

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES GENERADORES DE LA CRISIS DE
DESFINANCIAMIENTO DEL HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO DEL
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
2012-2015**

YASMIN BENAVIDES SINISTERRA

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
PROGRAMA ACADÉMICO DE POSGRADO MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS
SANTIAGO DE CALI
2018**

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES GENERADORES DE LA CRISIS DE
DESFINANCIAMIENTO DEL HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO DEL
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
2012-2015**

YASMIN BENAVIDES SINISTERRA

Trabajo de grado para optar por el título de magister en políticas públicas

Director:

BAIRON OTALVARO MARIN

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
PROGRAMA ACADÉMICO DE POSGRADO MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS
SANTIAGO DE CALI
2018**

Resumen

Se realiza un análisis cualitativo de los factores generadores de la crisis de desfinanciamiento del Hospital Isaías Duarte Cancino del municipio de Santiago de Cali (2012 – 2015). Se construyó un documento en tres capítulos, el primero, presenta un estado del arte y la perspectiva teórica utilizada en la investigación, se aportan conceptos para analizar la crisis financiera de las entidades del sector salud, especialmente el Hospital Isaías Duarte Cancino. El segundo capítulo muestra la evolución del sistema de salud en Colombia, con el propósito de facilitar una lectura temporal de la presencia o ausencia de políticas públicas en el sector. El tercer capítulo muestra los resultados y conclusiones del estudio, las cuales se relacionan con la necesidad de realizar una serie de ejecuciones internas en el hospital, de tipo administrativo y financiero orientadas a mejorar el flujo capital, por último, se proponen recomendaciones orientadas a resolver la crisis del HIDC.

Tabla de Contenido

| | |
|---|----|
| Introducción | 9 |
| Situación problema y antecedentes | 9 |
| Justificación. | 13 |
| La pregunta central de investigación es: | 14 |
| Objetivos de investigación | 15 |
| Objetivo general | 15 |
| Objetivos específicos | 15 |
| Metodología utilizada | 16 |
| Fuentes de información | 17 |
| Recolección y sistematización de la información | 17 |
| Estrategia de análisis de información. | 18 |
| Capítulo I. Estado del arte y perspectivas teóricas | 19 |
| 1.1. Estudios sobre la crisis de la salud en el orden internacional. | 19 |
| 1.2. Estudios Sobre la crisis de la salud en Colombia | 21 |
| 1.3. Nociones sobre descentralización y modernización del Estado en el sector salud. | 23 |
| 1.4. La modernización en el mercado de la salud. | 26 |
| 1.5. Marco institucional de las políticas de salud en Colombia. | 27 |
| 1.5.1. Supervisión de los costos y gastos en salud. | 29 |
| 1.5.2. Aspectos económicos de salud en Colombia. | 31 |
| 1.5.3. Calidad y habilitación para el sistema de salud en Colombia. | 33 |
| 1.5.4. Parámetros de la prestación del servicio de salud en Colombia. | 34 |
| 1.5.5. Administración y gestión integral de la calidad en salud de Colombia. | 35 |
| 1.5.6. La garantía de calidad en salud de Colombia. | 37 |
| 1.5.7. Políticas de protección social. | 42 |
| 1.5.8. Modelos económicos de salud | 44 |
| 1.5.9. Sostenibilidad financiera en salud. | 46 |
| 1.5.10. Liquidez | 48 |

| | |
|---|-----|
| 1.5.11. Flujo de Caja..... | 49 |
| 1.6. Marco jurídico..... | 56 |
| Capitulo II. Desarrollo histórico y reformas del sistema de salud en Colombia. | 59 |
| 2.1. Contextualización de la salud en Colombia..... | 59 |
| 2.1.1. La dispersión, 1819 a 1945 | 59 |
| 2.1.2. Etapa de organización, 1945 a 1967 | 61 |
| 2.1.3. Etapa de expansión, 1967 a 1977..... | 64 |
| 2.1.4. Etapa de cambios y crisis, 1977 a 1990 | 66 |
| 2.1.5. Etapa de reformas institucionales, 1990 a 2016..... | 68 |
| 2.2. Estructura actual del sistema colombiano de salud..... | 70 |
| 2.2.1. Beneficios. | 72 |
| 2.2.2. Financiación del sistema. | 74 |
| Capítulo III. Resultados de la Investigación | 76 |
| 3.1. Marco contextual e institucional..... | 77 |
| 3.2. Procesos administrativos y operativos del Hospital Isaías Duarte Cancino. | 82 |
| 3.3 Planes de acción para enfrentar la crisis de la salud en el Hospital Isaías Duarte Cancino..... | 91 |
| 3.4 Operatividad del Hospital Isaías Duarte Cancino en la actualidad..... | 101 |
| Capitulo IV. Conclusiones y recomendaciones | 114 |
| 4.1. Conclusiones | 114 |
| 4.2. Las principales recomendaciones son:..... | 117 |
| Bibliografía | 118 |

Lista de Figuras

| | Pág. |
|---|------|
| Figura 1. Variables..... | 18 |
| Figura 2. Servicios en atención de salud..... | 28 |
| Figura 3. Talento humano Hospital Isaías Duarte Cancino. | 78 |
| Figura 4. Mapa de Santiago de Cali y sus comunas | 80 |

Lista de Cuadros

| | Pág. |
|--|------|
| Cuadro 1. Autores relacionados en la entrevista..... | 16 |
| Cuadro 2. Características de evaluación de la calidad..... | 33 |
| Cuadro 3. Componentes complementarios..... | 35 |
| Cuadro 4. Procesos de gestión integral en salud..... | 36 |
| Cuadro 5. Estándares centrados en el paciente..... | 37 |
| Cuadro 6. Estándar de gestión administrativa y directivas..... | 38 |
| Cuadro 7. Etapas de la gestión de la calidad en salud..... | 40 |
| Cuadro 8. Modelos económicos..... | 44 |
| Cuadro 9. Marco jurídico..... | 56 |

Lista de siglas

HIDC: Hospital Isaías Duarte Cancino

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

ISS: Instituto de Seguro Sociales

ESE: Empresa Social del Estado

DIAN: Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales

SGP: Sistema General de Participaciones

MSP: Ministerio de Salud y Protección Social

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

EPS: Entidad prestadoras de salud

IPS: instituciones prestadoras de servicios

POS: Plan Obligatorio de Salud.

RC: Régimen contributivo

RS: Régimen subsidiado (RS)

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

Introducción

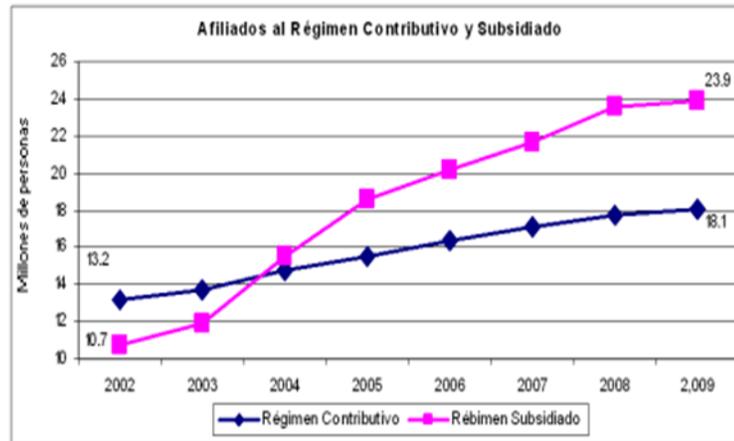
Situación problema y antecedentes

El proceso de cambio del sistema de salud en Colombia es un asunto complejo, dinámico, presupuestalmente costoso y de obligatoria ejecución; pero se debe realizar bajo los principios del Estado Social de Derecho y del bienestar, lo que implica una confluencia de múltiples variables de tipo económico, social, político e institucional.

Un hito histórico en la política pública de salud en Colombia se sitúa en 1993, y lo constituyó el tránsito de un sistema de subsidios a la oferta, a un sistema de subsidios a la demanda. En 1993 el país se alejó del antiguo sistema de salud que rigió durante cinco (5) décadas y, que, al cabo de 1992, alcanzó una cobertura del 33% de la población (Evolución histórica del ISS, 1992).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) genera una serie de controversias y debates relacionados con su pertinencia y validez. Algunos investigadores sostienen que el modelo de salud en Colombia es eficaz por sus beneficios y resultados (Uribe, 2009), por la expansión de la cobertura (93,4% de la población en 2009), la movilización de recursos, el desarrollo institucional, la mejora de la equidad y eficiencia (Gómez, 2003). Un ejemplo de lo anterior, lo constituye el reporte de resultados del Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Protección Social, que señala lo siguiente: entre 2002 y 2009 se ha incrementado en 69% el número de personas afiliadas al SGSSS, a través del régimen contributivo y subsidiado, al pasar de cerca de 23,9 millones a 42 millones de personas afiliadas en 2009 (Ministerio de Protección Social, 2015).

Gráfico 1. Estructura de la población colombiana



Fuente: Ministerio de la Protección Social

El sistema de salud colombiano ha presentado problemas tanto coyunturales, como estructurales (incremento en la solicitud de servicios no POS, composición de regímenes en función del número de usuarios, la capitación de la EPS y las dificultades institucionales), que aún no afectan al sistema salud de forma integral. A pesar de esas fallas del sistema, el país posee una cobertura que atiende 300 millones de consultas y 500 millones de actividades médicas por año, las cuales han contribuido a la disminución constante de la mortalidad materna e infantil durante los últimos 18 años, con un crecimiento sostenido del gasto en salud (Ministerio de protección social, 2015)

La situación coyuntural, operacional y estructural del proceso de la salud en Colombia evidencia que los afectados suman cerca de 300.000 afiliados insatisfechos, en su mayoría se agrupan en 152 fundaciones (Rivera, 2013). Algunos estudios desdeñan de la anterior tesis por representar el 1% de la población afiliada (aproximadamente 43 millones), apreciación incoherente

en un Estado Social de Derecho que busca garantizar el bienestar individual y colectivo, la justicia social y la salud como un derecho fundamental (Rivera, 2013).

El trabajo analiza las complejas condiciones de la salud en Colombia (determinantes sociales en salud), la normativa vigente (leyes, decretos y acuerdos), y los factores que generan las repetidas crisis institucionales del sector, que se pueden evidenciar en:

- a. Crisis institucionales originadas por colapsos de tipo financiero, producidos al interior de las IPS, por aspectos como la liquidez y el flujo de caja presente y activo en la relación EPS–IPS.
- b. Diseño e implementación de políticas públicas de corte mercantil, que promovieron la participación del sector privado en la garantía de los derechos fundamentales del ciudadano, como estrategia para modernizar y gerenciar el Estado (Varela & Otalvaro Marin, 2013).
- c. Disminución del tamaño del Estado y del sector salud, con la implementación de políticas de protección social, orientadas a la integración vertical de servicios (uno de los principales factores del caso del HIDC).
- d. Dificultades para identificar las fallas (multicausales) en la implementación de políticas sector salud.

Para visualizar los factores generadores de crisis de desfinanciamiento de los hospitales públicos en Colombia, se estudia el caso del Hospital Isaías Duarte Cancino de Santiago de Cali (HIDC), Empresa Social del Estado (ESE), Nivel II. El estudio realiza un análisis del funcionamiento, fallas, logros y recomendaciones de mejora institucional. Se busca aportar a la prestación del servicio de salud para minimizar los costos y maximizar los beneficios de una población como la que se atiende el HIDC ESE (Camana & Tañski, 2009).

El HIDC ESE, así como otros hospitales que hacen parte del sistema de salud colombiano, evidencian que son instituciones en construcción, son el resultado de procesos de transformación social e institucional. El país obtuvo un avance significativo al concebir el derecho fundamental a la salud, sin embargo, las nuevas formas de aseguramiento social en salud prestadas por el sector privado a través de empresas promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de salud (IPS). Un proceso que ha generado la necesidad de avanzar en un ideal del derecho social a la salud, como se puede observar en el siguiente apartado:

... “La concepción de salud posee aportes semánticos que han extendido su significado, llevándolo a un concepto integral. Según la Organización Mundial de la Salud, los principios de la salud “corresponden al estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946: pág.1).

La Corte Constitucional colombiana en la sentencia T1228-2005 concibe la salud a partir de dos elementos: el primero “la salud es una dimensión física, mental y social garantizada en el más alto nivel posible, y el segundo elemento consiste en la obligación del Estado para adoptar medidas orientadas a lograr la efectividad del derecho a la salud” (Derecho a la salud de persona de la tercera edad, 2005).

El concepto de salud posee una faceta individual y colectiva, y va más allá de la definición negativa de salud, entendida como ausencia de enfermedad. Se ha escogido el hospital Isaías Duarte Cancino de la ciudad de Cali, como epicentro de la investigación, un hospital público, en donde se reflejan los impactos negativos de la crisis de desfinanciamiento público, en la garantía de derechos fundamentales. Es un territorio en donde habita población vulnerable en condiciones

de pobreza y pobreza extrema, población afrodescendiente, indígena, en situación de discapacidad, y con elevados índices de analfabetismo (Durán Peñafiel, 2015).

La secretaría municipal de salud ha sugerido para este sector de la ciudad las siguientes rutas de atención:

- a) Implementar programas de promoción y prevención.
- b) Incrementar y fortalecer estrategias de demanda inducida hacia programas de salud sexual y reproductiva.
- c) Fortalecer programas de crecimiento y desarrollo en primera infancia, e infancia.
- d) Mejorar la detección de alteraciones del joven con esquemas preventivos de violencia.
- e) Vigilar los factores de riesgo cardiovasculares y el fortalecimiento de los programas de control de pacientes crónicos.
- f) Fomentar buenos hábitos sanitarios.
- g) Fortalecer los servicios de atención médica primaria (AMP).
- h) Realizar detección oportuna de cáncer y prevención de factores de riesgo y programas específicos de tuberculosis (TBC) (Durán Peñafiel, 2015).

Justificación.

La investigación se presenta como una alternativa para conocer la situación del Hospital Isaías Duarte Cancino, Empresa Social del Estado, en la coyuntura actual del sistema de salud en Colombia caracterizado por un elevado número de recursos legales interpuestos, para la obtención del derecho fundamental a la salud. Es una problemática que evidencia las fallas de diseño e implementación de un modelo de salud orientado por lógicas de tipo mercantil, al que se le han construido soluciones de tipo normativo.

Es un problema derivado de la liquidez y flujo de caja, por parte de las instituciones prestadora de salud (EPS - IPS). Las soluciones construidas se han orientado por marcos normativos y planes de mejoramiento continuo en Instituciones como el Hospital Isaías Duarte Cancino. Hasta el momento se ha planteado que los planes de mejoramiento continuo son una alternativa de solución a la crisis, un problema que afecta a los casi 700 mil habitantes del oriente del municipio de Santiago de Cali. Es una población que requiere de procesos de asistencia médica y de la garantía de los derechos fundamentales y bienestar social.

Al identificar los factores generadores y la problemática causada en el HIDC ESE, se verían beneficiados no solamente los usuarios sino también el personal administrativo, médico y operativo, así como los proveedores, el modelo de salud y la sociedad caleña en general, dado que, se podrían establecer soluciones de política pública en salud. Sostener crisis prolongadas como las del HIDC, requiere de soluciones estructuradas que correspondan a la eficiencia y eficacia administrativa, para evitar su posible declaración de quiebra y con ella, su inminente cierre.

Con la investigación se aportan reflexiones teóricas y conceptuales sobre el sistema de seguridad social en salud y su implementación en el Valle del Cauca. El estudio aporta al análisis y sistematización de información sobre los factores generadores de la crisis del Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali con las siguientes preguntas principales y secundarias.

La pregunta central de investigación es:

- ¿Cuáles son los factores financieros y administrativos generadores de la crisis de desfinanciamiento del Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali, 2012-2015?

Las preguntas secundarias del estudio son:

- ¿Qué lineamientos y acciones institucionales se han construido para enfrentar la crisis financiera del Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali?
- ¿Qué agentes operativos y administrativos en el interior de la IPS fomentan la crisis financiera en el Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali?
- ¿Qué recomendaciones operativas y administrativas se pueden ofrecer como solución a la crisis económica, evidenciada en el del Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali?

Objetivos de investigación

Objetivo general

- Analizar los factores financieros y administrativos generadores de la crisis de desfinanciamiento del Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali, 2012-2015.

Objetivos específicos

- Describir los lineamientos y acciones institucionales construidas para enfrentar la crisis financiera del Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali.
- Identificar los procesos administrativos y operativos utilizados por el hospital para enfrentar su crisis financiera durante el periodo 2012-2015.
- Proponer recomendaciones operativas y administrativas para dar solución a la crisis económica, evidenciada en el del Hospital Isaías Duarte Cancino de Cali.

Metodología utilizada

Para el estudio se utilizó un enfoque cualitativo¹. Se analizan textos gubernamentales relacionados con decretos, sentencias y circulares de ley de la política de salud en Colombia (Isaza, 2017). También se analizan documentos públicos que muestran la crisis financiera del hospital Isaías Duarte Cancino de Cali 2012-2015, en especial informes de gestión y estados financieros que reflejan las cuentas en espera de cancelación por parte de las EPS (información suministrada en la entrevista al subdirector administrativo y financiero del HIDC, periodo 2012-2015).

Se describen los principales actores de la institución, para ello, se entrevistaron funcionarios administrativos, operativos, asistenciales y profesionales del HIDC ESE². También, se realizó un análisis del balance financiero de la institución, con el propósito de conocer de dónde provienen los recursos del Hospital, y cuáles son las empresas que se encuentran en mora de pagos, para identificar las falencias y procesos administrativos y de gestión puestos en marcha en esta institución de salud.

Cuadro 1. Autores relacionados en la entrevista

| Actor | Descripción |
|---------------|---|
| Gubernamental | Empleados del Hospital Isaías Duarte Cancino (entrevistados 1, 2, y 3) |
| Social | Usuaría y voluntaria ³ del Hospital Isaías Duarte Cancino (entrevistado 4) |

¹ Las miradas cualitativas en el análisis de políticas públicas se utilizan para describir y analizar de manera argumentativa la formulación y marcha de la acción pública (Otalvaro, 2017).

² Se aplicó el criterio de selección por conveniencia, relacionado con la disponibilidad y calidad de la información, se determinó entrevistar a tres funcionarios vinculados con la administración del Hospital y un usuario de los servicios atención.

³ Persona involucrada en procesos de control social del HIDC.

Fuente: Elaboración propia.

La investigación es de tipo descriptiva y de carácter exploratorio en el periodo comprendido entre el 2012-2015, para identificar la situación del HIDC-ESE. Se profundizó con literatura especializada, el problema y los factores estructurantes de la crisis del HIDC ESE. Adicionalmente, se buscó información en bases de datos, con el objetivo de fortalecer el marco teórico conceptual. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los actores claves del HIDC ESE, para identificar los procesos administrativos, operativos y asistenciales.

Fuentes de información.

Las fuentes de información utilizadas son:

- a) Revistas científicas y académicas indexadas, utilizadas para construir el marco teórico referencial.
- b) Documentos de entidades gubernamentales⁴ del orden nacional, regional y municipal.
- c) Entrevistas semiestructuradas: instrumento construido para reconocer el papel de los actores institucionales y sociales en la crisis del HIDC ESE.

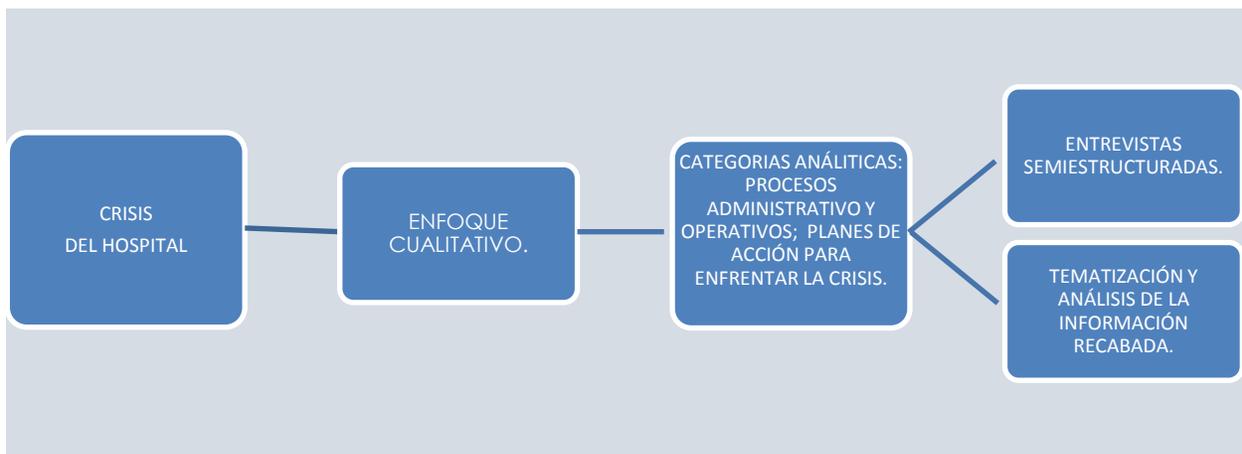
Recolección y sistematización de la información.

Las fuentes de información provienen de bases de datos, de fuentes documentales indexadas como Scielo, Intramed, fundaciones, hospitales y clínicas con aplicaciones científicas en España, América Latina. Adicionalmente se consultaron fuentes gubernamentales y jurídicas en Colombia.

⁴ Documentos que fueron construidos para socializar los problemas de los hospitales públicos en Colombia y el municipio de Cali.

La técnica de investigación cualitativa empleada para recoger la información de los funcionarios y voluntarios, fue la entrevista semiestructurada. Se realizó una interacción, en la que el entrevistador, establece una serie tópicos (temas o preguntas abiertas), permitiendo que el entrevistado se exprese libremente, en extensión y profundidad. Esta técnica permite la aclaración de los tópicos, la inclusión de preguntas, así como la profundización de aspectos de interés del entrevistado (Bonilla Castro & Rodríguez Sehk, 2005).

Figura 1. Variables



Elaboración propia.

Estrategia de análisis de información.

Se realizó una tematización y categorización de los aspectos más relevantes de las entrevistas. Las categorías analíticas fueron construidas así:

- a) Procesos administrativos y operativos realizados (procesos de gerencia y orientación de la empresa, así como de funcionamiento y atención al cliente).

- b) Planes de acción para enfrentar la crisis del Hospital Estrategias de análisis de información (estrategias construidas por la dirección del hospital para resolver los problemas financieros).

Capítulo I. Estado del arte y perspectivas teóricas

Para el desarrollo de la investigación se establecieron dos grandes campos de análisis: la implementación de las políticas públicas y cómo intervienen en la crisis de la salud.

1.1. Estudios sobre la crisis de la salud en el orden internacional.

En el presente estudio, se muestran los antecedentes internacionales. En primer lugar, el profesor Schultz (2015), muestra que la crisis de la salud en Alemania tiene un factor epidemiológico, y las políticas y planes estratégicos no están implementados adecuadamente. Un ejemplo de lo anterior, se fomentó por el Ébola, generando una crisis para enfrentarla, ante la ausencia de un plan de contingencia operativo, asistencial, profesional y administrativo.

El periódico la nación (2011) asegura que en Francia las políticas de salud entran en crisis cuando se comprobó que la sangre para transfusiones sanguíneas estaba contaminada en 2011. El número de afectados por la situación fue tan alto que este evento se convirtió en una catástrofe social. Con la formulación e implementación de políticas públicas se construyeron acciones para evitar sucesos desafortunados y mediante protocolos y programas de atención.

En Italia Franco (2009) afirma que la crisis de la salud va de la mano con la crisis económica que atraviesa el país, afectada por la calidad y efectividad de los servicios de salud

pública, disminuida considerablemente. La situación motivó a los dirigentes políticos a realizar planes de contingencia encaminados al ahorro de recursos como un imperativo social, gubernamental y del sector privado.

Inglaterra la Organización mundial de la salud (2008), informa que la crisis de salud en este país se debe a los altos índices de enfermos mentales que se han registrado en la última década. El aumento es alarmante y motivó a los cuerpos directivos de los hospitales y clínicas en el cuidado, la prevención y la promoción de la salud mental desde la primera infancia.

En el caso de Canadá Ruddy (2010), plantea que la crisis de las instituciones de salud no se da por ausencia de recursos sino por la ausencia de profesionales de la salud, especialmente para la atención de adultos mayores.

En Estados Unidos se encontró según entrevista concedida por Jane M. (Ramírez, 2014) que, en este país, la crisis de salud pública se centra en la salud mental reflejada en la violencia armada presente en escuelas, centros comerciales y calles de cualquier ciudad. Esta realidad ampliamente divulgada en medios de comunicación, ha generado crisis en los programas asistenciales en salud mental al no encontrar una pauta científica que logre identificar, prever y evitar tales sucesos.

Ríos et al. (2009) encontró que en México la crisis de la salud viene en progreso debido a la crisis económica y violencia que se ha apoderado del país. Los indicadores micro y macroeconómicos dieron claridad y pautas al sector salud, al mostrar su pobre panorama donde la atención de urgencias era lo único seguro, pero con baja calidad. También Piña (2012) analizó la crisis de la salud en México a partir de un concepto de ética en la época clásica, estableciendo una dicotomía entre las ideas de "vivir correctamente" y "vivir virtuosamente". Demuestra que esta dicotomía ha continuado y se ha profundizado en el sistema capitalista de tal manera, que se ha

convertido en su lógica incluso en la globalización neoliberal, inherente no sólo a México, sino a otros países de la región y del mundo.

Chan (2009) manifiesta que la crisis política y económica en Argentina, es el principal factor de los problemas de salud de la población (Chan, 2009). Lo demuestra a través de una metodología documental estadística sobre las cifras que arroja la crisis. Como conclusión asegura que la economía juega un papel fundamental debido a que la pobreza llega a tales extremos que las personas no tienen dinero para comprar medicamentos esenciales. La clase política tiene una mayor responsabilidad, ellos redireccionan los escasos recursos de salud, gracias a la hiperinflación que se vivió a comienzos del 2000.

En Chile Narbona (2009) realizó un informe donde muestra el panorama general de la salud, señala que la crisis está vinculada con factores políticos y con la ausencia de fondos para el suministro público de salud. Se ha presentado un debate entre la clase política y los diferentes gremios de la salud en torno al enfoque y el curso que deben tomar las reformas de la salud.

Como se observa, los autores citados determinan cuáles son los componentes de la crisis de la salud en cada país, estableciendo como conclusiones que las crisis de la salud, en muchos casos, se generan por aquellos nuevos eventos que carecen de antecedentes o referencia. Otra conclusión es que ningún sistema ha tenido un plan de contingencia preparado para enfrentar las crisis que estos nuevos eventos producen en la salud pública. Adicionalmente, la literatura muestra la necesidad de nuevos valores éticos con los que se ayude a establecer políticas públicas y estrategias encaminadas al bienestar social.

1.2. Estudios Sobre la crisis de la salud en Colombia

Rodríguez (2012) analiza algunos factores que señalan como causas de la crisis del sector de la salud. Este propósito lo lleva a cabo a través de la sistematización de la información histórica, ofreciendo una perspectiva amplia y objetiva sobre la incidencia real de la problemática. Examina el contexto económico y legal con el cual el presidente Uribe, en 2009, expidió el Decreto 4975 para declarar el Estado de Emergencia Social para enfrentar una crisis de salud por treinta días. Analiza los recobros y la adquisición de fármacos con poca regulación como causas del déficit financiero. Estudia la sentencia C-252 como posible causa inicial de la crisis. Concluye que las causas obedecen a problemas administrativos, a los que se le presentó una solución abrupta con la Sentencia T-760, que plantea el derecho a la salud. Igualmente, establece que la ausencia de mecanismos de regulación de precios, lo que generó una caída del sistema, así como el exceso de intermediarios en la prestación de salud y la actualización del POS.

Martínez (2013) explica la crisis de la seguridad social en salud de Colombia y los efectos inesperados que produce el arreglo institucional, muestran el establecimiento de un mercado competitivo existente entre las EPS, que por cumplir con indicadores se vuelven ineficientes al tiempo que destrozan los hospitales públicos al generar falta de pagos, falta de recursos y pérdidas económicas.

En los textos relacionados se expone que la descentralización de la administración en salud, trae como consecuencia la corrupción y los malos manejos administrativos por parte de los entes territoriales que son los que ejercen controles sobre el dinero, aunque aclara que en muchas ocasiones no es así. Asegura que los dineros se desvían por la politiquería y los pocos recursos que llegan a los hospitales son mal administrados, dejándolos sin recursos operativos, asistenciales y profesionales para administrar un derecho fundamental.

El modelo económico neoliberal implementado en el sector salud genera una serie de cambios sociales, institucionales y políticos para el país. Un fenómeno que reitera la incapacidad

estatal para regular tanto el sector público como privado. La crisis de los hospitales de segundo y tercer nivel obedecen a la acumulación de sobre costo que le restan competitividad de redes privadas y a la falta de pago por parte del estado o mora de varios meses por parte de las aseguradoras EPS y ARS (Jaramillo Pérez, Hacia una cobertura universal en salud sin intermediación, 2006).

Con la puesta en marcha de la Ley 100/1993 se pretendía crear un sistema de salud eficiente, eficaz y efectivo, pero por las razones anteriormente mencionadas, el declive de la buena intención de la Ley se ha hecho evidente con el pasar de los años.

La investigación realizada por Nelly Marcela Polanía Alvares de la Universidad Nacional de Colombia en 2015, titulada Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia, 2008-2012; resalta como los recursos que financian el sistema de salud colombiano especialmente el régimen subsidiado, no se usan adecuadamente y en este sentido evidencia como principal causa de crisis institucional, que el modelo aplicado (pluralismo estructurado) le permite a las EPS manejar los recursos a su favor, en detrimento de prestadores y usuarios de los servicios.

La tesis doctoral realizada por Ingrid Vargas Lorenzo de la Universidad Autónoma de Barcelona en el año 2009. titulada: “barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia, 2009”; expone con amplitud y claridad, la dinámica de competencia de las entidades prestadoras de salud EPS en relación con el aseguramiento y control de sus afiliados, y con su posterior generación de problemáticas institucionales. Los hallazgos de las investigaciones referidas, nutren el marco conceptual de la presente investigación, enfocado al análisis de la des financiación de los hospitales públicos en Colombia (especialmente en el municipio de Santiago de Cali).

1.3. Nociones sobre descentralización y modernización del Estado en el sector salud.

Colmenares (2013) sostiene que:

En los últimos años la descentralización y la modernización de los Estados se ha hecho presente en América Latina y el Caribe, al igual que la modernización de la misma sociedad y que para lograrlo son necesarias las transferencias de competencias y funciones de niveles superior a inferiores, lo que se puede ver como un proceso simplista de un sistema o como la modificación misma y sustancial del aparato institucional político con alternativas en los niveles inferiores del Estado junto con la incorporación de entidades privadas en funciones antes reservadas para el Estado (p.3).

Lo anterior evidencia una de las grandes tendencias de descentralización del Estado en América latina se pueden describir así:

- Cambios producidos por una revolución científica y técnica generadora de un nuevo paisaje o geografía industrial, al tiempo que ocurre una creciente desnacionalización de los Estados centrales y una mundialización del proceso de producción.
- Pérdida de confianza en el Estado central como productor de bienes y servicios y como agente que posibilita la reproducción del sistema económico.
- Creciente demanda de diversos sectores de la sociedad civil por una mayor participación y por mayores espacios de autorrealización.
- Privatización de actividades productivas y de servicios, es otra de las grandes tendencias que pueden contribuir a la conformación de escenarios propios para la descentralización.

Por su parte, Salamanca (2015) asegura que:

La eficiencia del servicio de salud, la calidad y la atención a los usuarios son pilares importantes para la vida. Se evidencia una ausencia de la estructura física e

instrumental de las Empresas Sociales del Estado (ESE), prestadoras del servicio de salud, es así que la presencia de la administración estatal debe ser con empresas de salud competitivas, en atención de calidad y eficiencia en el servicio. Los hospitales o ESE, que el Estado necesita crear, para salvaguardar la salud y la vida de los asociados, sin descuidar la calidad profesional y la vigilancia por parte de las entidades de control de la administración del Estado (p. 4).

Dichas afirmaciones permiten concluir que los procesos en salud e implementación administrativa y gestión profesional, son directamente proporcionales al nivel de calidad de las entidades que pactan contratos con las empresas sociales del estado; esta relación en donde se involucran altos niveles de profesionalismo, deben derivar consecuentemente en óptimos resultados que garanticen la efectividad en los servicios prestados en materia de salud y las condiciones de orden administrativo.

La descentralización de la salud comienza antes de la Constitución de 1991, como lo indica el siguiente apartado:

La descentralización de la Salud en Colombia se inició con el Decreto 77 de 1987, cuando se entregó a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener puestos, centros de salud y hospitales locales; en 1990 la Ley 10 asignó todas las competencias de funcionamiento del primer nivel de atención a los municipios y del segundo y tercer nivel a los Departamentos. Posteriormente la Constitución Política avaló la perspectiva descentralista y entregó recursos de transferencia desde el presupuesto nacional para los municipios y departamentos (Art. 356 y 357); en ese marco la ley 60 de 1993 desarrolló la Constitución en materia de competencias y recursos descentralizados y en particular del sector salud. Posteriormente la ley 100 de 1993, que reformó la Seguridad Social en Salud, le delegó a los municipios y departamentos la administración del Régimen Subsidiado de Salud y creó mecanismos para convertir los subsidios de oferta en subsidios a la demanda. (Jaramillo, 2001, p.3).

En síntesis, la descentralización y desconcentración del servicio de salud en el país, implica el reconocimiento de competencias a entidades territoriales locales y la posibilidad de decidir sobre su funcionamiento. Los administradores del Estado del nivel central y local tienen que preocuparse por conseguir los ideales trazados en la Constitución y la Ley, con el fin de buscar una buena prestación del servicio de salud a los residentes en el país.

Salamanca (2014, citando a Usta, p. 2.012) afirma que (...) la descentralización del servicio de salud, debe ser aplicada en Colombia, máxime cuando se define en el siguiente sentido: “hay descentralización cuando la Ley otorga a los órganos elegidos por las colectividades, un poder de decisión en asuntos locales”. Lo anterior evidencia una crítica a los procesos de descentralización del estado central en el nivel local, lo que muestra un desconocimiento de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993.

1.4. La modernización en el mercado de la salud.

Giraldo (2013) afirma que:

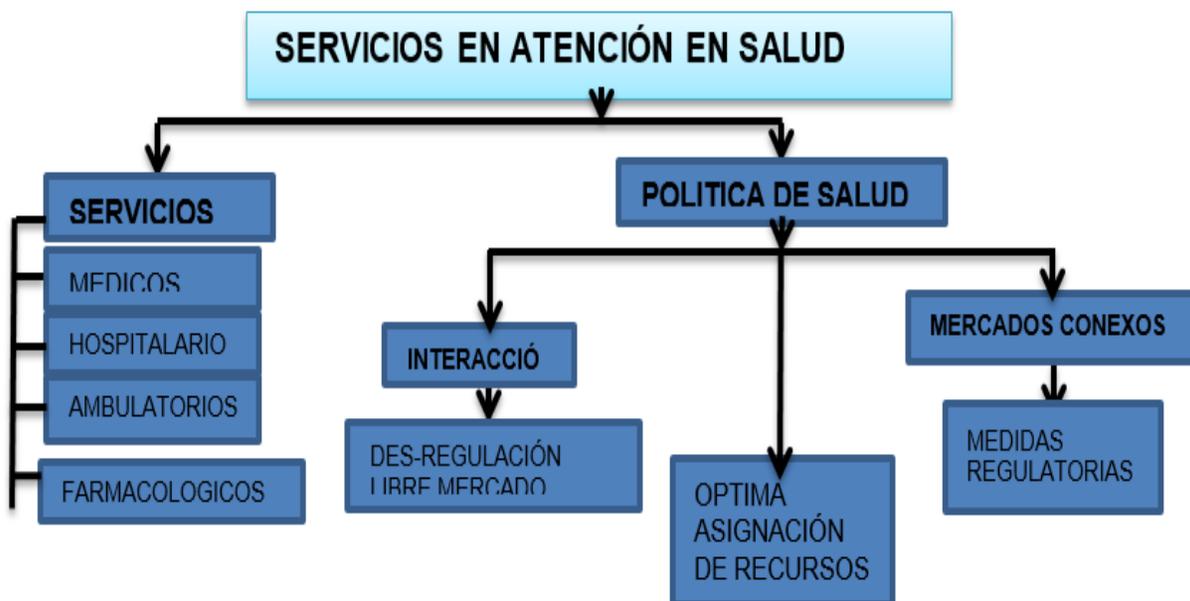
El modelo neoliberal ha centrado todo su accionar en el mercado. (...) todos los intercambios humanos están sujetos a la oferta y demanda; (...) igual ocurre con la salud, en el contexto neoliberal se ha introducido los “cuasi mercados de salud” (...) se ha señalado que la igualdad de información en el mercado de servicios de salud no es posible donde los profesionales son gestores e introducen una asimetría de información tal que los usuarios no participan en la escogencia del servicio ni en el proceso de atención (p.97)

El mercado de los servicios de salud confirma la existencia de un intercambio de servicios entre las personas que necesitan estar sanas (que tiene alguna enfermedad) y los ofertantes que prestan los servicios (profesionales de la salud, capacitados académicamente para satisfacer la necesidad de adquirir la salud). Este modelo corresponde a una relación de mercadeo en que los individuos con necesidades de salud, se deben ajustar a las directrices internas que regula un sistema de salud, pero que en sus dinámicas de funcionamiento debe responder más a intereses de tipo económico y financiero, es decir, la oferta de salud es algo que se condiciona y configura enteramente con la respuesta hacia las finalidades financieras del sistema económico de mercado.

1.5. Marco institucional de las políticas de salud en Colombia.

La crisis de los hospitales públicos en Colombia, posee numerosos agentes, factores y alternativas de solución, que en suma, provocan negativas condiciones para el campo de la salud, agentes como la corrupción estatal, la corrupción institucional, la reducción del presupuesto nacional y demás, son fundamentales en los desarrollos de las crisis institucionales del sector salud. Un conglomerado de falencias, que requieren de la implementación de políticas públicas de salud orientadas a la garantía de un derecho fundamental, que influyan en el deterioro del sistema institucional de salud; para ello, se analizara el caso particular del hospital público Isaías Duarte Cansino del municipio de Santiago de Cali.

Figura 2. Servicios en atención de salud



Elaboración propia. Fuente: Conceptos de Giraldo (2013)

Por su parte Araoz (2006) afirma que el Estado participa en tres áreas generalmente, respecto de los bienes públicos y privados, que pueden agruparse así:

- Regulación: normar, supervisar, garantizar el cumplimiento de las reglas y normas.
- Financiación: Costear la producción de bienes y servicios.
- Gestión: Ejecutar o producir el bien o servicio, por ejemplo: servicio de educación, agua potable, carreteras y salud.

Clases de reforma institucional:

- a) Reforma Sustancial: Son acciones o decisiones que buscan transformar el contenido de la acción pública alterando fines, objetivos y alcance. Ejemplo: la separación de poderes o la privatización (como definición de actividades en las que el Estado interviene).
- b) Reforma Institucional: Son aquellas acciones que afectan el diseño y el funcionamiento de las instituciones. Es decir, “cambios deliberados a las estructuras y procesos del sector público con el objeto de hacer que funcionen mejor en algún sentido” (Pollit y Bouckaert, 2000) o como acota Waissbluth para que funcionen con “eficacia, eficiencia y calidad en términos comparables internacionalmente”.

La reforma institucional puede dividirse en:

- a) Política: aludiendo a cambios en la organización del poder (generalmente constitucionales), por ejemplo: la modificación constitucional para la descentralización de la Administración Pública.
- b) Administrativa: referidas al conjunto de cambios en las instituciones que diseñan y ejecutan las políticas públicas, por ejemplo: el proceso de simplificación en los servicios de atención al ciudadano.

Lo anterior evidencia que las reformas implementadas han sido de corte incremental, sin afectar el diseño y el funcionamiento de las instituciones del sector salud.

1.5.1. Supervisión de los costos y gastos en salud.

Según Nieves J. (2012)

En una democracia moderna no sólo es necesario contar con un Estado eficiente, eficaz y justo para determinar su calidad democrática y gobernabilidad, pues es

necesario que existan mecanismos que vigilen y controlen las actuaciones estatales; razón por la cual el concepto de rendición de cuentas cobra relevancia en nuestros tiempos. (p.71)

En términos políticos y de estructura del Estado, la rendición de cuentas es el conjunto de estructuras (conjunto de normas jurídicas y de instituciones responsables de informar, explicar y enfrentar premios o sanciones por sus actos), prácticas (acciones concretas adelantadas por las instituciones, los servidores públicos, la sociedad civil y la ciudadanía en general) y resultados (productos y consecuencias generadas a partir de las prácticas) mediante los cuales, las organizaciones estatales y los servidores públicos informan, explican y enfrentan premios o sanciones por sus actos a otras instituciones públicas, organismos internacionales y a los ciudadanos y la sociedad civil, quienes tienen el derecho a recibir información y explicaciones y la capacidad de imponer sanciones o premios, al menos simbólicos (Schedler, 2004; Grant y Keohane, 2005 citados por el Departamento Nacional de Planeación, 2010).

De esta definición se rescatan tres componentes básicos que conforman el concepto de rendición de cuentas: la información, el diálogo y el incentivo. Para Grant y Keohane (2005) la información se refiere a la disponibilidad, exposición y difusión de los datos, estadísticas, documentos, informes, entre otros sobre las funciones a cargo de la institución o servidor público, desde el momento de la planeación hasta las fases de control y evaluación de las políticas. El diálogo o explicación se encuentra en la sustentación de las acciones, la presentación de diagnósticos e interpretaciones, la exposición de criterios utilizados para tomar decisiones, lo que implica la existencia de un diálogo y la posibilidad de influir sobre otros actores sobre las decisiones a tomar. Finalmente, los incentivos o estímulos son mecanismos de corrección de las acciones, de estímulo por su adecuado cumplimiento o castigo o reproche por el mal desempeño.

La rendición de cuentas trata de favorecer una mayor responsabilidad entre todas las partes mediante la mejora de los mecanismos de consulta y de diálogo para reforzar la legitimidad de las políticas públicas. Los instrumentos son la provisión de información sobre las políticas y las acciones de las diferentes instituciones y organizaciones y la creación y el estímulo de oportunidades para la consulta y la participación activa de los ciudadanos en la formación y en la elaboración de las políticas públicas (Nonell, 2006).

1.5.2. Aspectos económicos de salud en Colombia.

Gómez y Nieto (2014) afirman que:

(...) las políticas de modernización del Estado inyectaron recursos frescos al sector y lo hicieron atractivo para los inversionistas. Entre 1980 y 1992, hubo un crecimiento sostenido de recursos del sector público destinados a la salud, con un incremento promedio anual de 3,3%. Para 1993, más de 7,3% del PIB de Colombia, público y privado, se destinaba a salud. El situado fiscal destinado al sector se elevó del 15% en 1975 al 23% en 1994 y al 25,5% en 1996. Desde la reforma el gasto público en salud ha venido aumentando progresivamente pasando de 1,4% del PIB en 1988 a 3,7% en 2001 (p.735)

El incremento de recursos reactivó en Colombia el negocio de los seguros y las EPS, las cuales pasaron de recaudar las cotizaciones de un 20,6% de la población en 1993, al 62% en 2004. Para 1999, 41% de colombianos cotizaban al régimen contributivo y 21% estaban cubiertos por el régimen subsidiado. Mostrando un panorama de un gran negocio en donde la plusvalía era el incremento de las aseguradoras, pero desafortunadamente la disminución de la calidad del servicio de salud.

Al ponerse en marcha la reforma, los empresarios que administraban los recursos del sector fueron asumiendo un papel hegemónico en la gestión de la política sanitaria y en poco tiempo las aseguradoras, consolidadas como uno de los sectores económicos de mayor desarrollo en el país, fortalecieron su poder financiero, traspasaron su negocio inicial, y mediante mecanismos de integración vertical incursionaron en la prestación directa de los servicios de salud con lo que mejoraban sus ganancias. En concepto de Granados y Gómez (2000), consultor para las reformas del sistema de salud, afirma que el poder político de las aseguradoras es significativo en Colombia y poseen un poder financiero y por sus vínculos con las élites políticas y económicas.

Consecutivamente la política de disminución del Estado debilitó los sistemas de control estatal sobre la dinámica del sector que se rige cada vez más por los procesos de oferta y demanda orientados por el sector privado. Gómez y Nieto (2014) asegura que:

El sistema de atención sanitaria experimentó un proceso rápido de fragmentación que se revela en múltiples procesos de segmentación: de los agentes según sus competencias, de los paquetes de servicios según su rentabilidad y de los usuarios según su capacidad de pago; (...) (p.735).

La fragmentación orientada por el mercado derivó en una pérdida del know how y un debilitamiento de la calidad y efectividad de los servicios, lo que llevó a su vez al deterioro de indicadores como el control de la malaria, la tuberculosis, la mortalidad materna, la fiebre amarilla, el dengue y otras enfermedades. No se dispone de estudios amplios de calidad de los servicios, pero los reclamos de los usuarios podrían actuar como indicador; entre 1999 y junio de 2002 se presentaron en el país más de 500.000 recursos judiciales de amparo al derecho a la salud (en Colombia se denominan acciones de tutela) que fueron interpuestos por los ciudadanos ante los jueces, y la cuarta parte de ellos reclamaba servicios de salud que habían sido negados por las EPS.

En 2012 se registraron 454.500 acciones de tutela de las cuales el 25% correspondían a reclamos de los ciudadanos por vulneraciones al derecho a la salud, esto equivale a una tutela cada cuatro minutos.

1.5.3. Calidad y habilitación para el sistema de salud en Colombia.

Según Henao (2013):

La calidad de la salud en Colombia es definida como un proceso prioritario, debido a la Ley 100 de 1993, para todos aquellos proveedores de salud que tienen el deber de cimentar componentes que logren medirla y que se responda de forma efectiva a la salud con alta competitividad, lo cual permite calidad, buen precio y satisfacción del consumidor. El Ministerio de Salud busca mejorar la calidad por medio de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (p. 24). La garantía se debe extender con acciones sistemáticas de las instituciones de salud para cumplir el objetivo; prevenir al usuario, ofrecerles la protección y beneficios para la calidad de vida con estrategias de monitoria, evaluación y diseño que involucra la calidad por principio. La tabla 2 menciona las características para evaluar y mejorar la calidad (p.26).

En el siguiente cuadro se pueden observar los criterios de evaluación de calidad en los servicios de salud según Ana Cristina Henao:

Cuadro 2. Características de evaluación de la calidad.

| Concepto | Generalidad |
|----------------------|---|
| Accesibilidad | "Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud". |

| | |
|--------------------|--|
| Oportunidad | "Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presente retrasos que pongan en riesgo su vida o salud. Estas características se relacionan con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios". |
| Seguridad | "Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias". |
| Pertinencia | "Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales". |
| Continuidad | "Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico". |

Fuente: Henao H (2013 p. 26)

Finalmente, hay que decir que los parámetros de cumplimiento en calidad clasificados según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia generan un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, premeditados y consecuentes con el fin de mantener, generar y mejorar la calidad de los servicios de salud y que lo denomina (SOGC), (p.13), según el Decreto 1011 de 2006.

1.5.4. Parámetros de la prestación del servicio de salud en Colombia.

Según el Ministerio de Salud y la Protección Social (2011), los parámetros anteriores van de la mano con unos componentes que aportan a las Entidades Prestadoras de Servicio de Salud y Entidades Administradoras, (p. 14), los cuales se muestran en la tabla 3.

Cuadro 3. Componentes complementarios.

| Concepto | Característica |
|--|--|
| La habilitación | "Consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud". |
| La Auditoría | "Para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada". |
| La acreditación | "El conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las entidades que voluntariamente decidan acogerse a este proceso". |
| El sistema de información | "Permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud". |

Fuente: (Ministerio de la salud y de la Protección Social de Colombia, 2011)

1.5.5. Administración y gestión integral de la calidad en salud de Colombia.

Para Ramírez A, et al (2011), la comunicación es el proceso donde se puede transmitir información considerada importante, tal como médico-paciente, médico-otros profesionales, establecer empatía en la información y trato con éstos, mejora la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. Toda la información debe ser clara con terminología precisa y comprensible. Con el enfermo hospitalizado la comunicación debe ser aún más importante pero también compleja, la hospitalización supone un estado delicado de la salud y requiere cuidados especiales (Ramírez A, et al (2011)).

La acreditación o certificación en salud se define:

...un proceso en el cual un organismo separado y diferente de la institución, (.....), evalúa a la institución hospitalaria para ver si cumple con una serie de requisitos y estándares diseñados para mejorar la seguridad y calidad de la atención (Ministerios de Salud y Protección Social de Colombia, 2011: p. 170).

El proceso de acreditación posee un diseño, para sostener una nueva posición cultural de seguridad y calidad dentro del instituto de salud, el cual posee la filosofía de mejoramiento constante de los procesos, junto con sus resultados a la atención al usuario. El cuadro 4 muestra los procesos de mejoramiento continuo que fomenta la acreditación.

Cuadro 4. Procesos de gestión integral en salud.

| PROCESO | MEJORA |
|----------------|---|
| Confianza | Mejora notablemente a lo que se refiere a la preocupación de la organización por la seguridad del paciente y la calidad de la atención. |
| Bienestar | Proporciona un entorno laboral seguro y eficiente que contribuye con la satisfacción del trabajador. |

| | |
|--------------|--|
| Comunicación | Escuchan a los pacientes y a sus familias, respetan sus derechos y los involucran como socios en el proceso de atención. |
| Educación. | Establecen una nueva cultura abierta al aprendizaje sobre el reporte oportuno de acontecimientos adversos y problemas de seguridad. |
| Dirección | Establecen un liderazgo colaborador que fija prioridades y un liderazgo continuo para la calidad y la seguridad del paciente en todos los niveles. |

Fuente: Conceptos técnicos de Ramírez, A., et al. (2011).

De acuerdo, a todo lo anterior, se evidencia una falta de correspondencia entre el concepto de gestión integral en salud, y las formas administrativas aplicadas por las EPS, secretarías y El Ministerio de la Protección Social.

1.5.6. La garantía de calidad en salud de Colombia.

Se plantean tres estándares específicos centrados en el mejoramiento de la atención y calidad del servicio.

El primero, a los usuarios o pacientes (p.170). La tabla 5 muestra los estándares dirigidos a los pacientes, con la denominación de las siglas en inglés, pero con generalidades en español.

Cuadro 5. Estándares centrados en el paciente.

| Estándares apartados inglés | Generalidades |
|--|--|
| (ACC) Acceso y continuidad de la atención. | El objetivo es coincidir las necesidades de atención sanitaria con los servicios disponibles, coordinar la atención durante toda la estancia. |
| (PFR) Derechos del paciente y su familia. | El objetivo es proteger la individualidad del paciente, el cual debe participar en las decisiones y procesos de su atención. Debe conocer sus derechos y por ello debe firmar el consentimiento informado. |

| | |
|--|--|
| (AOP) Evaluación del paciente | El objetivo es conocer las necesidades inmediatas y continuas de diagnóstico y tratamiento y planear lo necesario. |
| (COP) Atención al paciente. | El objetivo es que la organización sanitaria atienda las necesidades individuales de cada paciente con planeación y coordinación de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico. |
| (ASC) Anestesia y atención quirúrgica. | El objetivo es la evaluación integral del paciente y la planeación de la sedación o anestesia. |
| (MMU) Manejo y uso de los medicamentos. | El objetivo es la administración correcta de farmacoterapia, involucra prescribir, dispensar y administrar medicamentos, lo que debe ser siempre documentado. |
| (PFE) Educación al paciente y su familia | El objetivo es que la educación eficaz del paciente y su familia en lenguaje comprensivo facilite su manejo de diagnóstico y tratamiento. |

Fuente: Elaboración propia, basada en conceptos técnicos de Ramírez A., et al. (2011).

El segundo parámetro de garantía en salud (gestión administrativa estándar) se lleva a cabo en el grupo de trabajo de diferentes áreas administrativas, como gestión administrativa (p.171). La tabla No. 6 muestra los apartados centrados en gestión administrativa y en directivas o autoridades en salud.

Cuadro 6. Estándar de gestión administrativa y directivas.

| Estándar apartados en ingles | Características |
|--|--|
| (QPS) Gestión y mejora de la calidad y seguridad del paciente. | El objetivo es el enfoque global de la institución para la mejora de la calidad y la seguridad de atención médica y la reducción de riesgos. |
| (PCI) Prevención y control de infecciones | El objetivo es establecer programas efectivos de prevención y control de infecciones nosocomiales. |
| (GLD) Gobierno, liderazgo y dirección | El objetivo es que las autoridades, las personas con puestos de confianza y responsabilidad apoyen el cumplimiento de metas por medio de planeación estratégica y operativa. |

| | |
|--|---|
| (FMS) Gestión de la seguridad de las instalaciones | El objetivo es que la institución cuente con instalaciones y equipos funcionales y seguros para reducir riesgos y accidentes. |
| (SQE) Formación y capacitación del personal. | El objetivo es que el personal del hospital esté capacitado y sus funciones respaldadas por medio de la credencialización. |
| (MCI) Gestión de la comunicación y la información | El objetivo es que la comunicación oral, escrita o electrónica entre médicos, pacientes y personal del hospital sea eficiente. El expediente clínico es parte importante de esta gestión. |

Fuente: Elaboración propia basada en conceptos técnicos de Ramírez A., et al. (2011). “La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica”.

El tercer estándar parámetro de garantía en salud (Control) de cumplimiento se lleva a cabo con el personal de confianza del instituto de salud, el cual depende de las autorizaciones de los directores de área, jefes, médicos y el cuerpo administrativo. Los modelos de gestión en salud como ejemplos para excelencia según Adams & Cols. (2005), (citado por Roa, 2012) afirma que en la última década el crecimiento de la investigación clínica está ubicado en un mundo industrializado, lo cual obliga a las instituciones de salud, a desarrollar nuevas gestiones que se logren implementar, con el fin de poder abarcar la capacidad institucional (p.22).

Por su parte, Roa, (2012) explica que en términos gerenciales es necesario implementar programas de medicina que se basen en evidencia, la cual, demuestre una gestión eficiente de los recursos, además argumenta que se debe contribuir con guías prácticas, con metodología y procedimientos profesionales para una atención efectiva y eficiente (p.40). el autor plantea con respecto a la tecnología sanitaria lo siguiente:

...La tecnología sanitaria que no alcanza a demostrar una relación de costo-efectividad, costo-utilidad o costo beneficio favorable, para atender dada la

necesidad de salud, no es recomendada para ser aprobada, con la consecuente negación de recurso para su autorización o financiamiento (Roa, 2012, p.41).

El cuadro 7 muestra las etapas de la gestión en la calidad postulada por Chaves, (2008, p. 20).

Cuadro 7. Etapas de la gestión de la calidad en salud.

| Planificación | Control | Mejora |
|--|---|--|
| Identificar a los clientes tanto internos como externos | Escoger el objeto de control. | Comprobar las necesidades de mejora. |
| Determinar las necesidades de los clientes. | Elegir las unidades de medida. | Identificar proyectos específicos de mejora. |
| Desarrollar las necesidades específicas que respondan a las necesidades de los clientes (por productos, se entiende tanto bienes como servicio). | Implantar el sistema a la medida. | Organizar para dirigir los proyectos. |
| Establecer los objetivos de calidad que respondan a las necesidades de los clientes y de los proveedores, son el mínimo de costos combinados. | Establecer normas de actuación. | Organizar para el diagnóstico: para descubrir las causas. |
| Desarrollar un proceso que pueda producir las características necesarias del producto. | Medir la actuación real. | Diagnóstico para descubrir las causas. |
| Comprobar la capacidad del proceso: comprobar que el proceso pueda satisfacer las exigencias de calidad en condiciones operativas. | Interpretar las diferencias (Real vs. Normal). Actuar según las diferencias. | Aportar soluciones. Comprobar que las soluciones sean eficaces bajo las condiciones operativas. |

Fuente: Diseño de tabla y conceptos técnicos de Chaves A., 2008. “Evaluación de la efectividad del sistema de gestión para los procesos de atención de enfermería en las salas de cirugía ambulatoria”.

1.5.7. Políticas de protección social.

Según Vásquez E. Martínez E. (2013) afirma que:

La Ley 100 de 1993 (10), por la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral de Colombia, establece en su artículo 157 la calidad de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, dividiéndolos en dos grupos según su capacidad de pago; los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo, es decir, las personas vinculadas a través de un contrato de trabajo, y por otro lado, se encuentran las personas con poca capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al sistema; estas personas se afilian al régimen subsidiado. (p.90)

Por otro lado, teniendo en cuenta las responsabilidades del Ministerio de la Protección Social con la población vulnerable, se considera prioritaria la población del sector informal de la economía, especialmente los más pobres, con necesidades básicas insatisfechas, no afiliados a la seguridad social, en condiciones inadecuadas de trabajo, precariedad en lo tecnológico y en su organización laboral. Dentro de esta población priorizada, se pone especial atención a los trabajadores entre dieciséis y dieciocho años, mujeres rurales trabajadoras, adultos mayores trabajadores y trabajadores con discapacidad.

En este orden de ideas, Ortiz I. (2007) afirma que:

La atención sanitaria primaria incluye niveles esenciales de atención sanitaria que se proporcionan a todos los ciudadanos, como cuidados de emergencia; cuidados curativos básicos, incluyendo cirugía menor y gestión farmacéutica; salud dental y bucal; salud maternal y reproductiva y servicios preventivos (promoción de la salud, educación sanitaria, inmunización y vacunas). En la medida en que la

atención sanitaria primaria y secundaria tiene un impacto crucial en la salud general de la población, deben recomendarse los servicios públicos y gratuitos (o por una cantidad simbólica).

La atención sanitaria secundaria incluye servicios médicos en ambulatorios y hospitales comunes (pacientes internados o no) tras ser referidos desde los servicios de atención primaria.

La atención sanitaria terciaria incluye servicios médicos altamente especializados (ej: cardiología) y generalmente sólo están disponibles en las grandes capitales.

Existen múltiples cuestiones relativas a la financiación de la salud. Existen tres opciones principales: (p.54)

Sistemas sanitarios completamente públicos, financiados con ingresos tributarios, a los que los ciudadanos tienen acceso de manera gratuita o a un precio simbólico; si están bien gestionados y financiados, esta opción es la de mayor impacto sobre la salud nacional.

Sistemas sanitarios completamente privados, financiados por individuos. Esta no es una opción recomendable desde una óptica de equidad, particularmente en países en desarrollo. Existe, con todo, la opción de exención del pago a los grupos de bajos ingresos.

Los sistemas de seguro social por los que los individuos contribuyen a un fondo común al cual recurrir en caso de necesidad (“risk pooling”), de manera que los hogares cubiertos por el sistema no tengan que pagar los costos completos a los proveedores del servicio cuando se ven en la necesidad de usarlo. Ésta es la práctica más común debido a la gran oferta privada de servicios sanitarios existente. Los gobiernos comienzan con un plan de seguros para los trabajadores del sector formal, y lo extienden progresivamente a otros grupos como un plan suplementario, generalmente a través de financiación cruzada y/o apoyo financiero de los ingresos tributarios generales. A este respecto, se proporcionan algunas opciones para la ampliación de la cobertura en la sección posterior. La cuestión clave es quién está cubierto y qué enfermedades se cubren;

esto último requiere un análisis detallado, pues los gobiernos en general no desean contemplar cómo el presupuesto de salud se agota en tratamientos curativos costosos para unos pocos.

1.5.8. Modelos económicos de salud

La protección social y los modelos de desarrollo según Mejía y Franco (2007), se deben a tres importantes modelos que se describen a continuación. (P.475)

Cuadro 8. Modelos económicos

| MODELO | GENERALIDADES |
|---|---|
| Modelo basado en la Sustitución de Importaciones | En su momento fue muy promisorio para la modernización y el progreso de los países de la región y surtió sus efectos sobre altas tasas de crecimiento, mejores oportunidades de empleo y la posibilidad de que muchos pudieran superar sus niveles de pobreza. Sin embargo, el modelo mostró sus primeras señales de postración en la década de los 70 y la región comenzó a perder competitividad en el mundo, generando pérdida de oportunidades para exportar, altos índices de inflación y la consecuente "crisis de la deuda" de los 80 caracterizada por la caída de las tasas de crecimiento, aumento del desempleo, deterioro de salarios, crecimiento de la pobreza y la desigualdad. |
| Modelo Neoliberal | Se caracteriza por las diversas formas de interacción de los individuos (ciudadanos que automáticamente adquieren la connotación de clientes) en amplios mercados donde los bienes, servicios y valores sociales se convierten en mercancías, con vendedores privados cuyo único interés es la rentabilidad económica bajo el principio de la libre competencia. En este modelo, el consumidor tiene la opción de elegir de acuerdo con su capacidad de compra, pues parte del supuesto de que todos los individuos tienen ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades en un mercado que les ofrece una variada gama de bienes y servicios. Hayek y Friedman, fundan sus principios en la libertad individual y la desigualdad en una franca crítica al Estado benefactor, por considerar que "la desigualdad es el motor de la iniciativa personal y la competencia de los individuos en el mercado que corrige todos los males económicos y sociales". El carácter del neoliberalismo es el individualismo en tanto que el individuo liberal es considerado una isla fundamentada en sí misma, centrado en la defensa de sus derechos como individuo a la vida, a la libertad y a la |

| | |
|---|--|
| | <p>propiedad. Para sus defensores, "el sistema de precios permite que los individuos cooperen pacíficamente durante breves momentos, mientras que el resto del tiempo cada quien se ocupa de sus propios asuntos" y en consecuencia, según Hayek "en la sociedad moderna y compleja es preciso recurrir al mercado y a la iniciativa individual" En su expansión se dio en los años 80 a partir de la aplicación de reformas de ajuste económico promovidas por el BM y el Fondo Monetario Internacional, convertidas en recetas para superar el déficit público y estabilizar las economías en esta región (Consenso de Washington)</p> |
| <p>Modelo Económico de Planificación Central</p> | <p>Ha sido propio de la antigua Unión Soviética, Europa Occidental y China y experimentado por iniciativas socialistas en como Cuba y Nicaragua, donde el Estado propietario de los recursos disponibles en la economía decide cómo organizar la producción, tipo de industrias y asignación de recursos, así como la combinación de tecnología con los recursos disponibles. Sus logros en la primera mitad del siglo XX fueron muy significativos tanto en lo ambiental como en la seguridad y el progreso social: aumento de producción e industrialización, garantía de acceso a servicios de educación, salud, vivienda y empleo para grandes poblaciones, y distribución equitativa de ingresos y de servicios sociales. No obstante, por los años 70 comenzó un proceso de estancamiento, obligando al Estado a emprender reformas de economía de mercado. Se han planteado otros modelos alternativos y estrategias de desarrollo tales como el desarrollo sustentable impulsado por la ONU, la teoría del Desarrollo a Escala Humana propuesta por Max Neef y el modelo de transformación productiva con equidad de la CEPAL, pero no logran su aplicación de manera consistente.</p> |

Fuente: Elaboración propia basada en conceptos de Mejía y Franco (2007).

Los modelos mencionados poseen ventajas y desventajas, sin embargo, el modelo de planificación central tiene mayores alcances, dado que es una concepción centrada en lo humanista. Sin embargo, su énfasis en el nivel central, implica una pérdida de independencia en lo local (municipios, departamentos), presentando altos niveles riesgo e ineficiencia producida por corrupción.

1.5.9. Sostenibilidad financiera en salud.

Según Núñez y Zapata. (2012):

En la actual coyuntura hay que reconocer que aún persisten problemas tanto estructurales como coyunturales que afectan y amenazan las finanzas del sector de la salud. Lo anterior, a pesar que se demostró cómo el sector público logró movilizar los recursos adicionales para financiar la ampliación del régimen subsidiado e inclusive para financiar gran parte del aumento del gasto No POS de los últimos años. En el subsidiado, el esfuerzo de los entes Territoriales fue notable puesto que se destinaron, además de los recursos propios y las rentas cedidas, parte de las regalías. Recientemente, inclusive, se ha financiado la igualación del POS contributivo y subsidiado para grupos vulnerables y personas en condición de debilidad manifiesta como los menores de 18 años (enero 2010) y los mayores de 60 años (noviembre 2011), que son los grupos poblacionales más costosos.

Las agencias, fondos, empresas y entidades territoriales son las encargadas de canalizar estos recursos, el principal fondo que canaliza recursos es el Fosyga, el cual además de garantizar la financiación de los afiliados a las EPS del sistema contributivo, administra tres subcuentas más: la de solidaridad, la de promoción/prevención y la de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). En orden de importancia son los departamentos y municipios los que canalizan un alto monto de recursos propios y transferidos para financiar la salud en los territorios; estos incluyen las rentas cedidas, las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) para la salud, las regalías directas y recursos propios de estas entidades territoriales.

Las EPS y las IPS completan este amplio listado de agencias que intermedian recursos de la salud, ya que solamente tomando en cuenta a las primeras se encuentran 66 entidades para los dos regímenes a diciembre de 2011 del subsidiado y 22 del contributivo; así mismo, todos los

regímenes especiales tienen su propio modelo de asistencia para sus afiliados. Por último, se encuentran las IPS, que según el Ministerio de Salud y Protección Social (MSP) cuentan con 30.000 entidades registradas, en las que se incluyen desde grandes clínicas u hospitales, y consultorios de especialistas que prestan servicios en el país, hasta los laboratorios farmacéuticos y los de imágenes diagnósticas, entre otros.

En cuanto a la distribución de los recursos, para que las IPS (tanto públicas como privadas, en sus distintos niveles de atención) reciban los medios necesarios para atender a los pacientes, primero éstas deben llegar a las EPS en su calidad de promotoras de servicios de salud o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). El SGSSS presenta una extensa red de participantes, incluyendo cerca de 66 EPS, 30.000 IPS y una cantidad superior a de 30.000 profesionales de tipo independiente (Núñez y Zapata, 2012). Las principales fuentes de recursos de la salud son públicas, de las cuales se destacan las correspondientes a las cotizaciones de trabajadores y los aportes patronales que obligatoriamente se deben hacer para todo trabajador afiliado al régimen contributivo, a los recursos del presupuesto nacional y a las rentas cedidas.

En este orden de ideas, se encuentran aportes de otras cargas parafiscales, como los de las Cajas de Compensación Familiar para financiar el régimen subsidiado. Para la financiación de la atención a este régimen, también se destinan recursos propios de departamentos y municipios, las regalías y otros recursos de libre destinación de las entidades territoriales. Los recursos de las cotizaciones de los trabajadores son públicos; específicamente, son una carga o aporte parafiscal de empleadores y empleados, que son administrados y distribuidos por el Ministerio de Salud a través del Fosyga. Ahora bien, vale la pena mencionar que gran parte de las cotizaciones corresponden a empleados cotizantes del régimen contributivo.

1.5.10. Liquidez

El problema actual de la liquidez en el sistema de salud nacional, es un agente derivado de la aplicación misma de algunos aspectos incluidos en la normatividad legal vigente respecto al manejo y tratamiento de los costos en la implementación de los procesos médicos regulares. Según el personal encargado en materia de finanzas del hospital Duarte Cancino, los precios por tratamientos médicos se pagaban mucho mejor antes de la implantación de la ley, en comparación a como se pagan por los mismos después de su implantación.

Las EPS en materia de costos y tratamientos médicos establecieron ajustes a los precios del manual tarifario SOAT (documento público que determina la nomenclatura y la clasificación de los procedimientos médicos quirúrgicos y hospitalarios en las entidades prestadoras de salud. Decreto 2423 de 2006 capítulo IV) que oscilan aproximadamente en el 50% del total de los precios pactados, reorganizando a su vez en paquetes el ofrecimiento de los servicios, todos contenidos en una tarifa única; por ejemplo, los paquetes actuales dentro de sus contenidos ofrecidos para el tratamiento de una cirugía, incluyen las consultas preliminares, las consultas pre anestésicas, las consultas pre quirúrgicas, los postquirúrgicos de consulta y hospitalización, y hasta los exámenes de laboratorio requeridos, todo esto contenido y generalizado entre una tarifa única que reajustó la tarifa Soat de ley, aun porcentaje estimado en la mitad en comparación con los precios antecedentes relacionados con un mismo tratamiento. Si bien, es posible visualizar en este punto un decrecimiento de los ingresos activos del hospital en comparación con los obtenidos con anterioridad.

El problema de costos radica en primera instancia en una reducción considerable del activo devengado por procesos quirúrgicos, pero aún se debe sumar al análisis, el papel de los agentes pasivos que se relacionan con los costos de material médico. Los insumos requeridos por

el hospital, casi en su totalidad son material de importación, material de importación que se paga en dólares y que por lo cual está sujeto a las continuas alzas; ahora bien, la situación de liquidez y costos, obedece en buena medida a que institución obtiene ingresos que son decrecientes, mientras que afronta costos crecientes en insumos y material médico, relación que representa un agente indiscutiblemente decisivo en la crisis de la salud pública y en el caso en particular, en la crisis en salud del hospital Duarte Cansino de la ciudad de Cali.

1.5.11. Flujo de Caja

El tema de flujo capital, es una problemática que se deriva del desfinanciamiento con el que se apertura el sistema de salud; el sistema de salud sugería a los empleadores, realizar todos los aportes de capital sobre el mes vencido de operaciones, pero a su vez, el mismo sistema condicionaba a las EPS en el cumplimiento de dos aspectos prioritarios: (1) depositar los pagos establecidos por mes anticipado de operación (esto ordenado en un documento enviado por el superintendente nacional de salud, conocido como circular externa número 000016 de 2015, respaldada en la ley 1122 de 2007, literal d artículo 13, concerniente a los fundamentos jurídicos). (2) pago a los prestadores de servicio de salud y trámite de glosas (ley 1438 de 2011 artículos 56 y 57). A su vez estos pagos deben hacerse dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el gobierno nacional estipulados en la ley 1122 del 2007.

Este condicionamiento de ley conlleva necesariamente a que el capital financiero con el que se autoriza la apertura de las EPS prestadoras, se vuelva totalmente insuficiente e insostenible en el primer mes de operaciones, ya que el capital inicial de apertura no cubre a la población registrada en la tarjeta de operatividad, ni a su vez, el progresivo crecimiento de la misma. En conclusión, los capitales de apertura de una EPS nacen con un desfinanciamiento de ley, pues es

la ley misma en cuya estimación de anticipar los pagos, les dota la característica de capitales negativos de operación inicial, retrasando de esta forma los flujos de pago posteriores.

Este capital negativo de apertura, crea o configura dentro de las EPS⁵, y representan actividades o acciones administrativas que se originan en respuesta a ese desfinanciamiento capital de operatividad inicial, y que a su vez, calan directamente en el deterioro de la situación financiera de las IPS. Un caso específico tiene que ver en que las entidades hospitalarias, remiten a las EPS los cobros respectivos por la atención médica de sus afiliados, y éstas, en el momento de la recepción del cobro no radican en sus sistemas las cuentas de forma inmediata.

La finalidad de esta ejecución se presenta con el objetivo de lograr cierto tiempo a favor, que tienda a ajustar en algo la situación financiera producto de la crisis comentada por los desfinanciamientos del mes de apertura, en su lugar, camuflan dicha radicación con una digitación en los sistemas, lo cual genera una demora en los desembolsos respectivos a los hospitales; el punto crucial de la problemática asociada al flujo, es la demora en la radicación de las cuentas de cobro, las cuentas se mantienen en una especie de flujo documental en espera de digitación y radicación del cobro, para que este pueda legalmente ser cancelado, con lo cual tiende a demorarse el cargue sistemático de las cuentas contables, y en esta medida, los hospitales se mantengan con un vacío financiero a causa de los depósitos tardíos del capital activo de operaciones, aspecto sumamente relevante en la profundización de las crisis internas.

Al problema de las radicaciones, se suma uno de igual o mayor gravedad para los estados financieros de los hospitales, este tiene que ver con las auditorias. Los auditores son agentes encargados de realizar una supervisión general de las cuentas emitidas a las EPS por parte de los hospitales; ahora bien, la dinámica de gestión de cobro y de gestión de pago se realiza bajo una

⁵ Conocido como prácticas indebidas que se enumeran en cuatro practicas básicas explícitamente contenidas en la circular externa numero 000016 numeral

operación de facturación total por préstamo de servicios, es decir, en la facturación que un hospital envía a la EPS por concepto de cobro, no existen procesos separados de intervenciones médicas, sino una facturación global de todas las intervenciones vigentes a un tiempo definido, lo que asume a su vez a un envío único, un pago también único por concepto de todas las posibles facturaciones respectivas; por ejemplo, para un envío de 500 facturas de cobro a la EPS, se hace en un solo paquete de envío el cual debe ser cancelado de la misma forma, como un pago único de gestión por todas las facturaciones tramitadas.

El problema aquí es el siguiente, si algo por muy minúsculo que sea, ya sea de formato, de fecha o de cobro, está mal hecho en la tramitación de la cuenta, o no es claro en el momento de la auditoría, toda la facturación se devuelve a los hospitales para revisión, que implica esto, si por ejemplo una cuenta de 500 facturas enviadas es errónea por cualquier aspecto, no se cancela ni una sola de las facturas restantes al hospital, hasta que esta falencia sea corregida y reestructurada en dicha cuenta, algo caótico para la entidad hospitalaria. Este proceso es respaldado por la segunda práctica indebida numerada en la circular 000016 de 2015, la cual expresa textualmente lo siguiente:

Constituye una práctica indebida la devolución injustificada de la facturación individual o general” – “No podrá hacerse devolución de facturas individualmente o de la totalidad radicada en un mismo envío, salvo en los casos taxativamente previstos en la resolución 3047 de 2008 y siempre y cuando medie la revisión, verificación y justificación de la devolución de cada una de las facturas radicadas.

Ahora bien, nótese como la normativa misma aunque estipula la anterior dinámica como una práctica indebida con consecuencias sancionables, deja una brecha que aun la proyecta como legalmente viable; el artículo número dos previsto en la resolución 3047 de 2008 que hace alusión

al formato y procedimiento para el informe de posibles inconsistencias en las bases de datos de la entidad responsable del pago, en su párrafo cuatro establece textualmente lo siguiente: “La entidad responsable del pago una vez verifique en sus archivos que efectivamente existe inconsistencia en la base de datos, procederá a reportar la novedad de actualización” (Resolución 3047 de 2008 ministerio de la protección social, artículo 1 párrafo 4 Pg.2).

Esta condicional de ley, permite que alguna inconsistencia encontrada en alguna factura del paquete de facturación general, sea causante de devolución para ajuste y corrección. Puede presentarse el caso de que el hospital alegue que nada hay erróneo en el trámite de la facturación, en ese caso, los auditores exhortan a que se haga una nueva tramitación de la cuenta, pero es aquí donde muy probablemente entran en juego nuevamente las demoras y los percances ya mencionados en la digitación y radicación de las cuentas en los sistemas internos de las EPS, proceso en el cual puede presentarse un considerable tiempo de revisión y sistematización del pago, en el cual, el hospital no recibe el más mínimo pago de operaciones; a su vez, es de tenerse en cuenta además, que dado el caso de que muy posteriormente se haya clarificado la situación de la facturación y se logre la radicación de la misma bajo la aprobación de la auditoría, esta paso a otra instancia previa al cancelación total de la deuda, y esta es a la tesorería. En la tesorería se plantea una nueva problemática en torno a la cancelación de la deuda, debido a ciertos términos incluidos en las minutas de contrato que se firman con los prestadores del servicio médico, estas minutas o cláusulas de contrato son protegidas por la ley bajo una figura conocida como condiciones de posición dominante que según la sentencia C-1041/07 de la corte constitucional en lo que corresponde al concepto de posición dominante, párrafo 4, lo expone como:

La posición dominante, consiste en una sustracción de la competencia efectiva, en una situación de fortaleza en la cual se encuentra una determinada empresa, la cual le permite evitar que en un mercado determinado se mantenga una competencia real

por conferirle el poder de conducirse en buena medida con independencia de sus competidores, clientes y, en últimas, de los consumidores. (Corte Constitucional, 2007: Pg-2).

Estas capacidades concedidas a las EPS, ocasionan que los contratos entre EPS y entidades hospitalarias, no representan un pacto organizado entre las partes, sino una especie de adhesión forzosa a condiciones pensadas y pactadas con antelación por la EPS para salvaguardar sus intereses, previas a la firma de los contratos. Una de esas cláusulas contenidas en los contratos cobijadas por la ley en los términos de la posición dominante, hace referencia a los tiempos póstumos de cancelación de la deuda desde el momento que esta llega a tesorería después de la radicación inicial, la minuta de contrato establece un tiempo definido para cancelar las deudas que oscila entre dos a tres meses, después de la llegada de la facturación a tesorería (circular 000016 superintendencia de salud 2015, párrafo 3).

Esta condición representa un tiempo de espera entre casi diez meses a un año para que las facturas sean canceladas a los hospitales, lo cual agrava la situación de la institución en la medida de que como pueden sostener no solo la adquisición de materiales médicos con todo y sus condiciones de importación, si no a su vez, el sostenimiento interno de lo referente a nominación, adecuación y demás gastos de ejecución presentes, con esta brecha de tiempo en la cual no entran los dineros de operación con las EPS.

La ley postula en su normatividad estos gastos de causación como exonerables de recaudo, es decir, los impuestos por la condición de favorabilidad de la constitución colombiana, pueden ser saldados con el recaudo institucional; según la Corte Constitucional (2007) en su sentencia C-108/95, define para la condición de favorabilidad lo siguiente: “sólo existe un precepto que reglamenta la situación que va a evaluarse, y como admite distintas interpretaciones, se ordena prohiar la que resulte más favorable al trabajador” (párrafo 4. Pg-1)

Pese a esta determinación, agentes como la DIAN, consideran penalmente la omisión de pago de obligantes, como agentes directos de embargo contable, es decir, tramites que comprometan las libertades del individuo como su seguridad social terminan no siendo condicionados por el recaudo o no, lo cual ocasiona que si por alguna razón la entidad en su cuenta crisis no puede sostener el pago de estos agentes pasivos, puede entrarse en amplias problemáticas de embargos de cuentas a causa de intervención y supervisión de agentes del estado.

Esta cuestión demanda no solo un congelamiento presupuestal por falta de activos, si no obliga a la entidad a suplir los gastos de operación interna a raíz de sus propios autofinanciamientos, en cumplimiento de los requerimientos de ley, se debe prestar continuamente el servicio de salud a la población, lo cual, ahonda la problemática financiera de la institución, en relación a que por un tiempo muy considerable, las cuentas activas del hospital se congelan, mientras los pasivos crecientes aumentan en proporción directa con los tiempos en que se tramita en espera, el pago de las EPS.

El código Sustantivo del Trabajo en su artículo 21, contempla el principio de favorabilidad, así: "En caso de conflicto o duda sobre la aplicación de normas vigentes de trabajo, prevalece la más favorable al trabajador. La norma que se adopte debe aplicarse en su integridad" (Sentencia No. C-168/95. Párrafo 4 Pg-1); se parte entonces del presupuesto de la coexistencia de varias normas laborales vigentes que regulan una misma situación en forma diferente, evento en el cual habrá de aplicarse la norma que resulte más benéfica para el trabajador. Dicho principio difiere del "in dubio pro operario", según el cual toda duda ha de resolverse en favor del trabajador; porque en este caso tan sólo existe un precepto que reglamenta la situación que va a evaluarse, y como admite distintas interpretaciones, se ordena prohijar la que resulte más favorable al trabajador.

Séase de notar en este punto, como la normatividad vigente impulsa una serie de actividades internas en los manejos de las EPS, que directamente representan un problema financiero dentro los hospitales mismos, ya que sus funcionamientos dependen en gran porcentaje de los pagos activos de las entidades prestadoras de salud, al averiarse o perjudicarse el correcto flujo de caja entre hospital y EPS en los términos mencionados, las situaciones fiscales hospitalarias y en general de toda el servicio de salud, entran a inevitables y profundas crisis, a raíz de la misma exigencia del marco legal de salud y su normatividad de establecer pese a crisis internas de flujo de caja, la prestación del servicio de salud a la población y a su vez el correcto y constante cumplimiento de sus obligaciones. Al respecto afirma Polanía Alvares (2015): El desfinanciamiento de los hospitales públicos es la principal consecuencia de las fallas en el flujo, causado por el incumplimiento de los pagos de las EPS-S y los entes territoriales. De acuerdo a los cálculos de Londoño, et al., (2001, citado por Polanía, 2012 p. 48) si los deudores de los hospitales cumplieran con sus pagos, habría un superávit financiero 4 veces mayor, que los beneficiaría.

Esta interferencia en el flujo de caja, ocasiona a su vez, que los recaudos presentes sean destinados para el cubrimiento de obligaciones pasadas, es decir, si se recaudan dineros por prestación de servicio hospitalarios, estos en su mayoría no se destinan al cubrimiento de las demandas actuales si no a las moras de las obligaciones anteriores, surgidas a raíz del auto cubrimiento del déficit y la demanda en curso de las operaciones respectivas al funcionamiento de la entidad; la des favorabilidad de las situaciones financieras del hospital, es algo que siempre está en tendencia a la baja, es decir, con capitales negativos de operación.

1.6. Marco jurídico

Un aspecto importante de la presente investigación, es identificar qué aspectos, postulados desde la normativa, proyectan situaciones particulares que, en sus desarrollos y aplicaciones, promueven epicentros institucionales que derivan en crisis hospitalarias, en este caso en particular, en crisis de índole financiera en el HIDC.

Los puntos críticos evidenciados como agentes de crisis, se han encontrado en los procesos y tramites de liquidez y flujo de caja los cuales se respaldan en sentencias como la C 1041-07 en relación con el concepto de posición dominante, o la sentencia C 108-95 que trata sobre las condiciones de favorabilidad entre otros resaltados en el cuadro N° 9. Como se estableció con anterioridad en la investigación, estos parámetros poseen un respaldo desde la ley, existen diversas sentencias decretos y circulares de tipo jurídico en donde se avala de una u otra forma el proceder de todas aquellas operaciones internas que representan según el análisis elaborado, crisis financieras hospitalarias.

A continuación, se describe en el cuadro No. 9 el marco jurídico relacionado con la crisis financiera hospitalaria en el HIDC.

Cuadro 9. Marco jurídico

| NORMA | GENERALIDAD |
|---------------------|--|
| Decreto 2423 /2006 | Nomenclatura y la clasificación de costos para los procedimientos médicos. |
| Sentencia C 1041/07 | Concepto de posición dominante de la corte suprema |
| Sentencia C 108/95 | Condición de favorabilidad |

| | |
|------------------------------|--|
| Artículo 21 | Código sustantivo del trabajo |
| Ley 1122 de 2007 artículo 13 | Fundamentos jurídicos |
| Ley 100 de 1993 | Define el Sistema de Seguridad Social Integral con que cuentan las personas y la comunidad para tener una buena calidad de vida, en concordancia con las políticas, planes y programas que el Estado y la sociedad implementen para proporcionar una cobertura integral con el propósito de mejorar el bienestar de la población |
| Acuerdo 011 de 2010 | Unifica el POS para niños y adolescentes menores de 18 años. |
| Acuerdo 027 de 2011 | Unifica el POS para adultos de 60 años y más |
| Ley 1438 de 2011 | Mediante esta Ley se fortalece el Sistema de Seguridad Social en Salud, basados en un modelo de prestación de servicios de salud público aplicando estrategias de atención primaria en salud con la coordinación del Estado, las instituciones y la sociedad en busca del mejoramiento de la salud y un medio ambiente sano y saludable que brinde a la población servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo en busca de una mejor calidad de vida. Pago a prestadores de servicios de salud y el trámite de glosas Art. 56 57 |
| Circular 017 de 2012 | Incorpora la población de 0 a 18 años de edad a recibir los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud sin importar el régimen a que pertenezca. |
| Circular 027 de 2012 | Mediante la cual se Unifica el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado a la población entre los 18 y los 59 años de edad |
| Acuerdo 032 de 2012 | El cual unifica el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivos y subsidiados para la población de 18 a 59 años de edad |

| | |
|---|---|
| Decreto 4747 de 2007 | Trámites para el pago de facturación correspondiente. |
| Resolución 3047 de 2008 | Causantes de devolución de facturación. |
| Resolución 3047 de 2008, parágrafo 4 | Causantes de devolución de facturación. |

Fuente: Elaboración propia

Capítulo II. Desarrollo histórico y reformas del sistema de salud en Colombia.

En este capítulo se presentan una secuencia de acontecimientos históricos, que han influido en la transformación del sistema de salud colombiano, desde su concepción, hasta su rentabilidad.

2.1. Contextualización de la salud en Colombia.

El trabajo de investigación que nos ocupa, acoge la idea del historiador Jaime Jaramillo Uribe (Considerado uno de los más destacados historiadores colombianos e influyentes en el desarrollo de la historia como disciplina en el país) de hacer uso de la historia como un buen método para comprender un problema, al observar los contextos generales políticos, sociales y económicos de una sociedad. La observación que sugiere, permitirá poner en evidencia la esencia de las políticas públicas como respuesta a las necesidades y anhelos de una sociedad, como proceso colectivo para resolver conflictos generados por la construcción social de lo que son los bienes comunes y su administración y que terminan siendo una forma de unión entre el gobierno y la ciudadanía como parte integral de una sola moneda: el Estado.

2.1.1. La dispersión, 1819 a 1945

A comienzos de 1819 se establecieron pocos beneficios en cuanto a seguridad social, que consistían en asistencia médica de beneficencia para militares y artesanos por parte de médicos y religiosas de la caridad. Todo indica que el primero en introducir el concepto de Seguridad Social en Colombia en la escena política y estatal, aunque vagamente, fue Simón Bolívar (Instituciones

españolas vigentes en Colombia hasta 1827, creadas para amparar a las viudas de los militares). Los registros de seguridad social financiada y organizada, se dan con las cajas de socorro Montepíos Militares⁶ sostenidas con las contribuciones de los militares y destinadas para sus viudas y huérfanos. Con el transcurrir del tiempo, se transformaron en cajas de ahorro que fueron las precursoras del cooperativismo para algunos miembros de la clase obrera y los militares

Con la Constitución de 1886 y la Ley 50 surgen las pensiones para los militares, magistrados de la Corte Suprema, educadores y empleados civiles. Fue necesario esperar hasta 1925, Ley 75, para que se creara la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares, primera entidad social formalmente organizada. Hay que enfatizar que, durante 126 años de república independiente, en Colombia la salud se manejó sin planes estratégicos, dependiendo de las necesidades políticas y socioeconómicas del país. Fue el general Rafael Uribe Uribe en 1904 el que presentó la conceptualización y los planteamientos específicos de la Seguridad Social que hicieron que en 1929 y 1930 se presentaran tres proyectos de ley tendientes a crear los Seguros Sociales pero que fueron archivados por el Senado, a pesar de las sentidas necesidades de la sociedad civil, brindando casi de forma exclusiva beneficios a los militares que por generaciones cubrieron las 25 guerras civiles colombianas.

Por estos años, prevaleció lo que se ha denominado un modelo higienista y preventivo a cargo del Gobierno. Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la medicina curativa se atendía en los hospitales bajo el mando de las juntas directivas de origen religioso. Eran financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad, con políticas públicas y normas aisladas de alcance restringido

⁶ Instituciones españolas vigentes en Colombia hasta 1827, creadas para amparar a las viudas de los militares.

para cubrir sectores de población muy reducidos y para amparar unas pocas contingencias tales como accidentes de trabajo o la maternidad.

En esta época de dispersión se presentaron los inicios de la asistencia pública con la Ley 65 de 1911 en donde se decretó el auxilio anual de la nación para el Hospital San José de Bogotá cuya consagración institucional se logró con la reforma constitucional de 1936 en la que se dispuso que “la asistencia pública es un deber del Estado y se garantiza a quienes carecen de medios de subsistencia o estén físicamente impedidos para trabajar...”. A partir de este año y durante 44 más, la institucionalización de la Salud Pública pasó por diferentes fases de organización que tenía como meta llegar a una estructura nacional que manejara el sector de la salud.

2.1.2. Etapa de organización, 1945 a 1967

Los acontecimientos más importantes en seguridad social del periodo, fueron la expedición del Decreto 2350 de 1944 y la Ley 6 de 1945, primeras normas que regularon las relaciones labores de los sectores privado y público. Igualmente importante fue la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) con el objetivo de administrar el régimen de seguros sociales obligatorios, Ley 90 de 1946 y la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL) con los que se establece un sistema de seguridad social formal, basado en el modelo alemán Bismarck (Canciller alemán Bismarck que en 1883 legalizó el primer sistema de Seguros Sociales en el mundo con la intención de brindar protección al trabajador), con las influencias legislativas del “Plan Beveridge” (Creado por el inglés Sir. William Beveridge llamado el “artífice de la moderna Seguridad Social” al moldear sus bases doctrinales que sirven para muchas de las actuales legislaciones sobre seguridad social), el cual se orientaba a proteger a los asalariados y no a la población en general.

El ICSS aseguraría a los trabajadores particulares mientras CAJANAL lo haría para los trabajadores oficiales. Paralelamente fue creado el Ministerio de Higiene, Ley 27 de 1946, con el fin construir una estructura permanente que maneja los asuntos de salud pública con la función especial de promover y fortalecer la higiene pública, es decir, la prevención general, campañas directas, saneamiento ambiental, vacunación, higiene materno infantil y educación sanitaria. En el otro frente, la medicina curativa, se reforzaba la autonomía y autosuficiencia de las juntas directivas, la beneficencia y los hospitales de caridad. Coincidente con el Ministerio, La Organización Mundial de la Salud (OMS) nace en ese año.

Entidades como el ICSS harían parte de las estrategias de los gobiernos de turno para intervenir el contexto social que Colombia vivió durante estos 22 años marcados, profundamente por acontecimientos como la guerra civil no declarada entre 1946 y 1960 conocida como “La Violencia” con un saldo de más de 200.000 muertos de un total de 11 millones de habitantes y el desplazamiento forzoso campo-ciudad de 2 millones de colombianos. El estallido de la industrialización que precedió a la Segunda Guerra Mundial generó la creación de empresas y en consecuencia la cobertura del ICSS llegó a un gran número de empleados. Ese impulso económico exigió nuevas formas de organización social por parte del gobierno, empresarios y trabajadores, así como una mayor preocupación para asegurar a los asalariados un sistema de vida más estable y condiciones de conservación y recuperación de la salud.

El crecimiento económico fue un fenómeno paradójico. El número de muertos crecía, pero también el índice del producto interno bruto a una tasa del 5% anual entre 1945 y 1955. La producción industrial creció notoriamente en este periodo al 9% anual. La proporción de habitantes urbanos también subió: en 1938 fue del 31%, en 1951 fue de 39% y en 1964 del 52%. La urbanización fue una tendencia general en América Latina debido a la extrema pobreza, la falta de oportunidades en el campo y la oferta de empleo en las ciudades por parte del sector

manufacturero. En Colombia, igualmente ayudó la violencia rural y la seguridad que ofrecía el entorno urbano.

Las condiciones sociales, políticas y económicas del país, obligaron al ICSS a brindar atención sólo en el Seguro Social Obligatorio para Enfermedades no profesionales y Maternidad, ya que la salud era tenida como un imperativo dejando en el papel la invalidez, la vejez, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y muerte. Las vinculaciones se dieron gradualmente y por grupos, hasta que se presentó un déficit hospitalario y escasez de personal médico que obligó a la limitación de las afiliaciones y a la creación de hospitales en los departamentos. Debido a que era un sistema unificado, generó graves problemas al no diferenciar entre los riesgos económicos de pensión y los de salud.

Durante este periodo, en la mayoría de los casos, la administración de los servicios de salud la realizaban profesionales del área, pero empíricos en administración. Sus directivos eran médicos clínicos de gran reputación que ejercían sus funciones con enfoque administrativo de benevolencia y renombre social y con bases de sentido común y experiencia personal (Torres 2010). La creación del Ministerio de Higiene y del ICSS, constituyeron un avance para el sector salud, pese a la fragmentación de los servicios de salud y al fuerte surgimiento de una medicina privada de tipo individualista y básicamente de recuperación, de tal manera que el funcionamiento nacional de salud reposaba en cuatro frentes: 1) El Ministerio de Salud y sus organismos dependientes. 2) Las beneficencias y hospitales. 3) La Seguridad Social y sus instituciones de atención médica. 4) La consulta privada.

Al finalizar el periodo, se introdujeron los conceptos de coordinación e integración de salud para intentar abolir la separación entre medicina preventiva y curativa. Con esta intención el Ministerio cambió su nombre por el de Salud Pública a la vez que creó los “Centros de Salud Pilotos” que brindaban medicina integral. La idea nace en las facultades de medicina donde se

institucionalizaron los departamentos de Medicina Preventiva a los cuales respaldó el Ministerio enviando médicos y enfermeras al exterior para capacitarse como especialistas en el campo de la Salud Pública y mejorar el esquema y los servicios de salud (Torres, 2010)

2.1.3. Etapa de expansión, 1967 a 1977

Esta etapa se caracterizó por la ampliación de la cobertura en seguridad social y el aumento de los servicios tanto en salud como en pensiones. La extensión de la cobertura en salud, se hizo a través de los departamentos con la intención de llegar al sector rural, Decreto 433 de 1971, delegando la responsabilidad de los hospitales a las regiones más que a los municipios. El origen del concepto de salud se da en la década de los 70 y con él aparece el Sistema Nacional de Salud (SNS) y los niveles de atención (I, II, III) buscando mayor eficiencia del servicio al usuario.

En Uruguay, los países latinoamericanos analizaron y definieron el papel de la Salud Pública en el desarrollo económico y social de cada nación, llegando al consenso de la necesidad de trabajar a través de un método de planeación que reemplazara la improvisación en la toma de decisiones. En consecuencia, el Ministerio Colombiano de Salud Pública creó la Oficina de Planeación, Coordinación y Evaluación al tiempo que unió esfuerzos con el sector de la Educación, con este fin se planeó y fundó el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación, convirtiéndose en el primer intento serio que dio las bases de un Plan Nacional de Salud y un verdadero sistema de prestación de servicios. En este mismo sentido, se aprobó el Plan Nacional Hospitalario con la Ley 39 de 1969 para darle fuerza al Sistema de Regionalización de Servicios con los diferentes niveles de atención médica.

A finales de los 60, gracias a políticas de tecnócratas profesionales, Colombia gozó de un supuesto desarrollo económico y social de tinte científico que muchos llamaron “el milagro

colombiano”. La economía crecía al 6% anual y la nación estaba en periodo de paz, con excepción de algunas zonas olvidadas donde tuvieron presencia 21 grupos subversivos. En contraste, la inequidad aumentó especialmente en el campo donde se vivía en pobreza absoluta debido a múltiples factores como ingresos muy bajos por el exceso de oferta de mano de obra contra la poca demanda o la continua concentración de la mejor tierra en pocas manos. En las ciudades el desempleo creció paradójicamente con el aumento de bachilleres a los que la economía no les podía ofrecer trabajo en sus especialidades.

Ante el ahogo financiero de la salud, a partir de 1971 el Estado buscó recaudar fondos para CAJANAL y el ICSS a través de decretos y leyes que no dieron resultado, por esa razón en 1976 el gobierno firma un contrato con el ICSS y el Banco de la República para inyectar dinero a la seguridad social, al ICSS y al Fondo Nacional Hospitalario. Pero la corrupción, el incumplimiento de los giros del gobierno y la politización de la entidad, hizo que el ICSS financiara la parte pensional con los recursos de la salud, creando grandes debilidades presupuestarias que se reflejaban en la mala calidad de la atención y de los servicios. Esta situación fue el preámbulo de la crisis que se avecinaba.

Durante estos años la administración de la salud fue salubrista ya que sus directivos eran especialistas en salud pública, muy enfocados en salud comunitaria, del medio ambiente y medicina preventiva. Su base médica eran los elementos epidemiológicos, pero con bases administrativas superficiales que no respondían a políticas públicas coherentes (Torres 2010). De forma real se integró la salud al Plan General de Desarrollo Económico y Social, iniciando el enlace entre el sector salud y las otras áreas del desarrollo social. Igualmente, se define la Política de Salud, uno de cuyos componentes fue la Regionalización de Servicios de Salud y el ordenamiento institucional, con el objetivo de establecer un sistema, como paso previo para la instauración del Servicio Único de Salud.

2.1.4. Etapa de cambios y crisis, 1977 a 1990

Los colapsos financiero, laboral y operativo del ICSS determinaron la expedición de la Ley 12 de 1977 otorgándole facultades extraordinarias al Presidente de la República para reorganizar el régimen de seguridad social del país a través del Decreto Ley 1650 de 1977 se trató de mejorar los recursos, servicios y atención del Instituto.

El ICSS cambió su nombre por el de Instituto de Seguros Sociales (ISS) para separar los seguros asistenciales de los seguros económicos. Igualmente, conjuró la crisis sindical y de personal con la creación de la categoría jurídica intermedia entre empleados públicos y trabajadores oficiales: funcionarios de la seguridad social, confiriéndoles facultades para negociar colectivamente sus asignaciones salariales y prestacionales. Esta categoría jurídica subsistió hasta la expedición del Decreto 2148 de 1992 cuando el ISS transformó su naturaleza jurídica, en Empresa Industrial y Comercial del Estado, pasando sus servidores a la categoría de trabajadores oficiales.

Durante los 80 Colombia, como los demás países latinoamericanos, sufrió los efectos de una crisis económica por malas administraciones acompañada de un aumento de la violencia política y del crimen generado por la industria del narcotráfico, al tiempo que los partidos políticos tradicionales continuaban con sus prácticas enfocadas en el clientelismo dejando de lado la creación de nuevas políticas y programas que mitigaran las necesidades cotidianas de los ciudadanos. Incluso se escucharon voces que vaticinaban golpes de Estado militar o una guerra civil generalizada. Sin embargo, el comportamiento económico del país superaba a muchos de la región ubicándose entre los mejores en este aspecto (Torres 2010).

Durante estos años, el objetivo primordial del SNS fue la asistencia pública. El Estado era actor directo como financiador y oferente de servicios para la población pobre. Los directores de hospitales de los tres niveles eran, en la práctica, figuras de papel porque la mayoría de las decisiones se tomaban en Bogotá. Adicionalmente, muchos de ellos no tenían la preparación para realizar una gestión eficiente, en lo que también contribuía el castigo de los subsidios estatales al recortar anualmente el presupuesto de las entidades que presentaban superávit para asignarle más recursos a aquellas con mayor déficit.

Las restricciones de los servicios médicos hicieron que, las familias asalariadas colombianas de esos días buscaran como solución la medicina particular, los seguros de salud privados, la medicina prepagada o el pago adicional en las cajas de compensación familiar para alcanzar una mejor protección de salud básica ya que sólo el empleado y no su familia gozaba de cobertura de servicios excepto en los casos de maternidad y el primer año de vida del bebé. A mediados de 1989 el ISS protegía a 4 millones 200 mil personas de los casi 28 millones de habitantes. Un porcentaje de cobertura bajo, mucho más si se compara con otros países con un estado de desarrollo social y económico semejante en esa época.

Con la intención de llegar a una estructura y organización enfocada al desarrollo del sistema de salud, se contó con la definición y ejecución de políticas públicas de salud aplicadas a nivel nacional, acompañadas de análisis y cambios racionales. El logro más significativo lo representó el hecho de acoger a 9 millones de campesinos desprotegidos en salud. En este estadio del desarrollo del sistema de salud, su administración fue ejercida por administradores profesionales con perspectivas interdisciplinarias y una base de profesionalización de la administración en el área (Torres 2010).

2.1.5. Etapa de reformas institucionales, 1990 a 2016

Los años 90 estuvieron marcados por efectos económicos, políticos y sociales a nivel nacional e internacional. Con la apertura económica y la Constitución de 1991 se presentaron cambios esenciales en la estructura económica, social e institucional del país, dando un cambio radical a la seguridad social que se consolidó como un derecho público, otorgando al Estado herramientas para que controlara, dirigiera y coordinara el sistema tanto en el sector público como en el privado.

En cuanto a la salud se le dio carácter de servicio público con intervención estatal. En este sentido se reestructuraron el Ministerio de Salud, la Caja de Previsión Social, la Superintendencia de Salud y otras instituciones para darle paso a la Ley 100 de 1993 con la que se consolida el proceso (que aún no termina) de reformas estructurales en la seguridad social colombiana, la cual facilita el nacimiento de: el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema General de Pensiones y el Sistema General de Riesgos Profesionales.

A pesar del buen desempeño económico que el país experimentaba, la parte social se encontraba en crisis, así que la expresión ciudadana y el agitado ambiente político llevaron a la conclusión que la tabla de salvación sería la modernización del Estado a través de una nueva constitución política ante la inoperancia del aparato estatal. El 9 de diciembre de 1990 fueron elegidos 70 miembros deliberantes de gran diversidad política que formaron la Asamblea Nacional Constituyente que en 1991 entregó una ambiciosa e innovadora Carta Magna con 380 artículos definitivos y 60 transitorios que reconocen y consagran derechos fundamentales, económicos, sociales y colectivos con mecanismos para asegurarlos y protegerlos y que servirían para superar la crisis de gobernabilidad y enaltecer la legitimidad del Estado.

La violencia generada por los enfrentamientos entre el Ejército Nacional, las guerrillas, la mafia y las Bandas Criminales (Bacrim, compuestas por paramilitares y guerrilleros desmovilizados) produjo el mayor problema social del país en el siglo XXI: más de 5 millones de desplazados internos según la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), en su mayoría humildes campesinos que por sus condiciones de desterrados enfrentan situaciones de penuria y mendicidad en las ciudades, aumentando el nivel de inequidad entre ricos y pobres. Sin embargo, el crecimiento de la economía estaba en alza, registrando una tasa superior al 6% en 2006, gracias en parte a la apertura económica o neoliberalismo iniciado en el 84, fenómeno extendido por América Latina y respaldado por la banca internacional y EE.UU.; respaldo que se oficializó con el Consenso de Washington como guía para las políticas económicas (paquete de exigencias) que debían trazar los organismos internacionales al momento de ayudar a los países en desarrollo.

Dichas políticas incrementaron la desigualdad ya que, al incentivar la competitividad y apertura, se benefician las personas con mayor nivel educativo y especializado. Para 2006 el 15% de los jóvenes estaban matriculados en educación de nivel superior y la alfabetización básica alcanzaba el 93% de la población.

En 1991, el Constituyente definió que el modelo de la seguridad social con sus principios y mecanismos era la manera de transformar e integrar el viejo sistema de salud en uno que fuera único y organizado con criterios de universalidad, solidaridad y eficiencia y que el legislador plasmó en la Ley 100 de 1993 estableciendo el llamado Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tal vez el logro más importante y novedoso de esta Ley en materia de equidad y solidaridad es el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, no sólo por sus objetivos en términos de cobertura y de incremento en los recursos destinados a la salud de la población pobre del país, sino por el salto cualitativo que representó pasar del sistema tradicional de caridad en la asistencia pública a un modelo de seguridad social progresivamente creciente en sus beneficios.

Se caracteriza este periodo por el nacimiento de una gran cantidad de empresas relacionadas con la salud y, como consecuencia directa, se presenta una demanda inusitada de administradores especializados en el manejo y dirección de los servicios en salud. Las perspectivas son de gerencia con el objetivo de dirigir empresas especializadas en el tema.

A manera de conclusión, se puede decir que la observación de los hechos ocurridos y acumulados a lo largo del tiempo, permite al lector integrar el pasado y el presente, con el fin de diseñar o vislumbrar el perfil del futuro, al tiempo que brinda la posibilidad de detectar errores. La Salud Pública en el país es un proceso en cuyo engranaje y desarrollo han contribuido, para bien o para mal, los diferentes gobiernos al igual que la composición social de la nación y las políticas públicas con acciones significativas en determinados periodos, épocas o administraciones que han permitido impulsar o retrasar dicho proceso.

2.2. Estructura actual del sistema colombiano de salud

El sistema de salud colombiano se compone por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada.

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 de 93 del mismo año creó el actual SGSSS.

Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden elegir libremente una EPS pública o privada. La contribución obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y organizar y garantizar la prestación del POS. En 2010 la cobertura del RC fue de 39.4% de la población. La Ley 100 de 93.

El RS, por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC. La identificación de dicha población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). Los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales. Los beneficiarios del RS acuden a las

EPS de dicho régimen. La cobertura del RS en 2010 alcanzó a 51.4% de la población. Además de los beneficiarios del SGSSS, existen varios grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social (4.9% de la población del país) y que pertenecen a los regímenes especiales. Tal es el caso del Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL).

Adicionalmente se consideró la participación en el SGSSS de personas que lo harán en forma transitoria mientras se logra la universalidad en la afiliación. Son aquellos que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

De acuerdo con los registros del sistema, en 2010 el total de beneficiarios de algún tipo de aseguramiento en salud representaba 95.7% de la población. El SGSSS, a través del RS, ha logrado afiliar y dar cobertura a los sectores empobrecidos. No obstante, aún existe una porción de la población de ingresos medios que carece de cobertura, ya sea porque se encuentra transitoriamente desempleada o porque, tratándose de trabajadores independientes, no alcanzan la estabilidad laboral necesaria para pagar regularmente 12.5% de sus ingresos como cotización al SGSSS. En todo caso, esta población todavía se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo.

2.2.1. Beneficios.

El aseguramiento corre a cargo de las EPS y el objetivo del SGSSS es que los beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo lleguen a ser los mismos. Cada EPS conforma y ofrece

a sus afiliados una red de IPS públicas y/o privadas: consultorios, laboratorios, hospitales y todos los profesionales que individualmente o agrupados ofrecen sus servicios de atención a la salud. Los hospitales públicos, por su parte, se han ido transformando en organizaciones autónomas, denominadas Empresas Sociales de Estado, que venden sus servicios a las EPS.

Como mínimo, la red de IPS públicas y/o privadas conformada por cada EPS debe cubrir el llamado POS, que cubre tanto al afiliado cotizante como a su grupo familiar en lo que se refiere a todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad que se prestan en el primer nivel de atención. Los beneficios incluyen también la atención inicial de urgencias, atención al recién nacido, y consulta médica general y odontológica. Previa referencia por parte del médico general, también se incluyen la consulta médica especializada, exámenes de laboratorio, medicamentos, hospitalización, intervenciones quirúrgicas de baja complejidad, tratamientos de rehabilitación física, y diversas terapias, prótesis y órtesis.

El POS cubre la atención de algunas enfermedades de alto costo, dentro de las que se incluyen el sida, la enfermedad renal crónica y el cáncer. Además, quienes cotizan en el régimen contributivo tienen derecho a prestaciones económicas suplementarias en casos de licencia por maternidad y de incapacidad por enfermedad. En Colombia, el POS-C ha sido más amplio que el POS-S desde su definición en el año 1994. Sin embargo, sucesivos mandatos legales y jurisprudenciales han ordenado la unificación de ambos planes, en un solo POS, que se pueden evidenciar en las circulares 017 de 2012, Circular 027 de 2012 y acuerdo 032 de 2012.

Existen tanto cuotas moderadoras como copagos que los afiliados tienen que realizar de acuerdo con tabuladores y tarifas ajustados por servicios y por grupos de ingresos. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional al tiempo que se promueve la inscripción de los afiliados en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. Estos copagos tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Algunos servicios están exentos de cobro, particularmente los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los de prescripción regular, como el tratamiento de la epilepsia, la hipertensión, el asma y la diabetes. En el caso del régimen contributivo, el afiliado cotizante no está obligado a hacer copagos por atención hospitalaria, pero sí los miembros de su núcleo familiar.

Por lo que respecta a la participación de los usuarios en las cotizaciones, de acuerdo con la clasificación por niveles del SISBEN, los niveles 1 y 2, que corresponden a la población más pobre, gozan de subsidio total. El nivel 3 obtiene, en principio, subsidios parciales, si bien en la práctica hay subsidio total. De igual manera, quienes han sido identificados dentro del nivel 1 del SISBEN están exentos del pago de copagos y cuotas moderadoras. Las personas con capacidad de pago pueden adquirir voluntariamente seguros de salud privados y complementarios, siempre y cuando cumplan primero su obligación de cotizar al SGSSS. Los accidentes de trabajo y las enfermedades de origen profesional se cubren mediante un seguro aparte del POS que los empleadores están obligados por ley a contratar.

2.2.2. Financiación del sistema.

Los servicios de salud se financian con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, con contribuciones del gobierno y con contribuciones de los empleadores. Todas estas contribuciones se reúnen en el FOSYGA, el cual las redistribuye a las EPS según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado. En el caso del subsidiado, los recursos del FOSYGA se suman a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios.

Las EPS a su vez pagan los servicios a las IPS bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios.

Lo anterior es un elemento significativo para la tesis, se constituye en un factor que permite evidenciar las propuestas financieras, para superar la crisis económica y formular estrategias de cambios institucional.

Capítulo III. Resultados de la Investigación

Hasta la década de los 70 no sólo en Colombia, el grueso de las necesidades en salud se resolvía con sistemas de caridad pública (para los más pobres) y pago de bolsillo (para los más favorecidos), sistemas éstos que funcionaban casi solos con la despreocupación del Estado. Sólo hasta los 80 se operan fuertes transformaciones debido al crecimiento enorme del problema en que se fue convirtiendo la salud y que, con la presión por la solución de las necesidades, los gobiernos se vieron obligados a prestar verdadera atención al asunto.

Gracias a esas transformaciones se concluyó que el crecimiento en áreas como la salud repercutía directamente en el desarrollo de la sociedad. Además, se abandonó el concepto de que la salud era un problema exclusivamente individual (del paciente) al reconocerse como un bien al que cualquier persona tiene derecho -derecho meritorio- sin importar su condición económica, étnica, religiosa o política, el Estado tiene que brindárselo con calidad y oportunidad y en condiciones de mínimo decente a los ciudadanos sin capacidad de pago.

Los problemas de Colombia y, de la mayoría de los países latinoamericanos, surgen de la ruptura entre la institucionalidad estatal y las sociedades pluriculturales que lo componen. Dicho distanciamiento se acentuó en el siglo XIX con la implementación local de modelos institucionales verticales que no respondieron a las realidades de las sociedades.

En los siglos XX y XXI en América Latina se realizan ciclos de reformas constitucionales que tienen la intención de acercarse a las circunstancias y aspiraciones de sus comunidades multiculturales y pluriétnicas. Sin embargo, a pesar de haberlas implementado hubo y se mantiene un déficit institucional y de implementación de los derechos y obligaciones, porque si en una mano se tienen avances en derechos, convenciones y tratados internacionales, en la otra se tiene la

herencia colonial, la herencia de mentalidad monista, la distancia entre ciudad y campo, el patriarcado y los grandes intereses económicos que vienen de corporaciones internacionales, de transnacionales, especialmente después del consenso de Washington.

En materia de crisis institucional en el hospital Isaías Duarte Cancino, la investigación evidencia y proyecta que el agente financiero es el principal factor de incidencia negativa, una afirmación que se fundamenta en lo siguiente:

- Costos y liquidez de operatividad. La demanda interna de adquisición de materia prima de operación, junto con el saldo de personal e impuestos vigentes de ley, no alcanza el equilibrio financiero, sumado al incremento de costos internos de operación con relación al decrecimiento del agente activo producto del pago efectuado por las EPS.
- Flujo de caja. La crisis interna del hospital, obedece, a la restricción producida por el flujo de caja. Se evidencia como la normatividad vigente (enfáticamente en lo que concierne a las cláusulas de posición dominante en contrato de operaciones, y a las cláusulas de pagos anticipados) estimula la aparición de cláusulas internas en las EPS, que tienden a paralizar temporalmente el flujo pagos sobre procedimientos operativos hospitalarios.

Claramente el resultado general de la investigación en materia de la crisis financiera, se fundamenta en una situación que conlleva a endeudamientos internos en el hospital para sostener el flujo operativo, mientras la facturación yace en una parálisis de recepción que detiene el flujo de efectivo activo, el cual garantiza el único de sostenimiento de operación interna, es decir, fomenta inexorablemente una crisis financiera en el interior hospitalario.

3.1. Marco contextual e institucional.

El Hospital Isaías Duarte Cancino, Empresa Social del Estado, objeto del presente estudio se encuentra ubicado en la Calle 96 No. E-3-1, barrio Mojica de la comuna 15, Distrito de Aguablanca en el oriente de Santiago de Cali. El Hospital lleva su nombre en honor al arzobispo de Cali asesinado a manos de dos sicarios.

Figura 3. Talento humano Hospital Isaías Duarte Cancino.



Fuente: Elaboración propia con información del HIDC ESE.

El hospital cuenta con una infraestructura adecuada, de arquitectura moderna que se destaca en el sector y que le permite prestar servicios de mediana complejidad a la población del lugar y de municipios circunvecinos. El proceso de construcción comenzó en 1997 y abrió sus

puertas a la comunidad el 1 de noviembre del 2003. Para su funcionamiento está organizado con 95 empleados (Figura 3).⁷

El Hospital responde a una necesidad sanitaria y epidemiológica, de oferta y demanda de servicios de salud, de desarrollo social, económico y de crecimiento urbano (HIDC, 2015), al imponer una arquitectura moderna y elegante que marca derroteros en este sentido para la zona (Giraldo Quintero, Delgado Blandón, & Guerrero Velasco, 2013).

Sus instalaciones ofrecen amplios espacios, confortables dotados de insumos y equipos adecuados. El HIDC ESE pretende ser un polo desarrollo del Distrito de Aguablanca⁸ y de las comunas 7, 11, 12, 16 y 21, sectores de influencia inmediata los cuales presentan indicadores sociodemográficos y epidemiológicos que la caracterizan como el área más deprimida y vulnerable de la ciudad y una de las más pobres del Valle del Cauca.

Brinda atención primaria y especializada a familias mediante acciones de promoción y prevención de la salud a niños, madres, adultos y personas mayores. Adicionalmente, cubre hospitalización con 40 camas, casos prioritarios e imagenología. Presta servicios de consulta externa en 19 especializaciones para la atención ambulatoria de lunes a sábado de 7.30 a.m. a 4:30 p.m. Cuenta con 3 salas de cirugías dotadas de insumos y equipo especializado para baja y mediana complejidad, así como terapia física, ocupacional, del lenguaje y respiratoria.

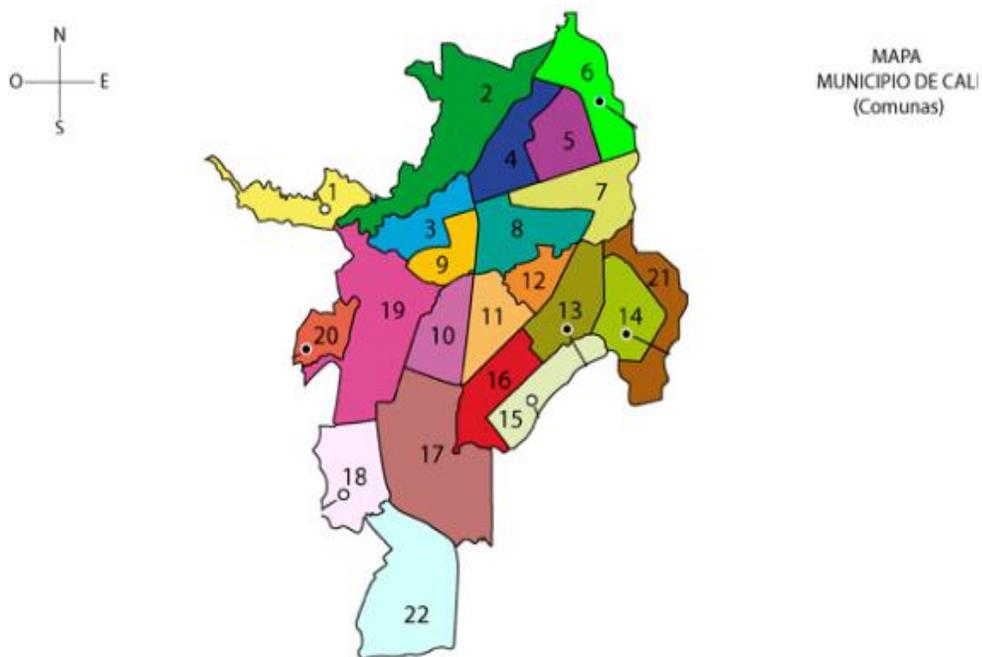
⁷La Institución se ubica en el municipio de Cali que tiene características climáticas variadas con 25 °C de temperatura promedio y una altura de mil metros sobre el nivel del mar. Cali está ubicado en el Departamento del Valle del Cauca, en Colombia, Suramérica. Departamento que se halla en el suroccidente del país y posee costas sobre el océano Pacífico en una extensión de 200 kilómetros.

⁸ El Distrito de Aguablanca (comunas 13, 14 y 15) debe su nombre a la quebrada que lo atraviesa, Llura Yacu que significa Blanca Agua. Fue fundado en 1972 con barrios que se conformaron por procesos de invasión y de urbanizaciones ilegales, por población de escasos recursos económicos de otros sitios de la ciudad y por desplazados del campo y de la Costa Pacífica después de los Juegos Panamericanos de 1971 celebrados en Cali y del terremoto de Tumaco de 1979. El Distrito y el área de influencia del HIDC incluye 89 barrios y 19 asentamientos subnormales. El 67% de la población proviene de los departamentos del Chocó, Cauca, Huila y Nariño y de otras ciudades del Valle, específicamente de Buenaventura, Dagua, Sevilla, Jamundí y Cartago; el 33% restante de movimientos intraurbanos, personas que residían en otros barrios y sectores de Cali.

Brinda apoyo en laboratorio clínico en baja, media y alta complejidad las 24 horas, al igual que atención domiciliaria para enfermedades diagnosticadas con tratamiento establecido y hospitalización domiciliaria como adicional al tratamiento recibido en el Hospital. Adicionalmente presta servicio de ambulancia.

Se tiene proyectado poner en funcionamiento la sala de urgencias que no ha sido habilitada por falta de dotación. Igualmente, se dará al servicio la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con 12 camas y 6 para Cuidado Intermedio.

Figura 4. Mapa de Santiago de Cali y sus comunas



Fuente: Municipio de Santiago de Cali.

El 90% de la población corresponde a la clase baja, estratos 1-2 y las invasiones estrato cero. El nivel educativo promedio general de la población alcanza grados de primaria. La población

económicamente activa es de 385.393 habitantes. La tasa de desempleo es del 14%. La tasa de ocupación es del 86%. Los ingresos promedios son de 1.7 salarios mínimos.

Según planeación municipal en cuanto a la cobertura de servicios públicos, el 91% de las viviendas tienen servicio de energía eléctrica, el 86% de alcantarillado, el 92% acueducto, el 93% recolección de residuos sólidos y el 79% gas natural. En el sector hay mal manejo de los caños: basureros crónicos, proliferan mosquitos, roedores y malos olores. El desecho de sólidos y líquidos tienen una cobertura del 90%. El sector se caracteriza por el alto grado de inseguridad: Atracos, homicidios, existencia de pandillas, violaciones y drogadicción. La escolaridad es deficiente en cupos en las escuelas y colegios. La expectativa de vida es de 71 años. Cuatro de cada cinco defunciones de adolescentes es por causa violenta. Las comunas del Distrito de Aguablanca y la comuna 20, presentan las tasas más altas de mortalidad asociadas con índices de delincuencia, pandillas juveniles y maltrato familiar.

La secretaría de salud municipal ha sugerido para este sector de la ciudad, en el informe de gestión de 2015, la necesidad de implementar programas de promoción y prevención (salud sexual y reproductiva) teniendo en cuenta el alto porcentaje de población afrodescendiente, indígena y en situación de discapacidad con un índice elevado de analfabetismo. Igualmente, se planteó la estrategia de incrementar y fortalecer la demanda inducida hacia programas de salud sexual y reproductiva.

Otra recomendación es fortalecer programas de crecimiento y desarrollo, la detección de alteraciones del joven con esquemas preventivos de violencia. La vigilancia de factores de riesgo cardiovasculares y el fortalecimiento de los programas de control de pacientes crónicos. Así mismo, se planteó fortalecer los servicios de atención médica primaria (AMP), la detección oportuna de cáncer y prevención de factores de riesgo y programas específicos de tuberculosis (TBC) (Durán Peñafiel, 2015).

3.2. Procesos administrativos y operativos del Hospital Isaías Duarte Cancino.

Aquí se encontrará la revisión sistemática de la literatura especializada de revistas indexadas, científicas-académicas y de textos ubicados en la Universidad del Valle relacionados con la coyuntura actual de la salud en Colombia, además el lector encontrará una reconstrucción de la experiencia tanto profesional como personal de los entrevistados en este proceso investigativo.

Colmenares (2013) coincide con Gaitán y Moreno 1997, al afirmar que la reestructuración económica y política parte de cuatro tendencias que se comparan con la situación del HIDC ESE:

- a) En primer lugar, la revolución científica y técnica ha generado un nuevo paisaje o geografía industrial, al tiempo que ocurre una creciente desnacionalización de los Estados centrales y una mundialización del proceso de producción. En este aspecto el HIDC cuenta con una planta física que supera los estándares de construcción del sector del Distrito de Aguablanca. La comodidad y funcionalidad del edificio, así como los equipos médicos con que cuenta el Hospital, responde de sobra con las necesidades de la comunidad para la que fue creado. (según los entrevistados por esta investigación).
- b) En segundo lugar, la pérdida de confianza en el Estado central como productor de bienes y servicios y como agente que posibilita la reproducción del sistema económico productor de bienes y servicios. El HIDC brinda servicios de mediana complejidad en procedimientos operatorios, hospitalarios, de consulta externa y profesionales con especialidad.
- c) En tercer término, se registra una tendencia universal orientada a promover mayor participación y autorrealización de la sociedad civil en temas de salud. A pesar de que el HIDC ESE presta un buen servicio con profesionales especialistas y calificados, con una

excelente infraestructura y tecnología; no posee una gran demanda, por el contrario, ha disminuido considerablemente, lo que ocasiona menor facturación y en consecuencia menores ingresos económicos.

- d) En cuarto lugar, existe una gran coincidencia al señalar que la privatización de actividades productivas y de servicios de los hospitales públicos es otra de las tendencias administrativas (Colmenares, 2013).

Precisamente, la privatización de los servicios que se traduce en el incremento de instituciones prestadoras de salud (IPS) privadas ha generado la disminución de los usuarios asignados por las EPS, a otras instituciones diferentes del HIDC, coyuntura que va ligada a la estructura de gestión y administración. Ríos et al. (2009) sostiene que los procesos de gestión administrativos, operativos y asistenciales llevan unos indicadores de metas por gestión y de costos. Dicha apreciación se confirma con la entrevista realizada al gerente administrativo y financiero del HIDC que se presenta a continuación junto con el organigrama. (Ver anexo No. de organigrama del Hospital).

Pregunta ¿Cuáles son los procesos administrativos que utiliza el HIDC para afrontar la crisis financiera? Respuesta del entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

El clásico reducir costos y gastos porque la crisis nos obliga a ser más eficientes. Si no lo somos cualquier persona, cualquier análisis financiero vería que nuestro costo, nuestro gasto está desbordado con respecto al ingreso o a nuestra capacidad de generar dinero.

El relato muestra que la institución posee una infraestructura idónea⁹, pero los recursos financieros y el manejo administrativo evidencian problemas para atención integral de los usuarios.

Pregunta: En cuanto a los procesos operativos que se realizan en el Hospital, ¿cuáles han implementado para enfrentar la crisis? Respuesta del Entrevistado No. 1, 03 de febrero del 2016, del Gerente administrativo y financiero¹⁰.

Indudablemente, innegablemente, un generador de crisis es la falta de eficiencia en la facturación, esto implica que todas las actividades que realicemos sean registradas, así como todos los insumos y medicamentos que consumamos. La falta de estos registros es un mal del sector, de todos los prestadores de salud en el país. Si nosotros en el día hacemos 10 mil actividades como la toma de un electro, una radiografía no todas quedan en las historias clínicas entonces no todas se pueden facturar. No tenemos la cultura de valorar cada acto que hacemos. Pensamos que eso hace parte de un globo como lo hacemos en la vida familiar o la vida social, donde generamos cortesías. Aquí no se puede porque en volumen es mucho dinero.

La gestión y la calidad de los servicios de salud deben tener un proceso dinámico para que la atención al paciente sea oportuna, por esta razón el HIDC maneja el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) con el objetivo de controlar todas sus áreas y dependencias con planes de acción e indicadores de meta, fomentando el mejoramiento continuo y la observación de los procesos administrativos, operacionales y asistenciales como lo sugiere Ramírez A, et al (2011) cuando señala la importancia de la administración y gestión integral de la calidad de la salud en Colombia.

⁹ Según el informe de gestión 2012-2015. Vigencia 2013, el HIDC posee los recursos técnicos y administrativos para cumplir su objeto misional.

Pregunta: ¿Se generan planes de acción una vez se identifican las falencias en el Hospital?

Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

Sí, siempre. Siempre se generan planes de acción y de mejora porque la administración moderna está soportada en los sistemas de gestión, acción y de control. Estos tienen un enfoque por procesos basado en el PHVA. Para cumplir el ciclo de calidad tenemos que llegar a la mejora y para llegar a la mejora previamente tenemos planes de acción. Por otro lado, quien nos audita nos exige planes de mejora. Él o ellos auditan nuestra gestión: cuáles son nuestras actividades diarias. Si encuentran alguna falencia en ellas, nos obligan hacer un plan de mejora. Por decisión nuestra también hacemos planes de mejora y por decisión externa los contratantes que hacen vigilancia y control, igualmente nos exigen planes de acción y planes de mejora¹¹.

Araoz (2006) afirma que el Estado participa en tres áreas generalmente, respecto de los bienes públicos y privados, los cuales son:

- Regulación: normar, supervisar, garantizar el cumplimiento de las reglas y normas.
- Financiación: costear la producción de bienes y servicios.
- Gestión: ejecutar o producir el bien o servicio. Por ejemplo: servicio de educación, agua potable, carreteras y salud.

Pregunta: ¿Cuáles serían las soluciones de fondo al problema de la salud en Colombia?

Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

El sistema no arrancó con indicadores reales sino con unos indicadores copiados del Seguro Social que fue un monopolio en la prestación de servicios en salud, por esa razón los indicadores que el ISS presentaba no eran los más exactos. De allí que el sistema no cogió los niveles de consulta o la prevalencia de morbilidad. Los indicadores iniciales están desfasados frente a la realidad, están triplicados y

¹¹ Informe de Gestión Institucional 2012-2015, vigencia 2013

cuadruplicados. Con esos indicadores construyen la suficiencia de la UPC y estructuran el sistema. Entonces todo queda desfinanciado porque los aportes son insuficientes para convertirlos en UPC. Además, cuando se creó la Ley 100, se estableció que los aportes debían ser crecientes y resulta que se cuartearon, es decir, se estacionaron en un monto que no volvieron a crecer porque aumentarlos es una medida impopular, así que esta decisión política de no aumentarlos ha afectado el esquema económico. Mientras no suban los aportes a la seguridad social el sistema seguirá mal. ¿Porque razón? Porque la morbilidad, es decir, la necesidad en salud de las personas requiere más recursos porque se necesitan más exámenes, más insumos, más médicos, etc. Entonces se retrasan las autorizaciones del servicio porque si yo autorizo todo lo que me solicitan me desfinancio, me quiebro como administrador, asegurador o pagador. Entonces dicen que la solicitud tiene que pasar por el comité técnico científico o que están en auditoría, todo para retrasar y retrasar y de esta manera mejorar el flujo de caja. Es decir, cuando pueda, se autoriza

En otras palabras, los procesos de regulación del Estado se deben orientar a mejorar los indicadores e intervenciones relacionadas con la gestión y organización operativa de este centro asistencial. En el caso del Hospital Isafás Duarte Cancino, es imperativo que el Estado intervenga con el cumplimiento de los aportes económicos para su funcionamiento y prestación del servicio a la comunidad.

Pregunta: ¿Cree usted que no es posible que el Estado gire directamente los recursos a los hospitales públicos sin la intervención de intermediarios? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

Esa discusión la libró el país durante 2014 cuando se anunció la gran reforma de la salud, inclusive la propuesta del Ministerio era que se acabaran las IPS como recurso financiero y que quedaran como gestores de salud, como un administrador del riesgo. Finalmente, el Ministro retiró el proyecto del Congreso declarándose impotente ante el inmenso poder económico que se manejaba en la salud. Lo que planteó en la reforma

no era viable porque le estaba quitando el negocio a unos privados muy poderosos. Lo que tenía que hacer el Estado desde un principio y no hizo, era poner en cintura al administrador de la salud y cuando intenta reformarlo vía leyes no lo puede hacer por su poder económico. El debate sirvió para establecer que se necesita el prestador. Cuando se eligió el sistema, todos coincidieron en que se necesitaba un administrador, es decir, porque si el Estado paga directamente no habría control del sistema, es decir, esto empeoraría la situación. ¿Por qué? Porque administrar significa dosificar el gasto que es lo que hacen las EPS. Lo que nosotros estamos solicitando es que no lo hagan a costillas de la Red Pública porque el Estado es el único que está garantizando la prestación del servicio de salud. El privado mañana simplemente se retira y no pasa nada, el Estado solo conserva su obligación. Cuando el Estado cierra un hospital público, la comunidad protesta, pero cuando el privado cierra una clínica no pasa nada. El administrador se necesita para que dosifique el gasto, para que lo vigile, pero no para que lo desvíe a la integración vertical o hacia sus aliados.

Stiglitz, (2010) plantea que la intervención del Estado debe hacerse presente de diversas formas incluyendo divulgación, información, restricciones e incentivos, para asegurar que los administradores de los servicios de salud, garanticen los derechos fundamentales del ciudadano. Uno de los retos del estado colombiano es acabar con los procesos burocráticos que aplican las EPS e IPS en los hospitales públicos, y mantener aquellos procesos que contengan un verdadero objetivo administrativo específico para los procesos de gestión y gerencia.

Pregunta: ¿Cuáles deben ser las propuestas concretas del Gobierno Nacional y Departamental para solucionar los problemas de la red pública en salud por las deudas de las EPS?

Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

No cargarle la financiación del problema al prestador. A finales del 2015 el Gobierno sacó un decreto con el cual le ordenaba a las EPS a que recompusieran o reestructuraran su capital técnico, es decir, el mínimo para funcionar en 7 años

mientras que al prestador le exigió que mantuviera siempre una sanidad financiera. No es posible tener una sanidad financiera si se tiene la cartera pegada, no es posible tener sanidad financiera si las autorizaciones son tan mínimas que no permiten cubrir los costos mínimos. Entonces, mientras haya integración vertical habrá desviación del recurso público hacia el privado y mientras haya aliados estratégicos, es decir, desviación de los beneficios habrá un directo hacia el bolsillo privado.

La financiación de los hospitales depende de los pagos que le hacen las EPS por los servicios prestados a sus afiliados. En ese sentido el HIPC se ve en una encrucijada porque esos pagos permanecen retrasados y adicionalmente, cada día atiende menos usuarios.

Pregunta: ¿Cuál cree que debería ser la intervención de los políticos en la salud de Colombia? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

Un monitoreo permanente. Los políticos tienen como principal tarea el debate político y éste representa el desempeño de las políticas públicas. Si ellos revisan permanentemente y en toda su extensión la política pública en salud, pueden detectar las debilidades o las fallas y solicitar que se corrijan a tiempo. Los políticos pueden ser grandes dinamizadores o inductores de la mejora de la política pública en salud. En Colombia en estos temas somos reactivos no somos proactivos ni preventivos. El debate debe servir para prevenir.

Núñez J. Zapata J. (2012) asegura que las agencias, fondos, empresas y entidades territoriales son las encargadas de canalizar los recursos. En Colombia el principal fondo que canaliza recursos es el FOSYGA, que además, garantiza la financiación de los afiliados a las EPS del sistema contributivo, administra tres subcuentas más: la de solidaridad, la de promoción/prevenición y la de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT).

Pregunta: ¿Cuáles deben ser las propuestas concretas del Gobierno para solucionar los problemas presupuestales de la red pública de salud, por las deudas de las EPS? Respuesta del Entrevistado No 3, 03 de febrero del 2016, Coordinador de calidad del HIDC:

Inicialmente, lo que debe hacer la Secretaría Departamental en un 50% y la Secretaría Municipal de salud en el otro 50%, es establecer la participación contractual de la demanda del 60% de la red pública y 40% de la red privada, privilegiando a las ESES de acuerdo a su nivel. Por ejemplo, el HIDC es una ESE departamental, 50% institucional y 50% departamental de nivel II y de mediana complejidad que en la actualidad posee una demanda de sus servicios muy baja que llega al 49 o 47% de su capacidad instalada.

Los entrevistados afirman que los entes gubernamentales deben intervenir con políticas públicas que beneficien la salud de los colombianos, en especial a los más desprotegidos. Para ello se debe contar y mejorar los hospitales públicos. En consonancia Vásquez E. Martínez E. (2013) afirma que en la protección social que debe ser una responsabilidad del Ministerio de la Protección Social con la población vulnerable. Se considera prioritaria la población del sector informal de la economía, especialmente los más pobres con necesidades básicas insatisfechas, no afiliados a la seguridad social, en condiciones inadecuadas de trabajo, precariedad en lo tecnológico y en su organización laboral. Como parte de esta población priorizada, se pone especial atención a los trabajadores entre dieciséis y dieciocho años, mujeres rurales trabajadoras, adultos mayores trabajadores y trabajadores con discapacidad.

Pregunta: ¿Cuál podría ser la inversión del Gobierno en hospitales públicos y facultades de medicina de universidades públicas? Respuesta del Entrevistado No 3, 03 de febrero del 2016, Coordinador de calidad del HIDC:

Brindar más apoyo financiero y económico. También dotación en infraestructura o en equipos médicos. En cuanto a las universidades, el HIDC tiene convenio con la universidad Icesi, Santiago de Cali y Libre. Sus estudiantes hacen las prácticas bajo la potestad del médico docente brindando cuidado a los pacientes y el manejo de las diferentes patologías. El Hospital les ofrece lo necesario para su labor.

Concuerdan estas palabras con Henao H. (2013) que explica que la garantía se debe extender con las acciones sistemáticas de las instituciones de salud para cumplir el objetivo; de prevenir al usuario, y ofrecerles la protección y beneficios para la calidad de vida, con estrategias de monitoreo, sistematización y evaluación de la calidad como principio.

Pregunta: ¿Cuál es la mayor competencia del Hospital Isaías Duarte Cancino? Respuesta del Entrevistado No 3, Coordinador de calidad del HIDC. 03 de febrero del 2016: “Radica en la especialidad médica: se ofrece medicina interna, 4 ginecólogos, ortopedista y pediatras de planta de disponibilidad diaria dentro de la Institución”.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia genera un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, premeditados y consecuentes con el fin de generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud; los llamados SOGC (p.13).

Pregunta: ¿Cómo califica la atención de los médicos del Hospital Isaías Duarte Cancino? Respuesta del Entrevistado No 4, Voluntaria y usuaria del HIDC. 03 de febrero del 2016: *Es una atención humana”*

Al HIDC asisten voluntarias que ayudan al usuario en la orientación general de los servicios del hospital. Ellas consideran que el hospital es una excelente institución por la calidad y cantidad de servicios que presta. Adicionalmente, informan que el hospital contribuye al desarrollo de la comunidad.

Con base en los resultados obtenidos se puede llegar a la conclusión que el Hospital Isaías Duarte Cancino cuenta con personal administrativo calificado (profesionales de la salud calificados con especialización) de tiempo completo. De igual forma cuenta con una infraestructura arquitectónica dotada de tecnología médica y posee los insumos necesarios para su funcionamiento. Además, en el área de gerencia y/o administración se trabaja con indicadores de logros, y cumplimiento por metas que permiten catalogarlo como un ente prestador del servicio de salud eficiente, cumpliendo con accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en los procesos de gestión administrativa y de funcionalidad operativa. Así las cosas, se demuestra que la problemática que vive el HIDC no radica en su gestión y administración, sino en sus finanzas.

3.3 Planes de acción para enfrentar la crisis de la salud en el Hospital Isaías Duarte Cancino.

En este apartado del documento se analizarán los planes de acción que ha desarrollado el HIDC en el periodo 2012-2015, para enfrentar la crisis de la salud. En este sentido Salamanca (2015) determina que los procesos en salud e implementación administrativa y de gestión profesional, son directamente proporcionales a las leyes, artículos y normas, que sirven para mejorar la competitividad de la atención de los pacientes.

Pregunta: ¿Cómo se ha enfrentado la crisis de la salud en Colombia, desde su punto de vista? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero: Se ha enfrentado con mucha retórica y pocas acciones. Mucha retórica porque las medidas tendientes a fortalecer el recaudo han llegado muy tarde y las medidas que tienen que ver con la conciliación de cartera casi que son inofensivas entre pagador-prestador porque si el pagador

no consigue la cartera con el prestador, el prestador no obtiene capacidad de acción jurídica porque la cartera aún no está conciliada. Una de las formas de decirle al pagador es que no se ha conciliado la cartera, entonces no hace nada. A su vez, los entes que hacen el control no tienen la capacidad de coaccionar al pagador.

Según Mejía O. Franco G. (2007) el modelo neoliberal se caracteriza por introducción de diversas formas de interacción de los individuos (ciudadanos que automáticamente adquieren la connotación de clientes) en amplios mercados, donde los bienes, servicios y valores sociales se convierten en mercancías, con vendedores privados, cuyo único interés es la rentabilidad económica bajo el principio de la libre competencia. En este modelo, el consumidor tiene la opción de elegir de acuerdo con su capacidad de compra, se parte del supuesto de que todos los individuos tienen ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades en un mercado que les ofrece una variada gama de bienes y servicios. Se podría decir entonces, que la privatización de los servicios de salud castiga severamente a la población pobre, a razón de que las clases altas utilizan sus recursos para servicios privados.

Pregunta: ¿Cómo enfrenta usted la problemática financiera del HIDC? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

El HIDC no tiene acceso al sistema financiero, no tiene acceso a los créditos. Sin embargo, se han abierto unas líneas, pero las condiciones que colocan prácticamente las vuelven imposibles. Como sistema de salud nos ha tocado que acudir al sector real: fabricantes de insumos o de medicamentos. Les compramos con créditos largos a precios muy altos porque cobran la financiación

Pregunta: ¿Cuál cree que sería la solución para la crisis del Hospital Isaías Duarte Cancino?

Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

La solución sería que finalmente el Estado haga cumplir que el 60% del gasto en salud esté en la red pública, esto lo señala la Ley 1122 del año 2007. Las EPS le han buscado interpretación, el acomodo de la legislación a su favor. Ellos cumplen esta Ley con la contratación de baja complejidad, de esta manera, la Ley no los obliga a contratar la mediana y alta complejidad las cuales dejan para sí mismos y para sus aliados a través de la integración vertical. Los aliados son los socios que tienen intereses societarios e intereses propios. ¿Qué perversión hay en esta práctica? Los precios: a mi aliado le compro a mejor precio que al HIDC. Le compro a mejor precio y le pago bajo mis condiciones. Hay un doble efecto que el sistema debe entrar a corregir. Si fuera así, el 60% del gasto de salud del oriente de Cali se quedaría en el Isaías. Adicionalmente, se debería desmotar la simetría, es decir que ellos le pagan muy bien a sus IPS, hijas de la integración vertical o le pagan muy bien a las IPS hijas de la alianza natural. Con estas dos correcciones el HIDC se colocaría en condición de igualdad y solucionaríamos los problema financieros y económicos.

Pregunta: ¿Qué estrategias cree usted que se deben implementar para solucionar la problemática de la integración vertical? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

La estrategia es informarle a la comunidad que no se preste para la reasignación de IPS. Cuando se enteren que les van a cambiar de IPS deberían negarse argumentando que es injusto que los trasladen a entidades que les quedan lejos de su residencia cuando a escasas cuadras tienen un prestador idóneo.

Ortiz I. (2007) comparte la tesis de que es necesario involucrar a las comunidades con la prestación de los servicios básicos en salud.

Pregunta: ¿Qué opinión personal tiene sobre la crisis de la salud en Colombia en especial en el HIDC? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

Mi opinión personal es que se dejaron coger ventaja: cuando uno llega tarde a la identificación del problema, también llega tarde a los correctivos o la solución del problema. Dejamos de avanzar por problemas conceptuales, por problemas del sistema de información. Según la administración moderna cuando se es eficiente se tiene un atraso del 8% al 17 %. Si hoy está recibiendo el informe operativo técnico o financiero del mes pasado, siendo muy eficiente, resulta que usted está recibiendo es la historia. Cuando se analiza ese informe, se toman las acciones y se toman hacia adelante. Supongamos que obra con eficiencia y se hacen en 8 días. Se comienzan a socializar, a sensibilizar las medidas. Luego viene el periodo de implementación que toma como mínimo otra semana. Después se observan posibles ajustes para que sean más efectivas. Entre la toma de decisión y su materialización han pasado dos meses del año, uno por la información histórica y otro por la necesidad de abordar la solución e implementarlas. Se pierde un doceavo que es el 8.33% y dos doceavos que equivalen al 17%. Entonces siendo muy eficientes se entra perdiendo un 17%. Si no es eficiente, si el problema se identifica 4 o 6 meses después, se entra perdiendo un 50%, y cuando se aborda la solución están perdiendo las dos terceras partes del año. Eso pasa con mucha frecuencia.

De manera parecida Ortiz I. (2007) señala que en muchos casos los procesos burocráticos hacen ineficiente la revisión oportuna de los problemas y en consecuencia de las soluciones, lo que golpea directamente la efectividad y la calidad del servicio.

Pregunta: ¿Cuál cree usted que es la solución a la crisis de la salud? Respuesta del Entrevistado No 2, 03 de febrero del 2016, Subgerente médico y subgerente científico:

Primero, que todos aportemos en este proceso. Somos un país en vía de desarrollo y no podemos pretender ser un país del primer mundo en la salud. Como prestadores, usuarios o médicos no podemos dar ni esperar las últimas tecnologías en medicina. Existen tecnologías que sin ser de última generación son muy buenas y efectivas y no son tan costosas. Segundo, los médicos deben aportar su grano de arena con la racionalidad de lo que formulan y prescriben porque los recursos del sistema son limitados son finitos, no son infinitos.

Mejía O. Franco G señala que el modelo basado en la sustitución de importaciones, (*importaciones en relación a tecnología, estrategias, métodos*), fue apropiado para la modernización y el progreso de los países de la región en la década del 50 y 60, adicionalmente surtió efectos sobre altas tasas de crecimiento, mejores oportunidades de empleo y la posibilidad de que muchos países lograrán superar sus niveles de pobreza. Sin embargo, este modelo no consolidó un fuerte proceso de industrialización de las economías y un mayor auge de las importaciones y el crecimiento acelerado de productos y servicios, así como del uso de la tecnología en procesos industriales, de asistencia en salud y de gestión administrativa.

Pregunta: ¿En el HIDC crean estrategias en el área asistencial para mitigar la crisis de la salud? Respuesta del Entrevistado No 2, 03 de febrero del 2016, Subgerente médico y subgerente científico:

Debido al modelo perverso de salud que tenemos, en el HIDC debemos facturar por evento para sobrevivir, no tenemos ayuda del Estado. Fuera de eso, nos exigen

niveles de calidad del primer mundo en infraestructura, en atención y en protocolos. Así que el Hospital vive en una contradicción porque debemos prestar una medicina del primer mundo con precios del tercer mundo.

Ramírez A. et al (2011) dice que la comunicación médica es el proceso donde se puede transmitir información en la relación médico-paciente, médico-otros profesionales para establecer empatía en el trato con éstos, lo que mejora la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. La información debe ser clara, con terminología precisa y comprensible. Con el enfermo hospitalizado la comunicación debe ser aún más importante pero también compleja ya que la hospitalización supone un estado delicado de la salud y requiere cuidados especiales.

Pregunta: ¿Cuál sería el programa de salud ideal para implementar en el HIDC? Respuesta del Entrevistado No 2, 03 de febrero del 2016, Subgerente médico y subgerente científico:

Un programa que permita primero que todo, brindar servicio de urgencias. Segundo, garantizar la cobertura de las diferentes patologías que se producen acá, asociada con las especialidades básicas porque nivel II en Cali solamente somos 3 hospitales: el Mario Correa, el San Juan de Dios y el Isaías Duarte Cancino. Si las ESES del suroriente y oriente nos direccionan sus pacientes, con ese programa podríamos atender a la población y de esta manera descongestionar los servicios de la ciudad.

Lo observado en el relato plantea que los procesos de gestión (vista como la administración y orientación desde la lógica de los expertos) van de la mano con los protocolos de la asistencia médica, Ramírez A, et al (2011). En el HIDC los profesionales de la salud y sus especialistas se convierten en un factor de competitividad en el servicio, sin embargo, las condiciones administrativas exteriores al hospital hacen que esta ventaja que es un beneficio para la comunidad sea poco valorada.

Pregunta: ¿Cuál sería la solución desde el punto de vista asistencial? Respuesta del Entrevistado No 2, 03 de febrero del 2016, Subgerente médico y subgerente científico:

Que cada quien preste el mejor de los servicios teniendo en cuenta los conceptos de racionalidad técnico-científica, es decir, darle al paciente lo que necesita. Lo mejor con el menor costo posible; los usuarios y los demás actores del sector salud deben comprenderlo.

Una de la salida a la crisis del sistema de salud en Colombia la define Henao (2013), la calidad de la salud en Colombia es un proceso prioritario, la Ley 100 de 1993, es aplicable los diversos proveedores de salud, cuyo deber es el de brindarla de forma efectiva con calidad y satisfacción al usuario. Sin embargo, la respuesta de la entrevistada evidencia que la atención, es dependiente de lo económico, bajo criterio médico-administrativos, y por ende, escapan de un enfoque centrado en lo humano y lo social.

Pregunta: ¿Cree que el déficit de especialistas es una barrera para el médico general y para el usuario? Respuesta del Entrevistado No 2, 03 de febrero del 2016, Subgerente médico y subgerente científico:

Considero que la calidad de la educación en medicina ha disminuido un poco. El médico general se ha vuelto menos resolutivo y se ha vuelto más remitidor. Supuestamente el sistema está concebido para que el médico general maneje el 80% de las patologías.

La respuesta del entrevistado, implica un nuevo acercamiento al médico, diferente al rol de examinador, al que remite a otro profesional para que trate la afección o condición del paciente. El Ministerio de Salud busca mejorar la calidad del servicio por medio de la accesibilidad,

oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, además con los modelos de gestión en salud tomados como ejemplo de excelencia. Adams & Cols. (2005), (citado por Roa, 2012) señala que en la última década la investigación clínica se ubica en un mundo industrializado, lo que obliga a las instituciones de salud a desarrollar nuevas gestiones para mejorar la capacidad y desarrollo del personal médico profesional y operativo.

Pregunta: ¿Qué opina de que sólo se hable de los médicos en la crisis de la salud, que pasa con las enfermeras si también hacen parte del sistema de la salud? Respuesta del Entrevistado No 2, 03 de febrero del 2016, Subgerente médico y subgerente científico:

Los médicos son los más visibles porque están “face to face” con el paciente. Si se habla de quejas, también las hay sobre enfermeras, auxiliares, porteros, administrativos. Pero el momento de la verdad se da en la relación médico-paciente, en ese momento se pueden presentar múltiples dificultades. En este sentido se da una situación especial que muchos médicos no han dimensionado: si el paciente no queda conforme los están demandando. Vienen abogados que quieren hacer leña de árbol caído, buscan oportunidades para obtener alguna ganancia económica.

El relato muestra que en el nivel operativo existen deudas pendientes del sistema de salud en Colombia, las cuales están relacionada según como lo plantea Roa (2012); en la necesidad de implementar programas de medicina que se basen en evidencia, que demuestren gestión eficiente de los recursos y de los actos médicos. También plantea que se debe contribuir con guías prácticas y metodologías que definan procedimientos profesionales para una atención efectiva y eficiente. El personal médico, debe involucrarse en los procesos de mejoramiento continuo de las instituciones de salud.

Pregunta: ¿Manejan indicadores para los procesos de implementación en el HIDC?

Respuesta del Entrevistado No 3, 03 de febrero del 2016, Coordinador de calidad: “Cada proceso desde el sistema de gestión de calidad tiene su indicador que es transversal a toda la organización. Éstos son medidos desde las auditorías internas. Y todo ello va aunado dentro de la POA”.

Lo anterior, concuerda con lo que dice Alemany J. (2004) sobre “El ciclo de Shewhart o el Ciclo de Deming”, como técnica para encarar los proyectos de acción o para mejorar los procesos externos o internos, especialmente en las actividades desarrolladas en grupos o trabajo en equipo.

Pregunta: ¿Tienen un plan de contingencia para la crisis de la salud? Respuesta del Entrevistado No 3, 03 de febrero del 2016, Coordinador de calidad: “Los planes de contingencia están documentados y acostados desde el mapa de riesgo organizacional. En él se trata de abarcar todos los riesgos de los diferentes procesos y a su vez el cómo poder mitigarlos. Aunque hay planes de tempraneada como el actual que es financiero”.

Todo plan de contingencia debe hacerse con los siguientes parámetros Alemany J. (2004):

- a. Equipos de diseño.
- b. Equipos para el análisis y solución de problemas.
- c. Equipos de mantenimiento preventivo.
- d. Equipos de Logística

Un caso especial, que vale la pena citar aparte, lo constituye el desarrollo de Sistemas de Gestión.

Pregunta: ¿Cuál es el plan que aplican en estos momentos? Respuesta del Entrevistado No 3, 03 de febrero del 2016, Coordinador de calidad: “*Actualmente, el HIDC aplica lo trazado en el*

plan de saneamiento fiscal y financiero. También el plan de capacitaciones y el plan de medida sanitaria del zika.”

La gestión operativa y administrativa se debe realizar con procesos de evaluación permanente como lo asegura (Alemany J, 2004). El diagnóstico de la situación es una prioridad en *tiempo real*, para poder planear las estrategias que se implementarán, ejecutarlas o hacerlas, auditar procesos, verificar, dependiendo de los resultados, realizar un plan de acción.

Pregunta: ¿Cuál sería la solución a la problemática de salud que se está viviendo en el país y en el HIDC? Respuesta del Entrevistado No 4, 03 de febrero del 2016, Usuaría y voluntaria: “Que el Gobierno dé donaciones, ayudas para el sostenimiento de los hospitales. Al Isaías no llegan ayudas. Yo veo que aquí no hacen falta insumos, hay muy buena atención.

Una democracia moderna aparte de contar con un Estado eficiente, eficaz y justo para determinar su calidad democrática y gobernabilidad, debe poseer mecanismos que vigilen y controlen las actuaciones, razón por la cual el concepto de rendición de cuentas cobra relevancia en nuestros tiempos, Nieves J. (2012). El gobierno debe ser más eficiente en situaciones de crisis y determinar los procesos de vigilancia. En un aspecto de la coyuntura actual, por ejemplo, debería controlar los pagos de las EPS para los hospitales, aliviando de esta manera parte de la problemática financiera.

Las irregularidades, producto de la corrupción, se suman a otros factores que inciden en el buen funcionamiento de toda entidad de salud, tales como el desconocimiento del perfil epidemiológico, el deterioro o escaso progreso de los indicadores, el atraso de la creación y diseño de un modelo nuevo en el área de prestación del servicio de salud, el cual incluya promoción y prevención de la salud; la falta de participación de la comunidad médica, personal de enfermería y área de especialización, el irrespeto por el criterio médico ante la determinación de tiempo,

espacio y solución ética y/o procedimiento en una enfermedad, el deterioro de las condiciones laborales de todos los trabajadores de la salud, la ausencia de políticas y regulación del Estado para beneficiar a los hospitales públicos.

En el caso puntual de esta investigación, es claro que, el HIDC requiera ayuda financiera de los entes gubernamentales en el orden nacional, regional y local¹², ya que la estructura de gestión, los planes de acción, los indicadores de posición de metas y cumplimiento son logrados, pero su déficit presupuestario hace que presente problemas en el pago de nómina y cubrimiento de la parte operativa y en consecuencia deficiencias en su prestación de servicio.

3.4 Operatividad del Hospital Isaías Duarte Cancino en la actualidad.

Aquí se describirá la forma como HIDC opera financieramente para mantener sus puertas abiertas a pesar de la crisis financiera que afronta. Se desarrollará una descripción del tercer objetivo específico del estudio teniendo como base la literatura especializada al respecto y las entrevistas realizadas con la presente investigación.

La siguiente pregunta se realizó al Entrevistado No 1 Sub-Gerente Administrativo y financiero delegado del Gerente general del Hospital Isaías Duarte Cancino.

Pregunta: ¿Qué factores considera que llevaron a la salud a la crisis? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

La crisis de la salud está centrada en el tema de la liquidez. Todo el mundo habla del tema de la liquidez, pero detrás de todo esto hay un tema de modelo de salud.

¹² Ministerio de la salud y de la protección social. Secretaria Departamental y secretaria municipal de salud.

Sabemos mucho de liquidez, pero no del tema interno. Todo lo que tiene que ver con el tema interno está relacionado con precios y con el flujo. En cuanto a precios tenemos un esquema de descenso desde que nació el sistema de salud, en el sentido de que cada año las actividades se contratan a menor precio. Por ejemplo, la apendicetomía hace más de 20 años se pagaba mejor que hoy, una hernia se pagaba mejor antes que ahora. Cuando nace la Ley 100, nace el esquema de tarifas del antiguo UIS. Estas tarifas para las cirugías eran muy altas y de ahí en adelante las EPS hacen su curva de aprendizaje y comienzan a ajustar los precios a lo que llaman “paquetes”, que consistió en coger las tarifas SOAT y aplicarles casi el 50%, creando el valor único.

A ese paquete le cuelgan y le adicionan la consulta preliminar, la pre-anestésica, la pre-quirúrgica y los post; los postquirúrgicos de consulta y de hospitalización, incluyendo los exámenes de laboratorio; adicionales con costos crecientes porque los insumos son importados, se compran en dólares. Por ejemplo, los reactivos con que se hacen las pruebas para la sangre son importados. La salud tiene muchos importados que están expuestos a la devaluación, al valor del dólar y que hacen que los precios se enloquezcas. Así las cosas, se puede afirmar que los precios afectan la liquidez. En la Institución tenemos costos crecientes frente a ingresos decrecientes. Luego viene el tema del flujo. Sabemos que el sistema de acción es financiado, esto permitió a los empleadores que pagaran sus aportes mes vencido, pero les exigen a las EPS que paguen mes anticipado. Obviamente el capital de trabajo que les autorizaron a las EPS se volvió insuficiente porque no cubría a la población debido al crecimiento de las EPS. Empezaron a crecer como SALUDCOOP o COOMEVA cuyos capitales de trabajo históricamente son negativos.

El sistema ha refinanciado a las EPS y las ha obligado a que paguen mes anticipado la capitación de baja complejidad. Lo que es por evento es un paquete global para mediana y alta complejidad. De esta manera el sistema comenzó a constreñir porque quien termina financiando a la baja son los prestadores de mediana y alta. Así que estos prestadores debieron reemplazar sus flujos de caja, por esa razón no pagaron

como ordena la Ley 1022 de 2007: pagar al quinto día de la radicación. Esto nunca ha pasado en Colombia, sólo quedó en el papel.

El resultado fue una serie de prácticas que la SUPER SALUD tipificó como prácticas indebidas. Comenzar a retrasar el recibo de las cuentas: una vez recibida decían que no la habían radicado. Luego las radicaban, es decir que las metían en el sistema. CAPRECOM trabajó hasta 6 meses con esa práctica. Después se inventaron unos códigos, una especie de flujo documental que los obligaba a digitar cada cuenta en vez de pedirnos un magnético elaborado por nosotros, por las IPS. Esa práctica hacía lento el cargue de las cuentas contablemente.

Se presentaron entonces atrasos, desfases de 3 a 6 meses. Al tiempo vinieron las auditorias, también prácticas indebidas en el sentido de que el auditor se demora en auditar y luego hace lo que se llama una devolución de las cuentas porque considera que una parte de ellas no está bien, así que devuelven todo porque se debe hacer un envío único y después toca que radicar de nuevo. Pasan 10 meses y la cuenta apenas reinicia el trámite. Si todo sale bien, llega a donde pagan: tesorería la que está obligada a pagar cuando el Nit está en este departamento. Allí nos recuerdan que en el contrato firmando con ellos se pactaron pagos a 60 y 90 días. Sobre ese contrato hay que decir que a nosotros nos pasaron una minuta de contrato que no se podía discutir. El prestador termina firmándolo por adhesión bajo sus condiciones. La Ley lo llama condiciones bajo posición dominante (ver anexos).

Al respecto (Vélez, 2016) afirma que con la Ley 100 de 1993 se introdujo el concepto de salud como de mercancía, además de la competencia de inversionistas privados para acceder a la ganancia de dicha transacción. (...) La autora explica que el modelo genera la competencia de los intermediarios de la salud para afiliarse al mayor número de colombianos y ofrecerles la más exigua salud, pagando las tarifas más bajas a los prestadores de los servicios, o mejor aún, para ellos sin pago alguno y generando la más onerosa facturación que garantice una mayor ganancia.

El sistema fue concebido para favorecer la ganancia y el estímulo económico de los intermediarios, los cuales son muy poco interesados en la salud, el bienestar y la satisfacción de

los ciudadanos. (...) También afirma que el modelo se contradice con los principios de equidad y solidaridad, las propuestas de atención primaria buscan el progreso en términos de salud. Además, asegura que a estas empresas intermediarias les va mejor cuando a la gente le va peor, es decir, las ganancias son más altas si a las personas se les atiende de la manera más mercantil posible.

Velez (2016) afirma que es evidente el afán mercantil en las EPS, un problema reflejado en las estrategias que realizan. Las más conocidas son: la negación del servicio de salud a los pacientes, restricción del acceso, la limitación a la autonomía médica; y las menos evidentes para la población, son la evasión de la regulación por parte del gobierno y la manipulación de las leyes, decretos y resoluciones.

También es evidente que un sector político afirma que las EPS son la mejor herramienta de regulación de la salud para Colombia, sin embargo, el descontento y la pérdida de la confianza de los colombianos hacia la salud, el cierre de hospitales públicos, el deterioro de las condiciones laborales de los trabajadores, la negación de los servicios, la falta de oportunidad, son evidentes. También se observan colapsos del área de urgencias debido a que la consulta externa no resuelve las necesidades de la población. Incluso se logra evidenciar que muchos colombianos teniendo un hospital cerca de su casa deben recorrer largas distancias para ser atendidos, claro donde la ESP tenga un contrato de beneficio económico para ellos.

Vélez, (2016) señala que (...) la crisis y la problemática es más sentida en los hospitales públicos ESE; la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) denunciaba que los hospitales y las clínicas no cedían, que entre las EPS del contributivo y el subsidiado en los entes territoriales, el FOSYGA y otras entidades del Estado, se les adeudan a las entidades hospitalarias la suma de 4,9 billones de pesos, de los cuales el 59,2% era cartera morosa, es decir mayor a 60 días. Lo anterior muestra que el hospital atendió al paciente, le dio los medicamentos, le realizó la

cirugía, lo tuvo hospitalizado, al terminar la hospitalización se envió la factura a la EPS, y esta no le ha querido pagar por más de dos meses.

Según la ACHC la deuda total del régimen contributivo a los hospitales llegó a los 1,8 billones de pesos al 30 del 06 de 2013, de los cuales el 62% es cartera morosa. Las EPS privadas que más adeudan a las entidades hospitalarias son: Coomeva EPS, Saludcoop y Famisanar, de manera coincidente tres empresas que se encuentran entre las 100 más grandes y poderosas del país. En el caso de la Nueva EPS entidad mixta, la deuda ascendió a 524.385 millones de pesos, siendo la EPS que concentra la mayor deuda en mora con el 90,4%.

Con respecto al régimen subsidiado, el estudio de la ACHC afirma que la mayor deudora es CAPRECOM con 266.726 millones de pesos, de los cuales el 75,7% es cartera morosa. Por su parte los entes territoriales adeudan a los hospitales y clínicas 309.201 millones de pesos y aunque hubo una reducción de 1,2 puntos porcentuales, sigue siendo superior al 72%, los mayores deudores se encuentran en Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca. Como se puede observar esta situación afecta negativamente el presupuesto de los hospitales públicos y a pesar del largo tiempo en que las EPS incurren en no pago, no se realiza una intervención real y certera de parte del Estado para subsanar la situación.

Una de las características de la desigualdad de las EPS frente a los hospitales públicos, es la integración vertical hasta un 30%, es decir, pueden contratar entre ellas mismas la atención de sus propios pacientes, (Vélez, 2016) “por lo general dejan lo más pulpo para ellas y contratan lo más complejo con los otros”. Uno de los principales problemas del sistema de seguridad social en salud, se relaciona con la oportunidad en el pago de las facturas a hospitales público. Se observa cómo se dilata el pago de facturas, y la contratación de servicios, por debajo de los toques tarifarios establecidos, glosan las cuentas para no pagar por servicios prestados y hacen toda cantidad de prácticas indebidas para apropiarse de los dineros de la atención en salud.

Sobre el asunto Rubiano G., jefe de aseguramiento de la Secretara de Salud de Bogotá declaró que las EPS glosan cerca del 80% de las cuentas de las instituciones prestadoras de salud y las glosas son una clara estrategia de contención del gasto, de negociación, de abuso de poder y una posición dominante de las EPS (Guzmán, 2014).

Con respecto a la integración vertical que nombra el entrevistado No 1, dice la autora que esta regla no fue concebida en la Ley 100, en la que los aseguradores (EPS) y los prestadores IPS estaban separados: fue la Ley 1122 del 2007 la que introdujo un límite de integración, en su artículo 15. La argumentación es que abarata los costos puestos que permite un funcionamiento en economía de escala, y realmente reduce los costos, pero solo para la EPS, no para el sistema de salud, es decir, lo que se ahorran la EPS no se traslada en menos costos para el sistema o de mejor atención para los pacientes, al contrario, las EPS abusan de la integración vertical para facturarle al FOSYGA el mayor valor tarifario.

Pregunta: ¿Por qué cree que el Hospital Isaías Duarte Cancino está sufriendo la crisis de la salud? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, el Gerente administrativo y financiero:

El HIDC tuvo como mercado natural, la población pobre no asegurada. Lo tuvo hasta el 1 de abril del año 2012. Este hospital fue concebido para atender a esa población, es decir, a la población más vulnerable de la ciudad, por eso se ubicó en este sector y por eso nace como una Empresa Social del Estado. Los entes territoriales, es decir, el municipio y el departamento, se unen para crear una Empresa Social del Estado para dar cobertura en salud a la población pobre no asegurada y cumplir con el deber del Estado. La Corte Constitucional le recuerda al Estado con la sentencia T-760 de 2008, que la seguridad social debe ser progresiva y que todo el mundo debe estar asegurado. Adicionalmente, el 1 de julio del 2012 con algunos decretos los no asegurados pasaron a ser asegurados, así que el mercado natural del entorno geográfico cercano al Hospital que venía espontáneamente y al que se le atendían sus

solicitudes, lo perdimos. El esquema cambió porque al ser asegurado ya pertenece a una EPS y ellas tienen sus reglas. Por ejemplo, autorizan proporcionalmente para no asfixiarse o para no sofocar a algunos prestadores financieramente. Las reglas de las EPS están encaminadas a ser equitativas con todas sus redes, de tal manera que de entrada le quitan la mitad del mercado natural al Hospital porque nosotros no hacemos parte de sus redes. Las EPS a nuestros antiguos usuarios los mandan, por ejemplo, a hacerse terapias en su propia IPS o donde aliados societarios, es decir hacen uso de su integración vertical. Los aliados naturales de las EPS son aquellos prestadores que también tienen intereses societarios en las EPS. Eso es lo que sucede en COOMEVA donde unos socios se vuelven prestadores de las EPS con la condición que ellos como IPS les manden el mercado, usuarios. Entre la integración vertical y los aliados, el Isaías pierde la mitad de su mercado natural. Al año subsiguiente la EPS dice un momentico, tengo déficit por lo tanto tengo que hacer una reconversión financiera, tengo que revertirlo y la única forma es conteniendo el gasto. Contener el gasto significa bajar el número de autorizaciones. Está demostrado que en el régimen subsidiado la contención del gasto equivalió al 50% de lo demandado. ¿Cómo se saca ese dato? Según la Resolución 4013 igual al Decreto 4747, ambos del linaje de la Ley 1142 donde se establece la relación pagador-prestador, ordenan que el usuario debe enviar el anexo 3, o sea la consulta, el examen, la cirugía y como la gente no sabe hacerlo, se convierte en anexo 4, eso quiere decir que, si nosotros enviamos un millón de pesos en solicitudes del anexo 3, regresan autorizaciones equivalentes a 200 o 250 mil pesos, esa es la proporción. Si mandamos 100 solicitudes nos llegaban 50 autorizaciones, en porcentaje fue la mitad, en dinero es el 20%.

La problemática de la salud se presenta como una crisis financiera que requiere disminuir el núcleo esencial del derecho a la salud, es decir, restringir los servicios y para el Ministerio la razón es que no hay recursos para cubrir todo y lo importante es saber manejar los recursos finitos existentes para lograr alcanzar las metas en salud, (Vélez, 2016).

(...) Para mejorar se requiere de un cambio en el modelo actual que detenga la transferencia de altas cantidades de dinero de la salud a los inversionistas privados y esto solo se puede lograr gracias a procesos de administración de los recursos, vigilancia y control de la salud. En la actualidad el recaudo de las cotizaciones en salud, según lo dispuesto en la Ley 100 artículo 156 es responsabilidad del SGSSS mediante el FOSYGA, el cual delega esta función a las EPS y las mismas encargadas de los servicios de salud también sean recaudadoras, lo cual, hace que se desvíe su objetivo primario que es la prestación óptima de los servicios de salud para la población.

(...) La corrupción con los dineros ha sido frecuentemente denunciada Peláez 2011 (citado por Ibíd. 2016) en el libro “El negocio de la salud. Una ecuación desigual”

afirman que:

(...) 14 EPS, en el 2001, se ubican entre las 100 empresas más grandes de Colombia, en el 2002 ascendió a 18 y entre en el 2003 y el 2008 descendió y se estabilizó en 4 empresas. En el 2009 FAMISAR ingresó al grupo de SaludCoop, Coomeva, Salud total, Susalud y Sanitas para un total de 6 empresas clasificadas entre las 100 más poderosas del país, (...) desde el 2010 el número subió a 7 en el selecto grupo, las cuales son Nueva EPS, Caprecom, Sura, y la salida de Sanitas y Susalud.

Las EPS son organizaciones con altas ventas y pasivos incobrables que generan pérdidas en capital de trabajo y en el deterioro en margen de solvencia. Una situación que genera dificultades para la constitución de patrimonios mínimos. (Vélez, 2016). Lo anterior, genera en los hospitales públicos posean inconvenientes para cobrar los procesos de alta complejidad que dejan las EPS, estas empresas solo les importa la ganancia neta entre su coadyuvantes de gestión de negocios, y no permiten el crecimiento de los hospitales públicos, las deudas de las EPS con los

hospitales son exorbitantes y la manipulación de las normas y leyes de mercantilización de la salud, van en contravía de la permanencia de los hospitales públicos del país.

Pregunta: ¿Puede hablarse de un deterioro sistemático y generalizado en el área de la salud, ¿cómo y por qué? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, el Gerente administrativo y financiero:

Si porque se está privilegiando el interés personal y no al usuario. Eso se ve cuando las IPS le ponen más cuidado a su integración vertical o a su prestador aliado. Con esta práctica, implícitamente se está desconociendo el derecho fundamental de la salud. Se utiliza al usuario como comodín para realizar la prefectura para el flujo de caja, de esta manera el derecho fundamental del usuario es retrasado y es manipulado para favorecer intereses personales.

La estrategia de las EPS de entregar de manera incompleta los medicamentos, negar la atención, retrasar la consulta o dilatar la relación del procedimiento, hacen que miles de colombianos desistan de la atención, (Vélez, 2016). Por su parte, los profesores Merlano C. y Gorbaneff (s.f.) -creado por el inglés Sir. William Beveridge llamado el “artífice de la moderna Seguridad Social” al moldear sus bases doctrinales que sirven para muchas de las actuales legislaciones sobre seguridad social- plantean que:

En el sector salud colombiano se busca limitar la integración vertical entre Entidades Promotoras de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS para evitar prácticas restrictivas a la competencia, sin embargo, la evidencia empírica señala que no es concluyente el efecto de la integración vertical sobre la competencia entre aseguradoras. El presente trabajo coloca esta hipótesis sobre la base de la evidencia teórica y empírica, y muestra que la integración vertical no tuvo efectos sobre la competencia de las EPS del Régimen Contributivo en el período posterior a

la aplicación de la restricción del 30% de contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Pregunta: ¿Cree usted que la salud de los colombianos es un negocio y por qué? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

Desde el punto de vista del paciente la salud es un derecho y un derecho fundamental porque nosotros hacemos parte del estado de bienestar, esto implica que todos los estados del bienestar deben estar cubiertos. Pero por otro lado tú ya dejas de ser paciente sino que empiezas a ser comunidad es decir es aquel que tiene la expectativa, es decir yo porque viajo a Colombia, porque hay un sistema de salud, porque me quedo en Colombia porque hay un sistema de salud, no me pasa en países como el África donde me toca pagar todo a mí por la salud, me toca de mi bolsillo, sino que está un esquema de aseguramiento, entonces yo sigo no yo prefiero viajar a Colombia porque hay un esquema de aseguramiento que me permite, yo como persona como familia no puedo sacar uno 100 millones para un tratamiento más bien como comunidad lo diluyo, como comunidad la salud es un negocio, llámelo así mis nietos que no han nacido como les garantizo un sistema de salud, pues garantizando el negocio, que pasa si se quiebra así que cuando nazcan mis nietos no tendrán sistema de salud.

La salud no es un negocio, sino la enfermedad, facturar onerosas cantidades por una atención no oportuna, en ocasiones de baja calidad, incluso inexistente. Para la prevención y promoción de la salud la inversión es escasa solo con el 5% del presupuesto en salud, del gasto y efectividad con ese dinero se podría hacer muy poco (Vélez, 2016).

Pregunta: ¿Cuál es la gestión que se implementa en el HIDC para solucionar la problemática financiera? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

“En estos momentos estamos solicitando una reestructuración de pasivos bajo el amparo de la Ley 550 del año 99 para que los mismos acreedores participen en la programación de pagos, del monto a pagar y del plazo para realizar esos pagos. El plazo puede ser 5, 10, 20 años. Como dice la norma ese plazo permitiría que el Hospital Isafás Duarte Cancino siga funcionando, preste un servicio idóneo y que genere unos excedentes que permitan pagarle a todos los acreedores”.

La Ley 550 de 1999 (diciembre 30) establece un régimen que promueve y facilita la reactivación empresarial y la reestructuración de los entes territoriales para asegurar la función social de las empresas y lograr el desarrollo armónico de las regiones y se dicten disposiciones para armonizar el régimen legal vigente con las normas de esta Ley. Lo cierto es que, según (Vélez, 2016), los colombianos han presenciado tres transformaciones al sistema de salud y aunque éstas hayan sido denominadas reformas por los medios de comunicación y los gobiernos respectivos, en realidad el objetivo fue perfeccionar el modelo de salud que la Ley 100 introdujo sin que hayan generado un impacto en la calidad del servicio de salud, pero sí ha garantizado la ganancia a los intermediarios.

Pregunta ¿Cuál cree que sería el futuro panorama de la salud en Colombia si continúa la problemática? Respuesta del Entrevistado No 1, 03 de febrero del 2016, Gerente administrativo y financiero:

El panorama en salud será sombrío como lo ha dicho el mismo Ministro y el Súper Salud. Será sombrío si continuamos como vamos. El esquema de decisiones se agotó por esta razón toca hacer un gran diálogo social, un gran foro social para que la sociedad se ponga de acuerdo y se determine cómo hacemos medidas de auto control.

Que la comunidad, los afiliados, los pacientes, la comunidad se auto limite y auto controle en sus demandas en salud, en sus pretensiones en salud.

Uno de los desafíos de la política de salud se orienta a resolver los problemas estructurales del sistema de atención en salud, mediante la prestación de los servicios en los cuales cada quien cumple con su parte, es decir, los ciudadanos que aportan al sistema, lo realizan de manera oportuna y legal, que el estado transfiera en forma ágil a las EPS los recursos de acuerdo a las políticas comerciales, y que las EPS paguen oportunamente a las IPS y las IPS brinden un excelente servicio salud. La población requiere de oportunidad y calidad del servicio, una atención humana e integral., con la capacidad de resolver la enfermedad o el evento que se presenta en los pacientes; lo anterior debido al resultado de la integración vertical del sistema de salud, de las EPS generando un monopolio sin vigilancia y control.

El componente financiero del HIDC presenta déficit, debido a la falta de pagos de las EPS, también es evidente según la literatura especializada y los resultados de las entrevistas que la búsqueda del modelo de salud ideal en Colombia ha sido una constante en los últimos 22 años, lastimosamente no se cumplen las normas con las que ella funciona. Después de la Ley 100 de 1993, se han aprobado por lo menos cuatro reformas para el sector salud, además de decretos y resoluciones y circulares expedidas por el Gobierno, sin embargo, el derecho por una salud digna con oportunidad y sin barreras no se respeta totalmente.

Se reconoce que la política de salud pública en Colombia se ha centrado en un enfoque económico asumidos por el gobierno central, estableciéndose bajo un modelo neoliberal que transforma la salud en una mercancía. Transformaciones que han generado una competencia desigual, otorgándoles a entidades nuevas, poder administrativo y de lucro, al configurar, el nuevo nivel de administración privada de fondos públicos de la salud, dejando los verdaderos prestadores

de los servicios de salud, en un mayor grado de indefensión, que el que tenían antes de la implementación del sistema actual.

Se reconocen serios problemas con la inspección y vigilancia, el manejo en cabeza de la Superintendencia de Salud carece de una estructuración pertinente. Una institución que se limita, a regular las EPS, y en última medida a exigir la garantía de un derecho fundamental. Se deben diseñar controles efectivos y sanciones tanto disciplinarias como de carácter penal con el propósito de ejercer el control de los abusos que se presentan por parte de las empresas responsables de garantizar un derecho fundamental para la población.

Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones

4.1. Conclusiones

Los resultados obtenidos con la presente investigación, fueron referidos al caso del hospital Isaías Duarte Cancino de Santiago de Cali. Se muestra la existencia de problemas de sostenibilidad económica-financiera-administrativa, generados por la intermediación de las EPS que contratan servicios bajo ciertos condicionamientos, como el retraso en el pago y deterioro en la atención de los pacientes.

En líneas generales las evidencias del estudio permiten concluir que:

1. La situación financiera que viene enfrentando el hospital Isaías Duarte Cancino (IPS) obedece a problemas de costos, liquidez, y el flujo de caja. También está relacionada con problemas de ineficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.
2. La integración vertical del sistema de salud ha generado un monopolio sin vigilancia y un deterioro en la distribución de los recursos por parte del estado orientados hacia las EPS, situación que se ha agudizado en el hospital.
3. El Desfinanciamiento del hospital obedece a los bajos ingresos por venta de servicios, generando un déficit presupuestal.
4. Se ha agudizado una crisis en la sostenibilidad financiera el hospital Isaías Duarte Cancino (IPS) debido a que los recursos no llegan de manera oportuna, aunque existe regulación para controlar el flujo de efectivo, las normas no son acatadas por las entidades responsables de pago, lo que genera iliquidez en el sistema.

5. En lo administrativo se debe cambiar el proceso de la facturación que los hospitales (IPS) envían a las EPS por concepto de cobro, en la actualidad se evidencia que no existen procesos separados de intervenciones médicas, sino una facturación global de todas las intervenciones vigentes a un tiempo definido, dándose un envío y pago único por concepto de todas las posibles facturaciones respectivas, si una presenta error, se hacen devoluciones de todas las intervenciones.
6. El sistema de salud en Colombia no ha sido exitoso, a pesar que se han realizado reformas y leyes tendientes a mejorar y subsanar los problemas que lo afectan. No se observan resultados concretos, ni mejoras en la calidad de la prestación de los servicios de salud.
7. Las EPS fortalecieron su poder financiero, traspasaron su negocio inicial mediante mecanismos de integración vertical, incursionando en la prestación directa de los servicios de salud, se han visto beneficiadas aumentando sus ganancias.
8. Las políticas implementadas por la EPS en el sistema de salud colombiano no contribuyen a la sostenibilidad financiera de las IPS, con el papel de intermediación financiera de las EPS se incrementa los costos económicos y sociales de un derecho fundamental.
9. Para enfrentar la crisis el hospital Isaías Duarte Cancino se ha solicitado una reestructuración de pasivos bajo el amparo de la Ley 550 del año 99, un instrumento para que los acreedores participen en la programación de pagos, del monto a pagar y del plazo para realizar de esos pagos. El plazo puede ser 5, 10, 20 años. La norma establece unos plazos que permitirán que el Hospital Isaías Duarte Cancino continúe funcionando.
10. Para evitar esta problemática que afecta el sistema de contratación pública, se deben realizar minutas estandarizadas, asegurando el equilibrio entre las partes, aplicando los principios de equidad, calidad y universalidad en la prestación de los servicios de salud.

11. El Hospital Isaías Duarte Cansino, ESE, cumple con los estándares de habilitación para prestar servicios de salud. En cuanto a los procesos administrativos y operativos, el hospital posee un sistema de seguimiento de indicadores de gestión que fomenta el mejoramiento continuo de sus procesos: cuenta con métodos gerenciales como el ciclo PHVA para la planeación, el hacer, la verificación y el actuar en tiempo real que contribuyen al buen funcionamiento, el seguimiento de indicadores y la consecución de metas. A pesar de cumplir con estándares de gestión administrativa y de calidad, los procesos operativos del hospital se ven afectados por la escasez de los recursos financieros lo que impide su adecuado funcionamiento.

4.2. Las principales recomendaciones son:

- a) Mejorar el flujo de recursos de las empresas prestadoras de servicios de salud públicas por parte del Estado y las EPS.
- b) Formular modelos de contratación flexibles y claros en donde predomine la transparencia y rendición de cuentas buscando el equilibrio entre las partes. Los modelos actuales de contratación en la mayoría de los casos son impuestos por los aseguradores a los prestadores, a pesar de existir normas que deben ser acatadas y cumplidas por los actores del sistema, estas dan directrices claras y lineamientos que se deben cumplir obligatoriamente por las partes, las cuales buscan ejercer control a las irregularidades y deficiencias en los procesos de contratación.
- c) Aumentar los mecanismos de vigilancia y control al sistema de salud. Los actores involucrados como son los aseguradores, los prestadores y los usuarios tienen que ejercer más control en busca del beneficio de la población y de las entidades prestadoras de servicios de salud.
- d) Diseñar controles efectivos y sanciones disciplinarias y de carácter penal con el propósito de ejercer el control de los abusos que se presentan por parte de las empresas responsables de pago en contra de las empresas prestadoras de servicios de salud, instituciones que se ven afectadas por la ausencia de mecanismos de respaldo de los organismos de vigilancia y control.
- e) Eliminación de la intermediación en el sistema, debido a que es una de las causas de la crisis que afrontan los hospitales públicos en el país.

Bibliografía

- Alcaldía Municipal de Cali. (2002- 2004). *Datos del Valle del Cauca y Santiago de Cali. Departamento del valle del Cauca.* Obtenido de <http://www.cali.gov.co/publico2/laciudad/datoscalivalle.htm>
- Betancourt Hoyos, A., & Miranda Castro , C. (2015). *HIDC Estudio preventivo para la operación integral de urgencias – Unidad de cuidado intensivo – unidad de cuidado intermedio – Imagenología - Cardilología.* Hospital Isaías Duarte Cancino Empresa Social del Estado ESE, Santiago de Cali. Obtenido de web: <http://dimarkweb.com/documentos/estudios-previos-firmados.pdf>
- Bonilla Castro , E., & Rodríguez Sehk, P. (2005). *Más Allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales.* Bogotá: Grupo editorial norma.
- Camana, R., & Tañski, N. (2009). La Maximización de los beneficios para la salud pública de la población a través de la toma de decisión en inversiones públicas. (U. N. Misiones, Ed.) *Visión de futuro, 11(1).*
- Carrasquilla Barrera , A., & Palacios Betancourth, D. (9 de enero de 2007). Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Ley 1122.* Bogotá, Colombia: Congreso de la República (Ministro de hacienda y crédito público- Ministro de la protección social).
- Chan , M. (1 de abril de 2009). *Impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud.* Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/es/
- Chaves Acosta , I. (Diciembre de 2008). Evaluación de la efectividad del sistema de gestión para los procesos de atención de enfermería en lassalas de cirugía ambulatoria del Hospital Clínica Bíblica. *Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles con mención en Gerencia de Servicios de salud.* San José, Costa Rica.
- Colmenares Silva, J. (2013). *Descentralizacion y modernización del estado. La búsqueda de la democracia y la eficiencia con gerencia publica competitiva.* Universidad autónoma de occidente. (U. a. occidente., Ed.) Obtenido de http://www.fuac.edu.co/recursos_web/observatorio/publicaciones/DESCENTRALIZACION%20Y%20MODERNIZACION%20DEL%20ESTADO.pdf
- Colmenares Silva, J. (2013). *La búsqueda de la democracia y la eficiencia con gerencia pública competitiva.* Obtenido de http://www.fuac.edu.co/recursos_web/observatorio/publicaciones/DESCENTRALIZACION%20Y%20MODERNIZACION%20DEL%20ESTADO.pdf

Comisión de Regulación en Salud - CRES, Acuerdo 32 de 2012 Comisión de Regulación en Salud - CRES (17 de mayo de 2012).

Congreso de la República Uribe Veléz, A. (1993). La ley 100 93. Bogotá, Colombia: Congreso de la República.

(2010). *Conpes -Política de rendición de cuentas de la rama ejecutiva a los Ciudadanos*. Conpes Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia, Cundinamarca, Bogotá.

Constitución Política de Colombia (1991).

Corte Constitucional - Derecho a la salud de persona de la tercera edad, Sentencia T-1228-2005 (Corte Constitucional 28 de Noviembre de 2005).

Corte Constitucional, Sentencia C-1041 (2007). Obtenido de Sentencia C-1041.

Corte Constitucional Sentencia, Sentencia C-108/95 de la corte constitucional párrafo 4, (1995).

Cuervo, J., Francoise Jolly, J., Roth, A., Salazar Vargas, C., Tournier, C., & Vélez, G. (2007). Las políticas políticas: modelos teóricos y la práctica gubernamental (Una revisión a los presupuestos teóricos de las públicas públicas en función de su aplicación a la gestión pública colombiana). En J. Cuervo, J. Francoise , A. Roth, C. Zalazar Vargas , C. Tournier, & G. Jaime Veléz, *Ensayos sobre políticas públicas*. Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.

Decreto 2423 de 2006. Se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. (s.f.). Obtenido de Decreto 2423 de 2006. Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/manual_tarifario_soat_2017_-_consultorsalud.pdf

Derecho a la salud de persona de la tercera edad, Sentencia T-1228-2005 (Corte Constitucional 28 de Noviembre de 2005).

Durán Peñafiel, A. (2015). *Informe de Gestión de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali -Seguimiento a Metas del Plan de Desarrollo y plan Territorial de Salud*. Santiago de Cali.

Franco Giraldo, Á. (25 de septiembre - diciembre de 2009). Enfoque para el análisis. (U. d. Antioquia, Ed.) *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*.

- Giraldo Quintero, L. F., Delgado Blandón, U., & Guerrero Velasco, R. (2013). *Plan de gestión Institucional 2012-2015 vigencia 2013*. Santiago de Cali.
- Giraldo Saavedra , A. (2013). Empresa solidarias de salud, un modelo de participación y concertación social.
- Gómez Arias, R., & Nieto , E. (octubre diciembre de 2014). ¿Qué ha pasado con l su reforma de salud?. *Rev. perú. med. exp. salud publica* vol.31 no.4 Lima oct./dic. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726->. *Rev. perú. med. exp. salud pública, 31(4)*, Gómez Arias RD y Nieto E. (2014) Colombia: ¿Qué ha pasado con l su reforma de salud?. *Rev. perú. med. exp. salud publica* vol.31 no.4 Lima oct./dic. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726->.
- Gómez, M. (1995-2003). La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias. *Revista Gerencia y Políticas de salud*, 44-68.
- Granados Toraño, R., & Gómez Montoya, M. (2000). *La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance*. (R. D. PUBLICA, Ed.) Obtenido de file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/18863-61426-1-PB%20(1).pdf
- Grant, R., & Keohane, R. (febrero de 2005). The American Political Science Review, Accountability and Abuses of Power in World Politics. *Vol. 99(1)*. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/30038917> .
- Guerra Herrera, A. (2013). Beneficios resultantes del proceso de acreditación en salud. *Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de la Salud La Plata*. (U. N. Económicas, Ed.) Argentina : Universidad Nacional de La Plata Facultad de Ciencias Económicas. Obtenido de Universidad Nacional de La Plata Facultad de Ciencias Económicas Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de la Salud La Plata, A http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/33091/Documento_completo
- Guzmán Paniagua, H. (2014). *Periodico el pulso*. Obtenido de <http://www.periodicoelpulso.com/html/1410oct/index.htm#arriba>
- Henaó Herrera, A. (2013). *Beneficios resultantes del proceso de acreditación de la calidad en Salud*. (M. e. Salud, Ed.) Obtenido de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/33091/Documento_completo.pdf?sequence=4 °
- Instituto de Seguros Sociales, (1992). Evolución histórica del Seguro Social. Bogotá: Taller del Seguro Social. . (1992). *Evolución histórica del Seguro Social*. Bogotá: Taller del Seguro Social. .

- Isaza Espinoza , C. (2017). El análisis de textos gubernamentales en el estudio de las políticas públicas (análisis de contenido, de discurso y narrativo). En A.-N. Roth Duebel, *Análisis de políticas públicas: perspectivas prágamticas, interpretativas, de redes y de innovación pública* (págs. 65 - 85). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Isaza Espinoza, C., & Roth Duebel, A. (2017). El análisis de textos gubernamentales en el estudio de las políticas públicas (análisis de contenido, de discurso y narrativo) Análisis de políticas públicas: perspectivas prágamticas, interpretativas, de redes y de innovación pública. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Jaramillo Pérez, I. (2001). *Evaluacion de la descentralización en salud en Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/EVALUACION%20DE%20LA%20DESCENTRALIZACION%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Jaramillo Pérez, I. (2006). Hacia una cobertura universal en salud sin intermediación. En M. Cárdenas , & R. Bonilla, *Políticas Públicas para Colombia* (págs. 67-85). Bogotá: Fescol-Colombia.
- La Nación. (2017). La nación. La sangre contaminada devastó a mi familia": un escándalo de la salud británica por el murieron 2000 personas. Obtenido de <http://www.lanacion.com.ar/2017748-la-sangre-contaminada-devasto-a-mi-familia-un-escandalo-de-la-salud-britani>
- Martínez , F. (2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* . Obtenido de http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf
- Mejía Ortega, L., & Franco Giraldo, A. (2007). *Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.* (U. d. Facultad Nacional de Salud Pública, Ed.) Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n3/v9n3a16>
- Ministerio de la protección social. (14 de agosto de 2008). Los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. *RESOLUCIÓN 3047*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección.
- Ministerio de Protección Social - Presidencia de la República - El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de, Decreto 1011 (03 de abril de 2006).

- Ministerio de protección social - Monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.* . (2005). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20SALUD.pdf>
- Ministerio de protección social. (2015). *Monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20SALUD.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Circular 17 de 2012 (20 de abril de 2012).
- Ministerio de Salud y Protección Social, Circular 27 de 2012 (13 de junio de 2012).
- Moreno Ospina , C., & Gaitán Pavia, P. (1992). Tercer mundo Universidad nacional de Colombia, Instituto de estudios políticos y relaciones internacionales.
- Nieves López, J. (2012). *Modernización del estado y de la administración pública en Colombia, la política pública de rendición de cuentas social y el fortalecimiento de la democracia.* Obtenido de <http://studylib.es/doc/5969204/modernizaci%C3%B3n-del-estado-y-de-la-administraci%C3%B3n-p%C3%BAblica-en>
- Núñez, J., & Zapata , G. (2012). *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro.* Obtenido de http://adida.org.co/pdf/salud_2012/la_sostenibilidad.pdf
- Ocampo Gaviria, J., & Forera de Saade, M. (31 de diciembre de 2006). Decreto 2423 Ministro de Hacienda y crédito Público Ministra de salud - Se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.
- (2008). *OMS Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria en salud.* Organización mundial de la salud. Obtenido de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (22 de julio de 1946). *Constitución de la OMS: principios.* (O. M. Salud, Ed.) Obtenido de <http://www.who.int/about/mission/es/>
- Organización mundial de la salud. (diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar.* Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Otalvaro Marín, B. (2017). Miradas cualitativas para el análisis de políticas sociales en Colombia . *Ciencia Política*, 57 - 78.
- Ramírez Arias , J., Pérez Páez , I., Ocampo Lujano, R., Velásquez Trinidad, D., & Yarza Solorzano, M. (2011). *La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad*

- y seguridad en la atención médica. *Acta médica. Grupo ángeles. Volumen 9 No. 3. Recupe.* Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>
- Ramírez Bacca , R. (junio de 2014). *Entrevista a Jane M. Rausch, Profesora Emerita de la University of Massachusetts- Amherst, Estados Unidos. Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín.* Obtenido de [de:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-132X2014000100013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-132X2014000100013)
- Reforma al sistema General de seguridad social en salud - congreso , Ley 1438 de 2011 (11 de Enero de 2011).
- Rodriguez, O. (2005). *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rodriguez Vera , J. (2012). *Algunas causas de la crisis financiera en el sistema de salud en colombia en el 2009.* (U. N. económicas, Ed.) Obtenido de http://www.fcenew.unal.edu.co/publicaciones/images/Descargue_Documentos_Econografos-EE_N_30.pdf
- Salamanca Salamanca , J. (2014). *La descentralización del servicio de salud en los municipios de Colombia.* (U. M. Desarrollo, Ed.) Obtenido de <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/13983/2/LA%20DESCENTRALIZACI%C3%93N%20DEL%20SERVICIO%20DE%20SALUD.pdf>
- Schedler, A. (2004). *"¿Qué es la rendición de cuentas?". Cuadernos de Transparencia nro. 3. México: IFAI. Versión original en: Schedler, Diamond y Plattner (1999). The Self-Restraining State: Power and Accountability in New Democracies. Lynne Rienner Publ.* Obtenido de <https://es.scribd.com/document/48574619/SCHEDLER-Que-es-la-rendicion-de-cuentas>
- Schultz, W. (julio de 2015). Recompensas neuronales y señales de decisión: de las teorías a los datos. . *Physiol* . Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26109341>
- Secretaria de Cali Municipal Durán Peñafiel, A. (2015). *Informe de Gestión de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali -Seguimiento a Metas del Plan de Desarrollo y plan Territorial de Salud.* Santiago de Cali.
- Stiglitz, J. (septiembre de 2010). Regulación y fallas. *Revista de economía institucional*, 12(23), 13-28.
- Uribe Vélez, A., & Betancourth Palacios , D. (2006). *Decreto 1011 Se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad*

social en salud. Presidencia de la República y Ministerio de Protección Social. Obtenido de <https://es.slideshare.net/tutor1011/decreto-1011-de-2006-sogc>

Usta, P. (s.f.). Usta P., (2012) Revista de Derecho Público Nro.28, 2012, recuperado de la página de internet: <http://www.leyex.info/magazines/EditorialDerPubNo28.pdf>. *Revista de Derecho Público*. Obtenido de <http://www.leyex.info/magazines/EditorialDerPubNo28.pdf>.

Varela, E., & Otalvaro Marin, B. (2013). Las reinvencción de las politicas públicas de asistencia y protección social en Colombia. *Barataria*, 273 - 285.

Vélez, M. (2016). *La salud en Colombia Pasado, presente y futuro de un sistema de crisis*. Bogotá: Grupo editorial.

Cazho, J. (1819-1827). *Historia De La Seguridad Social En Colombia*. Obtenido de <https://es.calameo.com/books/00430835056c7a07fc46c>