

**ESTUDIO SECTORIAL “ANÁLISIS DE LA CONTRATACIÓN EN LAS  
EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO”**

**PLAN ANUAL DE ESTUDIOS PAE 2004**

**DIRECCION TECNICA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS SECTORIAL**

**BOGOTÁ D.C. NOVIEMBRE DE 2004**



## **ESTUDIO SECTORIAL “ANÁLISIS DE LA CONTRATACIÓN EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO”**

**Contralor de Bogotá, D. C.**

Óscar González Arana

**Contralor Auxiliar de Bogotá, D. C.**

Ernesto Tuta Alarcón

**Directora Técnica  
Sector Salud y Bienestar Social**

Olga Lucía Jiménez Orostegui

**Subdirectora de Fiscalización  
Sector Salud y Bienestar Social**

Bertha Sofía Ortiz Gutiérrez

**Subdirectora Análisis Sectorial  
Sector Salud y Bienestar Social**

Carmen Sofía Prieto Dueñas

**Analistas Sectoriales**

Yaneth Cristina García Pabón  
María Claudia Pineda Roa  
Myriam Sichacá Castiblanco  
María Yolanda García Soto  
Roberto Jiménez Rodríguez  
Gustavo Sarmiento Maldonado



## TABLA DE CONTENIDO

<b>INDICE DE CUADROS</b>	<b>5</b>
<b>INDICE DE GRÁFICOS</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>1. ASPECTOS GENERALES DE LA CONTRATACIÓN EN LAS ESE</b>	<b>9</b>
1.1. PARTICULARIDADES DE LOS MANUALES DE CONTRATACIÓN EN LAS ESE	10
<b>2. CONTRATACION POR VENTA DE SERVICIOS</b>	<b>12</b>
2.1. REFERENTES GENERALES SOBRE LA CONTRATACIÓN DE VENTA DE SERVICIOS.	12
2.2 PORTAFOLIO DE SERVICIOS	13
2.3.POLÍTICA COMERCIAL	14
2.4 RELACIONES CONTRACTUALES CON LOS PAGADORES.	14
2.4.1 Relaciones contractuales con aseguradoras	14
2.4.2 Relaciones contractuales con el Fondo Financiero Distrital de Salud- Secretaría Distrital de Salud.	15
2.5.COMPORTAMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE VENTA DE SERVICIOS FRENTE A LOS INGRESOS DE LAS ESE.	16
2.6.COMPORTAMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE VENTA DE SERVICIOS POR PAGADOR.	17
<b>3. CONTRATACION DE SERVICIOS PERSONALES.</b>	<b>20</b>
3.1 COMPORTAMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES VS. INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS	20
3.2 COMPORTAMIENTO DE LAS PLANTAS DE PERSONAL POR NIVEL DE ATENCIÓN.	21
3.3. COMPORTAMIENTO DE LA NÓMINA FRENTE A LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES.	23
3.3.1 Comportamiento de la nómina frente a la contratación de servicios personales en el primer nivel de atención.	25
3.3.2 Comportamiento de la nómina frente a la contratación de servicios personales en el segundo nivel de atención.	26
3.3.3 Comportamiento de la nómina frente a la contratación de servicios personales en el tercer nivel de atención.	26
3.4. LOS SERVICIOS PERSONALES Y LAS COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO.	27
3.4.1 Aspectos Legales.	28
3.4.2.Análisis de los contratos suscritos entre las ESE y las Cooperativas de Trabajo Asociado	29
3.4.3 Comportamiento de la contratación con Cooperativas de Trabajo Asociado.	33



3.4.4. Ventajas y desventajas del sistema de contratación de personal a través de Cooperativas de trabajo asociado.	36
<b>4. CONTRATACION DE INSUMOS, BIENES Y MEDICAMENTOS</b>	<b>37</b>
4.1 NEGOCIACIÓN CONJUNTA	39
4.2. COMPORTAMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.	42
4.3 SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA.	45
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>47</b>
<b>6. ANEXOS</b>	<b>49</b>

## INDICE DE CUADROS

		Pág.
Cuadro 1	RELACION RECAUDO POR VENTA DE SERVICIOS VS. RECAUDO TOTAL DE INGRESOS	17
Cuadro 2	PARTICIPACION NIVELES DE COMPLEJIDAD POR PAGADORES. VIGENCIAS 2002-2003	18
Cuadro 3	PARTICIPACION PAGADORES EN LOS RECAUDOS	19
Cuadro 4	COMPORTAMIENTO PLANTAS DE PERSONAL DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO 2002-2003	22
Cuadro 5	RECURSOS DESTINADOS TALENTO HUMANO ESE 2002-2003	23
Cuadro 6	CONTRATACION TOTAL REALIZADA POR LAS ESE POR NIVEL DE COMPLEJIDAD 2002-2003	24
Cuadro 7	CONTRATACION TOTAL EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO PRIMER NIVEL 2002-2003	25
Cuadro 8	CONTRATACION TOTAL EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO SEGUNDO NIVEL 2002-2003	26
Cuadro 9	CONTRATACION TOTAL EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO TERCER NIVEL 2002-2003	27
Cuadro 10	NEGOCIACION CONJUNTA 018 PROVEEDORES CON MAYOR ITEMS SELECCIONADOS	42
Cuadro 11	MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS RED DISTRITAL VIGENCIA 2002	43
Cuadro 12	MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS RED DISTRITAL VIGENCIA 2003	44
Cuadro 13	CONTRATACION ESE MEDICAMENTOS E INSUMOS VIGENCIA 2003	44

## INDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	CONTRATACIÓN SERVICIOS PERSONALES Vs. INGRESOS VENTA DE SERVICIOS	21
Gráfico 2	NOMINA Vs. CONTRATACION	24
Gráfico 3	CONTRATACIÓN COOPERATIVAS -CTA POR HOSPITAL	35
Gráfico 4	DISTRIBUCION CONTRATACION BIENES, INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESE	43
Gráfico 5	PARTICIPACION DE LA CONTRATACION EN MEDICAMENTOS E INSUMOS	45

## INTRODUCCIÓN

Analizar la actividad contractual de las Empresas Sociales del Estado en Bogotá, significa abordar en su contexto uno de los más importantes instrumentos con que cuenta la administración pública para el desarrollo, cumplimiento y materialización de la finalidad estatal.

Se reconoce la existencia de una actividad compleja y polifacética, de tipo normativo, regida por el derecho privado y público, el tema cobra especial interés por las reformas introducidas para la organización y gestión de los servicios de salud, ya que históricamente los servicios de salud en Colombia eran prestados por entidades de caridad y la política de financiación de la infraestructura hospitalaria del sector público se realizaba por intermedio de transferencias y aportes de la Nación que no tenían relación directa con la producción de servicios de salud, ni con ningún tipo de relación comercial o negociación entre el hospital y las personas que requerían sus servicios o entre el hospital y el Estado.

Posteriormente se introduce en un sistema de mercado regulado en el aseguramiento y prestación de servicios de salud, descentralizado donde cada nivel territorial tiene precisas responsabilidades y competencias, con una menor intervención del Estado y un mayor papel del mercado, otorgando mayor capacidad de decisión de los usuarios y buscando mayor eficiencia en los hospitales, que sólo reciben recursos en la medida en que logren vender sus servicios en un escenario de competencia.

Actúan como contratistas, en la medida en que deben ofrecer y vender sus servicios a un conjunto de instituciones y personas, con las cuales adelantan procesos de negociación que se concretan en contratos de venta de servicios, para garantizar la entrada de recursos para su sostenimiento.

Igualmente requieren contratar servicios, bienes y productos que se ofrecen en el mercado de la salud, buscando eficiencia y racionalización en el gasto, ajustado a sus necesidades y posibilidades.

El presente estudio analiza la política de contratación en las 22 Empresas Sociales del Estado –ESE- que integran la red pública hospitalaria en Bogotá, visualiza la problemática general que enmarca esta labor, examinando la incidencia de los aspectos normativos y procedimentales en la gestión contractual y por tanto las consecuencias en la calidad misma de los servicios de salud, analizando especialmente las formas o modalidades de contratación de servicios de salud, servicios personales y adquisición de insumos hospitalarios y medicamentos.



La Contraloría de Bogotá presenta este documento como un aporte para la discusión de la problemática que tienen las Empresas Sociales del Estado en la actividad contractual y las consecuencias que de ella se derivan en su gestión.



## 1. ASPECTOS GENERALES DE LA CONTRATACIÓN EN LAS ESE

La Contraloría de Bogotá presenta este documento como un aporte para la discusión de la problemática que tienen las Empresas Sociales del Estado en la actividad contractual y las consecuencias que de ella se derivan en su gestión.

Las Empresas Sociales del Estado tienen un régimen jurídico especial, extensivo para el caso del régimen contractual, el cual es claramente definido en la Ley 100 de 1993.

En efecto, el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993 establece que, el régimen jurídico de las Empresas Sociales de Salud, en materia contractual, se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993)<sup>1</sup>.

Si bien es cierto que el Estatuto de Contratación contempla casos de excepción, en los cuales se permite la contratación regida por normas de derecho privado, ello no significa que no se deban observar los principios generales de la Ley 80 de 1993, como norma general de principios orientadores de la gestión contractual, que por lo demás son desarrollo de otras normas de carácter general consagradas en el artículo 209 de la Constitución Política y en los artículos 2 y 3 del C.C.A. De otra parte, la excepción tampoco tiene carácter general puesto que para los aspectos administrativos que no constituyan la actividad lucrativa de la respectiva entidad (como obra pública, mantenimiento, arrendamiento, consultoría, entre otros), se deben observar las reglas generales de contratación administrativa y no las de derecho privado, por prevalecer el interés general sobre el particular.

Respecto al tipo de vinculación del personal a estas entidades, el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, determinó que *"Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales conforme a las reglas del capítulo IV de la Ley 10 de 1990"*.

---

<sup>1</sup> Las cláusulas excepcionales contempladas en la Ley 80 de 1993 son la interpretación, modificación y terminación unilaterales y la caducidad

El inciso final del primer párrafo del artículo 193 de la Ley 100/93 fue reglamentado por el Decreto 1038 de 1995, estableciendo que *“para los empleados públicos de la salud del orden territorial, el Gobierno Nacional establecerá un régimen salarial especial y un programa gradual de nivelación de salarios entre las diferentes entidades”*.

Así mismo, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, frente a la consulta mencionada, establece que las Empresas Sociales del Estado que requieran personal para desarrollar actividades concernientes a la administración o funcionamiento de la entidad, que no pueda realizarse con personal de planta, sólo podrán celebrar, por el término estrictamente indispensable, los contratos de prestación de servicios que define el numeral 3º del artículo 31 de la Ley 80 de 1993, sin que generen relación laboral ni prestaciones sociales.

Esto es así, ya que de otra manera se causaría un detrimento patrimonial al Estado pues como consecuencia de esas relaciones laborales, irregularmente generadas, se podrían instaurar demandas en su contra que le significarían el pago de cuantiosas sumas.( Sentencia C-094/03 de la Corte Constitucional, resolvió cuestionamiento sobre legalidad del art.48 de la ley 734 de 2002)

#### 1.1. PARTICULARIDADES DE LOS MANUALES DE CONTRATACIÓN EN LAS ESE

Las normas de contratación administrativa y de control interno, exigen la documentación y formalización de procesos y procedimientos, de forma tal que se garantice su cumplimiento y sirvan de herramienta de autocontrol al interior de las entidades.

En este sentido, no obstante que se remitan a las normas de carácter general, cobra vital importancia la expedición de manuales de contratación e interventoría, ya que se pueden definir especificidades (cuantías para contratación con formalidades, por ejemplo) y condiciones particulares que requiera la entidad (controles, cláusulas especiales, etc.).

Al respecto, se observó que la mayoría de Empresas Sociales del Estado en el Distrito han expedido sus manuales; se evidenció que de las cinco entidades de tercer nivel, los hospitales Simón Bolívar, El Tunal, Santa Clara y Kennedy adoptaron el Reglamento de Contratación mediante acuerdo expedido por la Junta Directiva durante el primer semestre de 2004 y La Victoria se encuentra en proceso de aprobación.

Respecto de las instituciones de segundo nivel los hospitales de Engativá, Fontibón, Tunjuelito y Bosa tienen adoptado el Manual de Contratación mediante

acto administrativo expedido por la Junta Directiva, en tanto, que Centro Oriente y Meissen no lo han elaborado.

Por último de las entidades de primer nivel solamente el hospital de Vista Hermosa no cuenta con manual de contratación y el hospital Rafael Uribe Uribe tiene manual de contratación para la venta de servicios.

En estos manuales el tema relacionado con las labores de supervisión y/o interventoría es apenas considerado en uno o dos artículos, en los cuales se señala que el Hospital deberá reservarse la facultad de vigilar directamente con sus propios funcionarios o a través de los contratistas que señale para tal efecto, las diversas etapas y fases de la ejecución del respectivo contrato. En algunos estatutos de contratación se complementa con el señalamiento de las principales funciones que les compete y las responsabilidades que de ellas se derivan.

Los resultados de las auditorías gubernamentales de años anteriores, respecto de la evaluación contractual reseñan en reiteradas ocasiones deficiencias en las labores de supervisión y control por la falta de información centralizada y consolidada en las Empresas Sociales.

De lo anterior se derivan serias debilidades de fondo para garantizar el efectivo cumplimiento del objeto Contractual tales como: a) Desconocimiento de las actividades a desarrollar. b) Realizar esta labor como accesorio a sus múltiples ocupaciones. c) Cuando es contratista, en muchas ocasiones el término de su contrato no coincide con el supervisado.

### **pólizas de seguros**

Con relación a la suscripción de las pólizas de seguros, en algunos hospitales no se constituyen los amparos en tiempo y valor real del contrato, quedando expuestos, en primer lugar, los bienes adquiridos y, en segundo lugar, la generación de responsabilidades administrativas a favor o en contra de terceros, por deterioro, calidad y otros de acuerdo con la clase de contrato suscrito.

### **Liquidación**

En lo que atañe a la liquidación de los contratos, en los contratos suscritos por las ESE, se prevé esta obligación únicamente para el evento de vencimiento del plazo, desconociendo que debe procederse a ella igualmente en los casos de terminación anticipada, declaración de caducidad, imposibilidad de cumplir el objeto, etc.

## 2. CONTRATACION POR VENTA DE SERVICIOS

Bajo el actual modelo de mercado en el cual se desenvuelven las Instituciones prestadoras de servicios de salud y con el fin de lograr su autofinanciamiento las Empresas Sociales del Estado deben establecer relaciones comerciales para **venta de servicios** con los diferentes actores del sistema. Se analizó la contratación de venta de servicios y algunos de sus comportamientos en los hospitales de los diferentes niveles de atención, así como el comportamiento con los diferentes pagadores.

### 2.1. REFERENTES GENERALES SOBRE LA CONTRATACIÓN DE VENTA DE SERVICIOS.

La venta de servicios se basa en la necesidad de asegurar ingresos por servicios prestados, debidamente facturados y cobrados a las entidades con las cuales se contrató la atención de usuarios<sup>2</sup>. Así mismo, se celebran convenios interadministrativos con los Fondos de Desarrollo Local FDL para la Ejecución de proyectos de promoción y prevención complementarios al PAB.

También se venden servicios a otros entes territoriales como las Secretarías de Salud de Cundinamarca, Putumayo, Guaviare, Casanare, Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio del Tolima, entre otros.

La venta de servicios se desenvuelve dentro de un esquema de negociación que se formaliza a través de un contrato, en el cual la Empresa Social actúa como contratista (vende los servicios); en este escenario existe una regulación sobre aspectos como las tarifas, la modalidad de contratación, el tipo de servicios a ofrecer, entre otros.

Entonces, la contratación para la venta de servicios puede adquirir diversas formas, dependiendo del contratante y de la capacidad de negociación de la Empresa Social del Estado, así como de sus intereses y nivel de atención o complejidad. Las principales modalidades son: Pago por servicio prestado<sup>3</sup>, Pago por capitación<sup>4</sup>, Pago por caso o por evento<sup>5</sup>, Pago por salario<sup>6</sup>, Presupuestos o

---

<sup>2</sup> Pueden ser Administradoras de Régimen Subsidiado, Empresas Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Compañías de Seguros de Vida, Fondo Financiero Distrital de Salud, otros entes territoriales etc.

<sup>3</sup> Se define como un pago por la totalidad del servicio recibido. La remuneración incluye los honorarios médicos, suministros, medicamentos y gastos por servicios quirúrgicos. El precio final es específico y diferente para cada paciente y por cada servicio, se paga una tarifa, concertada o impuesta por una de las partes, posterior a cada servicio prestado.

<sup>4</sup> Sistema basado en el concepto de enfermo potencial y no en el de enfermedad sentida. Se genera un pago anticipado para cubrir los riesgos, durante un período de tiempo de una persona o familia. Cada médico o prestadora de servicios de salud tiene a su cargo la

pagos fijos globales retrospectivos<sup>7</sup> y Presupuestos o pagos fijos globales prospectivos<sup>8</sup>.

Adicional a la forma de pago, existen otros parámetros que influyen en la contratación: la naturaleza jurídica del ente con que se contrata, sea pública, privada o un particular, el monto de la contratación, y la existencia de mecanismos de control en la ejecución y en la liquidación de los mismos, parámetros que van íntimamente relacionados con el nivel de desarrollo y organización del sistema al que pertenece el usuario, dependiendo si es régimen subsidiado, contributivo o hace parte del grupo de vinculados, incidiendo en ello la capacidad de pago de cada persona.

Un elemento importante a considerar dentro de la venta de servicios, es el relativo a las tarifas, ya que ellas determinan el reconocimiento por los servicios prestados; las más usadas en el medio son: SOAT<sup>9</sup>, UPC<sup>10</sup>, PFGP<sup>11</sup>, ISS<sup>12</sup>.

## 2.2 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

El portafolio de servicios de salud es un instrumento de gestión, entendido como el sistema de servicios disponibles, organizados por la empresa para su mercadeo social y económico, que incluye estrategias de financiación, posicionamiento y desarrollo de servicios y mercados, de conformidad con las características de la demanda y las competencias institucionales. Este instrumento determina la oferta de servicios prestados por las entidades hospitalarias, de acuerdo con su nivel de complejidad.

Los servicios se pueden agrupar en paquetes dependiendo del plan al cual pertenecen ya sea el Plan de Atención Básica PAB<sup>13</sup>, el Plan Obligatorio de Salud Contributivo POS-C o el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S<sup>14</sup>.

---

atención de un conjunto determinado de personas; por cada persona inscrita recibe un giro periódico, sin importar el número de veces que estos individuos acudan al servicio médico

<sup>5</sup> Se paga por cada servicio prestado todos y cada uno de los eventos que se generen en la atención del usuario. Se determinan los valores de cada uno de los servicios de manera individual: medicamentos, intervenciones, apoyo diagnóstico, hospitalización, etc. El costo total por la atención de cada paciente es diferente.

<sup>6</sup> Pago de un salario preestablecido al prestador de servicios.

<sup>7</sup> Pago de una suma global para un período calculada con base en los costos anteriores ocasionados – históricos -.

<sup>8</sup> Pago de una suma global para un período, estimada con base en los costos presupuestados o esperados para servicios en el futuro.

<sup>9</sup> SOAT: Tarifas fijadas en el Decreto 2423 de 1996

<sup>10</sup> UPC: Unidad de Pago por Capitación. Es un valor fijo per cápita, anualmente se incrementa y es diferente de acuerdo con la edad y el sexo de los afiliados

<sup>11</sup> Este sistema de pago se clasifica como prospectivo, ya que la ESE recibe de forma anticipada a la prestación del servicio el valor de los mismos y como global, ya que se cancela un valor preestablecido por la totalidad de servicios asistenciales que requiere la atención de un determinado evento, es decir se establecen paquetes de atención

<sup>12</sup> Tarifas ISS: Contempladas en el Manual del Instituto de Seguros Sociales, para las diferentes actividades, intervenciones y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

## 2.3. POLÍTICA COMERCIAL

La política comercial es entendida como la definición de objetivos y estrategias conducentes a lograr el equilibrio entre los ingresos y gastos que requiere el hospital, en términos de mercadeo y posicionamiento institucional. (sostenibilidad)

En términos generales, la política comercial de los hospitales analizados, se ha basado en la búsqueda de mayores niveles de contratación tanto con EPS, ARS, y otras IPS. Con este fin, desarrollaron y actualizaron su portafolio de servicios; algunos crearon áreas de mercadeo y comercialización, buscaron atraer el recurso humano y tecnológico adecuado, apoyaron el proceso de cartera con el fin de mejorar el recaudo y la situación de sus finanzas, produjeron boletines informativos, realizaron actividades promocionales y de divulgación, aplicaron encuestas de satisfacción de sus clientes, buscaron acercarse a la comunidad y trataron de mejorar y fortalecer su imagen institucional.

Sin embargo, en la mayoría de casos, no corresponden a una política comercial macro sustentada, que contemple objetivos, metas, actividades, recursos y responsables, sino que obedece al desarrollo de acciones aisladas que se acentúan por la falta de la infraestructura hospitalaria para competir adecuadamente en el mercado.

## 2.4 RELACIONES CONTRACTUALES CON LOS PAGADORES.

### 2.4.1 Relaciones contractuales con aseguradoras<sup>15</sup>

Las condiciones de negociación se establecen en términos de requisitos para la autorización de servicios, términos para la corrección y respuesta a las glosas, fecha de presentación de facturas y pago de las cuentas, valor contractual y anticipo.

Sin embargo, los hospitales no cuentan con suficiente capacidad de negociación para obtener mayores beneficios contractuales, debido a que por su calidad de

<sup>13</sup> El Plan de Atención Básica constituye un servicio de salud del primer nivel, el cual es prestado por el Estado, en forma gratuita y directa. Consiste en actividades de información y educación, prevención primaria, diagnóstico precoz y atención de enfermedades endémicas o epidémicas. Su financiación corre a cargo del Ministerio de la Protección Social, con recursos del presupuesto nacional, del situado fiscal y de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía.

<sup>14</sup> El paquete denominado POSs (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado) contiene: Educación y promoción de la salud; prevención de la enfermedad con acciones de vacunación infantil, control de crecimiento, control prenatal, lactancia materna, planificación familiar, exámenes de prevención del cáncer, evaluación cardiovascular y manejo de factores de riesgo del medio ambiente; atención ambulatoria del primer nivel para la recuperación de la salud; atención de casos en zonas endémicas; salud oral; atenciones hospitalarias de primer nivel, tales como complicación de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda y accidentes de niños y adolescentes; parto normal, neumonía grave, úlcera péptica y hemorragia digestiva; consulta especializada de segundo y tercer nivel y atención hospitalaria de alto riesgo de parto y del recién nacido; suministro de medicamentos esenciales bajo su presentación genérica.

<sup>15</sup> Administradoras de Régimen Subsidiado y Entidades Promotoras de Salud.

aseguradoras las ARS imponen las condiciones en la negociación, en la medida en que determinan la población a contratar, la forma de pago y las tarifas<sup>16</sup>; así mismo las deficiencias en los sistemas de costos de las ESE se convierten en riesgos<sup>17</sup> para los hospitales por cuanto pactan tarifas, sin conocer realmente los costos que deben asumir para la prestación de los servicios.

En este sentido, se observa una ventaja especialmente en los hospitales de I y II Nivel de atención, por cuanto en los mismos predominan los contratos por capitación por lo cual prácticamente no existen glosas, de tal suerte que el hospital tiene asegurado el ingreso. Sin embargo es importante resaltar el manejo del riesgo que deben darle estas entidades a los usuarios contratados por esta modalidad, ya que de este depende el equilibrio financiero del contrato y las utilidades del mismo.

Para la vigencia 2003, la capitación se convierte en la principal modalidad de contratación con el régimen subsidiado, favoreciendo la prevención y promoción en salud. En el Hospital Usme alcanza el 98%, en Rafael Uribe Uribe y Chapinero representa el 96%, para el hospital de Nazareth alcanza el 86%, en tanto que en Engativá llega el 80% y en Fontibón al 73%. Situación diferente ocurre en los hospitales de III Nivel donde por ejemplo en el Hospital Santa Clara, el nivel de contratación por capitación apenas supera el 2%.

De otra parte, la modalidad de contratación por evento, a pesar que es la que menos se aplica en los Niveles I y II, trae como ventajas que se cancelan los servicios a tarifas SOAT que son las más altas del mercado y se cobra por cada una de las actividades realizadas; sin embargo es desventaja para las ESE, por cuanto su cobro es más demorado y se genera un mayor nivel de glosas. Para las ARS este sistema resulta ventajoso cuando efectúan pagos por debajo del precio real del servicio, aprovechando la falta de sistemas de costos en las ESE.

#### 2.4.2 Relaciones contractuales con el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud.

En cuanto al vínculo contractual con el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud, desde el año 1999 se fijó el sistema del pago fijo global prospectivo, que ha sido cuestionado por la Contraloría de Bogotá<sup>18</sup>, por el impacto financiero que las tarifas generan en los hospitales de la red pública distrital.

---

<sup>16</sup> Encuesta realizada por la Subdirección de Análisis Sectorial de Salud en el mes de septiembre de 2004.

<sup>17</sup> Todas las formas de contratación implican un riesgo, entendido como la posibilidad de asumir un costo inesperado por una de las partes según la forma de contratación. El riesgo puede recaer sobre el usuario, la prestadora o la administradora y el efecto es de dos tipos, uno por traslado de costos y otro sobre la calidad del servicio.

<sup>18</sup> Ver Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial "Evaluación a las formas de Contratación y Tarifas para la Atención de la Población Pobre y Vulnerable, febrero de 2003



Con este pagador no hay posibilidad de negociación, ya que los lineamientos, políticas, tarifas, forma de pago y otras condiciones las impone la Secretaría Distrital de Salud-FFDS a las ESE, constituyéndose un contrato por adhesión.

De otra parte, los hospitales suscriben convenios de desempeño con la Secretaría de Salud, los cuales constituyen subsidios a la operación. Es así como las ESE reciben recursos como contraprestación por adoptar medidas correctivas y de mejoramiento que son objeto de seguimiento por parte de la Secretaría.

En conclusión, existe la necesidad de los hospitales de ofertar sus servicios, para lo cual deben mejorar la calidad, infraestructura, y generar servicios adicionales o complementarios para atraer la atención de los posibles pagadores; sin embargo, en el proceso de negociación se encuentran limitados por las condiciones que plantea el mismo mercado o por las imposiciones de las aseguradoras y del Fondo Financiero Distrital de Salud.

## 2.5. COMPORTAMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE VENTA DE SERVICIOS FRENTE A LOS INGRESOS DE LAS ESE.

Al realizar el análisis de la participación general de las ventas por servicios dentro del total de los ingresos de los hospitales de la red pública distrital, se observa un incremento del 1,2% en la vigencia 2003 respecto del período precedente, sin embargo, se observó una disminución durante el primer semestre de la vigencia 2004.

CUADRO No. 1  
RELACION RECAUDO POR VENTA DE SERVICIOS VS. RECAUDO TOTAL DE INGRESOS  
(Millones de pesos)

VIGENCIA	TOTAL INGRESOS (RECAUDO)	TOTAL RECAUDO POR VENTA DE SERVICIOS <sup>19</sup>	%
2002	373.201.2	263.917.1	70.7
2003	445.998.3	320.810.6	71.9
I semestre 2004	236.569.7	165.871.1	70.1

Fuente: Dirección de Economía y Finanzas Distritales Contraloría de Bogotá D.C.

Es así como para las vigencias 2002 y 2003 las entidades que obtuvieron mayores ingresos por cada nivel de atención, como resultado de la contratación realizada con el Fondo Financiero Distrital de Salud fueron el Hospital Simón Bolívar (\$22.320.6 millones), el Hospital de Engativá (\$13.946.3 millones) y el Hospital del

<sup>19</sup> Se trabaja sobre recaudos descontando cuentas por cobrar



Sur (\$9.955.1 millones). El Hospital de Engativá, a pesar de tener el mayor recaudo en el segundo nivel, disminuyó en 7% respecto de la vigencia 2002. (ver Anexo No.1).

Por el contrario, los hospitales que obtuvieron menores ingresos de la contratación celebrada con el Fondo Financiero Distrital de Salud, por nivel fueron el Hospital Santa Clara (\$11.213.1 millones), Bosa (\$5.231.9 millones) y Nazareth (\$870.9 millones).

En el caso de la contratación con las Administradoras del Régimen Subsidiado, los hospitales que registraron mayores ingresos durante las vigencias 2002 y 2003 fueron para el III Nivel de atención, el hospital El Tunal (\$10.198.9 millones), para el segundo nivel el Hospital de Meissen (\$6.482.1 millones) y dentro del primer Nivel el Hospital de Vista Hermosa (\$5.865.9 millones), mientras que los que registraron este mismo comportamiento con otros pagadores fueron Simón Bolívar (\$3.893.5 millones), Engativá (\$2.026.2 millones) y del Sur (\$951.9 millones), para el III, II y primer nivel respectivamente.

Caso contrario se observó en los hospitales de La Victoria (\$1.684.2 millones), Bosa (\$1.146.0 millones) y Nazareth (\$156.2 millones), entidades que obtuvieron menores recursos como resultado de la contratación con las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Para el caso de los convenios con los Fondos de Desarrollo Local, se observó que el Hospital San Cristóbal recaudó mayores ingresos (\$664.3 millones).

## 2.6. COMPORTAMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE VENTA DE SERVICIOS POR PAGADOR.

Del análisis realizado por pagador se observó que la contratación de venta de servicios que registró en promedio el mayor aumento entre vigencias 2002 y 2003, fue la celebrada con las Administradoras de Régimen Subsidiado, la cual aumentó en un 99,6%, seguida por la realizada con las Entidades Promotoras de Salud que alcanzó un 16,3%.

En promedio la contratación con el Fondo Financiero Distrital de Salud y otros pagadores, mantiene el mismo nivel de ejecución con aumentos del 6,7% y 3,8% respectivamente, representando esta última la mayor fuente de ingresos por venta de servicios en general para la red pública adscrita a la Secretaría de Salud, aunque se observa una tímida tendencia hacia su disminución cobrando mayor relevancia la contratación con las Administradores del Régimen Subsidiado y las

Empresas Promotoras de Salud- EPS. Igualmente, aparecen nuevos pagadores, destacándose los Fondos de Desarrollo Local y otros entes territoriales

CUADRO No. 2  
PARTICIPACION NIVELES DE COMPLEJIDAD POR PAGADORES  
VIGENCIAS 2002-2003

PAGADOR	FFDS		EPS		ARS		OTRAS IPS		FDL-UEL		OTROS PAGADORES	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
III	71.08	69.01	2.22	2.12	13.42	17.32	0.08	0.07	0,0	0,0	13.17	11.46
II	76.15	66.58	0.55	0.52	12.40	23.28	0.05	0.04	1.76	1.24	9.06	8.30
I	71.29	56.17	0.13	0.16	19.23	35.54	0,0	0.01	3.24	3.41	6.09	4.68

Fuente: Preparado por la Subdirección de Análisis Sectorial a partir de la información presupuestal de la Dirección de Economía y Finanzas Distritales de la Contraloría de Bogotá.

Como se observa en el cuadro anterior los principales pagadores por venta de servicios son el FFDS y en segundo lugar las ARS, aunque de una vigencia a otra se observa una disminución porcentual de los ingresos obtenidos por venta de servicios al FFDS, especialmente en el nivel I que para el 2002 era del 71.2% y en el 2003 tal solo alcanzó el 56.1%. En el 2003 la contratación con el FFDS representa un mayor porcentaje para los hospitales de tercer nivel (69%), En tanto que con las ARS el mayor peso lo tiene los hospitales de nivel I con (35%).

Analizado el anexo 1 se observa que en los hospitales de III Nivel, el 82% de los recursos por venta de servicios del Hospital La Victoria provienen de la contratación con el Fondo Financiero Distrital de Salud, mientras que para el hospital El Tunal representan el 56%; para este mismo hospital, la contratación con las ARS representa el 30%, observándose un incremento del 5% respecto a la vigencia 2002, en tanto que para los demás hospitales, constituye menos del 15%.

Para el segundo nivel, el Hospital Meissen registró una menor participación de sus recursos por contratación de venta de servicios con el FFDS (57%), pero a su vez la mayor con las ARS (34%). Situación contraria registra el Hospital San Blas cuyos recursos se obtienen en un 74% por la contratación realizada con el FFDS y con las ARS alcanza un poco más del 14%. Los Hospitales de Bosa y San Blas registraron mayor participación de recursos provenientes de la contratación con otros pagadores (incluye, particulares, entes territoriales, entre otros).

Finalmente, a diferencia de los otros niveles, ninguno de los Hospitales de primer nivel registra participación superior al 70% en la contratación celebrada con el

FFDS y por el contrario, en los hospitales Usme y Pablo VI Bosa es inferior al 50%.

En el caso del Hospital de Nazareth, se observa que la contratación celebrada con el Fondo de Desarrollo Local representa su segunda fuente de recursos (24%) del total de ingresos por venta de servicios.

CUADRO No. 3  
PARTICIPACION PAGADORES EN LOS RECAUDOS VIGENCIAS 2002- JUNIO 2004  
(Millones de Pesos)

PAGADOR	RECAUDO 2002	%	RECAUDO 2003	%	RECAUDO A JUNIO 30 2004	%
FFDS (Atención a Vinculados, PAB, Convenios Desempeño Condiciones Estructurales, APH-, P y P Afiliados al Régimen Subsidiado, Venta de Servicios sin Situación de Fondos, Otros ingresos)	191.831.0	72.7	204.599.6	64.4	114.843.1	69,2
Régimen Contributivo - EPS	2.890.7	1.1	3.360.7	1.1	1.007.3	0,6
Régimen Subsidiado - ARS Capitado ARS no Capitado	39.182.7	14.9	78.206.7	24.6	35.258.2	21.3
Otras IPS	128.3	0.1	157.2	0.1	622.8	0.0
Fondo de Desarrollo Local - UEL	3.966.9	1.5	4.463.2	1.4	1.460.3	0.9
Otros (Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito - ECAT, Cuotas de Recuperación y Copagos, Otras IPS, Entes Territoriales, Otros Pagadores por Venta de Servicios)	25.918.4	9.8	26.901.8	8.5	13.302.3	8.0
<b>Total Venta de Bienes, Servicios y Productos</b>	<b>263.917.1</b>	<b>100.0</b>	<b>317.689.2</b>	<b>100.0</b>	<b>165.871.1</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Preparado por la Subdirección de Análisis Sectorial Sector Salud y Bienestar Social con información de la Dirección de Economía y Finanzas Distritales de la Contraloría de Bogotá

En conclusión, se observa que los hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, no han logrado autosostenibilidad financiera, ya que en su mayoría dependen de la contratación con el Fondo Financiero Distrital de Salud, el cual como se observó es el principal generador de recursos para las ESE, sin que hasta junio 30 de 2004 se observe un aumento representativo en los ingresos por venta de servicios a Entidades Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado.

Sin embargo, esta situación no ocurre en el hospital de Usme, ya que es la única ESE que presenta mayores recursos por contratación celebrada con las ARS (47.7%), ligeramente superior a la realizada con el FFDS (47.2%).

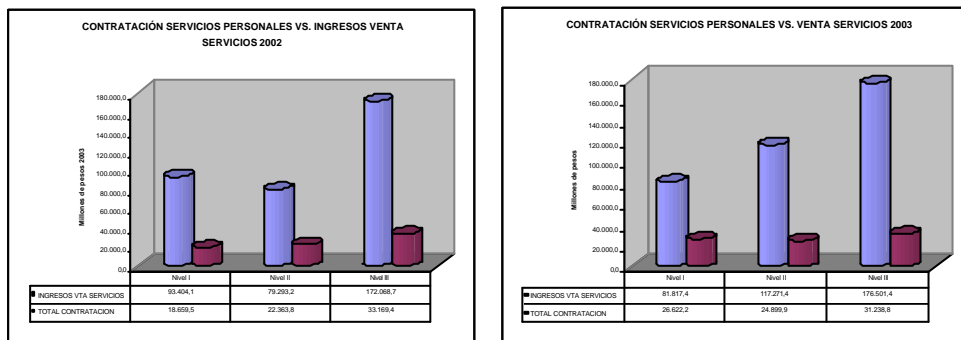
### 3. CONTRATACION DE SERVICIOS PERSONALES.

Hasta antes de la expedición del Acuerdo 20 de 1990, las entidades prestadoras del servicio de Salud en la ciudad de Bogotá, funcionaban con plantas de personal adscritas a la Secretaría de Salud quien tenía a su cargo las erogaciones salariales respectivas, pero dado el ordenamiento legal; de manera paulatina fueron entregadas las responsabilidades a los nuevos establecimientos, entre ello lo relacionado con la adopción y el manejo de sus plantas de personal, aspecto que fue finiquitado a través de Resolución de la Secretaría Distrital de Salud No. 04476 de diciembre 26 de 1994, acto mediante el cual de manera formal se entregan las plantas de personal a los Directores de los Hospitales adscritos técnica, científica y administrativamente a la Secretaría Distrital de Salud.

#### 3.1 COMPORTAMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES VS. INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS

En el año 2003 los hospitales de la red pública de salud destinaron el 22,0% del total de ingresos por venta de servicios, los cuales ascendieron a la suma de \$375.590,2 millones, para contratar servicios personales por valor de \$82.760,9 millones, monto que frente a lo destinado para este mismo concepto en la vigencia 2002, presentó un incremento del 11,5%

GRÁFICO No. 1



Fuente: Información reportada por las ESE

Como se observa en el gráfico No. 1 los hospitales del segundo nivel de atención, presentaron un crecimiento importante del 32,4% en los ingresos presupuestados por venta de servicios al pasar de \$79,293,2 millones en el año 2002 a \$117.271,4

durante el año 2003, mientras que el incremento en el total de recursos destinados a contratar servicios personales creció en un 10,2%.

Situación contraria presentaron los hospitales del nivel I que redujeron sus ingresos por venta de servicios al pasar de \$93.404,1 millones en 2002 a \$81.817,4 en 2003 reflejando un decrecimiento del 14,2%, sin embargo el monto de recursos destinados a contratar servicios personales aumentó en 30% de un año a otro.

Los hospitales que conforman el tercer nivel presentan un crecimiento discreto del 2.5% en el monto proyectado de ingresos por venta, en tanto que el monto de recursos utilizados en la contratación de servicios personales decreció en 6,2%.

Vale la pena mencionar que si bien los ingresos por venta de servicios de las ESE mostraron a 2003 un crecimiento del 8.2%, éste no se debió únicamente a la venta de servicios, sino que también incidió en este comportamiento el hecho que 19 de los 22 hospitales<sup>20</sup> suscribieron convenios de desempeño con el FFDS, destacándose especialmente el nivel III, con \$6.209.4 millones, seguido del Nivel II con \$3.647.2 millones y el nivel I con \$1.034 millones. Lo anterior explica la razón del aumento de los ingresos sin que se aumentara igualmente la contratación de servicios personales, ya que para los convenios de desempeño son una estrategia mediante la cual las entidades reciben recursos de la Secretaría de Salud que financian sus presupuestos<sup>21</sup>, es decir reciben un subsidio a su operación.

En general se observa que el primer nivel destinó la mayor cuantía de recursos para contratar servicios personales no obstante haber presentado una reducción en el total de sus ingresos por venta de servicios, mientras las ESE del tercer nivel muestran una situación contraria.

### 3.2 COMPORTAMIENTO DE LAS PLANTAS DE PERSONAL POR NIVEL DE ATENCIÓN.

A diciembre de 2003 el valor total de la planta de personal de las ESE ascendió a \$181.462,0 millones de pesos destinados a cubrir 6.238 cargos, quedando en total 417 vacantes.

#### **CUADRO No. 4 COMPORTAMIENTO PLANTAS DE PERSONAL DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO VIGENCIA 2002 Y 2003**

<sup>20</sup> Del Tercer Nivel: Kennedy, Tunal, La Victoria y Simón Bolívar; Nivel II: Todas las ESE y del Nivel I: Suba, Del Sur, Rafael Uribe, San Cristóbal, Nazareth y Chapinero

<sup>21</sup> Convenios de desempeño por compromisos de gestión. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de desarrollo de servicios. Agosto de 2001.

(\* Millones de pesos constantes de 2 003)

NIVEL DE COMPLEJIDAD	2002			2003		
	NUMERO CARGOS	NUMERO VACANTES	*VALOR	NUMERO CARGOS	NUMERO VACANTES	*VALOR
NIVEL I	1.684	89	42.394,0	1.683	225	37.785,1
NIVEL II	2.030	31	65.116,5	1.986	50	62.564,2
NIVEL III	2.623	92	83.817,9	2.569	142	81.112,7
TOTAL	6.337	212	191.328,3	6.238	417	181.462,0

Fuente: Información reportada por las ESE

En general el monto de recursos destinados por la Red pública de Salud a nómina durante el año 2003, decreció en 5,2 % con respecto al total cancelado en 2002.

En ambas vigencias, los hospitales que conforman el nivel III de atención<sup>22</sup> representan la mayor erogación en nómina con una participación superior al 43% del total, observándose un aumento considerable en el número de vacantes que pasó de 92 en el 2002 a 142 en el año siguiente, reflejando un crecimiento del 50.8%. Así mismo, este nivel muestra reducción del 3,2% en el monto de recursos destinados a cubrir los gastos de nómina frente a lo que se destinó en el año anterior.

El 34% del total de recursos destinados a nómina del sector salud, fue absorbido por los hospitales que conforman el II nivel de atención<sup>23</sup>, no obstante los recursos destinados a este concepto se redujeron en 3.9% al pasar de \$ 65.116,5 en el 2002 a \$62.564,2 millones de pesos constantes de 2003.

Los hospitales que conforman el Nivel I de atención<sup>24</sup> funcionaron en el 2003 con un 10% menos de recursos que los utilizados en el 2002 al pasar de \$42.394,0 a \$37.785,1 millones de pesos<sup>25</sup>, debido al notorio incremento de cargos vacantes entre una vigencia y otra.

En conclusión y como consecuencia del incremento general en los tres niveles de atención en el número de vacantes, se observó una disminución en el costo de la nómina del personal de planta.

<sup>22</sup> Caracterizados por la presencia de médicos generales, especialistas básicos y subespecialistas (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos y otros de acuerdo con la disponibilidad de recursos)

<sup>23</sup> Segundo Nivel de atención, caracterizados por presencia de médicos generales y los especialistas básicos: canaliza el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes en su área de influencia. Capacitado para atender urgencias y cirugía ambulatoria.

<sup>24</sup> I Nivel: caracterizado por la prestación servicios básicos de salud, en las Unidades Básicas de Atención-UBA y Centros de Salud, con médico, odontólogo, trabajadora Social, Auxiliar de Enfermería, Promotor de saneamiento y promotores de salud; en los Centros de Atención Médica Inmediata - CAMI, capacitado para atención de partos de bajo riesgo, consulta externa médica, odontológica y atención de urgencias 24 horas, entre otras.

<sup>25</sup> Pesos constantes de 2003.

### 3.3. COMPORTAMIENTO DE LA NÓMINA FRENTE A LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES.

**CUADRO No. 5**  
**RECURSOS DESTINADOS TALENTO HUMANO ESE**  
**2002-2003**

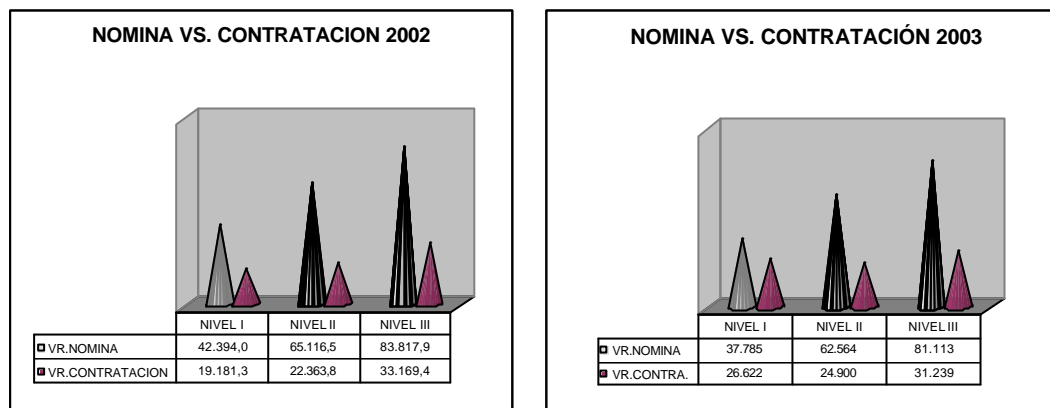
(Millones de pesos constantes 2003)

NIVEL ATENCION	2002			2003		
	VR.NOMINA	VR.CONTRATACION	TOTAL	VR.NOMINA	VR.CONTRATACION	TOTAL
<b>NIVEL I</b>	42,394.0	19,181.3	61,575.3	37,785.1	26,622.2	64,407.3
<b>NIVEL II</b>	65,116.5	22,363.8	87,480.3	62,564.2	24,899.9	87,464.1
<b>NIVEL III</b>	83,817.9	33,169.4	116,987.3	81,112.7	31,238.8	112,351.5
<b>TOTAL</b>	<b>191,328.3</b>	<b>74,714.5</b>	<b>266,042.9</b>	<b>181,462.0</b>	<b>82,760.9</b>	<b>264,222.9</b>

Fuente: Información reportada por las ESE- Cálculos SAS Salud Contraloría de Bogotá.

En la red pública distrital durante los años 2002 y 2003 los hospitales que conforman el tercer nivel de atención destinaron el mayor monto de recursos para atender sus necesidades de talento humano (ver cuadro), seguido por el segundo nivel que participó en el 33% dentro del total de recursos asignados para este concepto en ambas vigencias. En tanto, los hospitales que pertenecen al primer nivel participaron en el 2002 con el 22,9% y en el 2003 con el 24,3%.

**GRÁFICO No. 2**



Fuente: \*\*Información reportada ESE consolidada por SAS Salud Contraloría de Bogotá

Al confrontar los dos sistemas de vinculación de personal (planta y contratación) utilizados por las Empresas Sociales del Estado de la Red Distrital, se evidencia que durante los años 2002 y 2003 el talento humano requerido para cumplir con su objeto social correspondía en su mayoría a personal de planta.

Las Empresas Sociales del Estado además de contar con una planta de personal, para las vigencias 2002 y 2003 realizaron contratación de servicios personales tanto con personas naturales como jurídicas, alcanzando un valor de \$74.714,5 millones y \$82.760,9 millones de pesos constantes, respectivamente.

Para efecto del presente análisis la información se consolidó por nivel de atención, teniendo en cuenta la afectación presupuestal, es decir funcionamiento e inversión, tomando separadamente el valor relacionado con la contratación realizada a través de Cooperativas de Trabajo Asociado y otros.

**CUADRO No. 6**  
**CONTRATACION TOTAL REALIZADA POR LAS ESE**  
**POR NIVEL DE COMPLEJIDAD 2002 -2003**

(Millones de pesos constantes 2003)

NIVEL DE COMPLEJIDAD	2002				2003			
	*FUNC	*INV	**COOP-OTROS	TOTAL	*FUNC	*INV	**COOP-OTROS	TOTAL
<b>NIVEL 1</b>	7.411,2	9.338,0	2.432,1	19.181,3	5.865,9	3.818,4	16.937,9	26.622,2
<b>NIVEL 2</b>	8.784,6	13.228,6	350,6	22.363,8	8.665,0	11.510,6	4.724,3	24.899,9
<b>NIVEL 3</b>	9.567,5	23.601,9	0,0	33.169,4	7.585,0	15.247,0	8.406,8	31.238,8
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>25.763,2</b>	<b>46.168,5</b>	<b>2.782,7</b>	<b>74.714,5</b>	<b>22.115,9</b>	<b>30.576,0</b>	<b>30.069,0</b>	<b>82.760,9</b>

Fuente: \*Información consolidada por la Subdirección de Análisis Económico y Estadísticas Fiscales de la Dirección de Economía y Finanzas Distritales

\*\*Información reportada ESE consolidada por SAS Salud Contraloría de Bogotá

\*FUNC= Contratación de servicios personales por funcionamiento de la entidad.



\*INV= Contratación de servicios personales por inversión, es decir destinado a atención de servicios de salud

\*\*COOP = Contratación de servicios personales con cooperativas de trabajo asociado u otras empresas.

### 3.3.1 Comportamiento de la nómina frente a la contratación de servicios personales en el primer nivel de atención.

Este nivel se destaca dentro de la red distrital de salud, al mostrar el mayor incremento en la contratación de servicios personales, destinando un 27,9% más de recursos que los destinados durante la vigencia anterior, pasando de \$19.181,3 millones a \$26.622,2 millones de pesos como se observa en el siguiente cuadro.

**CUADRO No. 7**  
**CONTRATACION TOTAL EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL**  
**PERIODO 2002-2003**

(Millones de pesos constantes 2003)

ENTIDAD	2002				2003			
	*FUNC	*INV	**COOP-OTROS	TOTAL	FUNC	INV	COOP	TOTAL
SAN CRISTOBAL	340,1	600,0	0,0	940,1	526,8	831,8	0,0	1.358,6
USME	307,6	376,4	521,8	1205,8	203,7	422,5	4.236,5	4.862,7
USAQUEN	297,6	584,0	0,0	881,6	365,4	437,4	1.022,8	1.825,6
SUBA	105,7	991,4	700,9	1.798,1	33,2	8,0	1.955,3	1.996,5
NAZARETH	174,4	1.075,7	0,0	1.250,1	170,3	334,7	363,9	868,9
PABLO VI BOSA	1.286,2	2.933,4	0,0	4.219,6	918,0	718,6	2.403,0	4.039,6
VISTA HERMOSA	772,9	1.604,5	0,0	2.377,4	1.105,6	493,4	2.633,1	4.232,1
CHAPINERO	804,3	692,3	0,0	1.496,6	378,6	572,0	0,0	950,6
HOSPITAL DEL SUR	1.378,9	480,4	1.183,3	3.042,6	1.005,9	0,0	2.094,0	3.099,9
RAFAEL URIBE	1.943,2	0,0	26,1	1.969,3	1.158,4	0,0	2.229,3	3.387,7
<b>TOTAL NIVEL I</b>	<b>7.411,2</b>	<b>9.338,0</b>	<b>2.432,1</b>	<b>19.181,3</b>	<b>5.865,9</b>	<b>3.818,4</b>	<b>16.937,9</b>	<b>26.622,2</b>

Fuente: \*Información consolidada por la Subdirección de Análisis Económico y Estadísticas Fiscales de la Dirección de Economía y Finanzas Distritales de la Contraloría de Bogotá.

\*\*Información reportada ESE consolidada por SAS Dirección Salud Contraloría de Bogotá

\*FUNC= Contratación de servicios personales por funcionamiento de la entidad.

\*INV= Contratación de servicios personales por inversión, es decir destinado a atención de servicios de salud

\*\*COOP = Contratación de servicios personales con cooperativas de trabajo asociado u otras empresas.

Por otra parte, para el año 2002, de los diez hospitales que conforman este nivel, tan sólo los hospitales Usme, Suba, del Sur y Rafael Uribe realizaron contratación con cooperativas y empresas de trabajo asociado, destacándose el hospital del Sur con una contratación de \$1.183,3 millones.

Para el año 2003 es clara la tendencia de los hospitales de este nivel, al contratar con Cooperativas de Trabajo Asociado y otras empresas la prestación de servicios personales, alcanzando un valor total contratado de \$16.937,9 millones representando el 63% del total contratado por concepto de servicios personales, el cual ascendió a \$26.622,2 millones.

En este sentido es importante mencionar que en su orden, los hospitales que muestran mayor valor de contratación con este tipo de entidades son: Usme, Vista Hermosa, Pablo VI Bosa, Rafael Uribe Uribe, Hospital del Sur y Suba; En tanto los hospitales de San Cristóbal y Chapinero continuaron contratando servicios personales en forma directa, sin acudir a este tipo de empresas.

3.3.2 Comportamiento de la nómina frente a la contratación de servicios personales en el segundo nivel de atención.

**CUADRO No. 8**  
**CONTRATACION TOTAL EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE SEGUNDO NIVEL**  
**PERIODO 2002-2003**

(Millones de pesos constantes 2003)

ENTIDAD	2002				2003			
	*FUNC	*INV	**COOP	TOTAL	*FUNC	*INV	**COOP	TOTAL
CENTRO ORIENTE	1.683,8	2.545,5	0,0	4.229,4	2.361,1	583,0	1.319,0	4.263,1
BOSA	249,4	78,8	0,0	328,2	326,1	70,0	776,2	1.172,3
SAN BLAS	1.603,1	123,6	0,0	1.726,7	898,1	727,2	1.210,8	2.836,1
MEISSEN	2.998,1	7.952,0	0,0	10.950,2	2.707,4	6.688,8	0,0	9.396,2
ENGATIVA	1.072,1	1.408,8	0,0	2.480,9	947,4	1.993,2	836,3	3.776,9
TUNJUELITO	964,8	617,6	0,0	1.582,4	1.208,3	1.448,4	0,0	2.656,7
FONTIBON	213,2	502,2	350,6	1.066,0	216,6	0,0	582,0	798,6
<b>TOTAL NIVEL II</b>	<b>8.784,6</b>	<b>13.228,6</b>	<b>350,6</b>	<b>22.363,8</b>	<b>8.665,0</b>	<b>11.510,6</b>	<b>4.724,3</b>	<b>24.899,9</b>

Fuente: \*Información consolidada por la Subdirección de Análisis Económico y Estadísticas Fiscales de la Dirección de Economía y Finanzas Distritales de la Contraloría de Bogotá

\*\*Información reportada ESE consolidada por SAS Salud Contraloría de Bogotá

\*FUNC= Contratación de servicios personales por funcionamiento de la entidad.

\*INV= Contratación de servicios personales por inversión, es decir destinado a atención de servicios de salud

\*\*COOP = Contratación de servicios personales con cooperativas de trabajo asociado u otras empresas.

En este nivel el monto total de contratación aumentó en \$2.536,1 millones de 2002 a 2003; de otro lado llama especial atención la contratación que realizaron los hospitales a través de cooperativas de Trabajo Asociado, la cual pasó de \$350,6 millones en 2002 a \$4.724,3 millones en la vigencia 2003, siendo los hospitales Meissen y Tunjuelito los únicos que no contrataron servicios personales con este tipo de empresas.

3.3.3 Comportamiento de la nómina frente a la contratación de servicios personales en el tercer nivel de atención.

Respecto a los hospitales de nivel III de atención, se observa que la contratación de servicios personales disminuyó en 5,8% entre el período 2002 a 2003, al pasar

de \$33.169,4 millones a \$31.238,8 millones de pesos, según datos reflejados en el cuadro siguiente.

**CUADRO No. 9**  
**CONTRATACIÓN TOTAL EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE TERCER NIVEL**  
**PERIODO 2002-2003**

(Millones de pesos constantes 2003)

ENTIDAD	2002				2003			
	*FUNC	*INV	**COOP	TOTAL	*FUNC	*INV	**COOP	TOTAL
SIMON BOLIVAR OCC. DE KENNEDY	1.567,5	7.719,0	0,0	9.286,6	1.743,0	4.946,9	0,0	6.689,9
LA VICTORIA	1.162,6	734,9	0,0	1.897,4	1.358,9	453,1	766,7	2.578,7
EL TUNAL	4.300,9	10.594,4	0,0	14.895,3	1.412,1	4.065,3	7.640,1	13.117,5
SANTA CLARA	714,9	1.842,8	0,0	2.557,7	706,3	2.426,1	0,0	3.132,4
<b>TOTAL NIVEL III</b>	<b>9.567,5</b>	<b>23.601,9</b>	<b>0,0</b>	<b>33.169,4</b>	<b>7.585,0</b>	<b>15.247,0</b>	<b>8.406,8</b>	<b>31.238,8</b>

Fuente: \*Información consolidada por la Subdirección de Análisis Económico y Estadísticas Fiscales de la Dirección de Economía y Finanzas Distritales

\*\*Información reportada ESE consolidada por SAS Salud- Contraloría de Bogotá

\*FUNC= Contratación de servicios personales por funcionamiento de la entidad.

\*INV= Contratación de servicios personales por inversión, es decir destinado a atención de servicios de salud

\*\*COOP = Contratación de servicios personales con cooperativas de trabajo asociado u otras empresas.

Para las vigencias analizadas, se observa que la contratación de servicios personales se realizó para inversión es decir orientada a las áreas misionales, la cual para el año 2002 representó el 71.1% del total contratado por concepto de servicios personales que ascendió a \$33.169.4, mientras que para el 2003 baja su participación al 48,8% del total contratado por concepto de servicios personales que ascendió a la suma de \$31.238.8, debido principalmente a que en esta vigencia los hospitales La Victoria y el Tunal, contrataron servicios personales con Cooperativas y otras Empresas de Trabajo Asociado en cuantía de \$8.406.8 millones, a diferencia del período 2002 en el cual, ningún hospital de este nivel, contrató con este tipo de empresas.

#### 3.4. LOS SERVICIOS PERSONALES Y LAS COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO.

De acuerdo con los aspectos generales de la contratación Administrativa, es importante destacar el relacionado con la contratación por prestación de servicios personales a través de las cooperativas de trabajo asociado, ya que actualmente representa la modalidad más común para contratar este servicio.

#### 3.4.1 Aspectos Legales.

Para abordar el tema de las cooperativas de trabajo asociado objeto del presente análisis, es necesario partir de la Ley 79 de 1988 conocida como Ley cooperativa, la cual fue concebida con el propósito de dotar al sector cooperativo, de un marco propio para su desarrollo como parte fundamental de la economía nacional, con unos objetivos determinados, y con el cumplimiento de los requisitos establecidos.

Son empresas asociativas sin ánimo de lucro en donde los asociados son dueños, trabajadores y administradores de sus empresas, quienes vinculan el trabajo personal para la producción de bienes, ejecución de obras o la prestación de servicios; dichos asociados participan democráticamente en las políticas, tareas y decisiones que se toman al interior de las mismas para lograr un desarrollo económico y social autosostenible.

Son empresas porque sus criterios deben estar basados en la eficacia, productividad y rentabilidad con el objeto de brindar mejores servicios a sus asociados y a la comunidad.

Son asociativas porque todos sus miembros aportan su fuerza de trabajo realizando actividades para satisfacer sus necesidades comunes a través de una marcada participación democrática de sus asociados.

Se les ha clasificado como cooperativa de trabajo asociado porque el interés de éstas radica, no en distribuir entre los dueños, los asociados en forma individual los resultados económicos de la gestión propia del objeto, sino destinarlos a la prestación de servicios de carácter social, al crecimiento de reservas y fondos, a reintegrarlos a los asociados de acuerdo con la participación que éstos hayan tenido en el trabajo de la empresa ; los resultados económicos también se pueden destinar a revalorizar los aportes y conservarlos en su valor real.

Las cooperativas de trabajo asociado se constituyen con un mínimo de diez asociados, y las que tengan menos de veinte, en los estatutos o reglamentos deberán adecuar los órganos de administración y vigilancia a las características particulares de la cooperativa, especialmente al tamaño del grupo asociado, a las posibilidades de división del trabajo, y a la aplicación de la democracia directa, así como también a las actividades específicas de la empresa.

El Decreto 0468 de 1990 reglamenta las normas correspondientes a las cooperativas de trabajo asociado contenidas en la ley 79 de 1988 y se dictan otras disposiciones sobre el trabajo cooperativo asociado.

Lo más importante del acuerdo cooperativo o contrato que se celebra por un número determinado de personas (mínimo 10) con el objeto de crear y organizar la empresa cooperativa, es proporcionarle a sus asociados una ocupación laboral en las mejores condiciones físicas y dignas para la realización de su función social laboral, las cuales deben quedar consignadas en los Estatutos y sus respectivos reglamentos.

### 3.4.2. Análisis de los contratos suscritos entre las ESE y las Cooperativas de Trabajo Asociado

De acuerdo con la información suministrada por las ESE, y previo análisis de los contratos suscritos entre estas y las cooperativas de trabajo asociado, así como de las visitas practicadas por este organismo de control a algunas empresas contratistas, con el propósito de complementar el presente estudio, llaman la atención de la Contraloría algunos aspectos contenidos en los referidos contratos, que merecen mayor análisis a fin de prevenir a la administración sobre posibles irregularidades.

Objeto: La primera observación que surge al respecto parte del objeto mismo de los contratos. Algunos de los Hospitales tipifican los contratos como de prestación de servicios, cuando en realidad es un contrato de suministro de personal.

De otra parte, dichos objetos no consultan el objeto social de la cooperativa, dado que si el contrato es de prestación de servicios técnicos y asistenciales, el objeto social de la cooperativa debe coincidir con ese objeto.

Existe falta de coherencia y concordancia entre las diferentes cláusulas de los contratos frente a su tipificación, puesto que mezclan obligaciones propias de un suministro de servicios con otras que lo convierten en prestación de servicios profesionales especializados, técnicos y administrativos; en otras es de suministro de personal y en otras, es de prestación de servicios de atención médica. Lo anterior refleja falta de análisis y claridad frente a la finalidad de la contratación con implicaciones frente a los resultados esperados que a la vez pueden propiciar reclamaciones laborales ante la entidad contratante.

Obligaciones del Contratista: Se advierte falta de claridad de las obligaciones que el contrato implica para el contratista. En muchos de los contratos la mayoría de las obligaciones previstas hacen referencia expresa a trabajadores, denominación propia de las relaciones laborales, desnaturalizando con ello el objeto de estos contratos e induciendo a las cooperativas a utilizar la figura del contrato de trabajo con su personal en lugar de prestar el servicio con sus asociados.

Este tipo de situaciones resultan inadecuadas y contrarias no solo a la naturaleza del contrato pretendido con las cooperativas, sino lesivas para la entidad contratante, en la medida en que con base en estas sería prácticamente imposible sostener ante un juez laboral que la prestación del servicio en tales condiciones no generó relaciones laborales frente a las cuales respondería el hospital en forma solidaria con la cooperativa.

Forma de vinculación y desvinculación del asociado a las cooperativas: En algunos casos se pudo determinar que el Hospital contratante interviene en forma indebida en la selección del personal que utiliza la cooperativa contratada para la prestación del servicio. En efecto, en casos concretos se estableció que manejan formatos y papelería del hospital para presentar el candidato a la cooperativa para la respectiva afiliación, previa evaluación y pruebas psicotécnicas realizadas por el hospital con el fin de determinar su aptitud para la prestación del servicio.

Con ello se desnaturaliza la autonomía de la cooperativa en la prestación del servicio con sus asociados en los términos de la oferta que sirve de base para la contratación. Con este procedimiento se afecta a la vez el concepto de asociado al darle un tratamiento de selección de personal para la prestación de un servicio personal. De otra parte, con la aplicación de este procedimiento el hospital comparte la responsabilidad por una eventual falla en la selección del personal de la cooperativa para la prestación del servicio.

De igual forma, para efectos de la desvinculación el hospital remite el listado de asociados que en su decir, en forma voluntaria desean retirarse de la Cooperativa de Trabajo Asociado. Paralelamente esta práctica desdibuja la ausencia de relaciones laborales entre la entidad contratante y el asociado de la cooperativa, con los efectos de solidaridad laboral en el evento de una demanda de tal naturaleza.

Valor del contrato: En forma equivocada en algunos contratos se plantea como contraprestación una suma global. Tratándose de contratos de suministro de servicios, el valor señalado debería ser un valor total estimado, siendo el valor real el que resulte de multiplicar los precios unitarios fijos establecidos en la oferta aceptada por el hospital multiplicada por los servicios efectivamente prestados. Persistiendo en el error del valor global fijo se prevé que el servicio se preste por menos jornadas de las previstas pagando lo mismo, situación que de presentarse generaría en la práctica un pago de lo no debido en detrimento del hospital contratante.

Forma de pago: Como contrato de suministro de servicios en todos los casos se debería precisar que los pagos proceden contra factura de los servicios

efectivamente prestados, liquidados con base en los precios unitarios fijos, previstos en la oferta, con el visto bueno del Supervisor del contrato.

De estas cláusulas se deberían excluir todas las referencias al pago a los “trabajadores”. Si se trata del servicio que presta una cooperativa su objeto debe ser prestar el servicio con sus cooperados o asociados y no con “trabajadores”, pues con ello se está permitiendo que se generen relaciones laborales. De igual manera se regula que no se puede pagar a esos trabajadores “menos del salario mínimo legal vigente”. Con ello se desvirtúa nuevamente la prestación del servicio por cooperados puesto que la cooperativa no paga salarios propiamente dichos, sino compensaciones.

Entrega de bienes de propiedad del hospital para la prestación del servicio: Teniendo en cuenta que se prevé la entrega de bienes de la entidad para la prestación del servicio, dicha entrega se debe realizar con un inventario pormenorizado en el que se especifiquen marcas, características, cantidades, estado de funcionamiento y valor de reposición de los bienes entregados en caso de pérdida o deterioro y amparado por una póliza de manejo.

De manera irregular, algunos contratos contemplan que en el evento de daño, pérdida o deterioro, éstos deben ser asumidos por el asociado respondiendo íntegramente por el bien reponiéndolo o cancelando su reparación.

Como común denominador en ninguno de los contratos con las Cooperativas-CTA se adoptan medidas adecuadas para garantizar la debida custodia y preservación de los bienes entregados por la entidad al contratista para la prestación del servicio. No se establecen ni reglas, ni procedimientos para regular la responsabilidad por el manejo de los mismos durante la prestación del servicio. En la práctica, la responsabilidad frente al manejo de los bienes y equipos se ve diluida entre el personal de las cooperativas-CTA y el personal del hospital, por falta de reglas claras que determinen controles de manejo, entrega de turnos, revisiones de equipos, etc.

De igual forma, en los contratos tampoco se regula este aspecto ni se prevén garantías de manejo de los bienes que se ponen a disposición del personal para la prestación del servicio. Esta falencia pone en riesgo el patrimonio de la entidad por no salvaguardar en debida forma dicho manejo. De donde, no adoptar las medidas adecuadas para su protección y exigir las garantías que daría lugar a establecer responsabilidad disciplinaria y fiscal, según el caso.

Multas: Teniendo en cuenta que la cláusula de multas no es una cláusula exorbitante en la Ley 80 de 1993 y que se trata de contratos de derecho privado, las multas no pueden “ser impuestas por la entidad”. Por ello, en la forma en que



están previstas serían inaplicables en la práctica y de aplicarse pueden ser declaradas sin efecto por el juez del contrato. La misma observación se extiende a la cláusula penal pecuniaria, cuya efectividad debería estar desarrollada en la cláusula de caducidad, que nada dice al respecto.

Cláusula Penal Pecuniaria: Teniendo en cuenta que no todo incumplimiento conduce a la caducidad y que la entidad hospitalaria podría optar por no caducar el contrato en caso de incumplimiento, en tales eventos no se podría hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria por no estar pactada sino para el evento de la caducidad.

Caducidad: Las cláusulas que prevén la caducidad se limitan a enunciar el tema remitiendo a la Ley 80 de 1993. No se regulan los aspectos relacionados con la declaración de ocurrencia del siniestro para hacer efectiva la póliza de cumplimiento ante la compañía aseguradora. Esta cláusula debe regularse precisamente por la especificidad del contrato.

Supervisión: Salvo que estas actividades estén expresamente reguladas en acto separado de la administración, la cláusula debería relacionar las principales actividades que debe realizar el supervisor del contrato de manera que prestar colaboración a dicha labor se constituya en una obligación contractual, de una parte, y de otra, que dicho funcionario (supervisor) conozca el alcance preciso de su misión y gestión frente al contratista, a la ejecución del contrato y a los resultados esperados del contrato.

Inhabilidades e Incompatibilidades: Habida consideración que la Ley 80 de 1993 no es la única norma legal que las contempla, debería extenderse esta declaración a las normas constitucionales y legales vigentes de manera general.

Adiciones: Aunque en términos generales se adelantan procedimientos de selección objetiva para la contratación inicial de una cooperativa de trabajo asociado, dicho principio se vulnera posteriormente al suscribir dos, tres o más prorrogas del contrato principal, que en algunos eventos duplican el valor del contrato inicialmente pactado.

Liquidación: En consideración a que las normas de la Ley 80 de 1993 que regulan la liquidación de los contratos no aplican por regirse por el derecho privado, esta cláusula debería regular en forma completa el procedimiento a seguir en las diferentes situaciones que se pueden presentar e indicar en que oportunidades se debe entrar a liquidar el contrato (vencimiento del plazo, agotamiento del valor, terminación anticipada, caducidad, etc.).



Esta cláusula prevé que en el evento de ejecutarse el valor total del contrato, no se requerirá liquidación del mismo. Esta previsión sería viable si el contrato tuviera por objeto una prestación única con un valor también único (compraventa simple).

No obstante, por pactarse el pago del servicio por valores unitarios para cada tipo de servicio que se solicite y por aplicación concordante de las cláusulas que permiten disminuir o adicionar el personal de la Cooperativa -CTA al servicio del Hospital durante la ejecución del contrato, de acuerdo con las necesidades del hospital” (aspecto que tipifica el contrato como de suministro de personal), la liquidación del contrato no puede ser obviada y por el contrario, se debe llevar a cabo en todos los casos como mecanismo para determinar cómo se ejecutó el valor estimado del contrato y quien debe a quien y cuánto.

Garantías: Por regla general sólo se prevé la garantía única con amparo de cumplimiento y de salarios y prestaciones sociales. En algunos se omite el amparo de calidad del servicio prestado que debería extenderse por un plazo prudencial, a partir de la terminación del plazo contractual e igualmente la garantía de responsabilidad civil extracontractual por daños que se puedan causar a terceros con motivo de la ejecución del contrato o que cause el personal del contratista a los bienes de la entidad.

Puesto que en la póliza matriz aprobada por la Superbancaria se trata de amparos separados, deben contemplarse por separado los amparos de cumplimiento y de calidad del servicio, que algunas manejan como un solo amparo. De lo contrario, en la práctica, solo se constituirá el amparo de cumplimiento.

Dado que en la práctica se realiza la entrega de bienes de propiedad de la entidad para la prestación del servicio, debe exigirse una póliza de manejo para amparar el riesgo inherente a los daños o pérdidas que se puedan presentar y que no cubra el contratista por cualquier circunstancia. En algunas Cooperativas-CTA se prevé que en caso de pérdida o daño operarán descuentos a los asociados para cubrir el monto del daño, en lugar de establecer dicha carga como responsabilidad de la Cooperativa-CTA contratante, desvirtuando con ello de manera inconveniente para los intereses del Hospital, la inexistencia de relación directa con el asociado.

### 3.4.3 Comportamiento de la contratación con Cooperativas de Trabajo Asociado.

Las Empresas Sociales del Estado inician la contratación de servicios personales a través de cooperativas de trabajo asociado a partir del año 2002, donde tan sólo cinco<sup>26</sup> de los 22 hospitales contrataron con las Cooperativas Coopintrasalud,

---

<sup>26</sup> Fontibón, Usme. Suba, Del Sur y Rafael Uribe Uribe.

Mebcoop, Preservar y Anestecoop, por un valor total de \$2.737,3 millones de pesos constantes, concentrándose el mayor monto contratado en Coopintrasalud con \$1115,0 millones, Preservar CTA con \$700,9 millones y Mebcoop con \$630,7 millones de pesos constantes de 2003.

Posteriormente, se observa una clara proliferación en la contratación de servicios personales con este tipo de empresas durante el año 2003. Es así como al cierre de esta vigencia, las ESE<sup>27</sup> contrataron con 25 cooperativas un valor de \$28.973,4 millones, donde la Cooperativa Coopintrasalud, contrató \$12.708,0 millones con los hospitales Centro Oriente, Bosa, San Blas, Tunal, Engativá, Fontibón, Usaquén, Nazareth, Vista Hermosa y Rafael Uribe, concentrando el 43,8% del valor total de la contratación con Cooperativas-CTA.

En este sentido, llama especial atención la contratación realizada con la cooperativa de trabajo asociado Coopintrasalud, una entidad que apenas registra un Patrimonio de \$46 millones<sup>28</sup>, situación que podría poner en riesgo los recursos del erario público de la salud frente al respaldo económico de esta entidad en caso de incumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos.

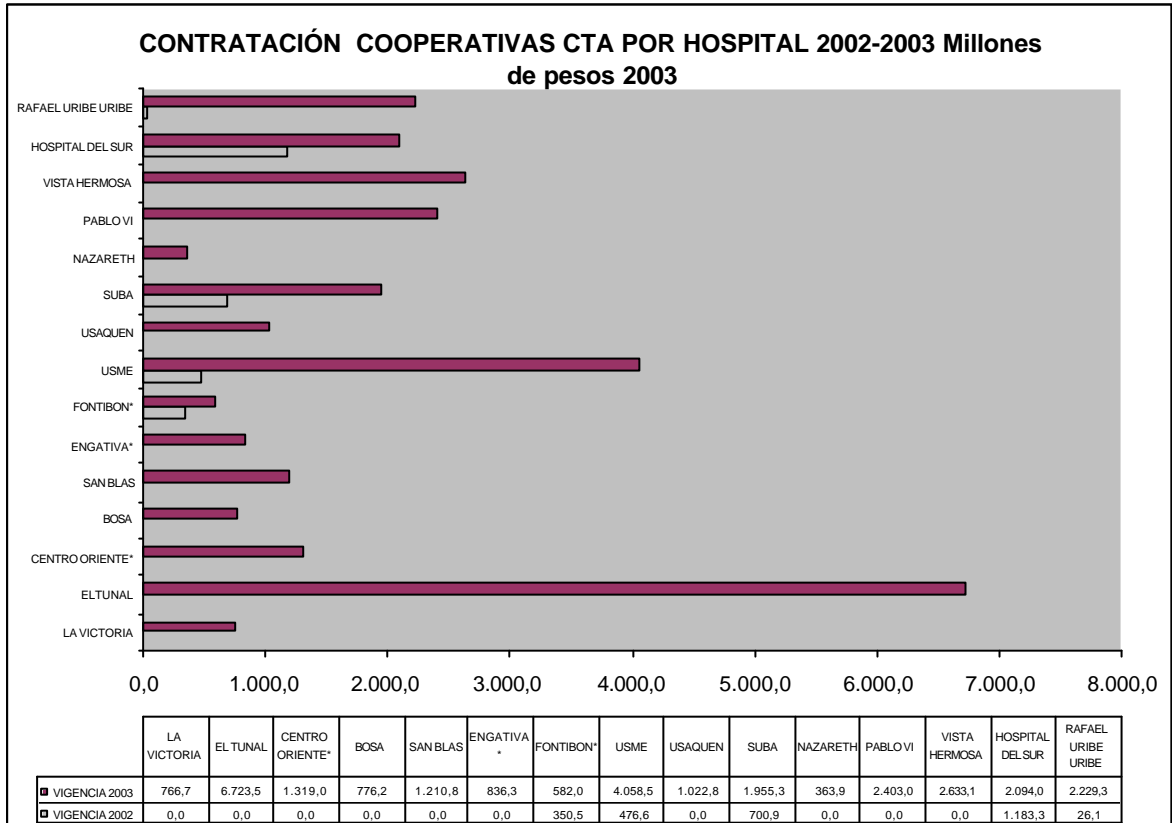
A continuación se presentan los hospitales que contrataron servicios personales con Cooperativas de Trabajo Asociado, destacándose durante el 2003, el Nivel I con \$16.759,9 millones, seguido del Nivel III con \$7.490,2 y por último el Nivel II con \$4.724,3 millones.

---

<sup>27</sup> Siendo notoria la participación de hospitales como el Tunal (\$6.723,5 millones) Usme (\$4.058,5 millones), Vista Hermosa (\$2.633,1 millones) y Rafael Uribe Uribe (\$2.229,3 millones) entre otros

<sup>28</sup> Información contenida en el Certificado de la Cámara de Comercio de Bogotá, de septiembre 9 de 2004.

GRÁFICO No. 3



Fuente: Información suministrada por las ESE.

En general, las ESE de la Red Distrital de Salud durante el año 2003, destinaron en total el 70%<sup>29</sup> de sus ingresos por venta de servicios para contar con el talento humano en la prestación de sus servicios<sup>30</sup>, pese a que la participación de la planta de personal sigue siendo importante (68,6%), las entidades contrataron servicios adicionales de personal por cerca del 45,6% del valor de la nómina.

A junio de 2004 la contratación de servicios personales con Cooperativas de Trabajo Asociado alcanzó un total de \$31.399,5 millones de pesos corrientes, que para efecto de comparación con lo contratado a precios de 2003 refleja un incremento de \$2.426.1 millones de pesos constantes 2003, es decir que a junio de 2004 las ESE que utilizan este sistema de contratación, superaron totalmente el valor contratado durante toda la vigencia anterior.

<sup>29</sup> Es decir \$264.222,9 millones.

<sup>30</sup> Al sumar el personal de planta con los contratados a través de cooperativas de trabajo asociado.

Por otra parte la Cooperativa Coopintrasalud, a junio de 2004; continúa siendo la de mayor participación con el 40,4% del total, seguida de la Cooperativa Preservar con el 15,8%.

#### 3.4.4. Ventajas y desventajas del sistema de contratación de personal a través de Cooperativas de trabajo asociado.

De acuerdo con la información suministrada por las ESE se presentan las ventajas teóricas, así como las desventajas observadas por el ente de control a partir de las visitas a las Cooperativas-CTA y a otras fuentes.

VENTAJAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS ESE	DESVENTAJAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CONTRALORIA
<p>≃ El no aumento de la planta de personal de la entidad con la carga prestacional correlativa representa un ahorro de costos de personal</p>	<p>≃ Por la forma que operan los contratos y la prestación misma del servicio en la práctica no resulta difícil para quienes prestan el servicio demostrar que se configura un contrato realidad en sus tres elementos (subordinación, prestación personal y remuneración).</p>
<p>≃ Ahorro de costos y gastos administrativos que derivarían del manejo de contratos individuales con muchos contratistas. (Selección, contratación, supervisión, pagos, liquidación, situaciones administrativas)</p>	<p>≃ El pago del servicio a la Cooperativa-CTA lleva involucrado un costo de administración que debe asumir el Hospital. Por este mecanismo no se obvia el control de calidad en la prestación del servicio que sigue siendo responsabilidad de la Contratante puesto que los contratos no prevén mecanismos de aseguramiento de la calidad ni controles de calidad del servicio, puesto que su objeto es el suministro de personal y no la prestación integral del servicio.</p> <p>≃ Parte de esos costos son asumidos de todas maneras por la entidad sin estar cuantificados, puesto que el servicio se presta con insumos que dispone el Hospital (infraestructura, equipos, materiales, servicios públicos, personal administrativo, entre otros).</p>
<p>≃ Responsabilidad laboral y administrativa en principio es del contratista y no de la entidad.</p>	<p>≃ En la práctica por la solidaridad entre la cooperativa y el Hospital frente a quienes operan como trabajadores, por no tener la debida autonomía en la prestación de servicios profesionales en forma autónoma e independiente. Esa es la razón por la cual se exige en todos los casos una póliza de salarios y prestaciones e indemnizaciones. De no existir el riesgo no sería necesaria.</p>
<p><b>BENEFICIO TRIBUTARIO:</b> Los Hospitales son responsables del IVA en virtud Ley 788/02 art. 35. Por tanto, al contratar con personas naturales o del régimen simplificado, deben asumir el 75% de la tarifa del IVA a la cual está gravada la actividad contratada. Al contratar los servicios con una cooperativa de trabajo asociado no se genera este costo que debe asumir la Entidad Contratante del servicio. (ESE Engativá)</p>	
<p><b>PARA EL PERSONAL QUE PRESTA EL SERVICIO:</b> Los profesionales que prestan el servicio cuentan con</p>	
<p>ES UNA VENTAJA</p> <p>En la práctica, los Estatutos de las cooperativas prevén que el pago de la seguridad social corre por cuenta de</p>	

VENTAJAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS ESE	DESVENTAJAS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CONTRALORIA
<p>seguridad social (salud, pensión, ARP) y Caja de Compensación Familiar, capacitación cooperativa y profesional, estabilidad laboral.</p> <p>Si fueran contratistas independientes no tendrían acceso a tales beneficios puesto que lo que están obligados a afiliarse a los sistemas de salud y pensiones por su cuenta.</p>	<p>los asociados.</p>
<p><b>RIESGO JURIDICO</b> Según información suministrada por la mayoría de los hospitales desaparece la relación laboral entre el contratista y el Hospital directamente. Por lo tanto los problemas que se suscitan allí se ventilan a través de la cooperativa, evitando demandas, reclamaciones y procesos en contra de la entidad.</p>	<p>El riesgo persiste en la medida en que el manejo del personal tenga trazos de relación laboral, que no se planteen relaciones directas frente a los asociados, se les de el tratamiento de trabajadores, se intervenga en su selección y desvinculación, se apliquen reglamentos disciplinarios del hospital, entre otras falencias observadas.</p> <p>Es así como este organismo de control solicitó a las ESE información respecto de las demandas laborales presentadas por contratistas, con la pretensión de demostrar una relación laboral con el hospital, de los cuales a la fecha de elaboración de este informe respondieron 11 hospitales que reportaron la existencia de 21 procesos en curso.</p>
<p><b>BENEFICIO FRENTE A LA CONTRATACION CON PERSONAS NATURALES</b></p> <p>De acuerdo con las normas vigentes en materia laboral, el Hospital no podría celebrar contratos de prestación de servicios para realizar actividades de carácter administrativo (secretarias, facturadores, auxiliares, digitadores, mensajeros) que impliquen dependencia técnica y administrativa y subordinación, puesto que estas generan relaciones laborales como contrato realidad.</p>	<p>ES UNA VENTAJA FRENTE A ESE TIPO DE PERSONAL</p>
<p><b>BENEFICIO FRENTE AL SUMINISTRO DE PERSONAL POR EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES</b></p> <p>Las cooperativas de trabajo asociado al no tener trabajadores regidos por las normas laborales no están obligadas al pago de prestaciones sociales, mientras que las empresas de servicios temporales si. Esto debe representar un menor costo en el servicio contratado por el Hospital.</p>	<p>Si aplica la figura de la Cooperativa-CTA con rasgos de una relación laboral, esta ventaja desaparece.</p>

#### 4. CONTRATACION DE INSUMOS, BIENES Y MEDICAMENTOS

Las ESE para mantener la eficiencia de la inversión, en lo relacionado con la adquisición de bienes y servicios, deben elaborar el Plan Anual de Compras acorde con los comportamientos históricos de las adquisiciones de años anteriores, el plan de desarrollo, el cumplimiento de sus objetivos misionales y la oferta de servicios. Los requerimientos obedecen a solicitudes de cada área con el fin de asegurar el desarrollo normal de sus actividades que deberán ajustarse a los requisitos mínimos legales, a las cantidades de referencia.

Los bienes y servicios que frecuentemente adquiere la red hospitalaria para garantizar el adecuado funcionamiento de la Institución y el desarrollo de su objetivo social, son entre otros:

? Muebles y Equipos médicos.	? Imágenes diagnósticas.
? Equipos de cómputo y fotocopiado	? Combustibles y lubricantes.
? Equipos de Lavandería.	? Impresos y publicaciones.
? Equipos de cocina y lencería	? Seguros.
? Ropa hospitalaria.	? Servicio de vigilancia.
? Elementos eléctricos y ferretería.	? Servicio de Aseo y lavandería.
? Repuestos.	? Servicio de fotocopiado.
? Medicinas	? Servicio de reciclaje.
? Material médico quirúrgico	? Mantenimientos de equipos (médicos, de sistemas, vehículos).
? Gases medicinales.	? Arrendamientos y alquileres (inmuebles, equipos médicos, de computación y otros).
? Reactivos de laboratorio clínico.	? Capacitaciones.
? Alimentos y refrigerios.	? Transportes y acarreos.
? Reactivos de RX.	

Los medicamentos e insumos hospitalarios, se consideran indispensables para la prestación de los servicios médico asistenciales entre los que se cuentan materiales desechables de laboratorio y de uso médico, bienes de consumo final o fungibles, médico asistenciales que no son devolutivos y todos aquellos necesarios para el cumplimiento del objeto institucional.

Los medicamentos e insumos hospitalarios que se pueden adquirir son entre otros:

? Medicinas	? Muebles y equipos médicos.
? Material medico quirúrgico	? Imágenes diagnósticas
? Suturas	? Gases medicinales
? Ropa hospitalaria	? Alimentación hospitalaria
? Reactivos de laboratorio y RX.	

Los hospitales de la red distrital para la selección de los contratistas que proveen los bienes y servicios hospitalarios en concordancia con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, se rigen por las normas ordinarias del derecho comercial o civil. En caso que, discrecionalmente dichas empresas hayan incluido en el contrato cláusulas excepcionales, éstas se regirán por las disposiciones de la Ley 80 de 1993. Salvo en este aspecto los contratos seguirán regulados por el derecho privado.

Generalmente los hospitales para la selección de los contratistas que proveen bienes y servicios utilizan el mecanismo de contratación directa y las formalidades establecidas en sus Manuales de Contratación acorde con las cuantías.

Sin embargo, no se ha unificado el proceso precontractual en la adquisición de elementos y suministros para la atención del funcionamiento administrativo, adecuación locativa o mejoramiento, quedando en potestad del ordenador o su delegado la escogencia del proveedor, situación que puede permitir que no exista una selección objetiva del contratista.

Las clases de contratos utilizados son: suministro, compraventa, prestación de servicios, arrendamientos, convenios interinstitucionales y la modalidad especial resultado de la asesoría técnica de la Secretaría Distrital de Salud para la negociación de los medicamentos e insumos hospitalarios denominada negociación Conjunta.

#### 4.1 NEGOCIACIÓN CONJUNTA

Es un proceso centralizado de actividades de recolección de información remitida por los hospitales para el establecimiento de las necesidades respecto a insumos y cantidades; con base en esta consolidación y las propuestas presentadas por los proveedores en lo referente a precios de venta y condiciones comerciales, se seleccionan las alternativas más favorables técnica y económicamente para los hospitales; una vez publicados los resultados, los hospitales inician los procesos de compras de insumos de forma independiente de acuerdo con su plan de compras y disponibilidad presupuestal, conforme con lo establecido en sus manuales de contratación.

Esta negociación se realiza directamente por la SDS y la Comisión de Suministros de los hospitales del Distrito, con el apoyo técnico de la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaría.

Inicia con una etapa de Planeación donde se definen los criterios de selección y evaluación, definición del listado de insumos, así como de términos y tiempos de entrega.

Posteriormente se realiza la invitación a presentar ofertas, se hace la evaluación de las propuestas, en los aspectos jurídicos, técnicos y financieros, para seleccionar las más favorables por ítems requeridos.

La decisión sobre selección final con los resultados del proceso es comunicada a los hospitales participantes para que se acojan a los beneficios que otorga este proceso.

Finalmente, la SDS efectúa seguimiento al proceso de negociación conjunta, tanto a los hospitales como a los proveedores para verificar el cumplimiento de las condiciones acordadas en la negociación.

En los términos de invitación para la más reciente negociación de medicamentos e insumos hospitalarios para las ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, se incluyeron sesiones de subasta a la baja, a la cual fueron citados los proveedores que obtuvieron las tres mejores calificaciones (sumatoria de las evaluaciones técnica y económica) para cada ítem negociado, con el objeto de obtener de ellos su mejor oferta y seleccionar una opción única para cada ítem negociado.

Con esta estrategia se favorecería la gestión de compra, que redundaría en la obtención de mejores condiciones en términos de precios y oportunidad en la entrega, siempre y cuando las ESE cumplan con los pagos dentro de los términos acordados o de lo contrario perderían gradualmente los beneficios pactados.

Se han planteado como objetivos de la estrategia de negociación:

- ? Adquirir con calidad, oportunidad y bajo costo medicamentos e insumos hospitalarios esenciales (IHE) de alta rotación, en los hospitales del distrito de diferente complejidad.
- ? Realizar una gestión administrativa eficiente, a bajo costo.
- ? Reducir al máximo las compras atomizadas y de poco volumen, que incrementan los costos.

Con la aplicación de la estrategia de las negociaciones conjuntas durante el período 1997–2004 se tienen los siguientes resultados positivos:

- ? Autonomía administrativa: Los hospitales conservan su completa autonomía para comprometer los recursos destinados a la compra de medicamentos y suministro médico-quirúrgicos.
- ? Impacto sobre el mercado (regulación de precios): Los resultados conseguidos con los ejercicios de negociación conjunta muestran la baja en los precios de los medicamentos y el control en el aumento de los precios por la oferta y demanda y el incremento de los insumos de fabricación, que se da año a año.
- ? Economía de escala: La suma de los volúmenes de necesidades de todos los hospitales y de las capacidades de negociación conforma un bloque compacto frente a los proveedores con ventajas apreciables en el tiempo. Así el ahorro estimado para la negociación vigente en el 2001 fue de \$13.646,7 millones (31.67%), para el 2002 de \$15.577,6 millones (31.35%) y para el 2003 de \$16.097,1 millones (18.34%)<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Información reportada por Archivo Área de Análisis y Políticas de la Oferta. Secretaría Distrital de Salud. 2003



- ? Disminución del costo administrativo: Con la infraestructura logística virtual representa para los hospitales significativos ahorros en la carga administrativa al reducir las actividades licitatorias y con mínimas erogaciones consiguen precios atractivos de los insumos negociados.

Sin embargo, los beneficios positivos que ha reportado la negociación conjunta pueden resultar inocuos en la medida en que se han observado inconvenientes en su aplicación debido a la iliquidez del flujo de efectivo de las tesorerías de los hospitales, producto de la inoportunidad de pagos de las ARS, IPS, EPS, ESE, Aseguradoras, Fondos de Desarrollo Local entre otros y la alta cartera por cobrar a particulares con pagarés incumplidos, con las siguientes consecuencias:

- ? Incumplimiento del pacto de negociación conjunta con los proveedores participantes.
- ? Pérdida de los beneficios económicos pactados dentro de la negociación, tales como descuentos.
- ? Desgaste administrativo e incrementos de costos operacionales de la negociación conjunta realizada y falta de posicionamiento del hospital participante.
- ? Estímulo a la competencia desleal de los proveedores y/o a la corrupción administrativa, materializado en la oportunidad para que otros proveedores no participantes del proceso de negociación conjunta ofrezcan sus servicios en las mismas condiciones económicas y/o precios superiores o con baja calidad de los insumos

De la negociación conjunta No. 18 realizada en el 2003 y con vigencia de la oferta hasta el 31 de Diciembre de 2004, una vez realizada la evaluación técnica y la selección final de los proveedores, teniendo en cuenta dos o tres opciones para ítem negociado y en algunos casos incluyendo las alternativas propuestas por los proveedores, y otras opciones de acuerdo con condiciones especiales se observaron los siguientes proveedores con mayor número de ítems seleccionados:

**CUADRO No. 10  
NEGOCIACION CONJUNTA 018  
PROVEEDORES CON MAYOR ITEMS SELECCIONADOS**

Medicamentos		Medqx		Odontología		Lab. Clínico		Imagenología	
Coodemcum	158	B.Braum	157	D. Nader	70	Lab.Ltda. de Bogotá	49	RX S.A.	20
Fondesa	138	Johnson & Johnson	151	Aldental	69	Aldir	45	Ajoveco	18
B. Braum	80	Lab. Ltda.	146	Ultradental	40	Quinberlab	44	Delinco	13

		de Bogotá							
Baxter	71	Tyco	137	Odontomédica	14	Rep. Bunch	32	Scherinmg	3
Abbott	68	LM Instruments	124	Ind. Dent. B.N. K.	9	Implemédica	23		
Ophlac	67	Baxter	59	Rophson	2	Annar	18		

Fuente: Archivo Área de Análisis y Políticas de la Oferta. Secretaría Distrital de Salud Vigencia 2003.

Es de resaltar en el presente estudio que, el Fondo de Empleados de la Secretaría Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, "FONDESA", fue intervenida por la Superintendencia de la Economía Solidaria mediante la Resolución No. 511 del 19 de Agosto de 2004 "*Por la cual se ordena la toma de posesión para administrar FONDESA*"; habida cuenta que ese organismo de control determinó hallazgos y conclusiones reiteradas con problemas de gobernabilidad, del ejercicio del poder y principalmente del indebido manejo de los recursos y bienes de la entidad, reflejándose un detrimento patrimonial que sobrepasa los \$2.500 millones de pesos una vez revisados los estados financieros con corte a diciembre 31 del año 2001 y comparados con los de diciembre 31 del año 2003, violación de los estatutos y la ley al realizar operaciones no autorizadas a este tipo de organizaciones solidarias, como fue la venta de medicamentos a terceros, situación que fue advertida por la Superintendencia desde el año 2001 y que al parecer fueron omitidos por la SDS al momento de realizar la evaluación jurídica.

A 30 de Agosto de 2004, momento en que fue Intervenido FONDESA por la Supersolidaria se encontraban en ejecución contratos de suministro de medicamentos con los Hospitales de Meissen<sup>32</sup> por \$89.181.399 y Santa Clara<sup>33</sup> por \$11.000.000. Estos compromisos contractuales no tienen ninguna afectación en su ejecución ya que la designó un Agente Especial quien para todos los efectos será el representante legal de la intervenida y la firma continua cumpliendo con el objeto y compromisos contractuales pendientes del Fondo intervenido.

#### 4.2. COMPORTAMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS.

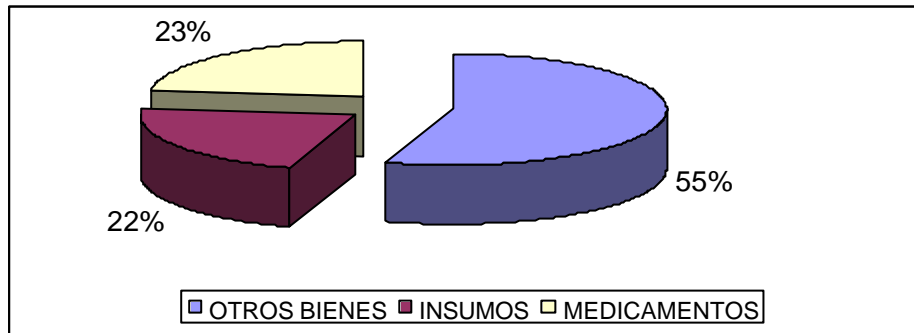
Durante la vigencia 2003 los hospitales de la Red Distrital suscribieron contratos para la adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios, por valor de \$64.621,3 millones, que equivalen al 14.5% del Presupuesto Total Definitivo de estas instituciones, observándose un incremento del 13.8% con relación a la vigencia inmediatamente anterior. De los \$64.621,3 millones destinados para la adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios, los primeros requirieron una contratación de \$33.196,1 millones, con un incremento de 11.8% respecto a la

<sup>32</sup> Contrato No. 81 del 25 de Marzo de 2004 con vigencia hasta el 25 de Marzo de 2005

<sup>33</sup> Orden de Compra No. 2431 del 14 de Octubre de 2004

vigencia anterior. La contratación para otros bienes y servicios, excluyendo medicamentos e insumos hospitalarios, alcanzó durante la vigencia 2003 la suma de \$68.443,6 millones reflejando un incremento de 63.1% con relación al año 2002.

**GRAFICO No. 4**  
**DISTRIBUCION CONTRATACION BIENES, INSUMOS Y MEDICAMENTOS ESE**  
**VIGENCIA 2003**



Fuente: Información Suministrada por las ESE con corte diciembre 2003.

Para la vigencia 2002, en la inversión de medicamentos e insumos hospitalarios, de los veintidós hospitales se observó que con un presupuesto ejecutado de \$412.096,3 millones, el 13,9% se destinó para la compra de medicamentos e insumos, observándose que los hospitales pertenecientes al tercer nivel fueron los que mayor desembolso realizaron por este concepto.

**CUADRO No. 11**  
**MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS RED DISTRICTAL**  
**VIGENCIA 2002**

(millones de pesos)

NIVELES	Medicamentos e insumos médicos	Presupuesto Ejecutado	Porcentaje
III	36.584	188.419,1	19,4%
II	12.823,2	119.253,9	7,1%
I	7.729,9	104.423,3	7,4%
TOTAL	57.137,2	412.096,3	13,9%

Fuente: Presupuestos hospitalarios de la red distrital vigencia 2002

Para la vigencia 2003 los veintidós hospitales adscritos ejecutaron un presupuesto de \$479.787,7 millones, del cual el 12,9% se destinó para la compra de medicamentos e insumos, observándose una disminución porcentual de 0,4% respecto al período 2002. Al igual que en la vigencia anterior las entidades del tercer nivel de atención fueron las que mayor desembolsos realizaron por este concepto.

**CUADRO No. 12  
MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS RED DISTRITAL  
VIGENCIA 2003**

(Millones de pesos)

NIVELES	Medicamentos e insumos médicos	Presupuesto Ejecutado	Porcentaje %
III	38.939,6	222.953,3	17,5
II	14.323,8	129.841,4	11,0
I	11.357,9	126.993,0	8,9
<b>TOTAL</b>	<b>64.621,3</b>	<b>479.787,7</b>	<b>13,5</b>

Fuente: Presupuestos hospitalares de la red distrital vigencia 2003

Para la vigencia fiscal de 2003 la participación de los hospitales en la contratación de medicamentos e insumos hospitalarios, agrupados por niveles, presentó el comportamiento detallado en el siguiente cuadro:

**CUADRO No. 13  
CONTRATACION ESE MEDICAMENTOS E INSUMOS VIGENCIA 2003**

(Millones de pesos)

NIVEL	CONTRATACION MEDICAMENTOS		CONTRATACION INSUMOS		TOTAL		% NIVEL FRENTE AL TOTAL	
	Cantidad	Valor \$	Cantidad	Valor \$	Cantidad	Valor \$	Cantidad	Valor \$
I	680	4.566,9	653	6.791,0	1.333	11.357,9	29,5	18,0
II	489	6.433,1	816	7.890,7	1.305	14.323,8	28,8	22,1
III	759	22.196,1	1.128	16.743,5	1.887	38.939,6	41,7	59,9
<b>TOTAL</b>	<b>1.928</b>	<b>33.196,1</b>	<b>2.597</b>	<b>31.425,2</b>	<b>4.525</b>	<b>64.621,3</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Información remitida por las ESE a diciembre 2003.

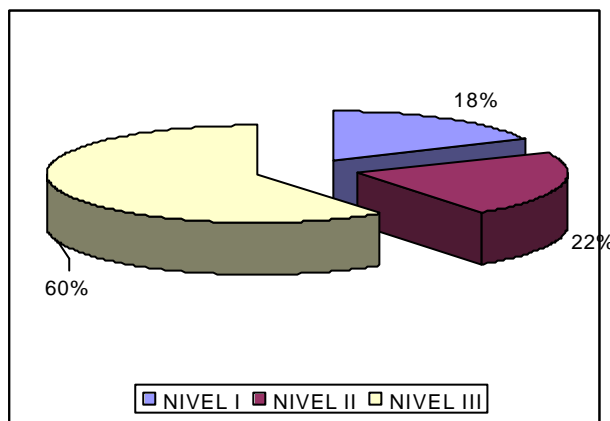
Los hospitales pertenecientes al tercer nivel de complejidad, con un presupuesto ejecutado de \$222.953,3 millones, para la adquisición de medicamentos e insumos hospitalarios celebraron 1.887 contratos por valor de \$38.939,6 millones, que correspondieron al 60.3% del total contratado por los hospitales para estos elementos, siendo El Tunal y Simón Bolívar los que asignaron los mayores recursos con \$13.097.0 millones y \$11.423.1 millones respectivamente.

Las instituciones que atienden el segundo nivel de complejidad, con un presupuesto ejecutado de \$129.841,4 millones, contrataron en insumos y medicamentos hospitalarios \$14.323,8 millones, que equivalen al 22.2% del total contratado por la red en este rubro. Dentro de este nivel, se destacan los Hospital de Meissen y San Blas, quienes tuvieron la mayor contratación \$3.291.5 millones y \$2.639,5 millones respectivamente.

Las entidades del primer nivel de complejidad, que en conjunto contaron con un presupuesto ejecutado de \$126.993,0 millones, contrataron en medicamentos e

insumos \$11.357,9 millones, siendo el Hospital de Vista Hermosa la entidad que asignó los mayores recursos de su presupuesto en la contratación de estos elementos por \$1.924.0 millones, seguido por el Hospital de Suba con \$1.790.3 millones.

**GRAFICO No. 5**  
**PARTICIPACION DE LA CONTRATACION EN MEDICAMENTOS E INSUMOS**  
**ESE POR NIVELES VIGENCIA 2003**



Fuente: Información suministrada por las ESE con corte diciembre 2003.

#### 4.3 SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA.

La supervisión e interventoría de los contratos tiene por objeto salvaguardar los intereses de las ESE y garantizar la ejecución puntual, idónea y exacta de las obligaciones contractuales. Dicha labor es desempeñada por servidores públicos vinculados a la entidad y por los contratistas de prestación de servicios designados por las gerencias. La designación de servidores públicos para el desempeño de las funciones propias de la supervisión o interventoría, es de forzosa aceptación.

Sin embargo, se observó que la labor de supervisor e interventor a cargo de los servidores públicos no es comunicada oportunamente, para el desarrollo cabal de esta labor.

En los manuales de contratación de las ESE se determinan en forma superficial y general a nivel de procedimiento las obligaciones que deben cumplir los supervisores e interventores de los contratos de medicamentos e insumos. Este procedimiento no está regulado en la mayoría de los hospitales de la red, al no contar con un Manual de Interventoría o Supervisión establecido.



En los manuales se especifica que, además de las sanciones penales a que hubiere lugar, la persona que ejerce la interventoría y supervisión será civilmente responsable de los perjuicios originados en el mal desempeño de sus funciones, sin que ello lo exima de la responsabilidad que por el mismo concepto pueda corresponder al contratista. Así mismo incurre en causal de mala conducta el trabajador que ejerza sin el debido cuidado una interventoría o supervisión que cause perjuicios a la empresa o al contratista.

## 5. CONCLUSIONES

La Ley 80 de 1993 enmarca el proceso contractual para la administración pública; las Empresas Sociales del Estado constituyen un régimen de excepción en la aplicación de esta norma, buscando que su contratación sea más flexible, se enmarca en las normas del derecho privado.

Empero este propósito, las ESE no deben apartarse de los principios y finalidad de la contratación estatal establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política y que, por supuesto están estipulados en la Ley 80 de 1993.

En los procesos de contratación de venta de servicios, es bastante limitada la capacidad de negociación de las Empresas Sociales del Estado, al punto que prácticamente deben aceptar las condiciones impuestas por las administradoras y pagadores, so pena de no contratar el portafolio de servicios ofrecido.

Para los hospitales la modalidad de evento es la que mejores posibilidades de ingresos le ofrece, en tanto se pueden obtener las tarifas más acordes a los costos incurridos y se pagan todos los servicios y actividades prestados; sin embargo, dentro del régimen subsidiado, la capitación representa la mayor contratación, que les obliga a establecer controles más exhaustivos sobre la población usuaria y a fomentar actividades de promoción y prevención.

El Fondo Financiero Distrital de Salud, sigue constituyéndose en el principal pagador de los servicios ofrecidos por la red hospitalaria del Distrito, básicamente para atender población vinculada y desplazada.

La flexibilización laboral conduce a la creciente contratación de prestación de servicios, consolidándose la negociación con Cooperativas de Trabajo Asociado para proveer el recurso humano necesario para cumplir con las funciones misionales y administrativas de las Empresas Sociales. Para el año 2002 se contrató con cuatro cooperativas y en el año 2003 se incrementó en más de 20 el número de estas entidades que contratan con los hospitales.

Sin embargo, las Cooperativas de Trabajo Asociado, que son contratadas por las Empresas Sociales del Estado, en la práctica actúan como intermediarios en el suministro de personal, lo que desdice de su filosofía y marco jurídico, afectando negativamente la calidad del servicio de salud ya que el personal vinculado debe directamente asumir la seguridad social y los riesgos profesionales, generándose una desventaja frente al personal de planta, que igualmente presta el servicio.

En esta falencia contribuyen los hospitales interviniendo indebidamente en los procesos de selección y vinculación, desdibujándose la característica de asociación y retiro voluntario de las Cooperativas-CTA.

En los contratos suscritos con las Cooperativas de Trabajo Asociado, no se adoptan las medidas apropiadas para garantizar la custodia, entrega y preservación de los bienes y equipos suministrados por la entidad hospitalaria al contratista para la prestación del servicio. No se prevén legalmente las garantías de manejo de los bienes por parte de los contratistas, situación que permite que la responsabilidad se diluya entre ellos y el personal de planta en caso de pérdida o deterioro de los mismos. Por tal razón, al no adoptar las medidas adecuadas para su protección y exigir las garantías necesarias, da lugar a la determinación de responsabilidades de carácter disciplinario y fiscal.

Es riesgosa para las ESE la contratación por prestación de servicios, especialmente con las Cooperativas de Trabajo Asociado, al tener que enfrentarse a eventuales demandas laborales por la forma como están operando los contratos, por no existir la debida autonomía en cuanto a la vinculación, desvinculación y la prestación misma del servicio. En la práctica no resulta difícil para los contratistas y/o asociados demostrar la configuración de un contrato realidad con sus elementos esenciales como son: La actividad personal, la subordinación o dependencia y la retribución.

Al respecto, de once hospitales que reportaron información sobre demandas laborales, con esta pretensión existen a la fecha 21 procesos en curso, cuyo monto no se conoce hasta tanto no haya una decisión judicial definitiva.

El proceso de negociación conjunta para la adquisición de insumos y medicamentos tiene como objetivo central generar beneficios económicos por la compra de mayores volúmenes a menor costo. Sin embargo, la situación presupuestal de las Empresas Sociales, especialmente la falta de recursos de manera oportuna, conlleva la pérdida de tales beneficios, como descuentos por pronto pago.

La Supervisión e interventoría de los contratos tiene por objeto salvaguardar los intereses de las ESE y garantizar la ejecución puntual, idónea y exacta de las obligaciones contractuales, sin embargo se observó que en general, la cláusula referente a las interventorías no relaciona las principales actividades que debe cumplir, de manera que prestar colaboración a dicha labor se constituya en una obligación contractual y de otra, que dicho funcionario (Supervisor) conozca el alcance preciso de su misión y gestión frente al contratista, a la ejecución del contrato y a los resultados esperados del mismo.





## **6. ANEXOS**

## ANEXO 1

### SUBDIRECCIÓN DE ANALISIS SECTORIAL DE SALUD Y BIENESTAR CONSOLIDADO DE EJECUCION PRESUPUESTAL A DICIEMBRE 31 DE 2002 Y 2003. CONTRATACIÓN QUE GENERA INGRESOS

ESE POR NIVEL COMPLEJIDAD	TIPO DE CONTRATACIÓN VIGENCIA 2002							TIPO DE CONTRATACIÓN VIGENCIA 2003						
	FFDS	EPS	ARS	OTRAS IPS	FDL-UEL	OTRO PAG.	TOTAL	FFDS	EPS	ARS	OTRAS IPS	FDL-UEL	OTRO PAG.	TOTAL
<b>III NIVEL</b>														
HOSPITAL DE KENNEDY	18.259.874.706	252.334.197	1.835.504.408	0	0	3.133.346.530	23.481.059.841	20.616.746.439	364.321.669	3.773.394.522	0	0	3.518.183.573	28.272.646.203
HOSPITAL EL TUNAL	15.732.405.640	880.506.218	7.028.466.969	71.586.322	0	3.777.411.909	27.490.377.058	19.351.012.705	992.050.324	10.198.891.830	22.396.702	0	3.556.747.782	34.121.099.343
HOSPITAL LA VICTORIA	13.337.230.718	96.124.728	1.362.330.092	1.627.509	0	1.088.803.129	15.886.116.176	14.054.455.431	66.328.984	1.684.193.342	15.810.425	0	1.230.621.449	17.051.409.631
HOSPITAL SANTA CLARA	9.046.460.939	293.427.825	1.587.495.741	0	0	1.786.734.113	12.714.118.618	11.213.269.188	187.258.795	1.969.409.358	0	0	2.344.179.365	15.714.116.706
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	18.418.511.037	823.478.789	2.307.676.761	14.710.541	0	4.076.546.051	25.640.923.179	22.320.609.540	1.089.338.116	4.349.643.962	61.370.571	0	3.893.528.756	31.714.490.945
<b>TOTAL III NIVEL</b>	<b>74.794.483.040</b>	<b>2.345.871.757</b>	<b>14.121.473.971</b>	<b>87.924.372</b>	<b>0</b>	<b>13.862.841.732</b>	<b>105.212.594.872</b>	<b>87.556.093.303</b>	<b>2.699.297.888</b>	<b>21.975.533.014</b>	<b>99.577.698</b>	<b>0</b>	<b>14.543.260.925</b>	<b>126.873.762.828</b>
<b>II NIVEL</b>														
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	8.581.058.866	23.783.779	1.283.884.128	0	159.632.097	490.259.281	10.538.618.151	9.126.425.966	28.947.995	2.616.874.018	0	204.189.814	395.110.361	12.371.548.155
HOSPITAL BOSA	4.600.853.788	44.269.145	647.084.314	3.187.579	0	545.086.324	5.840.481.150	5.231.857.536	68.630.737	1.146.046.184	0	0	761.008.896	7.207.543.353
HOSPITAL DE MEISSEN	10.598.856.187	127.011.017	2.246.924.007	0	878.082.487	1.410.570.274	15.261.443.972	10.927.736.272	98.465.253	6.482.111.210	0	279.636.916	1.464.751.488	19.252.701.139
HOSPITAL DE ENGATIVA	15.030.797.946	111.527.571	2.029.551.328	18.570.486	101.642.800	1.731.392.572	19.023.482.703	13.946.345.884	93.110.503	4.519.151.628	39.318.302	41.140.500	2.026.156.703	20.665.223.520
HOSPITAL DE FONTIBON	6.526.772.241	79.497.688	1.228.923.035	18.667.179	139.216.331	834.244.103	8.827.320.577	6.795.891.493	109.797.768	2.455.982.539	3.141.635	227.694.887	876.603.796	10.469.112.118
HOSPITAL SAN BLAS	10.047.393.537	23.729.210	1.597.914.733	0	0	1.649.470.150	13.318.507.630	10.875.113.901	62.510.294	2.100.655.831	0	28.569.789	1.686.184.588	14.753.034.403
HOSPITAL TUINJUELITO	5.610.045.891	31.241.149	904.226.909	0	138.166.152	602.437.236	7.286.117.337	6.113.370.046	36.489.668	2.719.533.271	0	400.824.544	646.987.172	9.917.204.701
<b>TOTAL II NIVEL</b>	<b>60.995.778.456</b>	<b>441.059.559</b>	<b>9.938.508.454</b>	<b>40.425.244</b>	<b>1.416.739.867</b>	<b>7.263.459.940</b>	<b>80.095.971.520</b>	<b>63.016.741.098</b>	<b>497.952.218</b>	<b>22.040.354.681</b>	<b>42.459.937</b>	<b>1.182.056.450</b>	<b>7.856.803.004</b>	<b>94.636.367.388</b>
<b>I NIVEL</b>														
HOSPITAL DE SUBA	6.697.948.744	14.801.942	1.530.331.619	0	212.561.377	781.218.831	9.236.862.513	6.763.673.199	17.776.142	4.040.852.419	0	640.182.135	635.894.806	12.098.378.701
HOSPITAL DE USAQUEN	3.479.858.858	0	360.336.328	0	36.840.000	231.718.005	4.108.753.191	3.745.876.347	0	1.551.146.449	0	39.060.000	355.261.527	5.691.344.323
HOSPITAL DEL SUR	9.854.233.033	8.616.873	1.273.765.445	0	1.458.632.265	1.085.837.879	13.681.085.495	9.955.063.695	41.176.362	4.760.042.224	15.141.747	285.958.689	951.872.858	16.009.255.575
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	6.713.252.957	10.275.010	1.947.025.427	0	273.021.425	333.612.402	9.277.187.221	6.267.191.830	7.139.287	4.074.373.232	0	441.584.222	285.618.364	11.075.906.935
HOSPITAL DE PABLO VI	6.853.943.191	32.708.772	2.451.254.290	0	0	987.512.763	10.325.419.016	6.141.707.871	29.849.300	5.383.658.974	0	445.064.813	620.029.689	12.620.310.647

**SUBDIRECCIÓN DE ANALISIS SECTORIAL DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CONSOLIDADO DE EJECUCION PRESUPUESTAL A DICIEMBRE 31 DE 2002 Y 2003.CONTRATACIÓN QUE GENERA INGRESOS**

ESE POR NIVEL COMPLEJIDAD	TIPO DE CONTRATACIÓN VIGENCIA 2002							TIPO DE CONTRATACIÓN VIGENCIA 2003						
	FFDS	EPS	ARS	OTRAS IPS	FDL-UJEL	OTRO PAG.	TOTAL	FFDS	EPS	ARS	OTRAS IPS	FDL-UJEL	OTRO PAG.	TOTAL
BOSA														
HOSPITAL DE USME	5.074.044.959	29.009.857	2.905.835.756	0	93.714.078	434.896.054	8.537.500.704	4.913.016.896	44.447.383	4.957.597.833	0	65.883.500	436.846.427	10.417.792.039
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	4.162.953.231	313.286	665.361.254	0	93.270.000	218.886.342	5.140.784.113	3.918.933.230	0	1.736.826.612	0	664.276.652	250.247.510	6.570.284.005
HOSPITALVIST A HERMOSA	7.714.086.374	0	3.001.844.655	0	133.819.587	348.632.798	11.198.383.414	6.945.689.930	17.950.965	5.865.894.499	0	41.318.595	395.638.036	13.266.492.025
HOSPITAL DE NAZARETH	946.975.014	199.652	133.874.842	0	93.279.210	20.027.010	1.194.355.728	870.988.818	1.050.683	156.221.623	0	347.349.282	70.978.225	1.446.588.631
HOSPITAL DE CHAPINERO	4.543.482.887	7.861.341	853.048.002	0	154.055.903	349.755.249	5.908.203.382	4.504.589.132	4.041.965	1.664.184.747	0	310.499.538	499.390.908	6.982.706.290
<b>TOTAL I NIVEL</b>	<b>56.040.779.248</b>	<b>103.786.733</b>	<b>15.122.677.618</b>	<b>0</b>	<b>2.549.193.845</b>	<b>4.792.097.333</b>	<b>78.608.534.777</b>	<b>54.026.730.948</b>	<b>163.432.087</b>	<b>34.190.798.612</b>	<b>15.141.747</b>	<b>3.281.177.426</b>	<b>4.501.778.350</b>	<b>96.179.059.170</b>
<b>GRANTOTAL</b>	<b>191.831.040.744</b>	<b>2.890.718.049</b>	<b>39.182.660.043</b>	<b>128.349.616</b>	<b>3.965.933.712</b>	<b>25.918.399.005</b>	<b>263.917.101.168</b>	<b>204.599.565.349</b>	<b>3.360.682.193</b>	<b>78.206.686.307</b>	<b>157.179.382</b>	<b>4.463.233.876</b>	<b>26.901.842.279</b>	<b>317.689.189.386</b>

Fuente: Preparado por la Subdirección de Análisis Sectorial a partir de la información presupuestal de la Dirección de Economía y Finanzas de la Contraloría.

## ANEXO 2

COOPERATIVAS - CTA Y OTRAS EMPRESAS CONTRATADAS POR LAS ESE VIGENCIAS 2002 Y 2003

NUMERO	NOMBRE	2002	2003
1	EFICACES		1.011.430.669
2	CISTI		174.474.000
3	ANESTECOOP	188.585.000	967.897.500
4	CARDIO CARE LTDA		410.221.473
5	CENTRO DE ENFERMEADES DIGESTIVAS		210.000.000
6	COOPERATIVA DE ESPECIALISTAS DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE BOGOTÁ "COOPERAB"		260.000.000
7	SOCIEDAD DE OFTALMOLOGOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL LTDA SOUN		225.000.000
8	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE PROFESIONALES DE LA SALUD COOP-REHABILITAR		1.674.622.996
9	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO CRITICOOP		1.842.625.360
10	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD COOP INTRASALUD	1.047.073.315	12.699.225.124
11	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO UCINCOOP		771.455.574
12	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO IDIME SA		71.442.000
13	ODINPRO		171.772.487
14	COOPTRABSOLTRANS AMBULANCIA APH		89.255.870
15	COOPERATIVA DE TRABAJO MEBCOOP	229.304.000	2.153.632.800
16	SURGIMEDICAL		30.000.000
17	SAYTER		117.415.999
18	PABCOM EAT		16.500.000
19	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJO ASOCIADO SIN ANIMO DE LUCRO FASERCOOP		475.114.500
20	COOPERATIVA DE RECURSOS ASOCIADOS INTEGRALES CORAINTEG LTDA		401.621.750
21	PRECOOPERATIVA ESCORPIÓN		692.872.000
22	CORPORACIÓN INTEGRAL CONVIVENCIA		100.716.000
23	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO FORTALEZA		150.932.002
24	CORPORACIÓN ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO TERRITORIAL		8.820.000
25	EMPRESA GENERAL DE SERVICIOS JECA EU		10.000.000
26	CITACOM		8.400.000
27	PRECISAR		50.000.000
28	FONHUSME		58.547.000
29	COOPERATIVA PRESERVAR CTA	658.223.000	2.121.760.000
30	CITACOINT		2.403.010.892
31	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ANDINA DE SERVICIOS COOPERATIVOS C.T.A.		200.000.000
32	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO MPC		88.551.041
33	COOTRASALUD		391.949.465
34	ALIANZA LABORAL ECTA		9.720.000
	<b>TOTAL</b>	<b>2.123.185.315</b>	<b>30.068.988.505</b>

Fuente: Información suministrada por las ESE