

**Planes de gestión y evaluación de gerentes de Empresas Sociales del Estado, cumplimiento
y resultados**

Olga Natalie Manrique Abril

Universidad Nacional Abierta y a distancia

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas

Especialización en Gestión Pública

Bogotá D.C. 2021

**Planes de gestión y evaluación de gerentes de Empresas Sociales del Estado, cumplimiento
y resultados**

Olga Natalie Manrique Abril

Presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gestión pública

Directora:

Angie Patricia Salas Carranza

Universidad Nacional Abierta y a distancia

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas

Especialización en Gestión Pública

Bogotá D.C.

2021

Dedicatoria

A quienes cada día motivan mi existencia, a quienes siempre con orgullo celebran mis triunfos y acompañan mis momentos difíciles, a quienes están para mí sin esperar nada, a mis padres Olga María y José Alberto, a mis hermosas hijas Scielo Nikolle y Alizzon Luzhero, A mi esposo Luis

Omar, A mis hermanos Fred, Ricardo, Darío.

A mis sobrinas Tefa, Vane, Sofia, Salome, Mariana, Mariángel, a mis sobrinos Carlos

Alberto y Ricardo

A mi familia en general...

A mi Dieguin, que aunque no estés hoy para compartir mis aventuras, desde el cielo me acompañas como siempre lo hiciste... gracias hermano de mi vida....

Agradecimientos

A los amigos que comparten y apoyan el desarrollo de mis proyectos.

Resumen

El presente trabajo presenta un análisis desde la dimensión nacional sobre la gestión de las empresas sociales del estado por parte de los gerentes y su evaluación a través de un indicador sintético diseñado por el Ministerio de salud y protección social. A partir de los datos recolectados en los informes de gestión y el monitoreo con el aplicativo AI-hospitales se diseña una análisis que compara al gestión en diferentes niveles territoriales de las ESE municipal, distrital, departamental y nacional (en Boyacá y Bogotá); y por niveles de atención en salud, demostrando que hay diferencias estadísticas en la evaluación de la gestión a través de los tres últimos años con notorios cambios en la ese departamental y nacional. Sin embargo el indicador de gestión incluye un número plural de variables superior por nivel de gestión y esto debe considerarse a la hora de analizar y comparar la gestión hospitalaria en el territorio nacional. En promedio Boyacá refleja indicadores de gestión muy apropiados para el periodo evaluado frente a los indicadores de las ESE nacionales y distritales de Bogotá.

Palabras clave. Evaluación, ESE, calidad, gestión, organización administrativa, organización política, meritocracia, reformas.

Abstract

This paper presents an analysis from the national dimension on the management of state social enterprises by managers and their evaluation through a synthetic indicator designed by the Ministry of Health and Social Protection. Based on the data collected in the management reports and the monitoring with the AI-hospitals application, an analysis is designed that compares the management at different territorial levels of the municipal, district, departmental and national ESEs (in Boyacá and Bogotá); and by levels of health care, showing that there are statistical differences in the evaluation of management over the last three years, with notable changes in the departmental and national levels. However, the management indicator includes a plural number of higher variables by management level and this must be considered when analyzing and comparing hospital management in the national territory. On average, Boyacá reflects indicators of adequate management for the evaluated period compared to the indicators of the national and district ESEs of Bogotá.

Keywords. *Evaluation*, ESE, quality, management, administrative organization, political organization, meritocracy, reforms.

Tabla de contenido

Índice de Tablas	7
Índice de figuras	8
Índice de Gráficas.....	9
Introducción	10
Objetivos.....	15
Objetivo General	15
Objetivos específicos.....	15
Planteamiento del problema	16
Marco de referencia	18
Organización política - administrativa de los territorios	18
El Sistema General de Seguridad Social en Colombia	19
Creación de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.)	22
Proceso de elección de gerentes.....	22
Los Planes de Gestión (PG) de las ESE.....	24
Área de Gestión Gerencial y Estratégica	25
Área administrativa	26
SIHO (Sistema de Gestión Hospitalaria).....	26
Programa Acción Integral en Hospitales Públicos (Ai-Hospital).....	27
Indicadores – Gestión en Salud	27
Metodología.....	29
Resultados.....	30
Cartografía y semaforización del indicador de nivel de gestión hospitalaria	30

Índice de Tablas

Tabla 1. ESE según indicador de gestión a junio de 2021.	37
Tabla 2. ESE seleccionadas por nivel de atención y orden territorial	38

Índice de figuras

Figura 1. IPS registradas en REPS 32

Figura 2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Inscritas y Habilitadas 33

Figura 3. ESE según indicador de gestión a junio de 2021. 35

Figura 4. Indicador de gestión de las ESE en Boyacá y Bogotá a corte de junio por nivel territorial 39

Figura 5. Indicador de gestión de las ESE en Boyacá y Bogotá a corte de junio por nivel de atención y complejidad. 41

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Porcentaje de IPS por naturaleza jurídica	32
--	----

Introducción

Las empresas sociales del estado (ESE) nacen después de la (Constitución Política, 1991) y luego de expedida la (Ley 100, 1993) del Congreso de la República de Colombia con el propósito de ser los prestadores públicos de los servicios de salud en el modelo de competencia regulado definido para la seguridad social en el País.

Las ESE son el resultado de la transformación de los hospitales, centros y puestos de salud existentes en el antiguo sistema nacional de salud que opero históricamente en Colombia, donde muchas de estas instituciones no tenían definida su naturaleza jurídica ante el estado, pero recibían participación del presupuesto nacional para su funcionamiento y apoyo de las secretarías o servicios seccionales de salud y gobiernos tanto locales como regionales incidiendo en su existencia. En estos hospitales existía un director y un síndico que los mandatarios regionales designaban para conducir y manejar los recursos de estas intuiciones, siendo de libre nombramiento y remoción y de potestad del mandatario regional o nacional según la complejidad y tamaño de los hospitales.

Los procesos de gestión no se evaluaban, como tampoco se exigían muchos requisitos de funcionamiento por una ausencia de un sistema de garantía y calidad, falta de organismos de reguladores como superintendencia de salud, baja participación de los usuarios e indicadores de gestión en salud.

Dada la reforma del sistema, los hospitales convertidos en ESE por parte de los consejos municipales, asambleas departamental y congreso de la república comenzaban como nuevas personas jurídicas que además de prestar servicio de salud como lo venían haciendo, deberían de demostrar solvencia económica y estabilidad para mantenerse en el tiempo compitiendo con

calidad entre ellos y con las clínicas privadas del mercado naciente en servicio de la salud. Allí en cabeza de una junta directiva se debería definir la plataforma estratégica de la entidad, aprobar un plan de desarrollo, Un presupuesto y un plan de cargos entre otras funciones como las de elegir de una terna al gerente que conduciría a la ESE.

La potestad para que las Juntas directivas de las ESE designaran al Gerente o director de la ESE se definió en el artículo 192 de la (Ley 100, 1993) , y comenzó vigencia el 31 de marzo de en 1995; en el año 2003 el (Ministerio de la Protección Social, 2003) expidió el decreto 3344 y definió un mecanismo de concurso publico la designación de los gerentes y, mediante resolución 793 del mismo año el DAFP - (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2003) estableció mínimos modelos para el pleno desarrollo de procesos públicos abiertos con el fin de conformar ternas que designen directores o gerentes de empresas sociales del estado a nivel territorial.

En 2007 el sistema de salud se modifica mediante la ley 112 de 2007 y por ende, se extiende el periodo de los gerentes de la ESE a 4 años, definiendo su designación por concurso de méritos y la reelección al cumplir con los requisitos de evaluación; sin embargo, en 2008, el gobierno reglamentó mediante decreto 357 y resolución 473 la regulación de los aspectos relacionados con la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión que debe ser ejecutado por los Directores o Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, durante el período para el cual fueron designados mediante concurso o reelección; así como establecer condiciones para la reelección de los mismos. (Ministerio de Protección Social, 2008) Mediante Ley 1438 de 2011 nuevamente se modifica la elección y reelección de los gerentes de las ESE, y se incluyó componentes de la evaluación del desempeño de la gestión mediante los informes y planes de gestión (artículos 72, 73 y 74), además de la obligatoriedad de formulación

de dicho plan de gestión (PG) como instrumento de navegación de la gestión así como el procedimiento para la aprobación y evaluación del Plan de Gestión de las ESE del orden territorial. El artículo 74 de la misma ley señala que el Director o Gerente deberá presentar un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión a la Junta Directiva, instancia que deberá evaluar su cumplimiento dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación. (Congreso de Colombia, 2011)

La Resolución 710 de 2012 “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta directiva, y se dictan otras disposiciones”, estableció y adoptó las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la junta directiva. (Ministerio de salud y Protección social , 2012)

El anexo 2 de esta norma (que fue modificado en parte por la Resolución 743 de 2008) establece los indicadores del Plan de gestión del gerente dentro de los cuales se encuentran aquellos de la denominada: “Área de gestión: Dirección y gerencia”, dentro de esta área se encuentra el indicador denominado: “Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional”, cuya fórmula es como sigue: “Número de metas del plan operativo anual cumplidas / número de metas del plan operativo anual programadas”. De lo anterior se colige entonces que la ejecución del Plan de desarrollo, es uno de los indicadores a medir dentro del Plan de gestión del gerente. (Ministerio de salud y Protección social , 2012)

Con la Ley 1797 de 2016 en su artículo 20, se reforma la selección con meritocracia de los gerentes de las ESE y los concursos de méritos fueron eliminados, pasando a un sistema de

selección directa designada por los mandatarios locales, ya sea por el alcalde, gobernador o presidente como jefes del ente territorial, según su naturaleza y complejidad. Sin embargo se mantiene un listado de indicadores que deben presentarse en un plan de gestión de 4 años para ser evaluados anualmente por parte de la junta directivas de las ESE.

Ya en 2016 se logra reglamentar por vacíos en la normatividad mencionada la reelección gerentes por indicadores de gestión mediante el Decreto 52. Para sistematizar los indicadores de los planes de gestión y facilitar su análisis en comparación regional, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSyPS), creó una plataforma que permite hacer seguimiento de gestión de los planes de los gerentes de las ESE por niveles de complejidad. Esta plataforma disponible desde el 2019 presenta los datos del último año del periodo de designación de los gerentes de ESE del país, a través de la web se pueden consultar en detalle por cada una de las ESE. (Manrique Abril O. N., 2021)

Con la organización política - administrativa de los municipios, en la descentralización de los hospitales se pueden articular acciones encaminadas a la gestión de los diferentes sectores, para la evaluación de Gerentes con indicadores económicos, financieros, fiscales, de talento humano y en especial de prestación de servicios con enfoque territorial y local.

El cumplimiento de la gestión, se mide a través de los resultados obtenidos desde una dimensión financiera donde está asociada a la sostenibilidad de las ESE, y la falta de recursos impacta sobre la cobertura en afiliación al régimen contributivo y subsidiado del territorio, así mismo, en la prestación de los servicios de salud.

En este estudio de base documental con revisión integrativa se abordan los diferentes indicadores que se ha defendido para los planes de gestión, y los indicadores de cumplimiento establecidos por el Ministerio de Salud en su plataforma Ai-Hospital. Del análisis de indicadores

se compara con otros indicadores de salud, sociales y económicos como el de Necesidades básicas Insatisfechas y la mortalidad infantil

Objetivos

Objetivo General

Evaluar el nivel de cumplimiento de la gestión hospitalaria alcanzada por las Empresas sociales del estado a través de indicadores de resultado del plan de gestión en el sistema de alertas y seguimiento de hospitales públicos. Ai Hospital del (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)

Objetivos específicos

Evaluar mediante análisis cartográfico y semaforizado el indicador de nivel de gestión hospitalaria de las ESE en Colombia

Analizar de forma comparativa la gestión hospitalaria según nivel de atención y complejidad de las ESE en la zona centro del país (Boyacá y Bogotá)

Analizar la gestión hospitalaria según responsabilidad del nivel territorial de la ESE en la zona centro del país (Boyacá y Bogotá)

Planteamiento del problema

La administración pública, con la descentralización de los servicios como la salud, ha dejado modificaciones dentro de la designación de los gerentes y la evaluación de los mismos, dada por condiciones de indicadores que desde (Ministerio de Protección Social, 2008) han dejado desde lo financiero y administrativo una evaluación que no incluye indicadores del mismo servicio, donde los factores condicionantes han mostrado la inoportuna e ineficiente calidad en el sistema de salud.

De esta manera los municipios son los encargados a través de los mandatarios locales de garantizar el mandato constitucional, y fines sociales políticos que registren al desarrollo exhaustivo de los municipios.

Es necesario realizar una evaluación del nivel de cumplimiento de la gestión hospitalaria para garantizar la transparencia en el proceso, brindando información sobre el uso de los recursos, en articulación al cumplimiento de los objetivos, encaminando las acciones implementadas al bienestar de los usuarios, apuntando siempre a aumentar la calidad de las IPS, al cumplimiento de estándares según la norma, de tal manera que se logren alcanzar niveles de calidad y eficiencia que lleven a mejorar la salud de las personas al menor costo social posible.

Realizar una evaluación favorece la democratización de la gestión hospitalaria y por ende de la sociedad, el gasto público se ejercería de forma más racional fortaleciendo los procesos de desarrollo institucional verificando que los resultados esperados se estén cumpliendo.

Los indicadores de calidad y eficiencia evidencian la situación en materia de salud pública y gestión hospitalaria actual en Colombia, según lo reportado por (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) ya que brindan información concisa y cuantitativa permitiendo detectar problemas que requieran revisión y evaluación en cuanto al cumplimiento de la gestión.

En esta revisión se propuso buscar trabajos e indicadores que conlleven a determinar el desempeño y los resultados de los procesos de evaluación de las ESE de cada uno de los indicadores de gestión directiva y estratégica, gestión en la prestación de servicios y gestión administrativa conforme a la normatividad vigente. Planteando la pregunta: ¿cuál es el cumplimiento y los resultados de los procesos de evaluación de planes de gestión y evaluación de gerentes de Empresas Sociales del Estado?

Igualmente realizar una breve explicación de los cambios normativos que se ha tenido frente a la elección de los gerentes, como es evaluar la meritocracia como mecanismo de elección sobre la gestión mediada.

Marco de referencia

Organización política - administrativa de los territorios

En Colombia, la organización territorial ha tenido diversos cambios, lo que ha permitido generar un nuevo modelo de organización a través de un instrumento para la planificación que permite la descentralización de los municipios. Este modelo se basa en el ordenamiento territorial. Desde la visión político administrativa, se pretende organizar al territorio a partir de trasladar algunas responsabilidades a los gobiernos locales, puesto que, se considera que la acción del gobierno nacional tiene un impacto importante sobre las decisiones y el desarrollo del territorio local, siendo implementadas con la figura de la descentralización. Estas orientaciones para el desarrollo territorial están consagradas en el Título XI de la Constitución Política de Colombia. (Manrique Abril O. N., 2021)

La autonomía de los territorios a través de la descentralización, a les permite desarrollar competencias, gestión de recursos y jurisdicción política para mayor eficiencia garantizando servicios elementales a la población e instaurando objetivos claros en pro de los objetivos del milenio como reducir la pobreza. Los municipios son garantes de la prestación de servicios públicos, garantizar el acceso a la educación, salud, cultura, entre otros, dando cumplimiento para con los objetivos de desarrollo.

Los presupuestos municipales, restringen el acceso a muchos de los derechos y NBI, la afiliación al régimen subsidiado en salud aumenta con el desempleo. “De igual forma es muy preocupantes desde el ámbito de la salud la presencia altas tasas de mortalidad infantil y materna, que están también relacionadas aparentemente con la calidad y continuidad de los servicios.” (Manrique Abril O. N., 2021)

Para Manrique, “la descentralización fue creada para que los territorios mostraran un mejor desempeño y garantizaran estos servicios a partir de una gestión administrativa que permitiera cerrar las brechas de la desigualdad social, promovidas y estimuladas con la participación ciudadana, donde estos mecanismos fueran los ejes primordiales para mejorar las condiciones de desarrollo en todos los territorios, y dicha descentralización administrativa va encaminada con la descentralización fiscal, cuyo modelo ha sufrido cambios significativos, pasando por un Situado Fiscal adoptado por el Acto Legislativo 01 de 1968 y desarrollado por la Ley 46 de 1971, por la cual se transferían recursos a los Departamentos que permitían atender los gastos de la educación primaria y la salud pública.” (Manrique Abril O. N., 2021).

El Sistema General de Seguridad Social en Colombia

A partir de la expedición de la Ley 100 se creó el sistema general de seguridad social en salud - SGSSS, que permite un cubrimiento a la población en general tanto a las personas desfavorecidas como a quienes pueden aportar al sistema, de esta manera se manejan los conceptos de régimen subsidiado RS, régimen contributivo RC, régimen especial RE, esta afiliación está dada por las llamadas EPS, Empresas Promotoras de Salud, quienes se encargan de asegurar al sistema a la población y a la vez de contratar con los servicios de las denominadas IPS Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

En el lapso de tiempo comprendido de 1975 a 1993, el Sistema de Salud en Colombia se organizaba en tres unidades, seguro social, sector público y entidades privadas. El financiamiento provenía de diversos orígenes. Se proveyeron intentos significativos en regionalización, niveles de atención, consolidación de políticas, modelos preventivos según las

directrices internacionales. En 1990, el análisis demostró inexactitudes del sistema: pobremente el 31% de la población podría acceder a los servicios; la complicación de funciones fijadas a las seccionales como atención a los usuarios, al ambiente, educación en salud y la participación comunitaria.

De acuerdo con los autores (Ospina , Manrique, & Martínez, 2012), afirmaron que “la atención asistencial tenía bajo nivel de calidad y los mecanismos de asignación del gasto facilitaban la corrupción; los presupuestos se definían con registros históricos, que no correlacionaban con volumen y demanda; el sistema se mostraba desigual sin solidaridad” p. 125.

Así mismo la (Ley 100, 1993) menciona que con la “implementación de un modelo de seguridad social y apuntalado sobre premisas de universalidad, solidaridad y eficiencia, libre mercado, competencia y discrecionalidad del usuario para seleccionar el prestador, mecanismos de regulación, solidaridad financiera contribuyentes-subsidiados, y funciones concretas de planeación y coordinación con el sector estatal. Como cadena productiva, el sistema permite identificar miembros primarios: clientes, proveedores, entidades administradoras (Entidades Promotoras de Salud [EPS]) y proveedores del cuidado (Instituciones Prestadoras de Servicios [IPS]); funciona como sistema de mercado regulado, bajo vigilancia y control del Ministerio, Comisión de Regulación en Salud (CRES) y Supersalud. (Ospina , Manrique, & Martínez, 2012) Cabe destacar, que antes de la (Ley 100, 1993) “Un pequeño porcentaje de la población pertenece al régimen especial, donde este porcentaje oscila entre (1,2 millones de personas, o 2% de la población total). (DANE, 2019). Estos cobijan a los miembros de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional, civiles del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional vinculados antes de la vigencia de la ley 100/93, servidores públicos y los pensionados de ECOPEPETROL,

los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y Servidores Públicos de Educación Superior, algunas universidades públicas y empleados del Banco de la República. La diferencia con el RC, en términos de recursos consiste en que los aportes patronales son superiores (Pinto & Muñoz, 2014)

En esta misma condición se ha mostrado que: “La población sin aseguramiento consiste en: (i) personas elegibles para pertenecer al RS, pero que no ha podido ser afiliada por falta de cupos disponibles; se denominación “vinculada”; (ii) personas del segmento medio - bajo de ingresos correspondiente al grupo clasificado en el nivel 3 del SISBEN; y (iii) alguna población independiente con capacidad de pago que no ha buscado asegurar. Los dos primeros grupos tienen derecho a ser atendidas (casi) sin costo en la red de prestadores contratada por los departamentos, constituida principalmente por IPS públicas, aunque también incluye privadas.” (Pinto & Muñoz, 2014)

Frente a las necesidades humanas y la condición de la afiliación al sistema de salud, en Colombia por parte de los entes territoriales deben garantizar la cobertura a la población a través del régimen subsidiado, para Monsalve, describe la seguridad social como: “...un instrumento que satisface las necesidades humanas y surge de la capacidad de previsión del individuo y de la solidaridad como valor colectivo. Emerge en la concepción del Estado de Bienestar y se constituye como un elemento irrenunciable, al que todo sujeto tiene derecho.¹ Para el trabajo social representa diversas formas de intervención que pueden ser abordadas desde las perspectivas de familia, comunidad, redes sociales, gestión social y política social. En Colombia, el reconocimiento de la familia como núcleo fundamental de la sociedad, de la seguridad social como supuesto de la protección familiar y la ampliación de la cobertura de los sujetos protegidos por el Sistema, sugiere el establecimiento de nuevas formas de composición sustentadas en la

dependencia económica que se distancian de los sistemas tradicionales de identificación de beneficiarios basados en la consanguinidad y la afinidad como factores determinantes del núcleo familiar, indicando cambios en la constitución de estos grupos y, por consiguiente, en su dinámica relacional.” (Monsalve, 2011)

Creación de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.)

Luego de la descentralización municipal, nacen cercanamente la descentralización de los hospitales, que al igual que los territorios son iniciativa político-administrativa que se fomenta a partir de la Ley 10 de 1990, que bajo la misma condición promueve la creación de los Comités de Participación Comunitaria, en los que Manrique menciona son; “con los cuales se pretendía una articulación en la toma de decisiones en el ámbito local. Los recursos del situado fiscal que se girarían serían destinados a la medida en que los municipios muestren capacidad de ser competitivos y con capacidad de administración financiera.” (Manrique Abril O. N., 2021).

“La municipalización de la salud requiere, entre otras, la creación de una Dirección Local de Salud, la transformación de los hospitales en ESE, asumir como propias las cargas administrativas del sistema, la estandarización de los protocolos de atención, la nivelación de salarios, la inversión en salud para estimular la competencia y preparar las condiciones de apertura de la oferta de servicios, apertura que requiere el concurso de oferentes privados, mixtos y las ESE.” (Arango, 2004)

Proceso de elección de gerentes

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado (ESE) son primordiales en frente a la estructura de la gestión del riesgo y la atención de la población colombiana, para la prestación

del servicio. Estos gerentes están supeditados a procesos de evaluación del plan de gestión por parte de las Juntas Directivas. Las diferentes modificaciones que han tenido tanto para la elección como para la evaluación contamos hoy con la resolución 408 de 2018, el Ministerio de salud y protección social reemplaza los Anexos 2, 3, y 4 adoptados en la Resolución 710 de 2012, reformada por la Resolución 743 de 2013, por los Anexos 2, 3, y 4 que hacen parte integral de la actual resolución.

Con la expedición de la Ley 1122 de 2007, los gerentes de las ESE eran designados a partir de concursos meritocráticos y su evaluación estaba asignada a la Junta Directiva de la ESE, previo al cumplimiento de los indicadores propuestos en su Plan de Gestión (PG). (Ministerio de Salud, 2007).

En la tesis propuesta por Manrique, “Los alcaldes o sus delegados son las personas quienes presiden las Juntas Directivas en tales entidades descentralizadas de salud. Con la modificación legislativa, surge la Ley 1797 de 2016, por la cual se modifica el concurso de méritos, y delega la función nominadora en la asignación de gerentes a los alcaldes municipales previa valoración y evaluación de sus competencias. Los gerentes de las ESE son nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, que inician con su posesión y culmina tres (3) meses después del cambio de gobierno. La importancia de evaluar la gestión recae en los términos establecidos por la Ley 1438 de 2011, la cual determina que estos pueden ser retirados del cargo fundamentado en la evaluación insatisfactoria de su plan de Gestión.” (Manrique Abril O. N., 2021)

Los Planes de Gestión (PG) de las ESE

La obligatoriedad de presentar el Plan de Gestión (PG) de la Empresa Social del Estado (ESE) por parte de directores o gerentes, fue establecida por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 357 y la Resolución 473 de 2008, la que establece la obligación del gerente para asumir compromisos con la junta directiva, en el periodo para el cual se estableció su nombramiento, la cual, lógicamente incorpora el cumplimiento de indicadores de resultados, además del establecimiento de metas y actividades en las áreas de gestión gerencial y estratégica, gestión de la prestación de servicios de salud y gestión administrativa, lo cual debe estar acordes con aquellos planes de desarrollo organizacional y del ente territorial en caso necesario. Si no existe un PG de la ESE, este deberá ser formulado y basado para el desarrollo de la entidad según el (Ministerio de Protección Social, 2008) y (Manrique Abril O. N., 2021).

Los PG para las ESE, se articulan a los planes generales de los diferentes niveles de gestión, también deben apuntar a la mejora de la calidad de las IPS, al cumplimiento de estándares mínimos de habilitación para la prestación de servicios y ser el insumo base de evaluación de desempeño de los directores como lo definen las Resoluciones 710 del 30 de marzo de 2012, 0743 de marzo 15 de 2013 y 408 del 15 febrero de 2018. (Manrique Abril O. N., 2021)

De acuerdo con Mayerlin (2016), la Estructura “se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencia (Mayerlin, 2016). Por su parte, el MSyPS define en la Guía para la Formulación de Planes de Gestión y Evaluación de Directores o Gerentes de Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial Decreto 357 y Resolución 473 de 2008, que dicho documento “debe contener un diagnóstico inicial de las condiciones en que se encuentra la entidad. Para ello, sugiere realizar un análisis desde cada una

de las áreas de gestión, allí establecidas y que a continuación se amplía su información (Ministerio de Protección Social, 2008): (Manrique Abril O. N., 2021).

De acuerdo a la resolución 408 de 2018, la evaluación del informe anual sobre el desempeño del plan de gestión que debe presentar el Gerente, hasta el 1o de abril de cada año, deberá realizarse con respecto a los resultados logrados entre el 1o de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

Área de Gestión Gerencial y Estratégica

En el área de gestión gerencial y estratégica, se incluyen indicadores asociados al presupuesto, al sistema de costos y al sistema contable, las que incluyen además las ejecuciones y viabilidades financieras corporativas, deudas sobre el recurso humano (pago de nómina), y deudas a terceros sean estos contratistas, provisiones, entre otros. En esta área, es importante tener una línea histórica que sirva de base para analizar el comportamiento comparado con el periodo anterior, donde se establece y fija cada indicador acorde a la estructura de denominador respectivo, teniendo en cuenta formas, periodos de medición, y fuentes de donde se obtienen los datos.

Los gerentes y los equipos directivos revisan compromisos preestablecidos en los planes formulados, incluidos planes de mejora y de reestructuración, revisan, además, el comportamiento temporal de los indicadores, ajustan la misión y visión corporativa como parte de la plataforma institucional que hace parte de los elementos estratégicos. Es necesario revisar el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), para establecer el control efectivo por metodologías del Departamento Nacional de Planeación (DNP), para revisar cifras e indicadores de calidad que se apoyan en encuestas dirigidas a los usuarios sobre la percepción que ellos

tienen sobre la prestación de servicios y juicios de calidad provenientes de su propia experiencia, por ello, se hace indispensable el revisar la implementación de sistemas de información y con detalle el componente financiero de la institución. (Manrique Abril O. N., 2021).

Área administrativa

En relación con los procesos del área administrativa, se deberán analizar, entre otros aspectos, la operación de los procesos de gestión de recursos humanos, recursos físicos, externalización de servicios y contratación de personal, sistema compras y apoyo logístico en áreas como: mantenimiento, transportes y comunicaciones, vigilancia y aseo, alimentación de pacientes. Igualmente debe revisarse la implementación del Programa de Salud Ocupacional. (Manrique Abril O. N., 2021)

SIHO (Sistema de Gestión Hospitalaria)

El Sistema de Gestión Hospitalaria (SiHO) es el sistema donde las empresas sociales del Estado (ESE) registran periódicamente los resultados presupuestales, de atenciones, financieros y administrativos, con el aval de la entidad territorial, y que le sirve al Gobierno Nacional y a otros actores del sistema de salud colombiano para la toma de decisiones. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

SIHO (Sistema de Gestión Hospitalaria), contiene información como: código del municipio, dependiendo del departamento; nombre del municipio; código de habilitación del hospital, este es el número de representación que deben tener los hospitales en el país, está compuesto en sus primeras cifras por el código del municipio en el que se encuentra seguido por otros dígitos que le darán la caracterización; el nombre del hospital; el nivel al cual pertenece, si

es nivel 1 indica que se caracteriza por la atención básica prestada como consulta externa, odontología, urgencias y hospitalización bajo médico general y los Centros de Atención Médica Inmediatos - CAMI. (Pamplona, 2019)

Programa Acción Integral en Hospitales Públicos (Ai-Hospital)

Para el año 2018 el ministerio de salud y protección social, crea el programa acción Integral en Hospitales Públicos – Ai Hospital, para favorecer con el continuo mejoramiento de la calidad y de la sostenibilidad de los servicios proporcionados por hospitales Oficiales del país. Ai Hospital, se funda con información obtenida o reportada por las entidades territoriales y proporciona indicadores de diferentes orígenes de información del Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

“Con estos elementos, el MSyPS creó un Indicador compuesto de Gestión Hospitalaria como un agregado de otros indicadores monitorizados y reportados. El Indicador contiene el componente de Salud Pública porque los datos departamentales equivalen al 30% de la gestión y resulta de la suma ponderada de 7 indicadores; el 70% restante se constituye por 17 indicadores de las ESE. La escala resultante se distribuye de 0 a 100 puntos, luego, el resultado se representa con el siguiente semáforo de 3 colores: Verde: Gestión agregada mayor al 85%, Amarillo: Gestión agregada entre el 70% y el 85%, Rojo: Gestión agregada menor al 70%” (Manrique Abril O. N., 2021)

Indicadores – Gestión en Salud

La calidad en salud está dada por la prestación de servicios, donde la población o los usuarios se puedan abastecer o beneficiar de una manera equitativa, que sea accesible, que

permita la satisfacción de los usuarios, así de manera que con los indicadores de gestión, es posible evaluar los procesos y los resultados, donde se puedan comparar y establecer diferencias entre los resultados presentados en la gestión. “... desde la perspectiva de la percepción de la calidad de los bienes y servicios, es el usuario del sistema el que evalúa estos, sin embargo, teniendo como referencia los hechos históricos, los indicadores estudiados en los diferentes periodos de tiempo son los elementos que constituyen las decisiones más comunes en la administración pública.” (Manrique Abril O. N., 2021)

De esta manera la calidad medida desde la evaluación gerencial, permite comparar lo que se ha hecho versus lo que se debe hacer, aplicando a los diferentes procesos, a la estructura y a los resultados conseguidos. Los indicadores permiten tener un patrón de referencia; “...uno de los medios para evaluar la calidad es a través del uso de indicadores, estos son un avance en la gestión porque permiten plantear aspectos relevantes de la asistencia, establecer comparaciones, proponer objetivos y crear una cultura de evaluación y mejora de la asistencia.” (Blumenthal D, 1996).

Metodología

El presente trabajo es un estudio cuantitativo descriptivo que tiene como fuente principal de información el cubo de datos de SISPRO del (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) denominado Sistema de alertas y seguimiento de hospitales públicos Ai-Hospital.

El sistema presenta los indicadores de gestión compilados en un indicador sintético denominado nivel de gestión por cada una de las empresas sociales del estado en periodos trimestrales desde junio de 2019 hasta junio de 2021. La información es visible mediante mapas semaforizados. Donde el Nivel de gestión alcanzado se coloca en verde si es mayor a 85%, Amarillo entre 70 y 85 y rojo por debajo de 70%.

Se tomó para el análisis de la zona central todas las empresas sociales del estado de Boyacá y Bogotá, se llevó la información con corte a junio de los años 2019, 2020 y 2021 del indicador de junio y se adicionó el nivel territorial según persona jurídica del ente responsable y el nivel de complejidad declarado en el sistema de habilitación de IPS públicas denominado REPS.

Para cumplir el primer objetivo se realiza una división del territorio en tres secciones, norte, centro y sur del país y se observa la distribución de cada punto que representa las ESE en el mapa, considerando el color como indicador de calidad y reduciendo el análisis a nivel departamental.

Resultados

Cartografía y semaforización del indicador de nivel de gestión hospitalaria

Colombia tiene en su división territorial 32 departamentos constituidos por 1122, donde 1103 corresponden a municipios, 18 áreas no municipalizadas, 1 Distrito Capital y la Isla de San Andrés.

Según el REPS para el 30 de junio de 2021 existían 65132 prestadores de servicios de salud (IPS) en el territorio nacional, 78157 sedes ofrecían 240995 servicios habilitados con una infraestructura de 92197 camas hospitalarias, 16542 salas quirúrgicas y de partos, 6806 ambulancias. Figura 1.

En Bogotá de los 15481 prestadores, solo 27 tenía naturaleza Pública, es decir eran ESEs, con la Fusión por subredes se grapan en 4 instituciones, allí también se registran 2s del orden nacional el Instituto Nacional de cancerología y el Federico Lleras o dermatológico y una institución del orden departamental, La Samaritana. El Hospital Universitario nacional es de naturaleza mixta y no fue considerado en esta investigación.

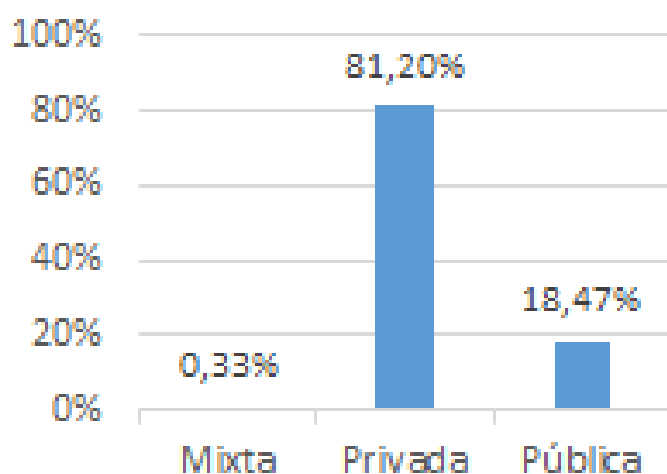
En Boyacá se registran 1698 prestadores de los cuales 105 son ESEs públicas con 1874 servicios ofertados, 961 camas y 192 ambulancias. En el departamento hay 13 ESEs de nivel departamental incluyen dos hospitales de tercer nivel, 7 de segundo nivel y el resto de primer nivel. (SISPRO, 2021).

Es notorio en el país el registro de Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) de naturaleza privada, en datos suministrados por SISPRO, nos muestra que 1 de cada 4 IPS es pública que corresponde a las ESE, de ello se deduce que el sistema de Gestión por indicadores solo aplica a esta porción y

deja a un lado el gran número de prestadores privados. Sin embargo en el territorio local, el municipio normalmente opera para el servicio de primero y segundo nivel ESE de naturaleza pública y allí donde la gestión representa realmente el cambio de indicadores de salud pública, Hay una concentración de las IPS privadas en las capitales del país y en los departamentos con mayor concentración demográfica como se observa en la figura x donde las zonas más oscuras tienen más de 1000 IPS registradas y posteriormente, los porcentajes de IPS por naturaleza jurídica de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS del SISPRO (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) ver gráfica 1.

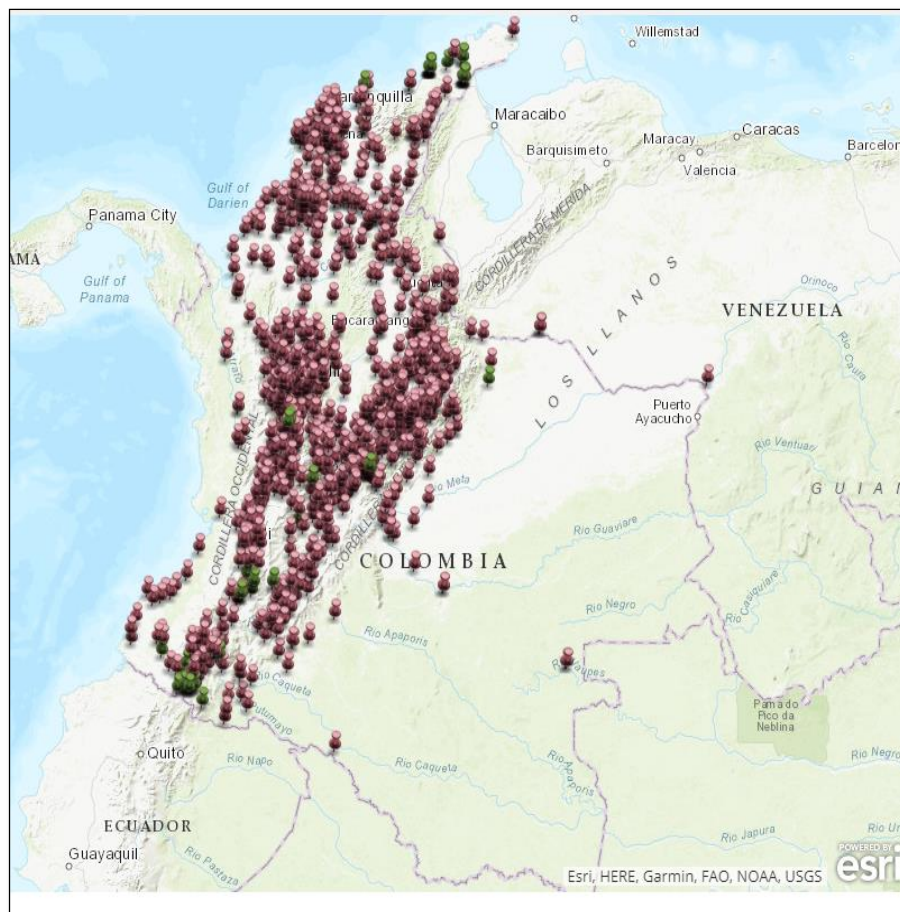
Gráfica 1.

Porcentaje de IPS por naturaleza jurídica



Nota: Fuente Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS del SISPRO. Fecha corte de datos: 2021/05/31.

Ahora si bien la ciudad capital de Colombia Bogotá D.C. se encuentran la mayoría de profesionales de la salud con prestación de servicios independientes se encuentran en dicha ciudad, al igual que entidades con objeto social diferente, IPS, transporte especial, para caso de Boyacá se encuentran por su número de municipios un porcentaje significativo de IPS públicas.

Figura 1.*IPS registradas en REPS*

Nota: la Fuente es el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS del SISPRO. Fecha actualización mapa: 2021/06/02. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

En la figura 1. El mapa muestra las IPS registradas en REPS, (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) para el 2021, dicho registro especial se consolida como una base de datos de las Entidades, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentran habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la Gráfica 2. Porcentaje de IPS por naturaleza jurídica, En Colombia encontramos cuatro (4) tipos de prestadores de servicios de salud: los profesionales independientes de salud, las entidades con objeto social diferente y servicios de Transporte Especial de Pacientes y las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud). Si bien en Colombia se debe determinar la naturaleza jurídica de las entidades o instituciones, los datos que muestra el ministerio de salud son: el 81,20% de las IPS son de naturaleza privada, el 18.47% son de naturaleza pública y el 0.33% son mixtas.

Figura 2.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Inscritas y Habilitadas



Nota: Tomado de: <https://www.sispro.gov.co/central-gestion-del-conocimiento/Pages/Modulo-geografico-prestaciones.aspx> (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

Para dar cumplimiento a las instituciones prestadoras de servicios de salud, en la Figura 3. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Inscritas y Habilitadas, se deben tener prácticas para la prestación de servicios, en este se halla el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), este sistema está constituido con instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos pensados y consecuentes que extiende el sector salud para formar, conservar y optimizar la calidad de los servicios de salud”, contemplado en el Decreto 780 de 2016.

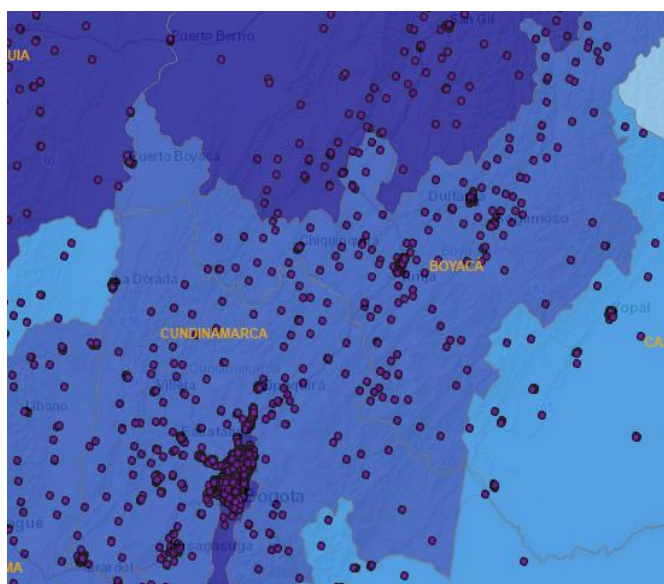
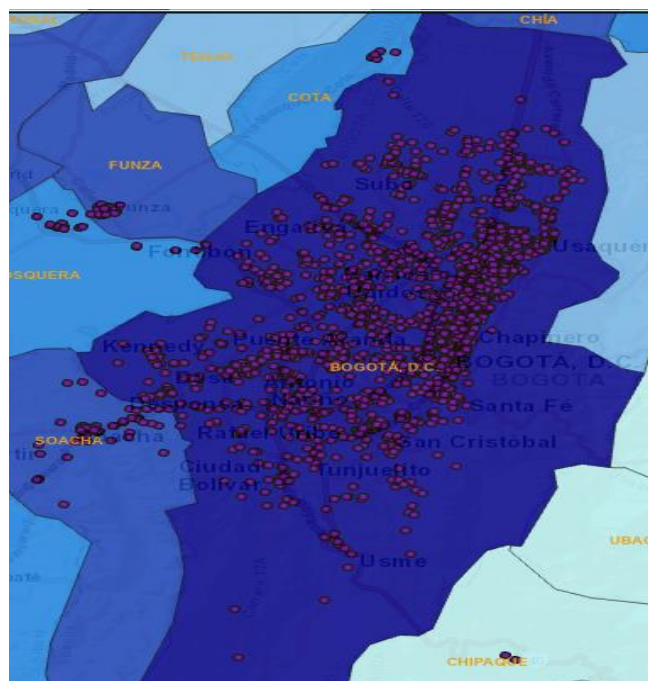
En Colombia la salud y la prestación de servicios de salud no han podido responder a las necesidades y características de cada región lo que genera un ineficiente servicio y calidad de la salud; concurren extenuaciones de gestión en las entidades de dirección, prestación de los servicios y aseguramiento, tanto para las entidades públicas como privadas.

Las juntas directivas, no profesan el rol de direccionamiento y evaluación, de acuerdo a la normatividad para las instituciones públicas y han dejado de lado la calidad de la gestión hospitalaria.

El mapa le permite consultar el número de Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que se encuentran inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y habilitadas para prestar servicios de salud de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. En Colombia a la fecha de corte de los datos, se encuentran habilitadas 20.168 IPS.

Figura 3.

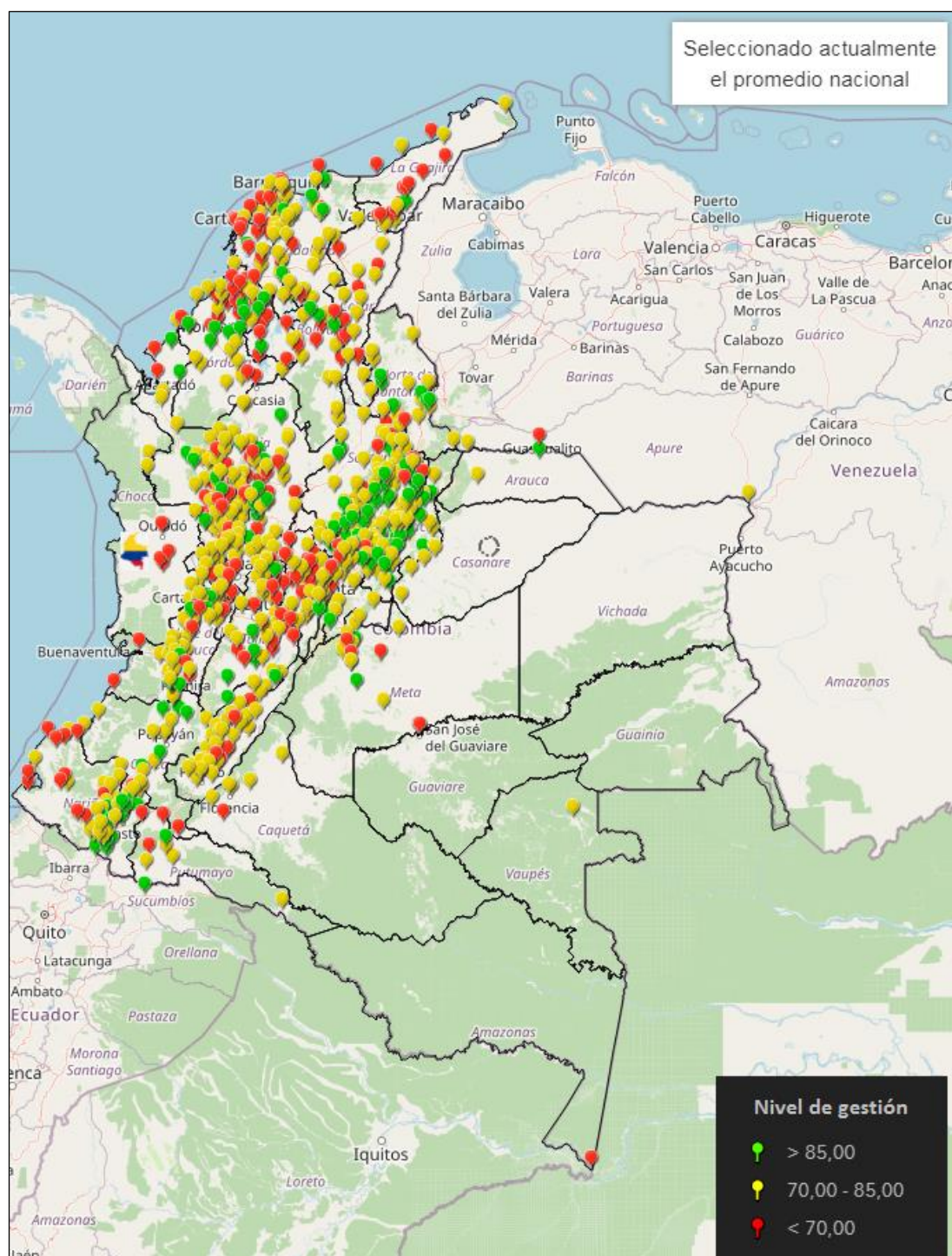
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Inscritas y Habilitadas Boyacá y Bogotá D.C



Nota: Tomado de: <https://www.sispro.gov.co/central-gestion-del-conocimiento/Pages/Modulo-geografico-prestaciones.aspx> (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

Figura 4.

ESE según indicador de gestión a junio de 2021.



Nota: Tomado de Sispro, (2021) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

En la figura 3 se observa el mapa generado por Ai-Hospital que incluye todas ESAS las habilitadas en el país y que han reportado al información de la gestión hospitalaria son los indicadores del plan de gestión, el indicador que construye el Ministerio no incluye todos los indicadores del plan de gestión pero en forma general se evalúan las ese el componente municipal tanto financiero, administrativo y de salud pública.

Análisis comparativo de la gestión hospitalaria nivel de atención Bogotá - Boyacá
Se resalta que los puntos verdes de mejor gestión se acumulan en la zona centro en especial en el distrito capital, Cundinamarca, Boyacá y Santander. El predominio de indicadores de mala gestión o puntos rojas están en la zona norte departamentos de la costa atlántica.

Con los datos recolectados del sistema Ai-hospital como se indicó en la metodología, se tomaron las ESE de Boyacá con indicador de gestión en 3 momentos a corte de junio de 2019,2020 y 2021, y las ESE distritales y departamental de Bogotá y Cundinamarca; 14 departamentales, 4 distritales, 92 municipales y 2 nacionales que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

ESE según indicador de gestión a junio de 2021.

Nivel	Frecuencia	% del total
DE	14	12.5 %
DI	4	3.6 %
MU	92	82.1 %
NA	2	1.8 %

Nota: DE: Departamental; DI: distrital; MU: Municipal; NA: Nacional

Los niveles de atención por nivel territorial de las ESE estudiadas se observan en la tabla 2.

Siendo la mayoría de primer nivel del orden municipal.

Tabla 2.

ESE seleccionadas por nivel de atención y orden territorial

TERRITORIO	NIVEL		
	1	2	3
DE	4	7	3
DI	0	0	4
MU	92	0	0
NA	0	0	2

Nota: DE: Departamental; DI: distrital; MU: Municipal; NA: Nacional

Los niveles de atención por nivel territorial de las ESE estudiadas se observan en la tabla 2.

Siendo la mayoría de primer nivel del orden municipal. Se realizó la distribución de frecuencias del indicador de gestión hospitalaria para cada nivel y se calculó el estadístico de contraste ANOVA encontrando diferencias significativas tanto para el nivel territorial de la ESE como para el nivel de atención de la misma ($p < 0.05$).

Se realiza análisis de la serie temporal de los tres años y se observan diferencias en el nivel departamental y nacional, mientras que los niveles de gestión en el nivel territorial distrital y municipal no tiene variación significativa. Figuras 4 y 5.

Figura 5.

Indicador de gestión de las ESE en Boyacá y Bogotá a corte de junio por nivel territorial

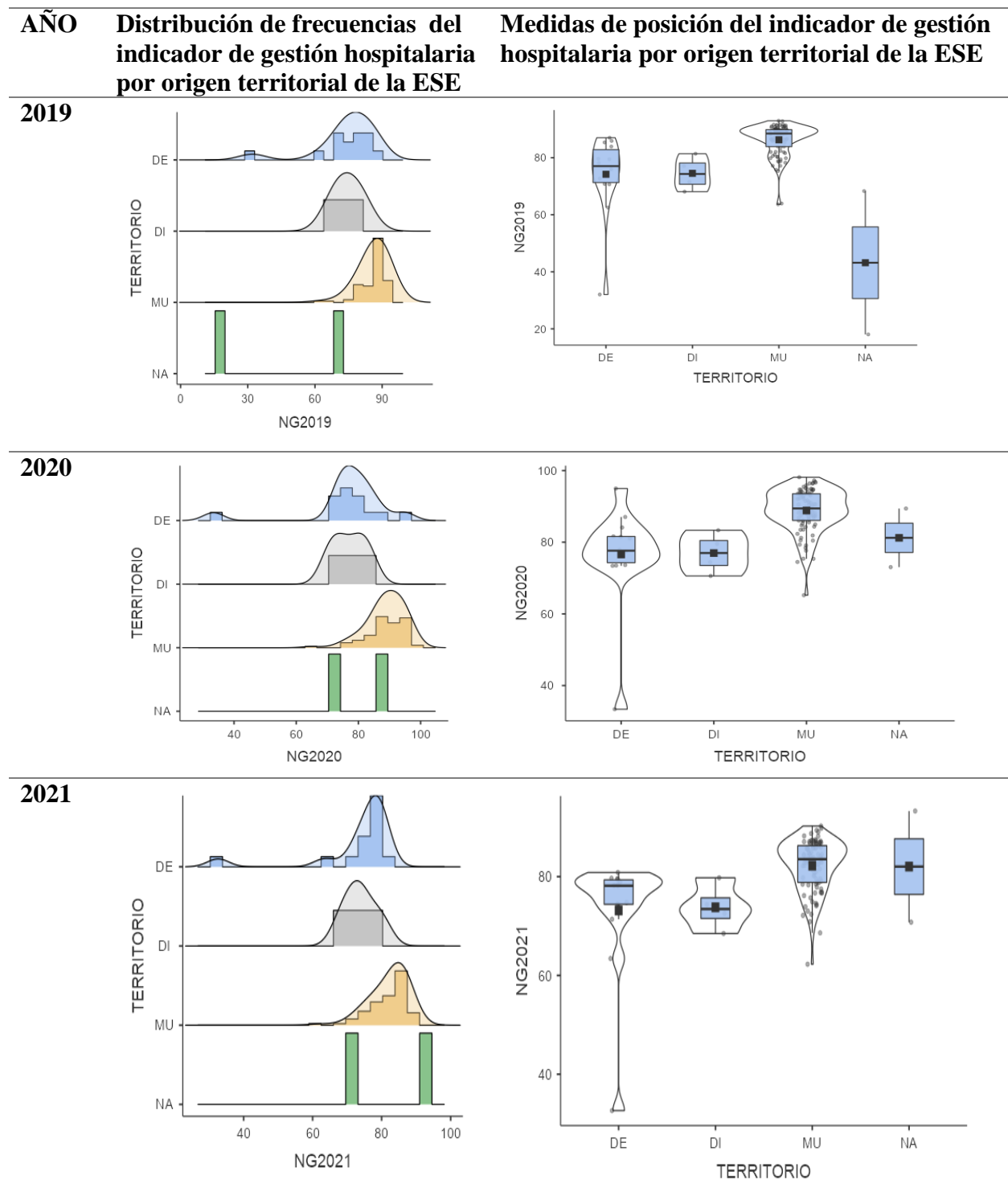
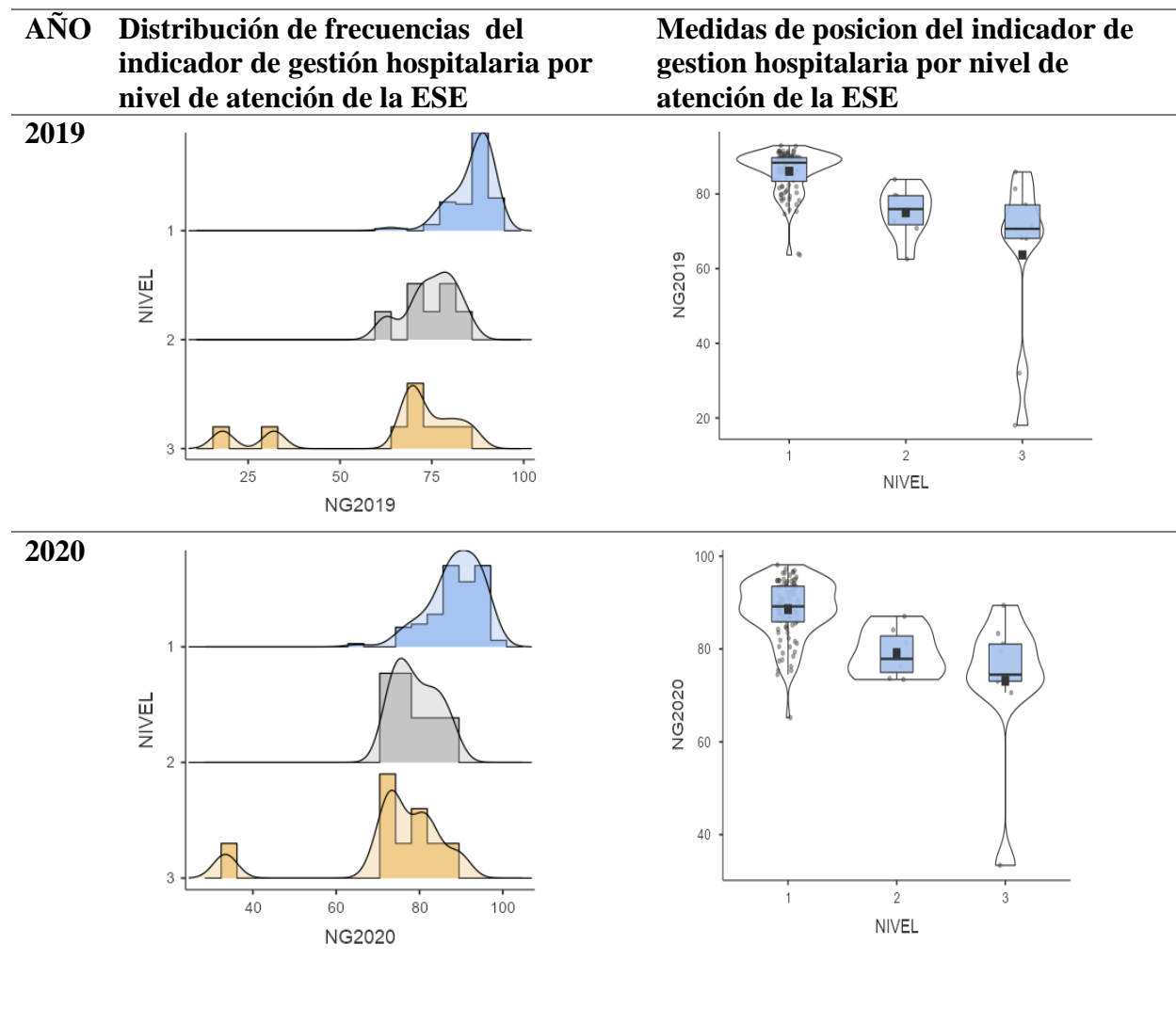
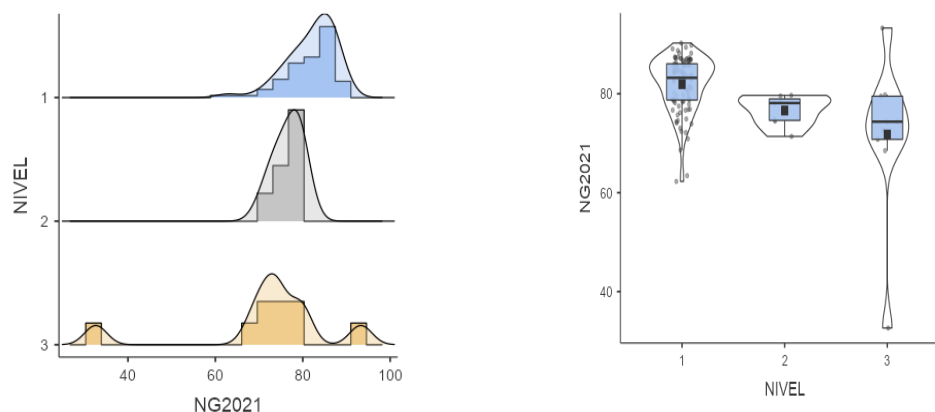


Figura 6.

Indicador de gestión de las ESE en Boyacá y Bogotá a corte de junio por nivel de atención y complejidad.



2021



Responsabilidad territorial comparativo Bogotá - Boyacá

Los indicadores de gestión de las ESE de acuerdo al sistema de alerta y seguimiento de hospitales públicos presentan indicadores básicos para la evaluación de gerentes de ESE, sin embargo, estos indicadores se aplican dependiendo el grado de complejidad de los hospitales. El número de elementos considerados en el indicador de acuerdo al nivel de atención difiere en su cálculo, esa salvedad hay que hacerla porque a mayor complejidad mayores indicadores para el cálculo.

En el trabajo desarrollado por Rincón, menciona: “El área de Dirección y Gerencia tiene un peso ponderal del 20% dentro de un PGG y consta de tres indicadores comunes a todas las instituciones hospitalarias: Mejoramiento continuo dentro del marco del Sistema Único de Acreditación, efectividad de la auditoria y gestión del plan de desarrollo. Dos instituciones no cumplieron con los estándares de dichos indicadores produciendo una disminución de la eficacia del área de dirección y gerencia, que solo alcanzo el 16,42% de los 20 puntos posibles. Así, la ESE de Amazonas, incumplió el estándar de acreditación y la ESE de Santander mostró inconvenientes con los indicadores de eficacia de la auditoria y el desarrollo del plan de desarrollo institucional.” (Rincón Rincón, 2019)

Los planes de gestión PGG permiten la planificación y control, en donde la planificación proporciona objetivos con pertinentes metas y el control, concierne a una evaluación periódica que estará a cargo de la Junta Directiva de la ESE, 35 quienes aprueban el nivel de cumplimiento por parte del gerente.

El semáforo observado de los municipios descritos con el nivel de gestión por los gerentes según el (Ministerio de Protección Social, 2008), alcanzó en verde 85 a 100, amarillo 70 a 85 y finalmente, rojo con valores inferiores a 70 evidenciando la responsabilidad territorial según el comparativo Bogotá – Boyacá

Conclusiones y recomendaciones

Es notorio en el estudio que existe una distribución de IPS y ESE de niveles II y II en el territorio nacional, lo cual dificulta la atención de ciertos grupos poblacionales siendo un indicador poco evaluado al momento de la atención y como fundamento de universalización y accesibilidad al sistema.

Existen en el país ESE que cumplen un papel importante en la prestación de servicios y que en su gran mayoría son de primer nivel y del orden territorial municipal lo que garantiza una atención al plan de salud esencial de forma obligatoria. El papel del estado en un modelo de competencia regulada es clave, sin embargo los operadores privados se han centrado en las ciudades capitales con mayor concentración poblacional y de mercado en cuanto los servicios de salud ofrecidos de alta complejidad.

El número de variables en el indicador de evaluación de las ESE es distinto, para las ESE de primer nivel municipales se excluyen datos claves de hospitalización y oportunidad, mientras que para las de mayor complejidad se incorporan. También se incorpora al indicador municipal el resultado departamental por lo que dificulta el análisis a la hora de comparar diferentes municipios dentro de áreas departamentales diversas.

Si en el nivel territorial del municipio el garante de servicios es al EES y según indicador de gestión es muy buena, es factible un sistema de salud público o sistema nacional de salud que deje a un lado los intermediarios denominados Entidades administradoras de planes de beneficio o EAPB.

El mecanismo normativo de selección de gerentes hay que evaluarlo y definir si a la meritocracia es la mejor opción, los indicadores de gestión de las ESE permiten de forma directa

evaluar el papel de los gerentes, sin embargo, hace falta incorporar indicadores de resultados sobre la morbilidad y mortalidad de las regiones, así como de oportunidad y accesibilidad.

El desempeño y los efectos de los procesos de evaluación de las ESE consintieron asemejar las carencias en el sistema de salud y el impacto hacia la comunidad, reflejando un vacío en garantizar servicios en la prestación.

El MSyPS deberá efectuar una reforma junto al congreso que permita una evaluación de los gerentes menos superficial y general, sino que se tenga en cuenta cada municipio y los indicadores financieros no sean los únicos para dicha evaluación.

Los gerentes deben ser elegidos de acuerdo a los procesos y legislación anterior por concurso de méritos, donde el acceso a más profesionales sea igualitario.

La administración de los hospitales ocupa una responsabilidad mayor lo que en consecuencia requiriere puntualidad en sus informes de gestión.

Bibliografía

- Arango, G. L. (2004). Descentralización y participación en servicios de salud en un contexto regional colombiano. *Papeles de población*, 10(41), 195-215. *Papeles de población*, 10(41), 195-215.
- Blumenthal D, E. (1996). Quality of health care. *Engl Journ Med*, 1328-31.
- Congreso de Colombia. (2011). Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Colombia.
- Constitución Política. (1991). *Asamblea Nacional Constituyente*. Bogotá, Colombia: Departamento Administrativo de la Función Pública.
- DANE. (2019). *Proyecciones de Población*. Recuperado el 15 de marzo de 2020, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2003). Resolución No. 793. Bogotá, Colombia.
- Ley 100. (1993). Ley 100 de 1993. Sistema de seguridad social integral. En *Congreso de la República de Colombia* (págs. 1-90). Bogotá, Colombia.
- Manrique Abril, F. (2014). La salud como servicio público o derecho en el negocio entre actores privados del sistema de salud en Colombia. . *Derecho y realidad*, 12(24), 55-72.
- Manrique Abril, O. N. (2021). *Impacto de los planes de gestión y evaluación de gerentes de empresas sociales del estado territoriales sobre indicadores de salud e inequidad*.

- Bogotá, Colombia: Repositorio UNAL. Tesis Maestría en estudios Políticos. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/79818>:
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/79818>
- Mayerlin, M. (2016). *Plan de Gestión Gerencial 2016-2019*. La Hormiga, Putumayo: Hospital Sagrado Corazon de Jesus. Obtenido de <http://hospitalhormiga.gov.co/wp-content/uploads/2018/05/PLAN-DE-GESTION-GERENCIALHSCJ-20162019-SEGUN-RES-408-DE-15-FEB-2018.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2003). Decreto Número 3344 de 2003. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Protección Social. (2008). *Guía para la Formulación de Planes de Gestión y Evaluación de Directores o Gerentes de Empresas sociales del Estado del Orden Territorial Decreto 357 y Resolución 473 de 2008*. Bogotá.
- Ministerio de Salud. (2007). Ley 1122 de 2007. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de salud y Protección social . (2012). Resolución 710 de 2012. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *ABECÉ. Programa Acción Integral en Hospitales Públicos – Ai Hospital*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO*. Cundinamarca. Bogotá:
<https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>.
- Monsalve, G. A. (2011). El derecho colombiano de la seguridad social. Bogota : Legis Editores.

Ospina , J., Manrique, F., & Martínez, A. (2012). *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(2), 124-126., 124-126.

Pamplona, M. (2019). *Caracterizacion dinamica de contratación*. Medellín, Colombia: UdeA.

<http://repositorio.udea.edu.co>. Obtenido de <http://repositorio.udea.edu.co>:

http://repositorio.udea.edu.co/bitstream/10495/18464/7/TorresMaria_2020_CaracterizacionDinamicaContratacion.pdf

Pinto, D., & Muñoz, A. (2014). *Colombia: Sistema general de seguridad social en salud*.

Estrategia del BID.

Rincón Rincón, F. G. (2019). *Repositorio urosario*. Obtenido de Planes de gestión gerencial en empresas sociales del Estado, estudio de caso (Doctoral dissertation, Universidad del

Rosario).: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/19882>

Normatividad Asociada y mencionada referente a las ESE

Congreso de la República de Colombia.

Ley 10 de 1990

Ley 100 de 1993

Ley 80 de 1993

Ley 87 de1993

Ley 344 de 1996

Ley 489 de 1998

Ley 594 de 2000

Ley 734 de 2002

Ley 872 de 2003

Ley 909 de 2004

Ley 1122 de 2007.

Ley 1150 de 2007

Ley 1437 de 2011

Ley 1438 de 2011

Ley 1474 de 2011

Ley 1712 de 2014

Ley 1753 de 2015

Ley 1755 de 2015

República de Colombia Ministerio de salud y protección social.

Decreto Ley 752 de 1984

Decreto 111 de 1996

Decreto 1876 de 1994

Decreto 536 de 2004

Decreto 357 de 2008

Decreto 4875 de 2011

Decreto 2482 de 2012

Decreto 943 de 2014

Decreto 1082 de 2015

Decreto 648 de 2017

Guía de Auditoría para Entidades Públicas, NTC ISO 31000:2009

Resolución 0710 de marzo 30 de 2012

Resolución 0743 de marzo 15 de 2013

Resolución 408 del 15 de febrero de 2018.

Acuerdo 049 de 2000 del AGN

Acuerdo 004 de 2013 del AGN