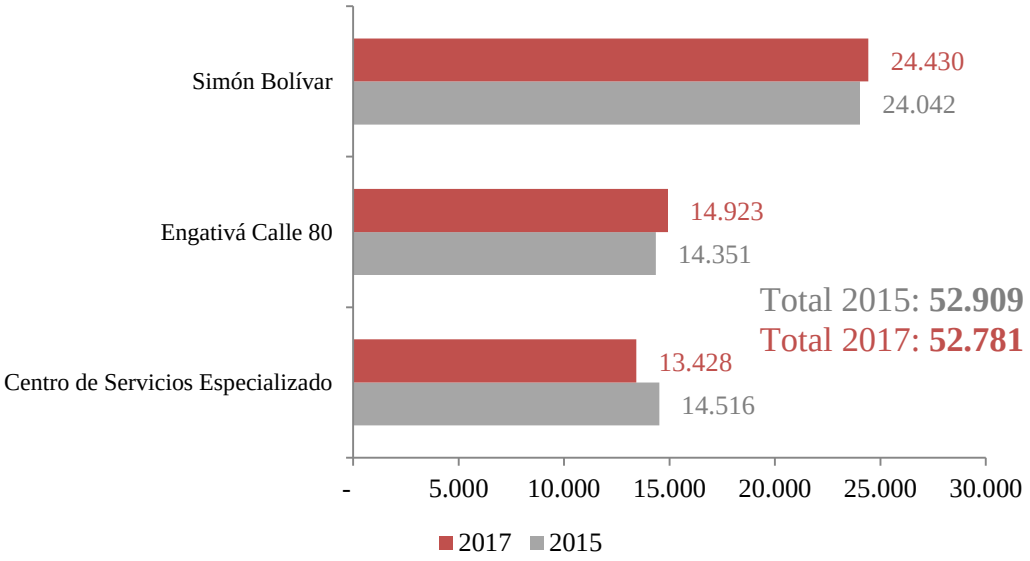
Finalmente, considerando el comportamiento de la USS Simón Bolívar, se tiene que los egresos por hospitalización cayeron en un 5,3% entre 2015 y el 2017, pasando de 17.527 egresos a 16.605 egresos. A pesar de esta caída, la USS Simón Bolívar ha asumido un mayor porcentaje de eventos de hospitalización a nivel de la Subred, dado que en 2015 esta USS atendió el 32% del total de egresos hospitalarios de la Subred, mientras que en 2017 este porcentaje ascendió al 34%.

Adicionalmente, en 2017 la Subred inició intervenciones en el Simón Bolívar para la construcción y adecuación de 16 unidades nuevas de cuidados intensivos (Subred Norte, 2018a). Lo anterior, está en concordancia con el proceso de fortalecimiento de los servicios, contemplado en el proceso de reorganización del Sector Salud de la Ciudad.

d. Procedimientos quirúrgicos

En 2015 los hospitales que fueron fusionados en la SISS Norte realizaron 52.909 procedimientos quirúrgicos, cifra que se mantuvo en niveles muy similares durante el 2017 (52.781 procedimientos). De estos procedimientos, se tiene una proporción de tres a uno entre procedimientos programadas y procedimientos urgentes, y de cinco procedimientos de baja y mediana complejidad por cada procedimiento de alta complejidad. Los procedimientos de alta complejidad a su vez se concentran en las especialidades de neurocirugía, ortopedia, oftalmología, urología y otorrinolaringología (Subred Norte, 2018a).

Figura 85. Subred Norte: Número de procedimientos quirúrgicos por USS (2015 y 2017).



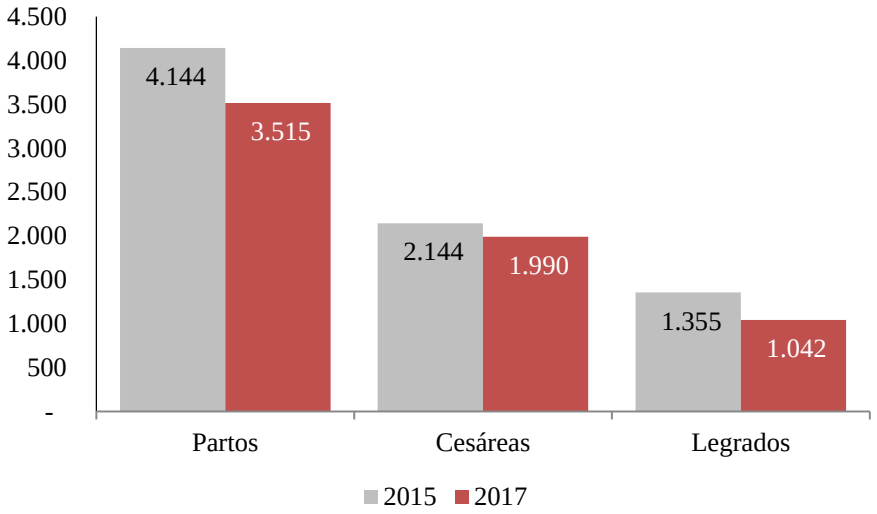
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

La redistribución en la prestación de servicios ha concentrado los procedimientos quirúrgicos de alta complejidad en la USS Simón Bolívar, mientras que los de mediana y baja complejidad se realizan en el Centro de Servicios Especializados y la USS Calle 80. Al comparar la evolución detallada de los procedimientos en estas USS se observa un crecimiento entre 2015 y 2017 en Simón Bolívar y Engativá Calle 80, así como una disminución en el Centro de Servicios Especializado.

e. Eventos Obstétricos

El número de eventos obstétricos en la Subred Norte disminuyó en 14,3% entre 2015 y 2017, pasando de 7.643 a 6.547. A diferencia de las otras subredes, esta disminución se vio reflejada principalmente en una reducción del 15,2% de los partos naturales, en contraste con una reducción del 7,2% en los partos por cesárea. Lo anterior, generó que la proporción de partos por cesárea aumentara del 34,1% en 2015 a 36,1% en 2017.

Figura 86. Subred Norte: Número de eventos obstétricos (2015 y 2017).

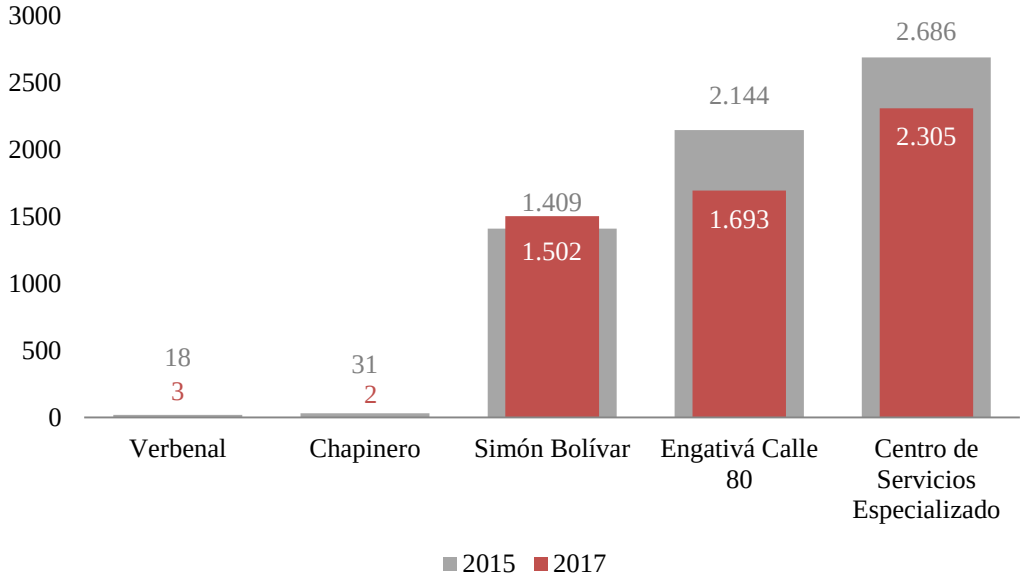


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Al analizar las USS, se encuentra que la USS Simón Bolívar presentó un comportamiento contrario al de las otras USS de la Subred, dado que este registró un aumento en los eventos obstétricos del 12,6% (195 casos adicionales), lo cual puede estar relacionado con un aumento en la demanda producto de la preferencia de las madres gestantes de ser atendidas en esta USS al ser la unidad de mayor complejidad y reconocimiento.

Frente a la proporción de partos por cesárea, se encuentra que la USS Simón Bolívar tuvo el menor valor en este indicador en la vigencia 2017, siendo 3 de cada 10 partos por cesárea, teniendo una disminución de 2 p.p. con respecto a 2015. En contraste, la proporción de partos por cesárea aumentó durante el mismo periodo en las USS Engativá Calle 80 y el Centro de Servicios Especializado, en 3,1% y el 3,6% respectivamente. Este hecho representa un reto adicional para mejorar el acceso y la calidad en el servicio en la Subred, donde la mortalidad materna es un ítem de particular relevancia en las localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo.

Figura 87. Subred Norte: Número de partos por USS (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

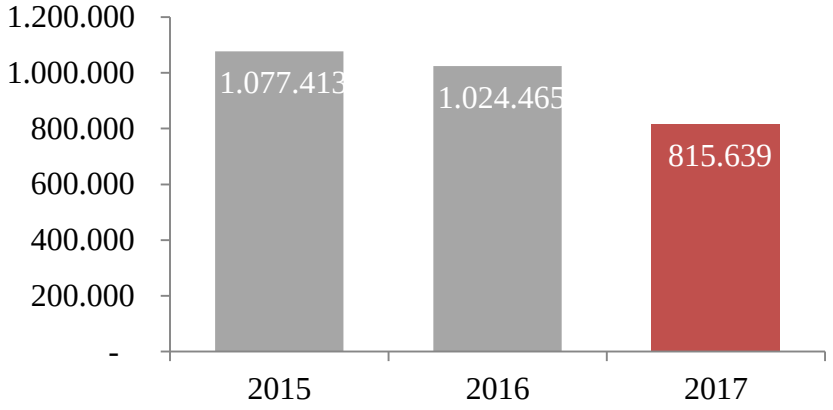
La reducción en los procedimientos de obstetricia está influenciada por una reducción en la tasa de fecundidad, que en el caso de la Subred, en 2005 paso de 52,43 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil a 46,8 nacimientos en 2015. Además, de acuerdo con los funcionarios de la Subred, esta disminución en la demanda por este tipo de servicios está en concordancia con un aumento en la demanda por métodos anticonceptivos.

5.4 Subred Sur Occidente

a. Atenciones por consulta externa

El número de atenciones por consulta externa en la Subred Sur Occidente paso de 1.077.413 en 2015 a 815.639 en 2017, lo que representa una reducción del 24,3%. Al analizar en detalle la distribución de las atenciones por USS, se hace notoria la disminución en los servicios prestados de las unidades de mayor complejidad (Bosa, Pablo VI Bosa y Occidente de Kennedy) que contrasta con el aumento de la demanda en unidades de baja y mediana complejidad como el CAPS de Bosa Central y la Unidad Patio Bonito Tintal que entró en operación en diciembre de 2015 y atendió en 2017 un total de 35.176 consultas.

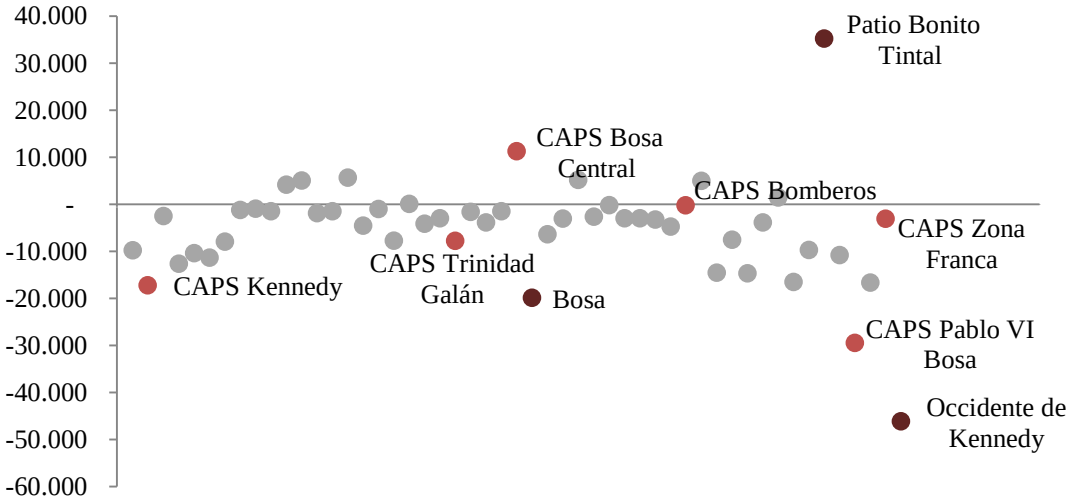
Figura 88. Subred Sur Occidente: Número de atenciones en consulta externa (2015-2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

Frente a la USS de mayor complejidad, la USS Occidente de Kennedy, se observa una reducción de 32,6% en el número de consultas externas realizadas entre 2015 y 2017, lo cual está acompañado con una menor participación de esta USS en la producción de consultas externas de toda la Subred. De hecho, este porcentaje en 2017 fue de 11,7%, 1,5 p.p. menor que lo reportado en 2015. Esta caída puede estar asociada con la puesta en operación de seis CAPS: Pablo VI, Bosa, Bomberos, Kennedy, Trinidad Galán y Zona Franca.

Figura 89. Subred Sur Occidente: Variación del número de atenciones en consulta externa (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

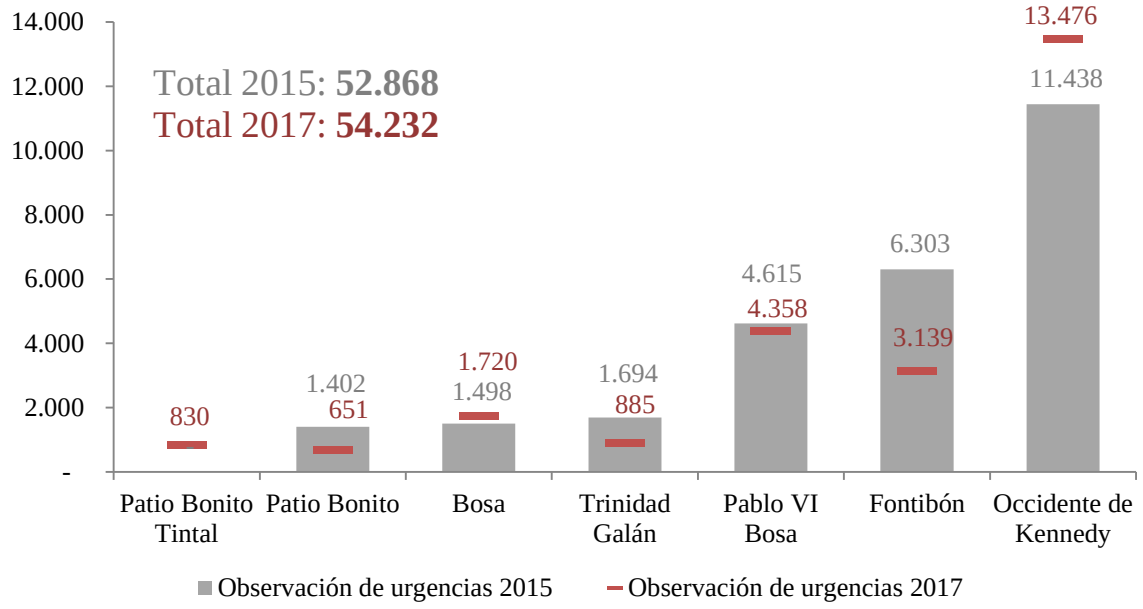
La reducción en el número de consultas realizadas en la Subred puede estar asociados a factores propios de la reforma, los cuales fueron mencionados en la reunión que se tuvo con los funcionarios de la Subred: i) la integración de los servicios entre las diferentes unidades reduce el número de

autorizaciones y procesos para el paciente; ii) la asignación de citas con especialistas sin tener que pasar por medicina general; iii) el cierre de unidades poco productivas; y iv) la implementación de un nuevo sistema de información que remplazó los mecanismos desarticulados de registro con el que contaban los antiguos hospitales fusionados y que permite llevar un control más depurado de los servicios médicos prestados. A lo anterior se suma, la reducción en el número de afiliados al régimen subsidiado, con una caída del 3,5% entre 2015 y 2017.

b. Observación de urgencias

En 2017 la Subred Sur Occidente generó 25.059 egresos en observación de urgencias, presentando así 1.891 atenciones menos que en 2015, siendo de esta forma, la única SISS que presentó una reducción (-7%) entre 2015 y 2017 en este servicio. Al analizar en detalle los cambios a nivel de las USS, se encuentra que dos USS tuvieron un comportamiento diferente al presentado a nivel de Subred, estas son: Occidente de Kennedy y Bosa. La primera contó con un crecimiento del 17,8% que corresponde a 2.038 egresos adicionales en 2017, y la segunda incremento en 14,8% el número de atenciones significando 22 atenciones adicionales. Lo anterior puede ser evidencia de la orientación de la prestación de los servicios de urgencias hacia las USS Occidente de Kennedy y Bosa, con el fin de mejorar la oportunidad en la atención de pacientes clasificados con Triage I y II.

Figura 90. Subred Sur Occidente: Número de consultas en el servicio de urgencias en cada USS (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

De otra parte, a pesar de que la orientación del servicio prestado por la USS Fontibón fue hacia el servicio de urgencias, esta redujo en un 50,2% el número de egresos generados entre 2015 y 2017,

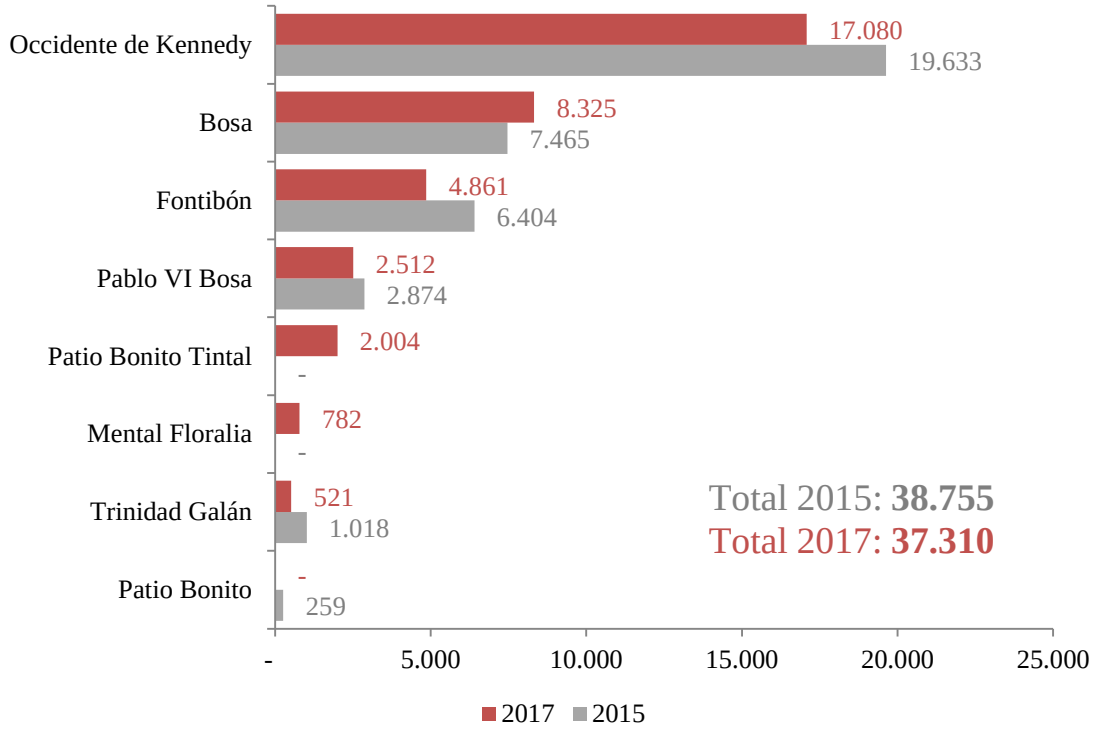
pasando de 6.303 a 3.139 casos. De manera similar, las USS Trinidad Galán y Patio Bonito redujeron sus atenciones en observación de urgencias en alrededor del 50%.

Como otra forma de analizar la concentración de los egresos en urgencias, y de la reorganización de los servicios con la creación de las subredes, se encuentra que el porcentaje de egresos generados en la USS de mayor complejidad (Occidente de Kennedy) con respecto al total de egresos de la Subred presentó un fuerte crecimiento, pasando del 42% en 2015 al 54% en 2017.

c. Hospitalización

La Subred Sur Occidente en 2017 experimentó una reducción del 3,7% en los egresos generados por el servicio de hospitalización con respecto a los egresos producidos en 2015 por los hospitales fusionados en la Subred. A pesar de esta reducción global, hubo un aumento en la demanda de la población con trauma, patologías crónicas cardiovasculares, respiratorias y diabetes entre 2016 y 2017 (Subred Sur Occidente, 2018a). En general se redujo los egresos de hospitalización en las USS, con excepción de la USS Bosa, donde estos crecieron en 11,5%.

Figura 91. Subred Sur Occidente: Número de egresos hospitalarios por USS (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

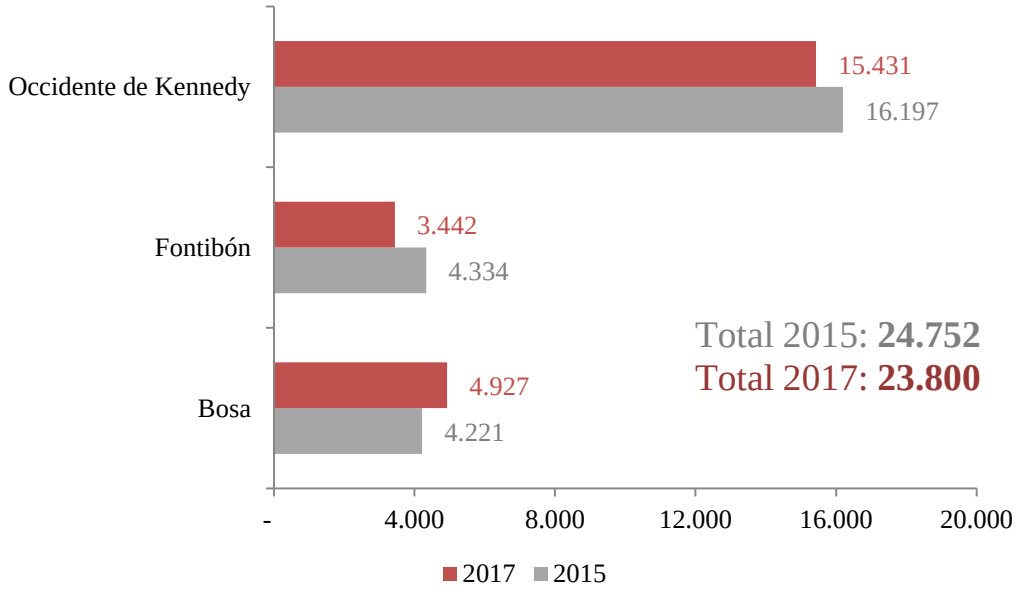
A partir de la reorganización, los servicios de hospitalización de alta complejidad fueron asignados a la USS Occidente de Kennedy; las atenciones de mediana complejidad se prestan en las unidades

Bosa, Fontibón y Salud Mental Floralia; mientras que la de baja complejidad es atendida en las unidades Trinidad Galán y Pablo VI Bosa. Precisamente, haciendo referencia a la proporción de egresos en el nivel de mayor complejidad frente al total de la Subred, es importante resaltar que mientras que en 2015, el 52% se concentraba en la USS Occidente de Kennedy, en 2017 este porcentaje descendió al 47%.

d. Procedimientos quirúrgicos

La realización de cirugías en la Subred registra una disminución del 3,8%, entre 2015 y 2017 debido a la caída en la realización de procedimientos en las USS Occidente de Kennedy y en Fontibón. En el caso de Occidente de Kennedy, que concentra la mayor proporción de procedimientos quirúrgicos cuadruplicando las atenciones de las otras USS, se presentó una reducción del 4,7% en los procedimientos realizados entre 2015 y 2017. En la USS Fontibón la disminución de los procedimientos fue mayor, con una reducción del 20,6%. De manera contraria, la USS Bosa tuvo un crecimiento del 16,7% con 706 procedimientos adicionales realizados en 2017 con respecto al 2015.

Figura 92. Subred Sur Occidente: Número de procedimientos quirúrgicos por USS (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

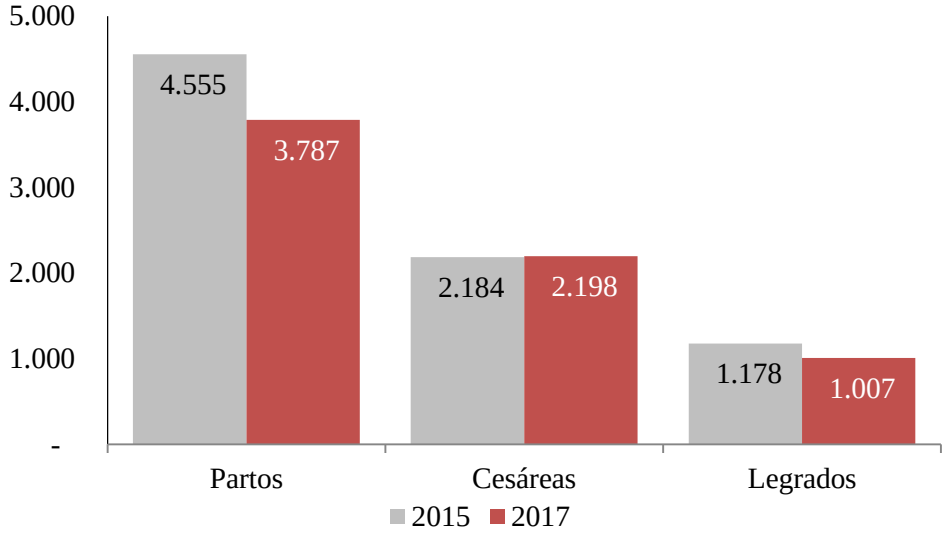
El informe de gestión de la Subred Sur Occidente de 2017 resalta la cancelación de cirugías como uno de los principales factores que afectan la realización de procedimientos quirúrgicos y esta cancelación se atribuye principalmente a causas relacionadas con los pacientes. Dentro de las estrategias de mejora para reducir la cancelación, se encuentran: las llamadas telefónicas a los pacientes antes de los procedimientos, la entrega de recomendaciones, la educación al usuario en

el momento de la programación de la cirugía y el fortalecimiento de los procesos enfocados en la oportunidad del servicio con los profesionales.

e. Eventos Obstétricos

El número de eventos obstétricos en la Subred Sur Occidente disminuyó en 11,7% entre 2015 y 2017, pasando de 7.917 eventos a 6.992 eventos y el número de partos por cesárea aumentó 0,6%, siendo de esta forma la única subred que presentó un crecimiento positivo en este indicador. En contraste, el número de partos naturales se redujo en 16,9%, y los legrados en un 14,5%. Por lo anterior, la proporción de partos por cesárea frente al total de partos de la Subred aumentó en 4,3 p.p., pasando de 32,4% en 2015 a 36,7% en 2017. De esta forma, esta proporción se mantiene por encima del estándar internacional que estipula un valor promedio de entre el 10% y el 15% (OMS, 2015), lo cual conlleva la necesidad de analizar detalladamente si se están realizando las cesáreas solo cuando son estrictamente necesarias.

Figura 93. Subred Sur Occidente: Número de eventos obstétricos (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

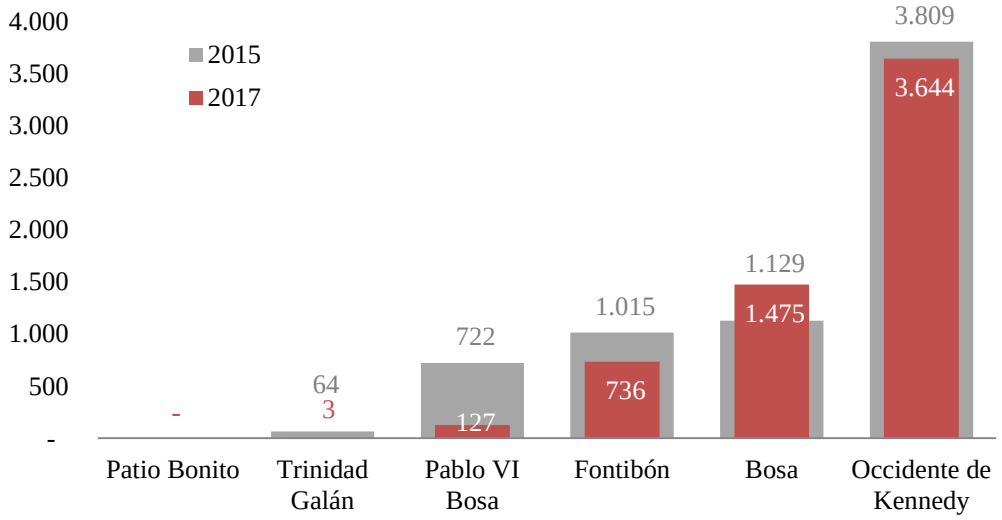
El análisis detallado de la atención de los tres eventos obstétricos en las diferentes USS muestra que estas sólo aumentaron en Bosa. No obstante, de acuerdo con los funcionarios de la Subred, es posible que esto se deba a que se están reportando en esta USS procedimientos llevados a cabo en la USS Pablo VI. De otra parte, en la USS Trinidad Galán se evidenció una reducción considerable en las atenciones realizadas, posiblemente debido a la reorientación de este servicio hacia las USS de mayor complejidad.

En cuanto a la proporción de partos realizados por cesárea se encuentra que entre 2015 y 2017 estos aumentaron en las unidades de Bosa y Occidente de Kennedy. La proporción de partos por cesárea

más baja en 2017 se registró en las USS de Bosa y Fontibón (35%). Es de destacar que en la USS Occidente de Kennedy esta proporción llegó a 41%, 4 p.p. por encima de su valor en 2015, y cifra por encima del promedio de la Ciudad.

Al igual que en el caso de las demás subredes, la caída en la demanda es atribuida a la disminución en la tasa demográfica de la Ciudad y a la reducción de afiliados en el régimen subsidiado.

Figura 94. Subred Sur Occidente: Número de partos por USS (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018.

5.5 Eficiencia

La relación entre el número de atenciones por especialidad y el número de insumos utilizados permite tener una aproximación del nivel de eficiencia de cada una de las SISS y de igual manera, complementa el análisis realizado, al asociar la oferta de los servicios con la capacidad instalada. Lo anterior es relevante puesto que la eficiencia hospitalaria se refleja positivamente en la calidad y satisfacción de los usuarios frente a la atención recibida e igualmente es una aproximación al rendimiento de los recursos que las SISS utilizan en la prestación de los servicios de salud de diferentes niveles de complejidad. Así, en términos formales, la eficiencia hospitalaria es definida como el volumen de producción de servicios de salud socialmente aceptable, con un uso mínimo de recursos (Gálvez, 1999).

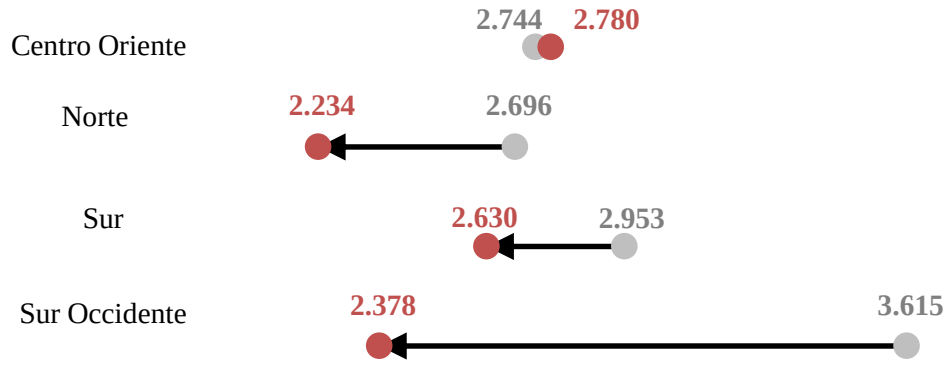
De acuerdo con lo anterior, se consideran cinco indicadores que miden el rendimiento de cada uno de los servicios analizados (consulta externa, urgencias, hospitalizaciones, cirugías y eventos obstétricos) o el grado de utilización de los insumos hospitalarios relacionados a esos servicios (consultorios, camas, quirófanos y unidades de odontología). El análisis y comparación de estos indicadores se realiza entre las SISS y entre la vigencia 2015 y 2017 y se presentan a continuación.

a. Rendimiento consulta externa

El rendimiento de consultas externas es el cociente resultante de dividir el número de consultas realizadas y el número de insumos hospitalarios utilizados para esta especialidad, los cuales consisten en: número de consultorios de consulta externa y número de unidades de odontología. En la vigencia 2015, la Subred Sur Occidente presentó el valor más elevado en ese indicador: 3.615, lo cual significa que por cada consultorio de consulta externa o por cada unidad de odontología se realizó un total de 3.615 consultas. Lo anterior se explica porque la Subred Sur Occidente prestó el mayor número de atenciones en esta modalidad (1.077.413). Posteriormente, se encuentra la Subred Sur con un valor de en el indicador de 2.953 atenciones por consultorio, y luego, las Subredes Centro Oriente y Norte con ratios de 2.744 y 2.696, respectivamente.

En 2017 las subredes experimentaron una disminución en el rendimiento de las atenciones por consulta externa, con excepción de la Subred Centro Oriente que tuvo un incremento de 16 servicios por consultorio, lo cual se atribuye a una caída más pronunciada de la capacidad instalada (-6,2%) con respecto al número de atenciones (-4,9%), producto de la redistribución de la prestación de servicios con la entrada en operación de los CAPS entre julio de 2016 y noviembre de 2017. De forma opuesta, en la Subred Sur Occidente, el rendimiento disminuyó en 1.237 atenciones por consultorio, resultado de la depuración de la información contable y la redistribución de servicios que generó la apertura de 45 consultorios adicionales.

Figura 95. Rendimiento de consultorios de consulta externa (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018 y SDS (2018).

Las Subredes Norte y Sur también percibieron reducciones en el rendimiento de consultorios de consulta externa. Con respecto a la SISS Norte, la caída fue de 462 atenciones por consultorio, cuyas principales causas identificadas fueron la disminución del porcentaje de afiliados al régimen subsidiado y la alta tasa de inasistencia a los servicios programados. En cuando a la SISS Sur, esta variación fue de 324 atenciones por consultorio, lo cual es atribuido al menor número de citas de

medicina general requeridas para acceder a servicios de mayor complejidad. Esto evidencia un avance en la eliminación de fragmentación de los procedimientos y una mejor gestión en la asignación de citas y en el manejo de consultorios y equipamientos odontológicos.

b. Rendimiento de servicios de urgencias

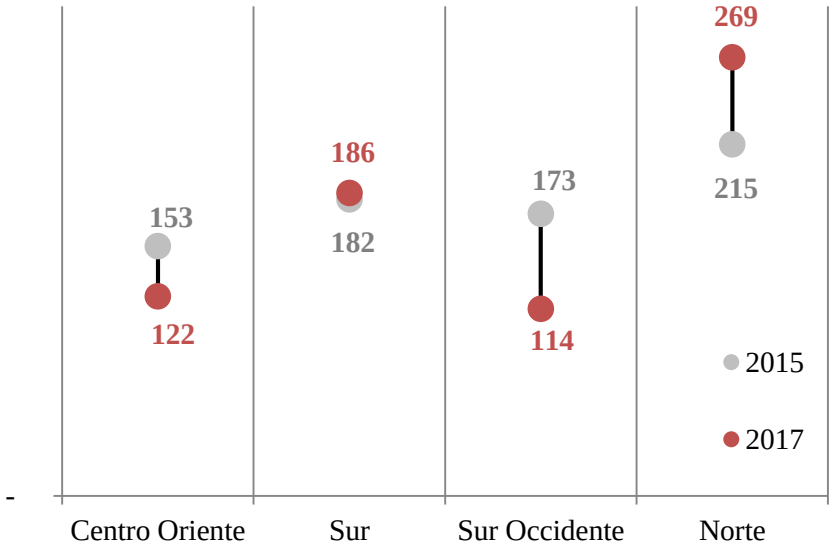
El rendimiento y la eficiencia en el servicio de urgencias son afectados por factores internos y externos, lo que dificulta la evaluación exhaustiva de los mismos. Los factores internos son propios de las subredes como limitaciones de recursos humanos y el retraso de infraestructura en salud, y los factores externos corresponden a epidemias, por ejemplo, de gripe asociados a bajas temperaturas o altos niveles de contaminación (Barbosa, 2017). El análisis realizado en este documento se limita sólo a los factores internos, efectuando una relación entre el número de atenciones en el servicio de urgencias y los recursos físicos empleados, los cuales son: consultorios de urgencias y camas de observación.

En el 2015, la Subred Norte tuvo el mayor rendimiento de servicios de urgencias, reflejando que por cada consultorio o cama de observación se realizaron 215 atenciones. Esto se explica por dos aspectos: el primero es que esta presentó el mayor número de servicios de urgencias entre las subredes (51.886 atenciones) y el segundo es que la capacidad instalada de la Subred fue más elevada, al contar con 31 consultorios de servicios de urgencias y 210 camas de observación. En 2017 el valor del indicador llegó a 269 atenciones por unidad, conservando el rendimiento más alto entre las cuatro entidades.

De forma opuesta, la Subred Centro Oriente evidenció un rendimiento más bajo en 2015 al presentarse 153 atenciones por unidad utilizada, pasando en 2017 a prestar 122 atenciones por unidad, una disminución en el rendimiento del 24%. No obstante, la caída en el rendimiento fue mayor en la Subred Sur Occidente que pasó de 173 atenciones por unidad en 2015 a 114 en 2017, equivalente a una caída en el rendimiento de 51%, explicada por un aumento en los insumos disponibles.

La Figura 96 muestra el cambio en el rendimiento de servicios de urgencias antes y después de la consolidación de las SISS. Las Subredes Norte y Sur tuvieron un mayor rendimiento en la vigencia 2017 como consecuencia de un incremento del número de atenciones de esta especialidad, estas variaciones fueron de: 11,7% y 3%, respectivamente. En el primer caso, este aumento se dio por una tendencia creciente de la demanda en las unidades más grandes, si bien en el marco de la reestructuración dejaron de funcionar 42 salas de atención. En el segundo caso, la eliminación de los procesos de referencia y contrarreferencia se ha identificado como el principal factor en la disminución de los tiempos de remisión de los pacientes y por ende, han contribuido a un uso más eficiente de la capacidad instalada.

Figura 96. Rendimiento de servicios de urgencias (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018 y SDS (2018).

Las Subredes Centro Oriente y Sur Occidente presentaron comportamientos opuestos en el indicador de rendimiento de servicios de urgencias y la caída más pronunciada la tuvo la Subred Sur Occidente, pasando de 173 a 114 consultas por consultorio o cama de observación. Lo anterior se atribuye, por una parte, a una reducción del 7% en el número de atenciones y por otra, a un crecimiento del 50% de camas de observación. En el caso de la Subred Centro Oriente, el número de atenciones ascendió por una reorganización de los servicios (10,6%), pero en una menor proporción que los insumos (38,6%), ocasionando una descongestión y manejo más eficiente de antiguos hospitales de tercer nivel.

c. Rendimiento de hospitalización

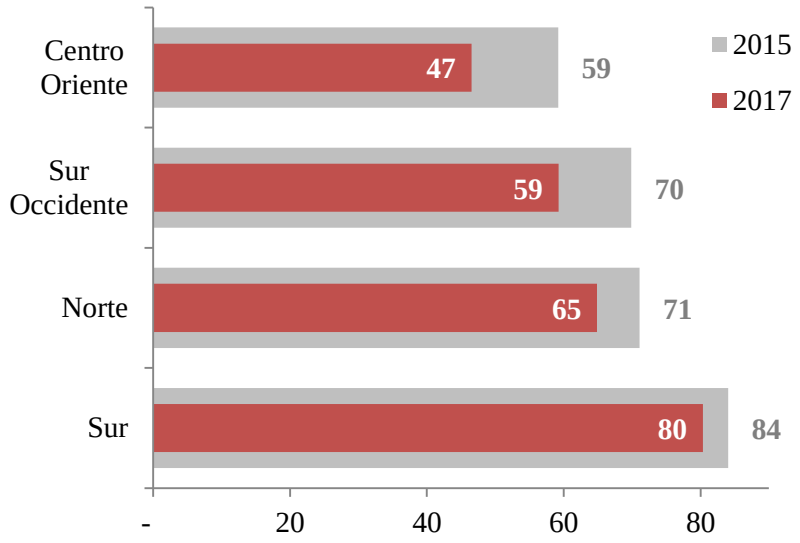
El rendimiento de camas de hospitalización se mide a través del cociente entre el número de hospitalizaciones y el número de camas hospitalarias. Vale la pena resaltar que el aprovechamiento de la cama se debe medir a través del criterio de que el número de camas debe estar acorde con el volumen y gravedad de los pacientes que atiende; sin embargo, este es un dato difícil identificar, por consiguiente, es necesario considerar aproximaciones alternativas y tener en cuenta que toda persona que necesite una hospitalización no debe tener impedimentos en acceder a una cama (Jiménez, 2004).

La Subred Sur se destacó por tener el mayor rendimiento de camas de hospitalización en el 2015, específicamente, por cada cama hospitalaria, se efectuaron 8 egresos de hospitalización, lo cual es consistente con el hecho de que esta fue la Subred con un mayor número de atenciones en este servicio en el año (57.990 egresos). Luego, sobresale la Subred Norte con 71 egresos por cama, y posteriormente, las Subredes Sur Occidente y Centro Oriente con valores de 70 y 59,

respectivamente. Es importante agregar que a pesar de que la Subred Centro Oriente tuvo el indicador más bajo, no significa que tuvo un menor nivel de hospitalizaciones, sino presentó el mayor número de camas de hospitalización (937).

Al comparar con 2017, todas las subredes presentaron una caída en el rendimiento de camas de hospitalización. La Subred Sur continúa teniendo el indicador más elevado y su disminución es resultado de un decrecimiento del 9% en el número de egresos por hospitalización, lo cual se explica porque hubo un fortalecimiento de la gestión de riesgo en el componente primario que generó una mayor efectividad y eficiencia en el tratamiento, y una menor demanda en el servicio. Por otra parte, la Subred Centro Oriente evidenció una reducción más significativa (12 egresos por cama) y la principal razón de esta variación fue un incremento del 18,5% de las camas de hospitalización y una disminución del 6,9% de atenciones.

Figura 97. Rendimiento de camas de hospitalización (2015 y 2017).



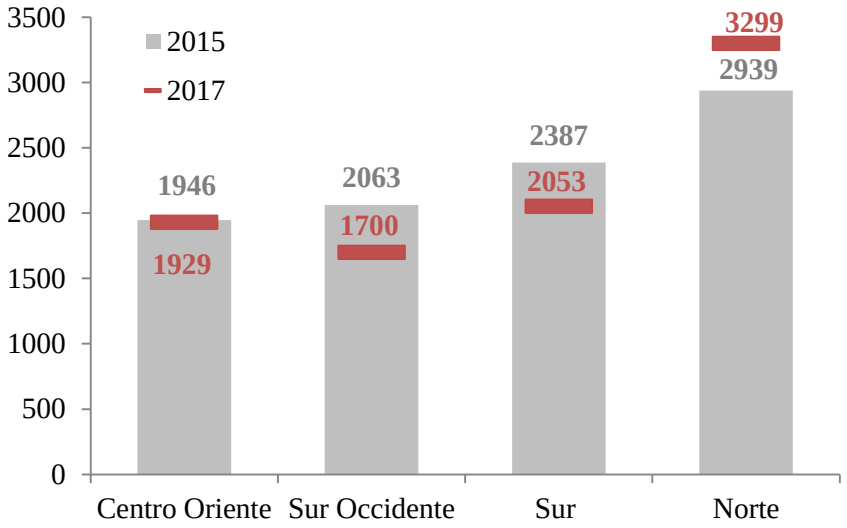
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018 y SDS (2018).

Adicionalmente, la Subred Norte tuvo el segundo indicador más alto, indicando que, por cada cama hospitalaria, se presentaron 65 egresos por hospitalización, este valor es menor al que se tuvo en el 2015 (71 egresos), dado que el número de servicios hospitalarios prestados cayó en 15,5% por un nivel inferior de la demanda potencial. De igual forma, la Subred Sur Occidente reflejó una tendencia decreciente en este indicador, que pasó de 70 atenciones por cama en 2015 a 59 en 2017, esto a causa de un incremento del 13% en el número de camas y un descenso de 4,2% en el número de atenciones en todas las USS, a excepción de la USS Bosa.

d. Rendimiento de procedimientos quirúrgicos

El rendimiento de quirófanos corresponde al promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada quirófano o sala de operaciones de diversa complejidad y se encuentra afectado por cancelaciones efectuadas por parte de los usuarios y por recambios prolongados, es decir, por demoras en el momento de iniciar y finalizar una jornada quirúrgica. Precisamente, estos factores afectan el uso eficiente y racional de los quirófanos disponibles en un periodo de tiempo determinado, ya que se pierde la continuidad de los servicios y evita la resolución de los problemas de salud de la población atendida (Revista Colombiana de Cirugías, 2017).

Figura 98. Rendimiento de quirófanos (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018 y SDS (2018).

En el 2015, en la Subred Norte se efectuaron 2.939 intervenciones quirúrgicas por sala de cirugía, siendo la SISS con el mayor rendimiento de quirófanos en ese periodo, lo cual es resultado de un mayor número de procedimientos quirúrgicos en el periodo (52.909). De manera contraria, la Subred Centro Oriente tuvo el rendimiento más bajo (1.946 procedimientos por quirófano. Sin embargo, la Subred con el menor número de procedimientos realizados fue Sur Occidente con un total de 24.752 que en consonancia contaba con el menor número de salas disponibles (12).

En 2017 la Subred Norte presento el mayor número de procedimientos por sala pese a registrar dos quirófanos menos que en 2015, el valor de la razón en esta entidad pasó a 3.299 en 2017, lo que representa un crecimiento del 11%. No obstante, si bien este desempeño puede considerarse positivo, aun teniendo en cuenta la dinámica decreciente en la demanda por servicios quirúrgicos, la entidad debe cuidar que la ocupación de su capacidad instalada no afecte los tiempos de atención de los pacientes en espera.

En oposición, a causa de la dinámica de la demanda, el menor rendimiento pasó a registrarlo la Subred Sur Occidente, dado que este tuvo una disminución del 21%, resultado de la caída del 4% en el número de procedimientos realizados y de un incremento de dos salas de cirugía más que en 2015. No obstante, debe resaltarse que esta subred no contó con la reducción más significativa en el número de atenciones, fue la Subred Sur con un 24%.

e. Rendimiento de salas de parto

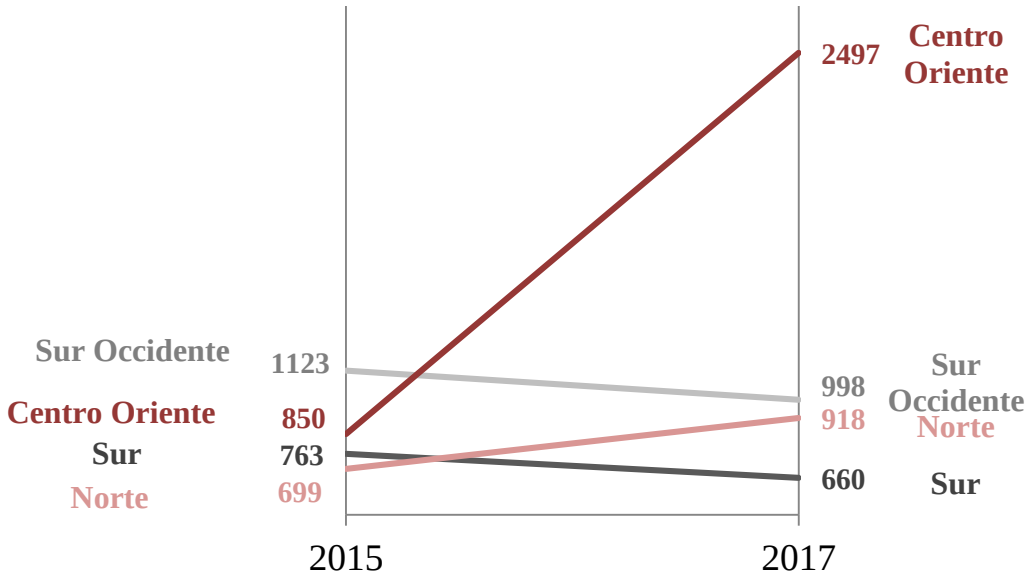
El rendimiento de salas de partos hace referencia a la relación entre el número de eventos obstétricos, con respecto al número de salas de parto. Este es un indicador de eficiencia ya que permite tener una dimensión del grado de uso de las salas de parto en un periodo de tiempo. Con esta medida es posible identificar si se registra una demanda superior o inferior a su capacidad instalada, logrado tener una idea de las condiciones de eficiencia. No obstante, otros factores que afectan el nivel de eficiencia de este tipo de especialidad médica corresponden a la capacitación del personal y los sistemas de comunicación en los hospitales (Escobar, Castrillón, Pulido de Lalinde, 1992).

En términos generales, como ha sido expuesto con anterioridad, el decrecimiento en la tasa de natalidad de la Ciudad ha generado una caída en la demanda por procedimientos obstétricos, la mayor reducción entre 2015 y 2017 se dio en la Subred Centro Oriente (36%), 20 p.p. por encima de la caída en la Subred Sur (16%) que ocupa el segundo lugar. De igual forma, si se analiza la capacidad instalada de esta Subred, esta caída en la realización de procedimientos responde a una reducción importante en el número de mesas de parto en la Subred, que pasaron de 8 en 2015 a 2 en 2017, lo cual se evidencia en el comportamiento atípico de esta entidad expuesto en la Figura 99.

Así, de acuerdo con lo anterior, después de un año de fusión de los hospitales, la Subred Centro Oriente pasó de 850 procedimientos por mesa en 2015 a 2.497 registrados en 2017, un crecimiento de 66% y en este aspecto, debe resaltarse que luego de la reestructuración, las únicas unidades especializadas y habilitadas para la programación de estos procedimientos en la Subred son La Victoria en la localidad de San Cristóbal y Materno Infantil, en la Localidad de Santa Fe, lo cual explica la disminución de la capacidad instalada y el mayor número de partos realizados en cada sala.

Vale la pena agregar que en la vigencia 2015, la Subred Sur Occidente sobresalió por tener el valor más alto del indicador, por cada quirófano en las distintas USS integradas en esta Subred, se realizaron 1.123 eventos obstétricos; y de manera contraria, la Subred Norte tuvo un rendimiento de salas de parto inferior, situación consistente con un número más bajo de eventos obstétricos en el 2015 (6.288).

Figura 99. Rendimiento de salas de partos (2015 y 2017).



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo CIP-SDS Consultado Junio 2018 y SDS (2018).

5.6 Conclusiones

En general, se encuentra un comportamiento similar entre las cuatro subredes en la producción de los servicios de consulta externa, egresos por hospitalización, procedimientos quirúrgicos y eventos obstétricos, en los cuales se presenta una reducción en el número de atenciones entre 2015 y 2017. De manera contraria a los cuatro servicios señalados anteriormente, las atenciones en observación de urgencias presentaron un crecimiento en tres de las subredes, siendo la excepción la Subred Sur Occidente que presentó una caída del 7% en los egresos por este servicio. Entre los factores recurrentes en las cuatro SISS que inciden en este resultado se encuentran:

1. La reducción en la demanda de servicios, por la reducción de afiliados del régimen subsidiado, principales usuarios de la Red Pública de Servicios de Salud de la Ciudad, siendo la caída más significativa en la Subred Centro Oriente y la menor en la Subred Sur Occidente.

2. Una mejor trazabilidad de las atenciones a partir de la reorganización de los sistemas de información y la desaparición de la fragmentación de servicios. Esto permite, por ejemplo, evitar la doble contabilización de servicios prestados entre las diferentes unidades y dar una mejor respuesta a la remisión de los pacientes a atenciones especializadas sin necesidad de pasar por consultas de medicina general al contar con la sistematización de las historias clínicas.

3. En algunos casos, se puede dar una falta de internalización del cambio en la oferta de servicios por parte de los usuarios, que provoca espacios en las agendas de atención especialmente en

unidades alejadas, donde no solían prestarse servicios especializados antes de la creación de las subredes.

En relación con la prestación del servicio de urgencias, la Subred Sur Occidente ha tenido problemas para reducir la demanda en la Unidad Occidente de Kennedy, situación similar a la de la Subred Norte con la USS Simón Bolívar, que han aumentado el número de observaciones mientras en las demás han disminuido. Un análisis más detallado permitirá determinar si este comportamiento es atribuible a problemas en la distribución de los pacientes al interior de la Subred o a una alta demanda de atenciones de alta complejidad. De cualquier manera, existe un reto en la mejora de la resolutividad en las atenciones para garantizar que el alto flujo de pacientes no afecte la calidad del servicio, como busco la reorganización del Sector Salud.

El proceso de reorganización se puede observar en la producción de los servicios analizados. Los CAPS y las USS de baja y complejidad han tenido una mayor participación en las atenciones de las subredes en consulta externa y en urgencias, mientras que las USS de mayor complejidad participan más de los procesos de hospitalización. Entre las cuatro SISS, la Subred Centro Oriente muestra mayores avances en este proceso de descongestión de los antiguos hospitales de tercer nivel y el aumento en la prestación de servicios de las unidades más pequeñas.

El problema de inasistencia a citas representa un reto importante para el sistema, tanto en términos de volumen de producción, como en términos de calidad y sostenibilidad financiera. Es por tanto necesario que las subredes trabajen de la mano con la SDS para promover la corresponsabilidad en los usuarios y generar estrategias que garanticen la correcta prestación de los servicios a través de estrategias de comunicación y educación, llamadas a los pacientes antes de las citas, reducción de costos de transporte y desplazamiento. En este sentido, cada SISS ha considerado y está desarrollando diferentes iniciativas de las cuales toda la Red puede aprender.

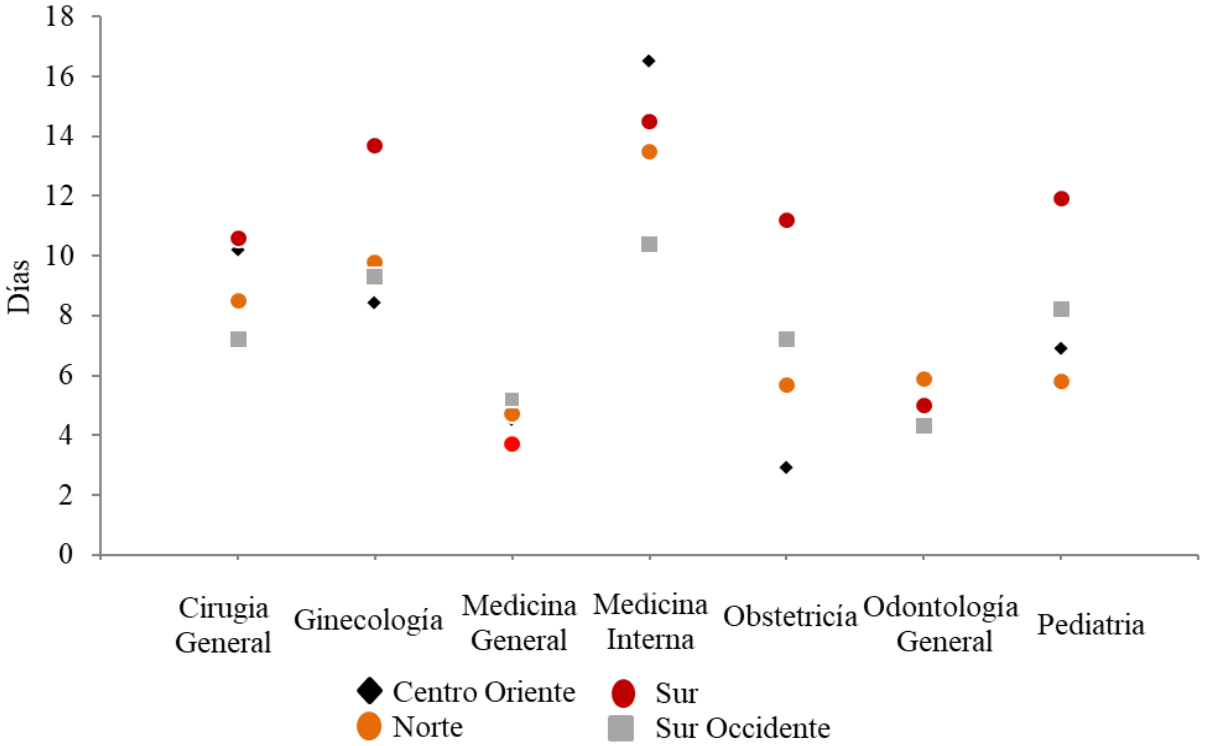
La disminución en la tasa de natalidad en la Ciudad en los últimos años ha generado una caída en la demanda por procedimientos obstétricos en todas las subredes. El gran reto identificado en este apartado es disminuir la tasa de partos por cesárea, la cual en todas las subredes se ubica por encima del 30%, porcentaje superior al estándar internacional establecido por la OMS que se ubica en un rango entre el 10% y el 15%.

En general, las subredes presentan reducciones en la productividad de los insumos, debido a una menor producción en los servicios de consulta externa, hospitalización, y procedimientos quirúrgicos, los cuales han sido más significativos que los cambios en la capacidad instalada. No obstante, de antemano no se puede afirmar si estos cambios son positivos o negativos, dado que por un lado puede representar una menor eficiencia, pero por otro lado la reducción en los indicadores de eficiencia puede reflejar menores niveles de congestión y mayor oportunidad en la atención, estudios más detallados se requerirían al respecto. De otra parte, la eficiencia en eventos obstétricos y en el servicio de observaciones de urgencias no presenta una evolución marcada entre las subredes, con dos subredes aumentando sus indicadores y otras dos reduciendo los mismos.

6. Oportunidad y satisfacción de los usuarios

Como se señaló en la sección metodológica, en el presente capítulo se analizan 13 indicadores de calidad relacionados con la oportunidad y la seguridad de la atención, los cuales se encuentran reglamentados por la Resolución 256 de 2016. De esta forma, se analizan los resultados obtenidos por las subredes durante el año 2017 por semestre, mediante comparaciones entre ellas y lo establecido por la normatividad vigente en los casos que aplique. No fue posible comparar los resultados de los indicadores con el momento previo a la entrada en funcionamiento de las SISS, debido al cambio normativo (antes del 2016 los indicadores de calidad eran reglamentados por la Resolución 1446 de 2006) y la falta de información histórica confiable de los indicadores que se mantuvieron entre las dos resoluciones.

Figura 100. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio y por Subred – Primer Semestre 2017.



*En odontología general se sobreponen Centro Oriente y Sur Occidente, debido a que las dos Subredes presentan el mismo valor.

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

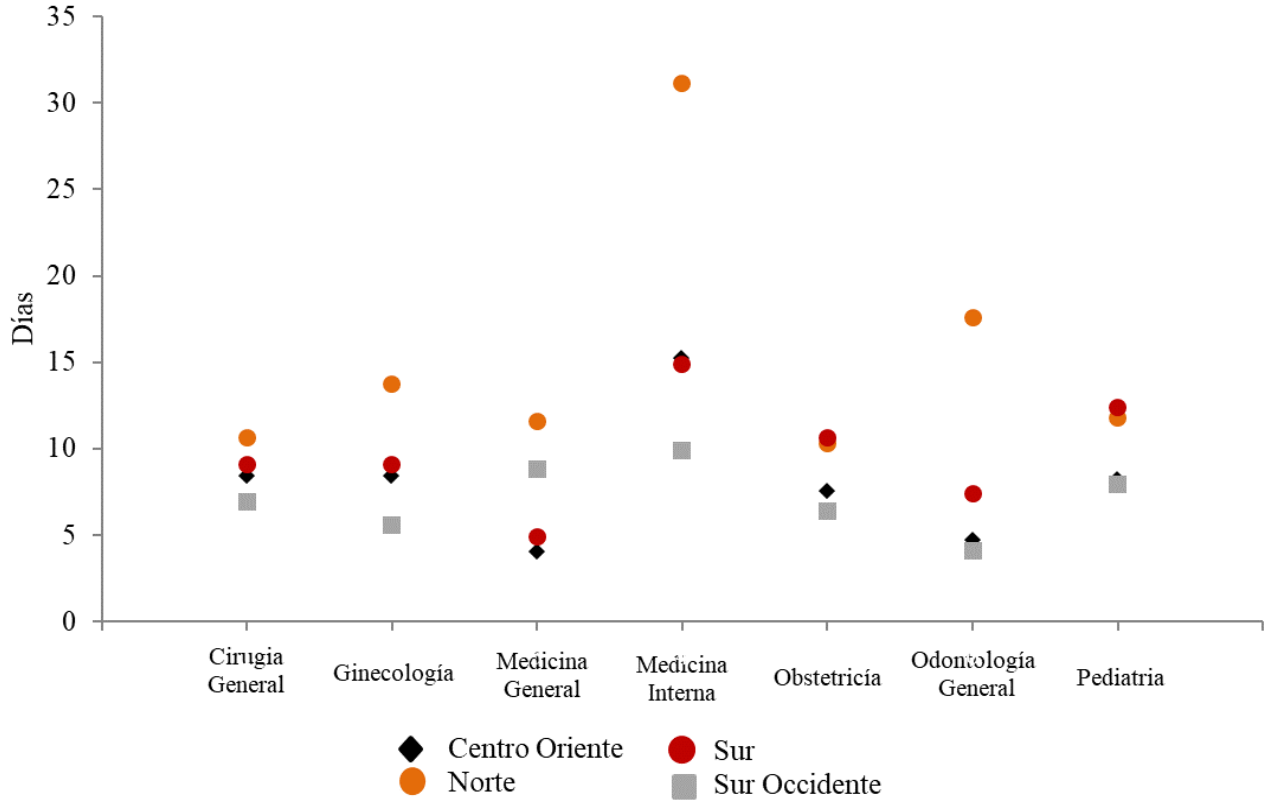
Los resultados de los indicadores de tiempo promedio de espera en los servicios de salud seleccionados para el primer semestre del 2017 no indican el predominio de una subred sobre las otras. Es así como la Subred Sur Occidente tuvo los menores tiempos de espera promedio en cirugía general, medicina interna y en odontología general; la Subred Centro Oriente en ginecología y obstetricia; la Subred Norte en pediatría y la Subred Sur en medicina general. De otra parte, la

Subred Sur presentó los mayores tiempos de espera en los servicios de cirugía general, ginecología, obstetricia y pediatría entre las cuatro subredes, mientras que cada una de las otras tres presentó el mayor tiempo de espera solamente en un servicio.

Entre los servicios especializados, se observa que en medicina interna se tuvieron los mayores rangos de tiempos de espera entre las subredes, entre los 10 y 17 días de espera, mientras que en Obstetricia se presenta un rango menor, que oscila entre seis y once días. En cuanto a medicina general, un ciudadano tuvo que esperar por una consulta entre 4 y 5 días, y en odontología general, entre cuatro y seis días.

A diferencia del primer semestre, en el segundo semestre del 2017 la Subred Sur Occidente se identifica como la Subred con mayor oportunidad en la asignación de citas, al contar con los menores tiempos de espera en seis de los siete servicios analizados, mientras que la Subred Norte presentó en cinco servicios los peores tiempos de espera, en especial en medicina interna que se duplicó entre un semestre y el otro.

Figura 101. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio y por Subred – Segundo Semestre 2017.

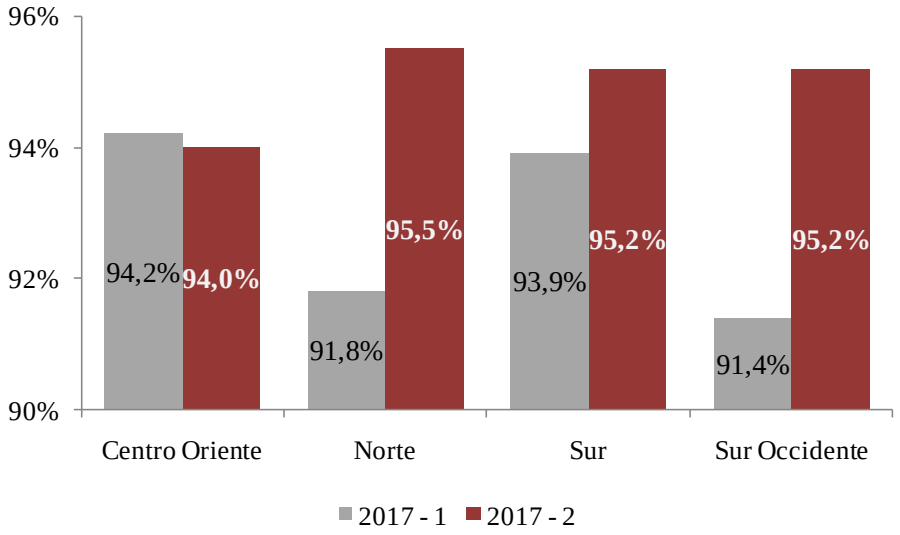


Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

Frente a los rangos de tiempos de espera entre los servicios especializados en el segundo semestre de 2017, medicina interna se mantuvo con los mayores tiempos de espera con un rango de entre los 10 y 31 días, teniendo un incremento frente a lo obtenido en el primer semestre. De igual forma, el servicio de obstetricia presentó en general menores tiempos de espera con un rango de entre seis y once días. También se observó un crecimiento de los tiempos de espera en la mayoría de las subredes en los servicios de medicina general y odontología general, lo cual alejó a estas del cumplimiento de la normatividad vigente de tres días hábiles en la asignación de citas.

La satisfacción de los usuarios en las cuatro subredes durante el año 2017 fue superior al 90%, llegando en promedio al 95% en el segundo semestre. Entre las cuatro subredes, las diferencias no son significativas, aunque cabe destacar el crecimiento que tuvo Sur Occidente de 3,8 p.p. entre el primer y el segundo semestre del año. Comparando este resultado con los obtenidos en 2016, se observa una mejora en este indicador, dado que en 2016 solo dos subredes estuvieron sobre el 95%, Norte y Sur Occidente; mientras que las Subredes Centro Oriente y Sur estuvieron por debajo del 95%, incluso en el segundo semestre del 2016, la Subred Sur presentaba un 89% de satisfacción.

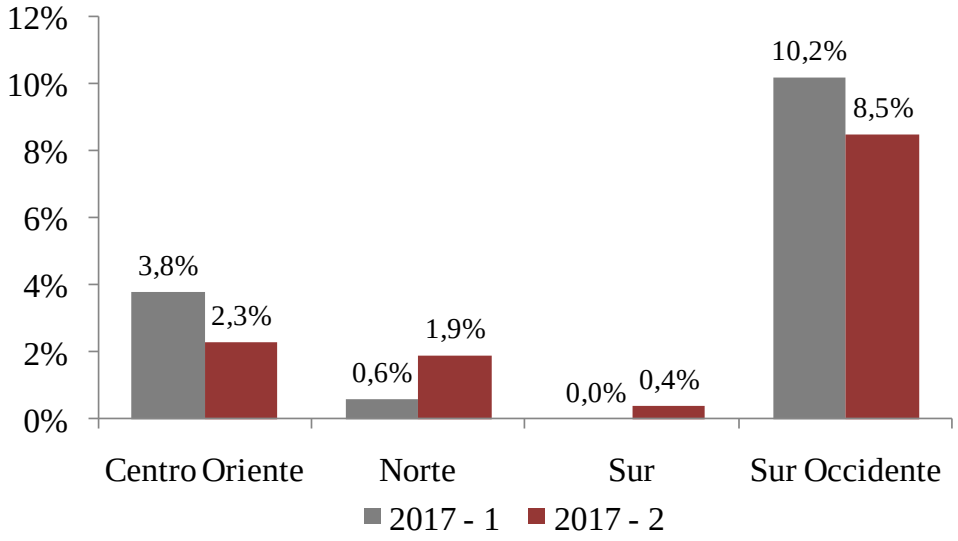
Figura 102. Satisfacción global de usuarios por Subred.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

Con respecto a los indicadores de seguridad, la mayor variabilidad entre las subredes se presentó en la proporción de cancelación de cirugía, indicador en el cual la Subred Sur Occidente tuvo el mayor valor, alcanzando un porcentaje de 10,2% en el primer semestre de 2017 y de 8,5% en el segundo semestre, mientras que la Subred Sur contó con valores cercanos al 0%. También cabe destacar que la Subred Centro Oriente presentó un descenso en la cancelación de cirugías entre el primer semestre y el segundo semestre, en contraposición con la Subred Norte que presentó un crecimiento.

Figura 103. Proporción de cancelación de cirugía por Subred Año 2017.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

Con respecto a la tasa de caídas en hospitalización y las tasas de reingreso a urgencias y hospitalización, se encuentra que las subredes obtienen valores muy similares por debajo del 1%, con dos excepciones: la primera en la Subred Sur, la cual presentó una tasa de reingreso a urgencias del 2,1% durante el primer semestre del 2017; y la segunda, en la Subred Sur Occidente que tuvo un crecimiento en la tasa de reingreso en hospitalizaciones de 1,1% en el primer semestre de 2017 a 1,8% en el segundo semestre.

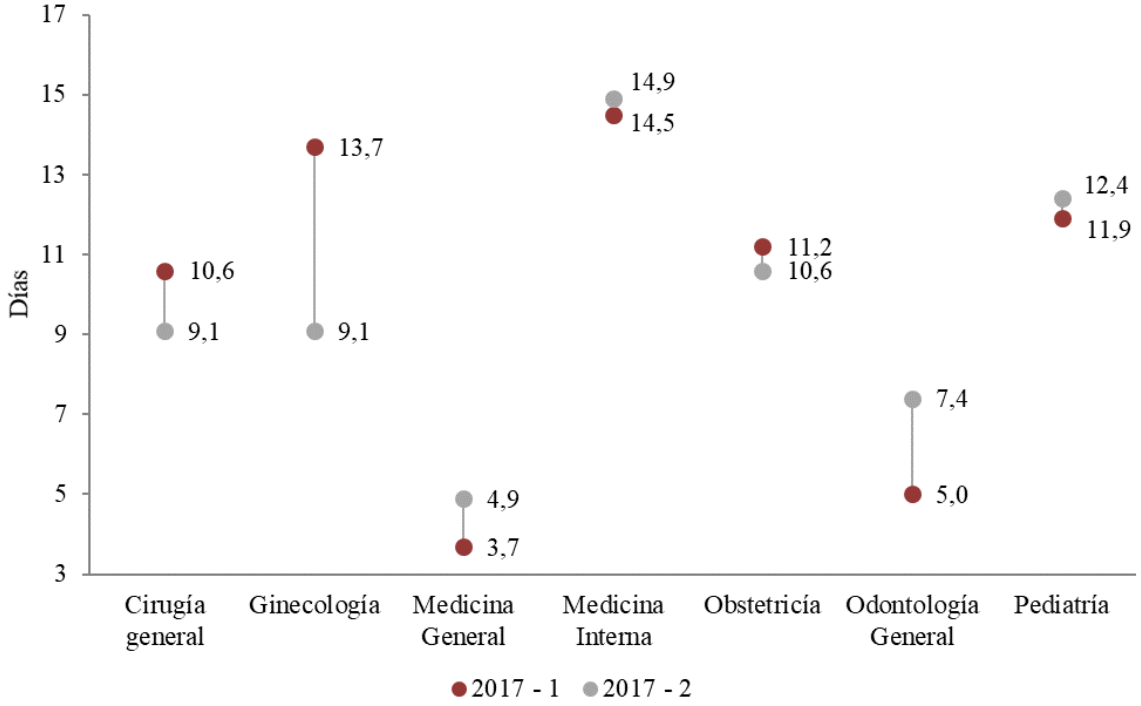
6.1 Subred Sur

a. Experiencia en la atención

El servicio de medicina general presentó un tiempo promedio de espera de 3,7 días calendario en el primer semestre del 2017 y en el segundo semestre aumentó a 4,9 días calendario. Acá es importante resaltar que la normatividad establece un periodo de espera máximo de tres días hábiles, por lo cual se podría afirmar que la Subred no estaría alejada del cumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente. En contraste, existe un mayor riesgo que no se esté cumpliendo con el tiempo de espera en el servicio de odontología general, dado que en el primer semestre de 2017 este indicador fue de 5 días calendario mientras que en el segundo semestre se incrementó a 7,4 días calendario, en comparación con los tres días hábiles que establece la normatividad. Los altos tiempos de espera pueden estar asociados a una alta demanda que se genera por la alta incidencia de enfermedades de la pulpa y la dentina.

En cuanto a los servicios especializados analizados, se encuentra que el servicio de medicina interna presenta los mayores tiempos promedio de espera, con 14,5 días en el primer semestre de 2017 y 14,9 días en el segundo semestre, con valores promedio similares a los presentados por las otras subredes del Distrito. Lo anterior es producto de la alta demanda de este servicio por parte de la población que sufre de enfermedades crónicas, del retiro de talento humano y de la dificultad para contratar profesionales con este perfil por la escasez de especialistas en esta área (Subred Sur, 2018a). De manera similar, el servicio de pediatría presentó un incremento de 0,5 días en el tiempo de espera, por causas similares a las mencionadas en el servicio de medicina interna: alta demanda y escasez de profesionales en esta área. Finalmente, en los otros tres servicios especializados (cirugía general, ginecología y obstetricia), los tiempos de espera se redujeron entre el primer y el segundo semestre, presentándose la caída más importante en ginecología (4,6 días).

Figura 104. Subred Sur: Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio.



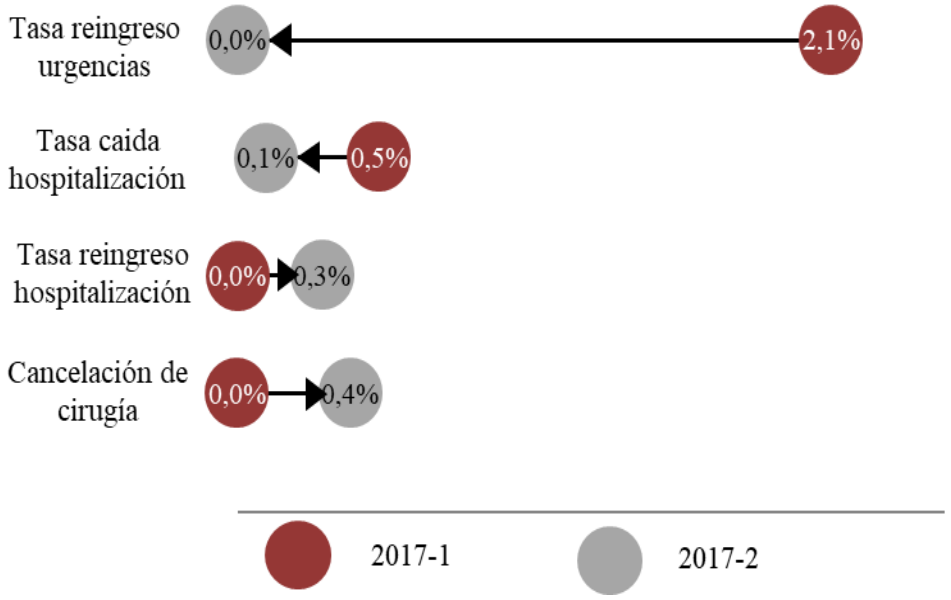
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

Entre las cuatro subredes, la Subred Sur presentó el tiempo promedio de espera más alto para la atención del paciente clasificado como Triage 2, teniendo 56 minutos en el primer semestre y 58 minutos en el segundo semestre de 2017. Acá cabe destacar la diferencia entre las cifras reportadas por la SDS y el SIHO con respecto al informe de gestión de la Subred (Subred Sur, 2018a), el cual afirma que durante el año 2017 la Subred estuvo sobre los 30 minutos en este indicador.

b. Indicadores de seguridad

La proporción de cancelación de cirugía muestra un porcentaje de 0% en el primer semestre de 2017 y de 0,4% en el segundo semestre lo que generó que la Subred presentará el mejor resultado entre las cuatro subredes en este indicador durante el año. Un resultado similar obtuvo la Subred Sur en la tasa de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, logrando porcentajes por debajo del 0,5%. El porcentaje más alto entre los indicadores correspondió al reingreso de pacientes al servicio de urgencias en el primer semestre de 2017, el cual alcanzó un valor de 2,1%, pero luego se redujo a un valor del 0%. Los anteriores resultados sugieren un buen desempeño de la Subred Sur en los indicadores de seguridad del servicio de salud, aunque también generan inquietud sobre la generación de información, dado que valores del 0% podrían ser atípicos para los servicios de salud analizados.

Figura 105. Subred Sur: Indicadores de seguridad.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

6.2 Subred Centro Oriente

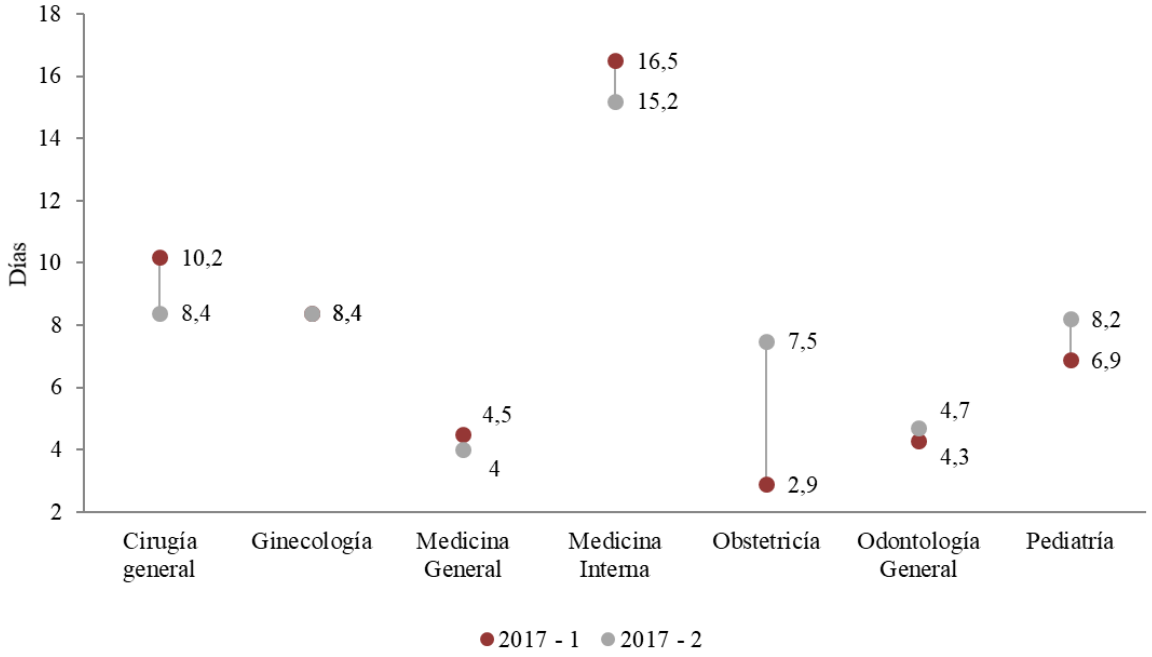
a. Experiencia en la atención

Los indicadores de oportunidad de la Subred Centro Oriente muestran que el servicio de medicina general presentó una reducción de 0,5 días en el tiempo de espera de los pacientes entre el primer y el segundo semestre del 2017, siendo así el valor más bajo al finalizar el 2017 entre las cuatro subredes. A pesar de este buen resultado, la Subred no cumplió su propia meta de un máximo de tres días de espera, debido a picos en eventos respiratorios y a la articulación con Salud Pública que afectaron la demanda por el servicio en ciertos meses del año (Subred Centro Oriente, 2017).

De manera similar, en el servicio de odontología general la Subred no cumplió su meta de un máximo de tres días de espera, pasando de 4,3 a 4,7 días de espera entre el primer y el segundo semestre del 2017. El incremento de los tiempos de espera son el resultado de un incremento en las solicitudes efectuadas por parte de los pacientes durante el segundo semestre del año, aunque cabe destacar que durante el último trimestre del año los tiempos de espera en este servicio presentaron una tendencia negativa (Subred Centro Oriente, 2017).

Con respecto a los servicios especializados de la Subred Centro Oriente, se encuentra que las consultas para medicina interna y para cirugía general contaron con los mayores tiempos de espera para los usuarios durante el 2017, aunque en el segundo semestre presentaron valores inferiores a los observados a nivel Distrital. Vale la pena resaltar que la Subred incrementó su oferta de medicina interna conforme las necesidades de los usuarios (Subred Centro Oriente, 2017), lo cual pudo contribuir con la caída de 1,3 días en los tiempos promedios de espera.

Figura 106. Subred Centro Oriente: Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

De otra parte, cabe destacar que las especialidades de pediatría, obstetricia y ginecología tuvieron tiempos de espera bajos en comparación con las otras tres subredes, aunque en el caso de los dos primeros se presentó un crecimiento del tiempo de espera entre los dos semestres de 2017, especialmente en obstetricia, con un aumento de 4,6 días. En cuanto al servicio de ginecología, se registró un tiempo de asignación de citas superior a los 8 días y no presentó ninguna variación entre semestres en el 2017.

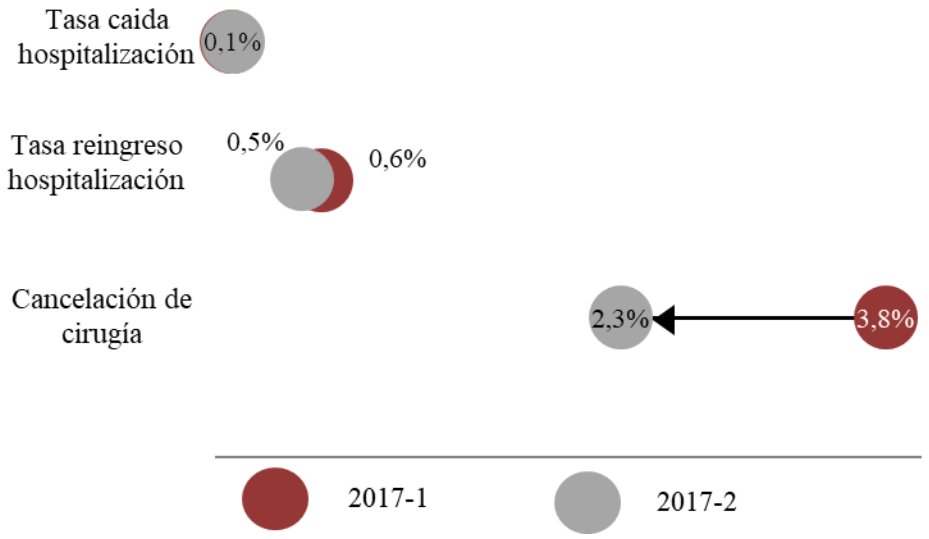
El tiempo promedio de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage II en la Subred Centro Oriente fue de 35 minutos en el primer semestre de 2017 y de 31 minutos en el segundo semestre, frente a un valor de valor de referencia de máximo 30 minutos. Cabe mencionar que, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre, la Subred presentó tiempos de espera por debajo de los 30 minutos (Subred Centro Oriente, 2018a).

b. Indicadores de seguridad

La Subred Centro Oriente mejoró sus resultados en el segundo semestre frente al primer semestre del 2017 en los indicadores de seguridad analizados en el presente documento. En cuanto a la proporción de cancelación de cirugía se observa una importante reducción entre los dos semestres, lo cual permitió que al finalizar el año la Subred estuviera por debajo del promedio de las cuatro subredes en este indicador. Es importante resaltar que la cancelación de cirugías programadas está relacionada con "enfermedad del paciente, inasistencia de paciente, cancelación por cirugía de urgencias, y la prolongación de tiempos quirúrgicos" (Subred Centro Oriente, 2018, p. 40).

Dentro de estos indicadores se destaca la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, la cual presentó un valor de 0% en los dos semestres analizados y fue la más baja a nivel de las cuatro subredes. Frente a los indicadores de tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización y la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, los valores no experimentaron mayores variaciones entre los semestres.

Figura 107. Subred Centro Oriente: Indicadores de seguridad.



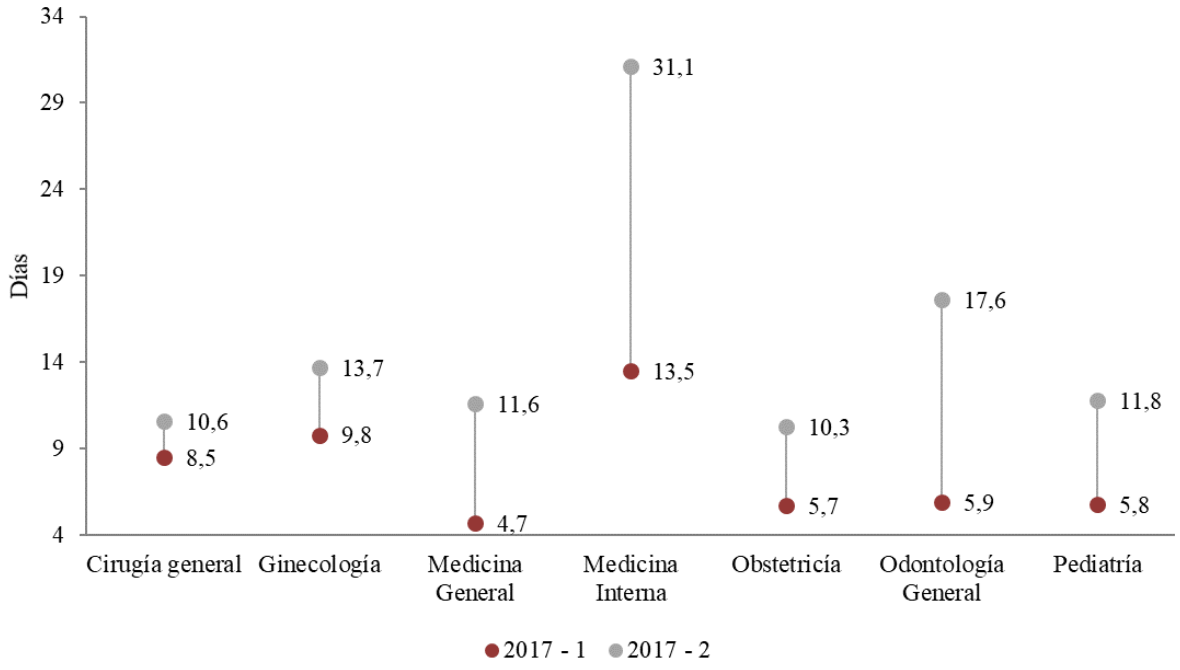
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

6.3 Subred Norte

a. Experiencia en la atención

La Subred Norte presentó un crecimiento en los tiempos promedio de espera en los siete servicios de salud analizados. En particular, la Subred tuvo los mayores tiempos de espera en los servicios de medicina y odontología general durante el segundo semestre del 2017 entre las cuatro subredes de la Ciudad, alcanzando valores de 11,6 días y 17,6 días respectivamente, valores que son superiores a lo establecido por la reglamentación vigente (3 días hábiles). El incremento en los tiempos de espera de estos dos servicios se puede deber a un proceso de reorganización que se dio en el servicio de odontología y en los sistemas de información, así como por mayores incentivos a la demanda por medio de las estrategias de prevención que desarrolla la Subred.

Figura 108. Subred Norte: Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

Los tiempos de espera en la especialidad de medicina interna son los más altos entre los servicios analizados en la Subred, específicamente, un paciente que requería de una consulta en esta especialidad tuvo que esperar en promedio un mes para ser atendido. Este resultado casi que duplica los resultados de las otras subredes en la misma especialidad, y se puede atribuir a los procesos de reorganización del servicio hacia los CAPS. Cabe destacar que, ante estos resultados, la Subred ha fortalecido sus procesos y la disponibilidad de consultas para medicina interna durante el 2018, aunque también se reporta cierta preferencia de los usuarios por ciertas unidades de servicio,

quienes prefieren esperar, a pesar de que exista disponibilidad del servicio en otras unidades de la Subred.

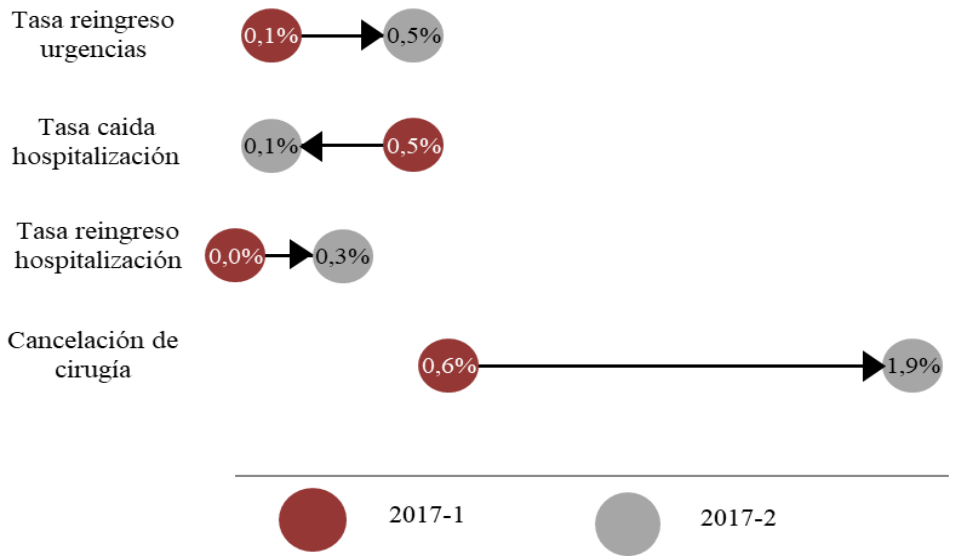
Con respecto a las demás especialidades, se tiene que los tiempos de espera para consultas de primera vez se incrementaron entre el primer y el segundo semestre del año, siendo la Subred Norte, en cirugía general y en ginecología, la SISS que mostró los mayores tiempos de espera en el Distrito, mientras que en pediatría y obstetricia fue la segunda.

La Subred Norte cumplió con lo establecido en la Resolución 1552 de 2013 durante el 2017 con respecto al tiempo promedio de espera en el servicio de urgencias de pacientes clasificados en Triage 2, logrando en el primer semestre un tiempo de atención menor a los 20 minutos y en el segundo semestre un tiempo de 27,9 minutos. De esta forma, la Subred Norte fue la única Subred que cumplió con lo establecido por la normatividad.

b. Indicadores de seguridad

En términos de los indicadores de seguridad se observa que tres de los cuatro indicadores presentaron un crecimiento entre el primer y el segundo semestre del 2017, en especial la proporción de cancelación de cirugía, la cual se incrementó en 1,3 p.p. durante el segundo semestre de 2017, aunque el valor resultante de este indicador al finalizar el segundo semestre fue inferior al promedio general de las subredes. Frente a las tasas de reingreso en los servicios de urgencias y hospitalización, así como la tasa de caída de pacientes, se encuentra que los resultados de la Subred no varían considerablemente entre semestres y se encuentran en valores similares a los obtenidos por otras subredes.

Figura 109. Subred Norte: Indicadores de seguridad



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

6.4 Subred Sur Occidente

a. Experiencia en la atención

Al finalizar el 2017, la Subred Sur Occidente presentó los menores tiempos de espera para la asignación de citas en seis de los siete servicios de salud que se consideran en el presente documento, siendo la excepción el servicio de medicina general, el cual pasó de 5,2 días en el primer semestre del 2017 a 8,8 días el segundo semestre de 2017. En este último servicio, los tiempos de espera se incrementaron posiblemente no solo por aspectos de la prestación del servicio y la disponibilidad de agenda, sino a cambios de los sistemas de la Subred que generaron cambios en el procedimiento de reporte de este indicador. En particular, para el segundo semestre se reportó como cita de primera vez a todos los usuarios, debido a que el cambio en el sistema no permitía generar la trazabilidad desde el primer semestre de 2017.

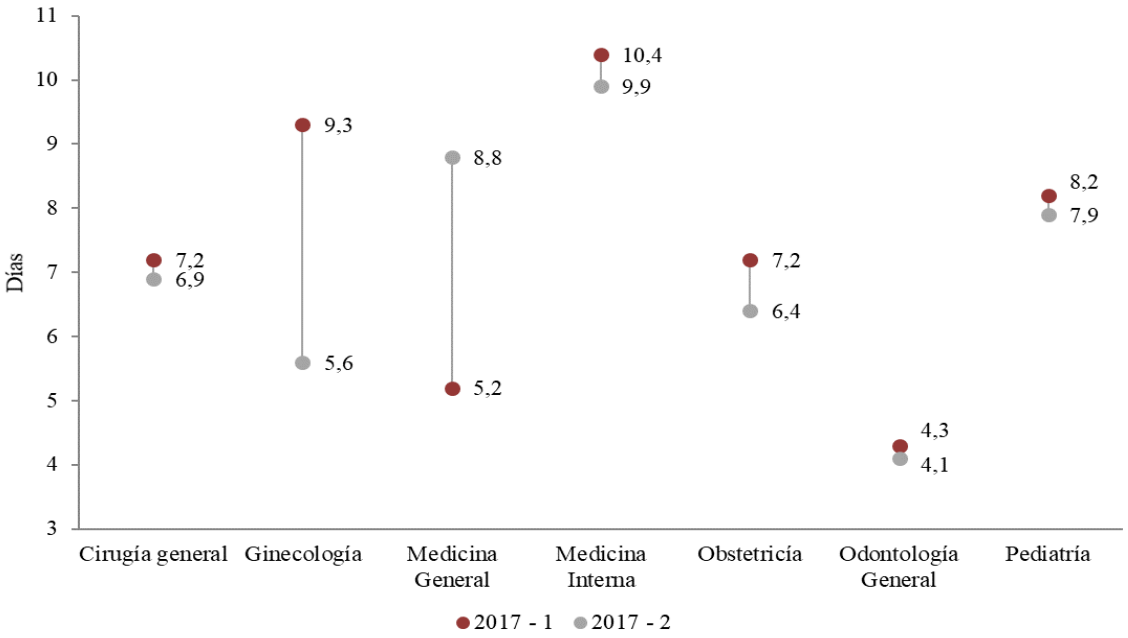
Es importante señalar que la Subred Sur Occidente sobrepasa al finalizar el año los tiempos promedio de espera en el servicio medicina general frente a lo reglamentado por la normatividad vigente, aunque en el servicio de odontología general se encuentra cercano al límite establecido por la normatividad (tres días hábiles).

En cuanto a los servicios especializados, medicina interna presentó al cierre del 2017 los mayores tiempos de espera con 9,9 días, mientras que ginecología tuvo los menores tiempos con 5,6 días. Además, este servicio presentó la mayor reducción de los tiempos de espera en 2017 con una caída de 3,7 p.p.

De otra parte, el tiempo promedio de espera de los pacientes clasificados como Triage 2 muestra una tendencia hacia la reducción, de manera similar, a los tiempos promedio de espera de los demás servicios de salud analizados anteriormente. Al iniciar el año, la Subred presentaba un tiempo superior en 10 minutos al tiempo reglamentado, lo cual ubicaba la Subred con el segundo peor tiempo entre las cuatro subredes. No obstante, este tiempo se redujo a 26,1 minutos en el segundo semestre cumpliendo de esta forma con la normatividad.

En este aspecto, la Subred señala que presenta rezagos en las urgencias de alta complejidad, donde la oportunidad de la atención es menor que en la media y baja complejidad, con un tiempo sobre los 39 minutos, aunque se presenta un avance significativo dado que anteriormente este indicador podía llegar hasta las 6 horas (Subred Sur Occidente, 2018a).

Figura 110. Subred Sur Occidente: Tiempo promedio de espera para la asignación de citas por tipo de servicio.



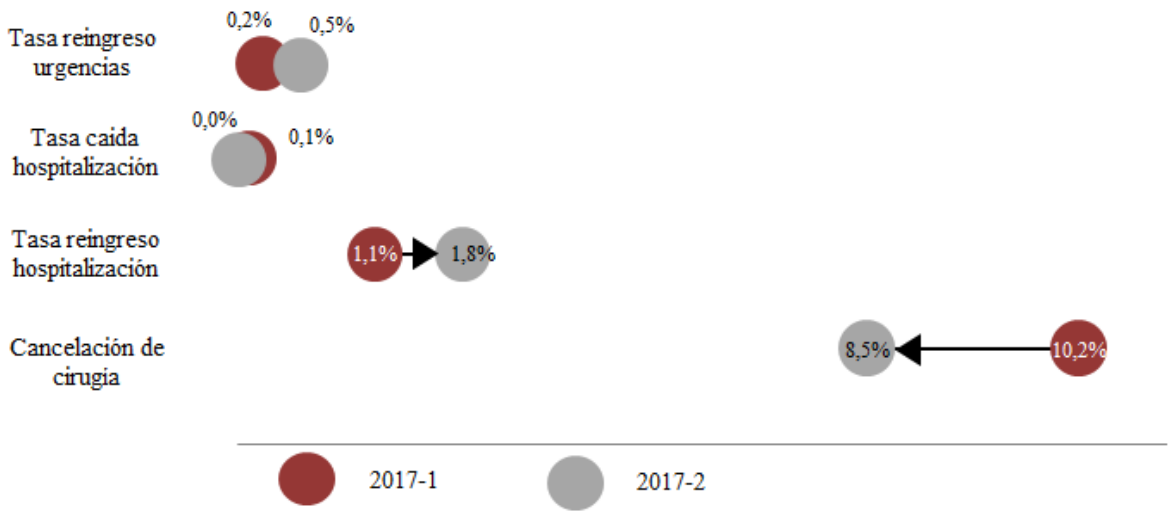
Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

b. Indicadores de seguridad

A diferencia de los resultados en tiempos promedios de espera, donde la Subred Sur Occidente alcanza el mejor desempeño entre las subredes, en los indicadores de seguridad se presenta una situación opuesta, dado que en tres de los cuatro indicadores la Subred se presentó los más bajos resultados. Entre estos tres indicadores se destaca: la cancelación de cirugía, el cual superó el 10% en el primer semestre del 2017 y el 8% en el segundo semestre, valores muy superiores a los obtenidos por las otras SISS. Entre las razones que explican esta alta cancelación se encuentra una inasistencia o falta de preparación por parte del paciente y una mayor duración de los procedimientos quirúrgicos frente a lo programado (Subred Sur Occidente, 2018a).

Otro indicador que muestra signos de alarma es la tasa de reingreso al servicio de hospitalización, el cual presentó un valor de 1,1% en el primer semestre y de 1,8% en el segundo semestre, cuando las demás subredes se ubicaron por debajo del 0,5%. “El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó (Subred Sur Occidente, 2018a, pp. 143).

Figura 111. Subred Sur Occidente: Indicadores de seguridad.



Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en aplicativo SIHO-SDS Consultado Mayo 2018.

6.5 Conclusiones

1. Las subredes están generando cambios importantes en la reorganización y prestación de los servicios, que se ven reflejados por ejemplo en la mejora de tiempos de espera en el servicio de obstetricia a lo largo del año 2017; no obstante, se requiere continuar fortaleciendo el servicio de medicina interna, dado que esta especialidad mostró los mayores tiempos de espera.

2. La Subred Sur Occidente se destacó por ser la Subred con los mejores tiempos de espera en las diferentes especialidades analizadas; sin embargo, requiere continuar fortaleciendo sus procesos relacionados con la cancelación de cirugías, aspecto en el cual presenta los porcentajes más altos entre las subredes.

3. En términos de los tiempos de espera en medicina general y odontología general, se encuentra un riesgo de no cumplir con los tiempos estipulados por la normatividad vigente siendo este hecho más marcado en la Subred Norte. Además, se observa un crecimiento entre los dos semestres del 2017 en estos dos indicadores en tres de las cuatro subredes. En el caso de la atención de paciente clasificado en Triage 2, la Subred Sur presentó la situación más crítica con tiempos de espera superiores a los 50 minutos.

4. La satisfacción de los usuarios se encuentra en un alto porcentaje, con más del 90% de los usuarios calificando como muy buena o buena la atención recibida en las subredes, llegando a niveles del 95% durante el segundo semestre del 2017, resultado superior a logrado de manera conjunta al finalizar el 2016.

5. Los indicadores de seguridad en general mostraron porcentajes bajos, lo cual es un buen indicador de la gestión realizada por las subredes, aunque se presentaron algunos picos en la cancelación de cirugía en las Subredes Sur Occidente y la Norte, presentando la primera un 8,5% de cirugías canceladas en el segundo semestre del 2017, y la segunda un porcentaje de 1,9%.

6. Una de las principales dificultades en el análisis de temas de calidad fue la disponibilidad de información confiable, por lo cual es necesario fortalecer los sistemas de información y el almacenamiento de información histórica que permita generar procesos de análisis y evaluación más detallados, como podrían ser evaluaciones de impacto.

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

a. Presupuesto y sostenibilidad

- Durante el 2017 las cuatro subredes presentaron compromisos superiores a los recursos recaudados efectivamente, lo que representa un déficit presupuestal que dependiendo de la subred oscila entre $37.063 millones (Subred Sur Occidente) y $74.787 millones (Subred Sur).

- De las cuatro subredes, Centro Oriente y Sur incrementaron su nivel de apalancamiento financiero externo como consecuencia de un mayor número de obligaciones financieras por adecuaciones administrativas y asistenciales en las USS y un monto más elevado de pagos por sentencias jurídicas, respectivamente. En contraste, Norte y Sur Occidente presentaron una disminución en este aspecto, debido a un crecimiento superior del patrimonio respecto a sus pasivos, lo cual se atribuye al registro de bienes que previamente no se incorporaban en los estados financieros.

- Si bien la clasificación de riesgo del MSPS señala que todas SISS están sin riesgo financiero y presupuestal, luego de la revisión de los estados financieros se encuentran diferencias entre las subredes en términos de capacidad de gerencia, rentabilidad y liquidez. Las Subredes Centro Oriente y Norte presentaron un cambio positivo en estos tres aspectos, lo cual es consistente con el esfuerzo que realizaron para reducir sus gastos operacionales. Por otro lado, las Subredes Sur y Sur Occidente mostraron una tendencia opuesta por las siguientes razones: i) inconsistencias tecnológicas, ii) mayor nivel de provisiones legales y iii) dificultad de sanear la cartera.

- Uno de los riesgos que enfrentan las subredes de acuerdo con sus informes de gestión y reuniones con funcionarios, es el crecimiento de cuentas por pagar con las EAPB. Las dificultades se han dado especialmente con Capital Salud EPS-S, por la implementación de un nuevo modelo de pago y la falta de conciliación de saldos y cuentas entre las subredes y las EPS-S. Por lo tanto, la solución a las dificultades en el pago de los compromisos y en

la conciliación de saldos y cuentas de esta EPS-S con cada una de las SISS es crucial para que estas últimas alcancen un mejor estado financiero.

- En el proceso de creación de las subredes, se destaca los avances en la depuración de cuentas por pagar y cobrar, procesos de negociación con deudores, y una mayor homogenización de los estados contables entre las ESE del Distrito, lo que facilita las comparaciones y la transparencia de la información. Esto también muestra un esfuerzo por parte de todas las subredes de reducir las obligaciones por pagar.

- Las subredes enfrentan dificultades para generar ingresos por cuenta de la venta de sus servicios, lo cual puede estar explicado en la implementación de la nueva modalidad de pago con Capital Salud EPS-S (Pago Global Prospectivo), que ha generado dificultades en el trámite de facturas y cobros por parte de las SISS. Este aspecto genera una variación negativa en el margen operacional de todas las Subredes, excepto en el caso de la Subred Norte, la cual registró un mayor número de atenciones por insumo utilizado en los servicios de urgencias, partos y procedimientos quirúrgicos.

- Los activos corrientes en promedio duplican a los pasivos corrientes en todas las subredes, lo cual evidencia una gran capacidad de estas para financiar sus obligaciones de corto plazo. No obstante, las subredes y la Secretaría Distrital de Salud (SDS) podrían revisar si esta alta de liquidez es eficiente y necesaria, y si estos recursos se pueden ejecutar en algún tipo de inversión que brinde nuevos recursos para el fortalecimiento de la prestación de los servicios.

- Se puede destacar que, en cada una de las subredes se fusionaron hospitales públicos con diferentes condiciones financieras previas, algunos con déficits y bajas utilidades y otros con ganancias y superávits. En este sentido, la fusión en las SISS ha permitido que las USS que presentaban condiciones financieras adecuadas sean un apoyo a las USS que contaban con una situación financiera más difícil.

- Actualmente las Subredes utilizan sistemas de información diferentes: Centro Oriente y Sur utiliza el sistema de información Dinámica, la Subred Sur Occidente usa la plataforma Hosvital y la Subred Norte utiliza el sistema operativo Servinte.

b. Oferta, eficiencia y calidad

- En general se observa una reducción en el número de atenciones en consulta externa, hospitalización, procedimientos quirúrgicos y eventos obstétricos en todas las subredes, principalmente, a causa de cambios estructurales en la demanda atribuidos a la disminución del número de afiliados al régimen subsidiado y la caída en la tasa de natalidad en la Ciudad.

- En línea con lo anterior, factores relacionados con la oferta ha influencia en la caída del número de atenciones, tales como la integración y mejoramiento de los procesos de traslado

de pacientes entre las USS de cada subred, la digitalización de la historia clínica y la unificación de sistemas de información, han facilitado la prestación de una atención más directa a los usuarios de acuerdo con sus perfiles epidemiológicos.

- Las Subredes Norte y Centro Oriente contaron con la menor demanda potencial por parte de afiliados del régimen subsidiado en la Ciudad, al ser del 42% del total de Bogotá, y a su vez, realizaron el mayor número de atenciones en observación de urgencias, de egresos hospitalarios y de procedimientos quirúrgicos. Mientras que las Subredes Sur y Sur Occidente tuvieron una demanda potencial mayor (58% del total) y efectuaron un mayor número de atenciones por consulta externa.

- En referencia a la prestación del servicio de urgencias se encontró un crecimiento del número de atenciones en tres de las cuatro subredes. En este aspecto, la Subred Centro Oriente tuvo avances en la reorganización de este servicio al reducir la carga de la atención de los antiguos hospitales de tercer nivel hacia los de menor nivel. De manera opuesta, la mayor parte de la demanda de las Subredes Sur, Norte y Sur Occidente está siendo atendida por las unidades de mayor complejidad.

- En relación a los procedimientos quirúrgicos, la Subred Norte realizó el mayor número de atenciones, al concentrar el 37% de los procedimientos realizados entre las cuatro SISS. Este hecho se encuentra vinculado al alto nivel de demanda de servicios especializados en la USS Simón Bolívar. De otra parte, la Subred Sur Occidente registró un menor volumen de atención, lo cual se atribuye a una importante cantidad de cirugías canceladas.

- El principal reto identificado en la atención de eventos obstétricos es la necesidad de reducir la tasa de partos por cesárea, que se ubica en todas las subredes por encima del 30%, mientras que el estándar internacional establecido por la OMS oscila entre el 10% y el 15%, en particular, sobresale la Subred Sur Occidente como la de la del porcentaje de cesáreas más alto en la Ciudad (37%), y cabe resaltar que específicamente, la USS Occidente de Kennedy tuvo una tasa del 41%, lo que representa un riesgo importante considerando que la localidad de Kennedy presentó un indicador de mortalidad materna y de mortalidad perinatal por encima del promedio de la Ciudad.

- Se observa un avance en la reorganización de los servicios de las USS. Por un lado, con la entrada en operación de los CAPS, el componente primario ha asumido una mayor producción en servicios de consulta externa, mientras que algunas USS de mayor complejidad, como son el Tunal o el Simón Bolívar han asumido un rol más fuerte en servicios de mayor complejidad como los procesos de hospitalización. En el proceso de organización de los servicios, la Subred Centro Oriente se destaca como la SISS que muestras mayores avances.

- La Subred Norte incrementó su rendimiento en los servicios de observación de urgencias y procedimientos quirúrgicos. En el primer caso, se atribuye a una mayor producción en este

servicio; y en el segundo caso, a una disminución más significativa de la capacidad instalada en relación al número de atenciones. Adicionalmente, con respecto al rendimiento de salas de parto, la Subred Centro Oriente presentó un crecimiento muy marcado en este indicador como resultado del cierre de ciertas unidades y de la reducción del 75% en el número de insumos utilizados.

- Los tiempos de espera para asignación de citas en medicina y odontología general en promedio se incrementaron entre el primer y el segundo semestre del 2017, siendo la Subred Norte la que presentó los tiempos de espera más altos y tuvo el aumento más marcado en el transcurso del 2017. En este sentido, existe un riesgo latente de no estar cumpliendo el estándar establecido por la normatividad de tres días hábiles para la espera de citas en estos servicios de salud.

- La especialidad de medicina interna requiere el mayor fortalecimiento en términos de la oportunidad de atención de los pacientes, dado que es la especialidad en la cual los usuarios tuvieron que esperar el mayor número de días por una cita en las cuatro subredes. Al respecto, las Subredes Norte y Centro Oriente fueron las que presentaron los mayores tiempos de espera. No obstante, es claro que las subredes enfrentaron una restricción de oferta de médicos internistas que les dificultó alcanzar un menor tiempo de espera.

- La especialidad de obstetricia presentó los menores tiempos de espera para asignación de citas en los dos semestres de 2017, siendo la Subred Sur la que contó con los mayores tiempos de espera en ambos semestres ya que tuvo un alto nivel de demanda por este servicio y fue afectada por la escasez de especialistas en esta área. De igual forma, esta Subred presentó el tiempo de espera más elevado para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias, específicamente, el valor de este indicador casi duplica el tiempo reglamentario.

- En general, en la vigencia 2017 y especialmente en el segundo semestre, la Subred Sur Occidente presentó los menores tiempos de espera en la asignación de citas entre las especialidades analizadas. Por el contrario, la Subred Norte presentó el crecimiento más significativo en los tiempos de espera entre el primer y segundo semestre de 2017.

- En términos de los indicadores de seguridad se encuentran porcentajes bajos que no representarían inicialmente un problema en las subredes. La principal diferencia se genera en la proporción de cancelación de cirugía, indicador en el cual las Subredes Norte y Sur Occidente presentaron valores superiores a los de las otras subredes durante el segundo semestre del 2017.

7.2 Recomendaciones

1. Con el fin de incrementar los ingresos y el recaudo efectivo de las subredes, se deben consolidar las acciones para mejorar el recaudo ante las EAPB que no han efectuado el pago de sus obligaciones de forma oportuna. Entre las acciones que ya han adelantado las subredes, se destacan: el cobro coactivo, el envío de derechos de petición, y cruces contables de saldos.

2. Dada las dificultades en el trámite de pagos con Capital Salud, y con el fin de que estos se puedan garantizar de manera oportuna, es importante que las entidades rectoras y administrativas en el Sector Salud realicen un seguimiento y control al nuevo modelo de pago a las subredes por parte de Capital Salud.

3. Consolidar nuevas fuentes de financiación para las SISS que permitan mejorar el flujo de ingresos y la sostenibilidad financiera de las cuatro subredes, por ejemplo, por medio de la generación de convenios con las EAPB que atienden los pacientes del régimen contributivo y con otro tipo de entidades públicas y privadas que requieran de servicios de salud.

4. Con el objetivo de reducir la formación de glosas y evitar una acumulación de cartera de largo plazo, debe efectuarse una estrategia de depuración de información que permita realizar un cruce contable entre las SISS y cada uno de sus proveedores y sus acreedores

5. Avanzar con la implementación de un sistema de información integrado o interoperable entre todas las subredes que facilite la generación de información oportuna y confiable de todas las SISS y permita tener una visión global de la organización del Sector. Además, el sistema debe garantizar la preservación de información histórica homogénea que permita en el futuro la evaluación de todos los procesos de las SISS. Lo anterior, teniendo en cuenta que la carencia de información comparable entre el antes y el después de la creación de las SISS fue una de las dificultades para la elaboración de este estudio.

6. Continuar con los procesos de ampliación del portafolio de servicios y redistribución de asignación de citas a unidades de baja complejidad, particularmente en los CAPS, para disminuir los costos de acceso de los usuarios a servicios de medicina especializada. Asimismo, garantizar la entrada en operación oportuna de los nuevos CAPS proyectados en el PDD.

7. Fijar estrategias, en conjunto con la SDS, que garanticen la disponibilidad de profesionales especializados en todas las unidades que lo requieran conforme a su portafolio de servicios, especialmente en las de más difícil acceso, para así mejorar la oportunidad en la atención a los pacientes. Por ejemplo, fortalecer los convenios con instituciones de educación superior para formar el talento humano que requieren las subredes.

8. En la Ciudad se presenta una importante tasa de inasistencia a las citas programadas por parte de los usuarios, por lo cual se requiere de estrategias que fortalezcan el sentido de corresponsabilidad entre los usuarios, con el fin de disminuir la inasistencia y la consecuente pérdida de productividad y de ingresos asociados a este fenómeno.

9. Teniendo en cuenta el fenómeno de migración que vive el país, en especial de población proveniente de Venezuela, se recomienda revisar la financiación de las atenciones dirigidas a población no afiliada y la capacidad de los servicios de urgencias para atender el crecimiento de la demanda, dado que son la puerta de entrada al sistema de salud para este grupo de personas.

Referencias

Acemi. (2016). La Política de Atención Integral en Salud. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: https://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/10-actualidad/comunicados/743-la-politica-de-atencion-integral-en-salud

Alcaldía Mayor de Bogotá. (16 de junio de 2012). Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas par Bogotá D.C. 2012-2016. [Acuerdo 489 de 2012]. Recuperado de: http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Antecedentes%20Normativos/Acuerdo%20489-12%20Plan.pdf

Alcaldía Mayor de Bogotá. (6 de abril de 2016a). Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. [Acuerdo 641 de 2016]. Recuperado de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65686

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2016b). Proyecto de Acuerdo No. 076 de 2016. Exposición de motivos. Proyecto de Reorganización del Sector Salud en Bogotá. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?dt=S&i=65380

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2018a). Informes de Ejecución Presupuestal 2015 a 2018. Secretaría Distrital de Hacienda. [Pagina Web]. Recuperado de: http://www.shd.gov.co/shd/informes-presupuestales.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2018b). Portal Geoestadistico. Oferta de indicadores del Distrito Capital. Secretaría Distrital de Planeación. [Página Web]. Recuperado de: http://www.shd.gov.co/shd/informes-presupuestales.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2018c). Noticias Portal. Más de 569.000 citas incumplidas por los usuarios en las USS de la red pública en 2017. Secretaría Distrital de Salud. [Página Web]. Recuperado de: http://www.shd.gov.co/shd/informes-presupuestales.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2018d). Estadisiticas de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud. [Pagina Web]. Recuperado el 23 de julio de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inicio.aspx

Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Holder Morrison, R., Suárez Jiménez, J. M. (2011). Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile. Documentos OPS/OMS. Recuperado de: http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf

Artaza Barrios, O., Toro Devia, O., Fuentes García, A., Alarcón Hein, A., & Arteaga Herrera, O. (2013). Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138076/CIRA-gobernanza-salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ávalos, A., Borras, F. y López, D. (2015). Indicadores financieros de eficacia en proyecto de desarrollo del patrimonio cultural. Revista Retos de la Dirección, 9(2), pp.88-102.

Barbosa, J. (2017). Diseño de un sistema de indicadores para evaluar la eficiencia de los procesos en el servicio de urgencias. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/6384/2/BarbosaRodr%C3%ADguezJuanManuel2017.pdf

Bogotá Cómo Vamos. (2014). Encuesta de Percepción Ciudadana 2014. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://www.bogotacomovamos.org/documentos/encuesta-de-percepcion-ciudadana-2014/

Buglioli, M. y Ortún, V. (2000). Sistemas de ajuste por riesgo. *Rev Med Uruguay*, 16, pp.123-132.

Concejo de Bogotá. (12 de junio de 2012). Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2012-2016. Bogotá Humana. [Acuerdo 489 de 2012]. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=47766

Concejo de Bogotá. (6 de abril de 2016). Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. [Acuerdo 641 de 2016]. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65686

Concejo de Bogotá. (9 de junio de 2016). Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016-2020. Bogotá Mejor Para Todos. [Acuerdo 645 de 2016]. Recuperado de: http://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=66271

Congreso de la República. (23 de diciembre de 1993). Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Ley 100 de 1993]. Recuperado de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248

Congreso de la República. (21 de diciembre de 2001). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. [Ley 715 de 2001]. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html

Congreso de la República. (21 de diciembre de 2001). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.. [Ley 1122 de 2007]. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html

Congreso de la República. (19 de enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones. [Ley 1438 de 2011]. Recuperado de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355

Congreso de la República. (16 de febrero de 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1751 de 2015]. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Contaduría General de la Nación. (2014). (8 de septiembre de 2014). *Por la cual se incorpora, en el Régimen de Contabilidad Pública, el marco normativo aplicable para algunas empresas sujetas a su ámbito y se dictan otras disposiciones*. [Resolución 414 de 2014]. Recuperado

el 3 de septiembre de 2018 de: http://www.contaduria.gov.co/wps/wcm/connect/4bf279bc-91fe-4f5a-940b-ac8b7424221a/Res414-2014.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=4bf279bc-91fe-4f5a-940b-ac8b7424221a

Cooper, W., Seiford, L., & Tone, K. (2007). Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models. Applications, References and DEA-Solver Software. Springer.

Correa, A. (2015). Colapso en las salas de urgencia de Bogotá. El Espectador. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: https://www.elespectador.com/noticias/bogota/colapso-salas-de-urgencias-de-bogota-articulo-590456

Cunillera R. (2008). Caso de Red Integrada, Badalona Serveis Assistenciales S.A. (BSA), Badalona. Cataluña. España.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., Bernier, L., Pineault, R. (2003). Accessibility, continuity and appropriateness: key elements in assessing integration of perinatal services. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14498836

Departamento Nacional de Planeación. (2014). Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación a políticas públicas. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Cartilla%20Guia%20para%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20Ago%2013.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (s.f.) Presentación: Diseño Evaluación Modelo de Atención y Prestación de Servicios en Salud para Zonas Dispersas – Guainía.

Díaz, J. y Zurdo, R. (2014). Análisis del riesgo financiero en las PYMES – estudio de caso aplicado a la ciudad de Manizales. *Revista Lasallista de Investigación*, 11(2), pp. 78-88.

Escobar, I. Castrillón y M. Pulido de Lalinde, M. (1992). Calidad de atención de enfermería en las salas de trabajo de parto. Recuperado de: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331886

Fernández, Santiago de la Fuente. (2011). Componentes Principales. Facultad Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/MULTIVARIANTE/ACP/ACP.pdf

Florez, E. (2015). Indicadores Financieros para Gerentes – Indicadores de Endeudamiento. [Página Web]. (Fecha de consulta el 2 de agosto de 2018). Recuperado de: https://aprendeniif.com/indicadores-financieros-para-gerentes-indicadores-de-endeudamiento/

Galvéz, A. (1999). Concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana. Taller. Aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana.

Gedion, Ú., & Morales, L. G. (1999). Aproximación a la medición de la eficiencia económica y eficiencia de la gestión en los hospitales públicos del Distrito Capital. Fedesarrollo y Secretaría Distrital de Salud .

Gillies, R.R., Chenok K., Shortell, S.M., Pawlson, G., & Wimbush, J..J. (2006) The impact of health plan delivery system organization on clinical quality and patient satisfaction. *Health Research and Educational Trust*, 41 (4), pp. 1181-1199. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16899002.

Hartz, Z., & Contandriopoulos, A.P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafi os para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (Sup 2), pp. 331-S336. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Hernández, Daniel. (2015). El Modelo de la Cadena de Valor Público para el análisis de políticas. Revista Institucional No 54 Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282102250_El_Modelo_de_la_Cadena_de_Valor_Publico_para_el_analisis_de_politicas.

Hospital de Usme I Nivel ESE (2015). Notas a los Estados Contables con corte a 31 de diciembre de 2015.

Hospital Tunjuelito II Nivel ESE (2015). Notas a los Estados Financieros a 31 de diciembre de 2015. *Notas de carácter general.*

Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud. (2018).¿Quiénes somos? [Página Web]. (Fecha de consulta 2 de septiembre de 2018). Recuperado de: https://www.idcbis.org.co/sobre-el-instituto/

Jiménez, R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana Salud Pública*, 30(1), pp.1-21. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430104

Malave, A., y Morillo, F. (2006). Aplicación del método camel a mi casa entidad de ahorro y préstamo c.a. Maturin Monagas en los años 2003; 2004 y 2005. *Tesis inédita*. Universidad de Oriente. Escuela de Ciencias Sociales y Administrativas. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://ri2.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1756/2/TESIS-658.151_M212_01.pdf

Maldonado, N., & Tamayo, A. (2007). Estudio Integral de Eficiencia de los Hospitales Públicos. Archivos de Economía - Departamento Nacional de Planeación. (Fecha de consulta 2 de septiembre de 2018). Recuperado de: https://www.mdanderson.es/sobre-nosotros/departamentos/cirugia-cardiovascular/enfermedad-venosa-de-los-miembros-inferiores

McKinsey & Company (2009). What health systems can learn from Kaiser Permanente: An interview with Hal Wolf. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/what-health-systems-can-learn-from-kaiser-permanente-an-interview-with-hal-wolf

MD Anderson Center. (2018). Enfermedad Venosa de los miembros inferiores. [Página Web].

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de Argentina (s.f.). Descripción de las cuentas y sus agrupamientos. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: https://www.economia.gob.ar/hacienda/cgn/manualcont/instrucc/glosario.pdf

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (21 de diciembre de 2001). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. [Ley 715 de 2001]. Recuperado de:

http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=qqF1xvgCLLqqkNg4IGZ8wl0wPRjrgjtLRcuB0v-P9vvdXWQ3vPmX!-1088947312?nodeId=%2FOCS%2FMIG_5817363.PDF%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de agosto de 1994). Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. [Decreto 1876 de 1994]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1876-1994.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (9 de enero de 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1122 de 2007]. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (19 de enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1438 de 2011]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2015a). Gestión Integral de Riesgo en Salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud. Bogotá D.C, Colombia. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2015b). Gestión Integral de Riesgo en Salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud. Bogotá D.C, Colombia. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2015c). (29 de mayo de 2015). Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2015. [Resolución 1893 de 2015]. Recuperado de: co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (16 de febrero de 2015). Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Ley Estatutaria No. 1751 de 2015]. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). Política de Atención Integral en Salud. Un Sistema de Salud al servicio de la gente. Bogotá D.C, Colombia. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). (9 de enero de 2007). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1122 de 2007]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016c). (17 de febrero de 2016). Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [Resolución 429 de 2016]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016d). Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS Plan de capacitación sectorial. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016d). (21 de abril de 2016). Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. [Resolución 1441 de 2016]. Recuperado de: http://achc.org.co/documentos/prensa/res-1441-16%20habilitacion%20redes%20integradas%20ips.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016f). (25 de julio de 2016). Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. [Resolución 3202 de 2016]. Recuperado de: https://www.dssa.gov.co/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1418-resolucion-3202-de-2016&category_slug=la-pais-mias-rias-ripss&Itemid=224

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016g). Rutas integrales de atención en salud - RIAS. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016h). Nuevos criterios para clasificación de triage en urgencias. [Página Web]. (Fecha de consulta el 31 de agosto de 2018]. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016i). (27 de mayo de 2016). Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones. [Resolución 2184 de 2016]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202184%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016j). Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS. Bogotá D.C. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202184%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Comisión intersectorial de salud pública. [Página Web]. (Fecha de consulta 2 de septiembre de 2018). Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2017b). Entidades Territoriales en el Aseguramiento. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/2presentacion-semana-seguridad-social-aseguramiento.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2018a). Comisión intersectorial de salud pública. [Página Web]. (Fecha de consulta Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2018b). (30 de mayo de 2018). Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones. [Resolución 2249 de 2018]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202249%20de%202018.pdf

Morales, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Universidad del Rosario. Grupo de investigación Rehabilitación e Integración Social de la persona con discapacidad. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/ab/abe56836-f233-459d-bc20-f5f29bf89ed3.pdf

Notaria 19 de Bogotá. (2016). ¿Qué es y cómo funciona el contrato de comodato? [Página Web]. (Fecha de consulta 20 de agosto de 2018). Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: https://www.notaria19bogota.com/tag/que-es-contrato-de-comodato/

Nupia, O., & Sánches, F. (2001). Eficiencia de los hospitales públicos de Bogotá. Desarrollo y Sociedad .

OMS & OPS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington D.C.

OMS & OPS. (2011). Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Biblioteca de la Oficina de OPS/OMS en Chile – Catalogación. N°1 Documentos OPS/OMS en Chile. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf

OPS. (2013). Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/36541/mod_page/content/11/M2O1_OPS_%202013.pdf

OMS. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/who_rhr_15.02_spa.pdf;jsessionid=2D8BD499E26D3F0C4FA8362D34A07F71?sequence=1

OMS & OPS (2017). Reunión regional: Sistemas de pago y compra estratégica ¿Cómo apoyan el avance hacia la salud universal? Agenda y nota conceptual. Washington D.C.

Opinión y Salud. (2018). Bogotá reactiva el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: https://www.opinionysalud.com/bogota-reactiva-consejo-distrital-seguridad-social-salud/

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OECD & Comision Europea. (2008). Handbook on Constructing Composite Indicators. Methodology and User Guide [Guía para la construcción de indicadores compuestos. Metodología y guía de usuario]. Disponible en: http://www.oecd.org/sdd/42495745.pdf

Orozco Gallo, Antonio José. (2015). Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Banco de la República – Sucursal Cartagena. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_201.pdf

Peña Méndez, Dayan Paola. (2014). Análisis de componentes principales en la estimación de índices de empoderamiento en mujeres de Colombia [Trabajo final Máster]. Departamento de estadística e investigación operativa. Universidad de Granada.

Peñaloza, M. C. (2003). Evaluación de la eficiencia de instituciones hospitalarias públicas y privadas con Data Envelopment Analysis (DEA). Archivos de Economía - Departamento Nacional de Planeación .

Pinzón, M. J. (2003). Medición de eficiencia técnica relativa en hospitales públicos de baja complejidad mediante la metodología Data Envelopment Analysis (DEA). Archivos de Economía - Departamento Nacional de Planeación .

Porter, M & Kellog, M. (2008). Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada 2008; 1:1. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: https://www.google.com.co/search?q=Caso+de+Red+Integrada%2C+Badalona+Serveis+Assistenciales+S.&rlz=1C1ARAB_esCO787CO787&oq=Caso+de+Red+Integrada%2C+Badalona+Serveis+Assistenciales+S.&aqs=chrome..69i57.1037j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Potter, I. (2008). Plenary presentation “Shared services in the Caribbean Countries”. Sub-regional consultation on PAHO/WHO’s integrated delivery systems initiative. PWR-ECC Offi ce, Bridgetown, Barbados, October 23-24, 2008.

Renovación Magisterial (s.f). Niveles de Atención en Salud en Colombia. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin23/sa2.pdf

Secretaria de Salud de México (2006).Programa de Acción: Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS). Versión preliminar. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/MODELO%20INTEGRADO%20DE%20ATENCION%20A%20LA%20SALUD.%20PROGRAMA%20DE%20ACCION.PDF

Secretaría Distrital de Salud (2016a). Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud. Reorganización de la Red Pública de Servicios de Salud de Bogotá D.C. Bogotá D.C, Colombia.

Secretaría Distrital de Salud (2016b). Plan Territorial de Salud 2016-2020. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá D.C. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf

Secretaría Distrital de Salud. (2017a). Manual del nuevo modelo de remuneración o presupuesto global prospectivo por actividad final con incentivos de desempeño. Bogotá D.C. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Reorg%20Documentos%20Tcnicos/Manual%20Nuevo%20Modelo%20de%20Pago%20para%20colaboradores.pdf

Secretaría Distrital de Salud. (2017b). Proyecto 'Nuevo modelo de remuneración: Presupuesto Global Prospectivo, por actividad final con incentivo de desempeño'. Bogotá D.C. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Reorg%20Documentos%20Tcnicos/Marco%20l%C3%B3gico%20Nuevo%20Modelo%20de%20Pago%20v10%20junio%202017.pdf

Secretaría Distrital de Salud. (2017c). Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016-2020. Bogotá D.C. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf

Secretaría Distrital de Salud. (2017d). Caracterización demográfica, de la morbilidad y la mortalidad en las localidades de la Subred Centro Oriente, 2015. Bogotá D.C. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Tablas%20de%20Referencia/Caracterizacion_Salud/Caracterizaci%C3%B3n_Subred%20Centro%20Oriente_2015%20OK-PUBLICAR.pdf

Secretaría Distrital de Salud. (2017e). Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad. Bogotá D.C. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www.subrednorte.gov.co/sites/default/files/Salud%20Publica/ACCVSyE/Documento_ACCVSyE_Subred%20Norte%202015.pdf

Secretaría Distrital de Salud. (2017f). Más de 569.000 citas incumplidas por los usuarios en las USS de la red pública en 2017. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=505

Secretaría Distrital de Salud. (s.f.). ¿Qué se va a lograr con la reorganización del Sector Salud de Bogotá? Bogotá D.C. Recuperado el 2 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Reorganizacion_salud_Bogota.pdf

Secretaría Distrital de Salud. (30 de julio de 2018) "Respuesta a solicitud de información 20183000081421". Veeduría Distrital: Radicado No. 20182200062692.

Silva, F. (2010). Importancia de la aplicación del método CAMEL en Venezuela durante los años 2006 y 2010. Proyecto de Investigación. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAS1936.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Centro Oriente ESE (2016). Avance Plan de Acción Unificación de Operación. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Reorganizacin%20SDS/Informaci%C3%B3n%20Financi

era%20Subredes%20Integradas%20de%20Salud/Operacion%20Financiera%20Subred%20Norte.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Centro Oriente ESE (2017a). Caracterización demográfica, de la morbilidad y la mortalidad en las localidades de la Subred Centro Oriente, 2015. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Tablas%20de%20Referencia/Caracterizacion_Salud/Caracterizaci%C3%B3n_Subred%20Centro%20Oriente_2015%20OK-PUBLICAR.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Centro Oriente ESE (2017b). Rendición de cuentas 2017 Sector Salud. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Rendicion_Cuentas_2017/RdCtas_Inf_S_Centro_Oriente_2017.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Centro Oriente ESE (2017c). Notas a los Estados Financieros para los períodos contables terminados el 31 de diciembre de 2017 y el 31 de diciembre de 2016.

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE (2018). Informe de gestón: Vigencia 2017. Bogotá D.C.

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE (3 de mayo de 2018). "Respuesta a solicitud de información 20181100119591". Veeduría Distrital: Radicado No. 20182200037302.

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Norte ESE (2016). Operación financiera. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://www.saludcapital.gov.co/Reorganizacin%20SDS/Informaci%C3%B3n%20Financiera%20Subredes%20Integradas%20de%20Salud/Operacion%20Financiera%20Subred%20Norte.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Norte ESE (2017a). Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad.

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Norte ESE (2017b). Informe de gestión 2016. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://www.subrednorte.gov.co/sites/default/files/planeacion/informe%20gestion%2031%20de%20enero%202017.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Norte ESE (2017c). Notas a estados financieros a 31 de diciembre de 2017. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://www.subrednorte.gov.co/sites/default/files/presupuesto/Notas%20a%20Estados%20Finacieros%20dic%202017.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Norte ESE (2018). Informe de gestión 2017. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://www.subrednorte.gov.co/sites/default/files/planeacion/Informe%20de%20Gestion%202017.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Norte ESE (30 de abril de 2018). "Respuesta a solicitud de información 20181200090701". Veeduría Distrital: Radicado No. 2018220003522.

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur ESE (2016). Notas de carácter general a 31 de diciembre de 2016.

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur ESE (2017a). Documento de análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://subredsur.gov.co/sites/default/files/asis/DocumentoACCVSyE_SubredSur_Ruralidad_03Marzo2017.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur ESE (2017b). Notas a los estados financieros a 31 de diciembre de 2017.

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur ESE (2018). Informe de gestión 2017. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: http://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/presupuesto/INFORME%20DE%20GESTION%20ENERO%2031%202017%20CONSOLIDADO.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur ESE (30 de abril de 2018b). "Respuesta a solicitud de información 20183000035601". Veeduría Distrital: Radicado No. 20182200035232.

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente ESE (2017a). Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad.

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente ESE (2017b). Notas de revelación a los estados financieros a 31 de diciembre de 2017. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: https://www.subredsuroccidente.gov.co/sites/default/files/presupuesto/NOTAS%20ESTADOS%20FINANCIEROS%20DIC-2017%20SUBRED%20SUR%20OCCIDENTE.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente ESE (2018). Informe de gestión vigencia 2017. Recuperado el 3 de septiembre de 2018 de: https://www.subredsuroccidente.gov.co/?q=transparencia/informacion-interes/publicacion/otras-publicaciones/informe-gesti%C3%B3n-subred-sur

Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente ESE (30 de abril de 2018). "Respuesta a solicitud de información 20183000035601. Veeduría Distrital: Radicado No. 20182200035232.

Superintendencia Nacional de Salud. (2016). Metodología CAMEL para EPS e IPS.

Tesoro, José Luis. (2015). Red ceddet: Foro sobre "estado abierto y valor público" esquema conceptual. Disponible en: http://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imagene

Urbani, V. (2012). Redes Integradas de Servicios de Salud bajo la perspectiva de APS renovada. Congreso Latinoamericano de Salud Pública. *Simposio de Salud Mental y Salud Pública: propuestas para intervenciones sostenibles.* Ministerio de Salud de Jujuy.

Vega, W. (2007). Lo Nuevo en la Compra de Servicios de Salud. Bogotá D.C, Colombia. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/lo_nuevo_en_la_contratacion_en_salud_-_william_vega_-_consultorsalud.pdf

Vilaça Mendes, E. (2009). As redes de atençao à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG. Recuperado el 21 de marzo de 2018 de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005

Worthington, A. (1999). An Empirical Survey of Frontier Efficiency Measurement Techniques in Healthcare Services. School of Economics and Finance, Queensland University of Technology, Australia .

Yang, X., & Dimitrov, S. (2015). Combining Support Vector Machine and Data Envelopment Analysis to Predict Corporate Failure for Non Manufacturing Firms. Working Paper .

ANEXOS

Anexo A. Cadena de valor de la prestación del servicio de salud en Bogotá

Insumos	
Marco normativo	▪ Ley 1438 de 2011 – Reforma del Sistema ▪ Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria ▪ Acuerdo 641 de 2016
Documentales	▪ Plan Distrital de Desarrollo ▪ Plan Territorial de Salud para Bogotá (2016 -2020) ▪ Diagnóstico de Situación de Salud en la Ciudad ▪ Planes de Beneficio ▪ Plan de Atención Integral en Salud ▪ Plan financiero de la Ciudad.
Recursos humanos	▪ Recursos humanos de la Secretaría Distrital de Salud. ▪ Recurso humano de los hospitales, misional y de apoyo ▪ Universidades ▪ Recurso Humano de las EPS ▪ Comunidad-ciudadano ▪ Líderes de la comunidad y veedores ciudadanos.
Recursos financieros	▪ SGP ▪ Recursos Secretaria Distrital de Salud ▪ Ingresos operacionales (EPS, usuarios) ▪ FOSYGA
Recursos tecnológicos	▪ Fuentes de Información: SISPRO, DANE, SISMED y SISBEN ▪ Sistemas de información ▪ Transporte
Infraestructura física	▪ Planta física ▪ Insumos logísticos (ej. combustible, papelería, etc.) ▪ Mobiliario

Procesos	
Financiación	▪ Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de recursos ▪ Ejecutar los recursos destinados para la atención de la PPNA ▪ Articular las fuentes de recursos para las acciones individuales y colectivas.
Aseguramiento	▪ Revisar la afiliación de la población. ▪ Atender la población PPNA e implementar los mecanismos de pago pertinentes. ▪ Mecanismos de pago.
Salud Pública	▪ Ejecutar los planes, programas y proyectos de acciones colectivas. ▪ Implementar el plan territorial de salud pública en cada dimensión establecida en el PDSP. ▪ Llevar a cabo vigilancia epidemiológica. ▪ Actualizar el diagnóstico de la situación de salud de la población. ▪ Implementar estrategias para intervenir los determinantes sociales.

Productos	*Resultados*
▪ Portafolio de servicios congruente con las necesidades de la población. ▪ Modelo de aseguramiento y prestación de los servicios de salud.	▪ Mayor acceso a los servicios de salud. ▪ Mejor calidad en la atención en salud. ▪ Aumento en la capacidad resolutiva en la prestación del servicio. ▪ Mejorar el estado de salud de la población. ▪ Prestación de la atención de manera integral. ▪ Mejoramiento de la infraestructura.

Fuente: elaborada por la Veeduría Distrital, con base en DNP (s.f.).

FIN