

**CONDICIÓN ACTUAL DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD  
DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, COMO RESPUESTA A LOS LINEAMIENTOS  
DEL MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL: LÍNEA PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD.**

HECTOR MAURICIO MONTILLA CARDONA  
Enfermero



FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
SANTIAGO DE CALI

2022

**CONDICIÓN ACTUAL DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD  
DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, COMO RESPUESTA A LOS LINEAMIENTOS  
DEL MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL: LÍNEA PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD.**

HECTOR MAURICIO MONTILLA CARDONA

Proyecto de investigación realizado como requisito para  
optar al título de Magister en Salud Pública

Director

AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO



FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
SANTIAGO DE CALI

2022

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

Firma del presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Santiago de Cali, enero de 2022.

## DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a: Dios; mi fortaleza y mi refugio, en quien confío.

A mi esposa Yohanna por su amor, paciencia y esfuerzo que me impulsaron a cumplir esta anhelada meta.

A mis hijos Miguel Ángel y Samuel, por su comprensión, afecto y amor, pero sobre todo por motivarme a ser mejor.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Secretaría de Salud del Departamento del Cauca, y sus funcionarios en los diferentes procesos de la entidad, por la autorización para el desarrollo del presente trabajo de investigación y el acceso a la información necesaria. Así mismo a la Doctora Ana Rocío Rangel Sánchez Consultora del Ministerio de Salud y Protección Social, por sus orientaciones y bibliografía sugeridas, finalmente a la Universidad del Valle, que a través de sus asesores y docentes; Mg. Elsa Patricia Muñoz Laverde, Mg. Augusto Muñoz Caicedo, Mg. Olga Lucia Gómez, Mg. Sandra Díaz y Mg. Jenny Ordoñez aportaron para hacer realidad esta idea de proyecto.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2. ESTADO DEL ARTE.....	19
3. MARCO TEÓRICO.....	32
3.1. GENERALIDADES SOBRE ALGUNOS MODELOS TEÓRICOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	32
3.1.1. MODELO CON ENFOQUE DE TEORÍA DE SISTEMAS Y CALIDAD.....	32
3.1.2. MODELO DE EVALUACIÓN DE EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD.....	34
3.1.3. MODELO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	35
3.1.4. MODELO PARA EVALUAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN.....	36
3.1.5. MODELO FUNCIONAL DEL SUBSISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCAP.....	37
3.1.6. MACROMODELO DE SISTEMA DE SALUD ENFOCADO EN EL DIAGNOSTICO SITUACIONAL .....	39
3.2. GENERALIDADES SOBRE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA.....	40
3.2.1. LA POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PAIS.....	42
3.2.2. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL MAITE.....	44

	<b>Pág.</b>
3.3. ARGUMENTACIÓN DE LA POSTURA TEÓRICA SELECCIONADA.....	47
4. OBJETIVOS.....	51
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	51
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
5. METODOLOGÍA.....	51
5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	51
5.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	52
5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	53
5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	55
5.5. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	56
5.6. PLAN DE ANÁLISIS.....	58
5.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	59
6. UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	60
6.1 GENERACIÓN DE NUEVO CONOCIMIENTO.....	60
6.2 FORTALECIMIENTO DE LA COMUNIDAD CIENTIFICA COLOMBIANA.....	61
6.3 APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO.....	61
7. RESULTADOS.....	63
8. DISCUSIÓN.....	76
9. POSIBLES SESGOS.....	95
10. FORTALEZAS Y DESVENTAJAS.....	96
11. CONCLUSIONES.....	97
12. RECOMENDACIONES.....	99
13. BIBLIOGRAFÍA.....	100

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Empresas Sociales del Estado del Departamento del Cauca según las zonas .....	54
Tabla 2. Operacionalización de variables.....	55
Tabla 3. Oferta de Servicios por Tipología según REPSS Y PTRRMR.....	64
Tabla 4. Cobertura por zonas de operación y producción en UVR.....	65
Tabla 5. Remisiones de la Red de Servicios de Salud.....	68
Tabla 6. Equilibrio financiero, déficit y superávit de la Red.....	71
Tabla 7. Pasivo corriente y pasivo no corriente de la Red de Servicios de Salud.....	72
Tabla 8. Cartera de la de la Red de Servicios de Salud variables.....	74



## LISTA DE ILUSTRACIONES

		<b>Pág.</b>
Ilustración 1.	Modelo de Generación de Valor en Salud.....	24
Ilustración 2.	Modelo de Harvard Bussiness Review .....	26
Ilustración 3.	Tipos de Valor.....	27
Ilustración 4.	Propuesta de The Economist Intelligence Unit .....	28
Ilustración 5.	Modelo de calidad de la atención medica.....	33
Ilustración 6.	Modelo para evaluar el estado de salud de la población.....	37
Ilustración 7.	Modelo funcional del subsistema de servicios de salud de La ESCAP.....	38
Ilustración 8.	Macromodelo de sistema de salud enfocado en el Diagnostico situacional.....	40
Ilustración 9.	Actores sistema de salud Colombiano.....	41
Ilustración 10.	Política de Atención Integral en Salud PAIS.....	43
Ilustración 11.	Modelo de Acción Integral Territorial MAITE.....	44
Ilustración 12.	Líneas de Acción MAITE.....	45
Ilustración 13.	Diseño Original de Modelo de Diagnostico Situacional.....	47
Ilustración 14.	Modelo Teórico de esta investigación.....	49
Ilustración 15.	División Política y administrativa. Departamento del Cauca...	52

## RESUMEN

**Objetivo:** Diagnosticar la condición actual de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento del Cauca, como respuesta a los lineamientos del MAITE, en la línea de prestación de servicios de salud. **Materiales y Métodos:** La presente investigación fue desarrollada bajo el enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, basado en un estudio de caso de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud contextualizada en el territorio Caucano.

Se realizó un diagnóstico de la condición actual de La Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento del Cauca, identificando la situación de la red frente a los retos de la adopción e implementación del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, en la línea de acción de prestación de servicios. Para el análisis de dicha condición, se examinaron cuatro componentes específicos del REPSS y SIHO correspondientes a: la oferta de servicios, la producción, las remisiones de usuarios y la situación financiera

**Resultados:** La oferta de servicios de salud de la Red Pública del Departamento del Cauca, derivados del análisis documental del REPSS, se reconoce que 111 corresponden al Nivel Primario donde, 51 (44,74%) pertenecen a la tipología A (Tipología básica). En el Nivel Complementario, la oferta de servicios de salud es de un prestador de Tipología A, un prestador de Tipología B y un prestador de Tipología C.

Con respecto a la distribución de las ESE en el territorio Departamental, se identificó que de la totalidad de las 19 ESE del Cauca, 7 (36,84%), se concentran en la zona Centro del departamento, seguida de la zona Norte que cuenta con 5 (26,32%), la zona sur con 3 (15,79%) y las zonas Oriente y Occidente con 2 (10,53%) respectivamente.

Sobre la producción de servicios de salud de las ESE, medida en unidades de valor relativo (UVR), los hallazgos revelaron que la mayor producción está en la Alta Complejidad con el 45,9%, seguida por la Baja Complejidad con el 32,1%, y en última

instancia por la Mediana Complejidad con el 21,9% de las UVR de la Red de ESE del Cauca.

De las 268.696 remisiones de la Red Pública obtenidas por nivel de complejidad, el 93,20% se realizan por la Baja Complejidad, seguida por la Mediana Complejidad en el 6,42% y la Alta Complejidad en el 0,39%. Respecto a la frecuencia de las remisiones por especialidades Médicas en la baja complejidad, el 35,93% corresponden a Ginecoobstetricia, el 31,15% a Medicina Interna, el 16,54% a Cirugía General y el 16,38% a Pediatría.

De la Red de Empresas Sociales del Estado, 12 ESE se encuentran en equilibrio financiero (Valores  $\geq 1$ ), de las cuales 11 pertenecen a la baja complejidad y una a la alta complejidad; mientras que de las 7 ESE que no logran el equilibrio (valores  $< 1$ ), 5 pertenecen a la baja complejidad y dos a la mediana complejidad.

En cuanto al déficit/superávit de la Red, se tiene que en promedio la baja complejidad tiene un superávit de más de 3.000 millones y la alta complejidad un superávit de más de 34.000 millones, mientras que la mediana complejidad presenta un déficit de más de 11.000 millones.

**Conclusión:** La oferta de servicios de salud de la red pública del departamento del Cauca es en su mayoría del nivel primario con tipología A, que representa el nivel más básico con servicios ambulatorios no permanentes, mientras que en el nivel complementario solo se tienen dos ESE de mediana complejidad y una ESE de alta complejidad, denotando dificultades en la oferta para la correcta implementación del MAITE.

Se pudo establecer que la zona norte y centro del Departamento tienen mayor oferta de servicios de salud, que puede estar generada por un mayor asentamiento de población y mejores vías de acceso a los puntos de atención. Dentro de los municipios se observa mayor oferta de servicios de salud, con portafolios y tipologías más completas solo en las cabeceras municipales, evidenciándose la centralización de la oferta de servicios y la falta de habilitación de muchos puestos de salud rurales, lo que denota dificultades en el acceso a servicios de salud, no coincidiendo con los lineamientos del MAITE, en la línea

de prestación de servicios.

Los hallazgos en la producción indican que la mediana y alta complejidad tienen el mayor impacto por el peso o ponderación de sus servicios, y que las zonas centro y norte del Departamento tienen el mayor número de UVR, mostrando que la producción se mueve por demanda y acceso.

Con respecto al componente financiero, se puede concluir que la baja complejidad presenta en promedio un equilibrio financiero, dado en gran medida, por unas pocas ESE que tienen un gran superávit. Caso contrario al de la mediana complejidad, que presenta más compromiso en cuanto al desequilibrio y déficit. Por su parte, la alta complejidad presenta equilibrio e importante superávit, lo que en términos generales podría indicar una suficiencia financiera para adoptar el MAITE.

**Palabras clave:** Red de prestadores de servicios de salud, Empresas Sociales del Estado, Oferta, Remisiones, Producción, Situación financiera, equilibrio, Superávit/déficit, Cartera, Modelo de Acción Integral Territorial.

## 1. Planteamiento del problema de investigación

La prestación de servicios en el ámbito de la salud, de acuerdo a La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), es concebida como un beneficio o un servicio que una organización suministra a un individuo y que es utilizado especialmente en el contexto de los sistemas de protección social. De manera tal, que ese conjunto de prestaciones en salud es entendido como la relación de servicios financiados total o parcialmente por un sistema público, que son objeto potencial de derechos y obligaciones para los actores de dicho sistema (1).

En efecto, el proceso de desarrollo de muchos sistemas de salud supone un claro progreso en el logro de objetivos tales como la ampliación de cobertura de servicios de salud para la mejora del estado de salud de la población. Sin embargo, este mismo desarrollo genera retos y problemas como crecimiento del gasto, y aparición de ineficiencias e inequidades, cuya solución requiere tanto voluntad política para abordarlos, como un conjunto de instrumentos en los que la mayoría de sistemas de salud se encaminan.

La búsqueda de una adecuada prestación de servicios de salud se ha venido desarrollando desde años atrás, haciéndose necesarias varias transformaciones de los sistemas de salud en el mundo. Sin embargo, la región de las Américas sigue siendo una de las regiones con mayor número de personas sin acceso a servicios integrales de salud (2).

Entre el año 2013 y 2014, se encontró que si los servicios brindados por los sistemas de salud hubieran sido efectivamente accesibles, de calidad y oportunos, se habrían podido evitar 1,2 millones de muertes. Además, señalan que la utilización de los servicios de salud preventivos es solo de 15% a 21% en países como Argentina, Brasil, Perú y Colombia, siendo menor en las poblaciones pertenecientes a los quintiles de ingresos más bajos (3).

En ese marco, algunos indicadores del departamento del Cauca descritos en el análisis de Situación en Salud - ASIS-2020, muestran que la mortalidad tiene como causas

principales las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa ajustada aproximada de 142,0 defunciones por 100.000 habitantes, dentro de las cuales se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón con 64,11; las enfermedades cerebrovasculares con 39,93 y las enfermedades hipertensivas con un 16,69. Así mismo, dentro de las demás causas que representan una tasa de 97,62 por cada 100.000 habitantes, se encuentran las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una tasa de 19,02; las lesiones auto infringidas intencionalmente con una tasa de 6,44; las neoplasias con un 90,44, dentro de las cuales se destaca el tumor maligno de estómago con una tasa de 23,22; tumor maligno de próstata con una tasa de 14,40 y tumor maligno de órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con una tasa de 13,12 por cada 100.000 habitantes (4).

Según lo anterior, entre los años 2005 a 2018, los años de vida potencialmente perdidos se han presentado principalmente por las causas externas, sosteniéndose como la causa de mayor frecuencia y representando el 36% de los años perdidos; las demás enfermedades ocupan el segundo lugar con un 19%; en tercer lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio que aportan un 14% y en cuarto lugar las Neoplasias con un 13% (5).

Por otro lado, en cuanto a las principales causas de morbilidad, la principal causa en la primera infancia son las condiciones transmisibles y nutricionales con un porcentaje de 31,69 %, seguida de las enfermedades no transmisibles con un 42,38 %. Por el contrario, en la infancia, la primera causa de morbilidad se debe a enfermedades no transmisibles con un 55,20 %, seguida de las condiciones transmisibles y nutricionales con un 19,83 %. Así mismo, en la adolescencia, las enfermedades no transmisibles se consideran la primera causa con un 56,70% y como segunda causa, las condiciones transmisibles y nutricionales en un 11,73 %. En la juventud y en la adultez, las enfermedades no trasmisibles son la primera causa de morbilidad con un 54,70 % y un 69,63 % respectivamente, mientras que las condiciones mal clasificadas son la segunda causa de morbilidad con un 18,23 % y un 14,10 % respectivamente. Por último, las enfermedades

no transmisibles son la primera causa de morbilidad en las personas mayores con un 82,26 %, seguida de las condiciones mal clasificadas en un 9,08 % (6).

En ese orden de ideas, entre las consecuencias de no contar con una adecuada prestación de servicios de salud, se especifican las barreras que surgen en el momento de la atención, en cuanto a la prestación de servicios. Algunas investigaciones describen que, en Colombia, estas barreras, que permean la falta de utilización de los servicios en salud, están dadas por la ubicación distante del prestador al sitio de residencia del usuario (3,31%), la abundancia de trámites para la cita (4,46%), la carencia de resolución de problemas (3,43%), la falta de tiempo de los usuarios (5,5%), la poca confianza en el personal de salud (4,43%), el déficit de dinero en las familias para cubrir los gastos de bolsillo (23,95%) y la programación dilatada de citas (6,38%) (7).

Todo ello, pese a que, en lo que respecta al vínculo entre salud y desarrollo de los países, se describen seis vínculos identificables preponderantes. El primero establece la salud como condición necesaria para superar la pobreza. El segundo, propone la disponibilidad de programas bien orientados para reducir la mortalidad provocada por enfermedades evitables. Un tercer vínculo se enfoca al control de la natalidad mediante planificación familiar y acceso a la anticoncepción. En cuarto lugar, se encuentra la necesidad de garantizar la disponibilidad de proveedores e infraestructuras de servicios de salud en todos los niveles de atención. El quinto y sexto vínculo se enmarcan en un contexto internacional. El quinto propone la lucha contra las enfermedades de los pobres mediante inversiones en bienes públicos mundiales. Y, por último, el sexto implica un compromiso financiero global dado que, en los países de bajos ingresos, el nivel de gasto en salud es insuficiente para hacer frente a los desafíos que se plantean en este campo (8).

Colombia no ha sido ajena en la búsqueda de esos vínculos. Desde el año 1993, el Sistema de Salud Colombiano sufrió una de las grandes transformaciones, como respuesta al escaso aseguramiento y bajo acceso a la atención de salud que, según un grupo de investigadores, afectaba aproximadamente al 75% de la población (9). Esta reforma, modificó el Sistema Nacional de Salud (SNS) a un Sistema de Seguridad Social

integral en Salud (SGSSS), estableciéndose tres subsistemas: salud, pensiones y riesgos profesionales (10), y servicios complementarios.

Esta transformación también derivó cambios en cuanto al ordenamiento de las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de una mejor prestación de servicios, unificación de la normatividad y la planeación de la seguridad social (11). De igual forma, se encausaron los pasos hacia la descentralización de la salud, determinando las competencias y la estructura financiera de los entes territoriales, la regulación de las condiciones del talento humano en salud, las transferencias, la distribución y su asignación (12). En el año 2011, se planteó el fortalecimiento del SGSSS a través de un sistema de prestación de servicios público en salud, en el marco de la Atención Primaria en Salud, buscando la acción coordinada entre el Estado, las instituciones y la sociedad (13). Asimismo, en el año 2012, se planteó un Plan Decenal de Salud Pública como mecanismo para reducir la inequidad en salud (14) y en el año 2015, mediante una Ley estatutaria, se pretendió garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (15), mediante una Política de Atención Integral en Salud – PAIS (16) y bajo un marco operativo de un Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS (17).

Vale la pena destacar que, en el año 2019, se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, modificando la PAIS, convirtiéndose en el nuevo norte conceptual para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en nuestro país, mediante ocho líneas de acción a saber: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano en Salud, financiamiento, enfoque diferencial, articulación intersectorial y gobernanza (18). Del mismo modo, se establecieron criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud RIPSS, en el marco de la PAIS, determinando su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación (19).

Los esfuerzos realizados en Colombia para articular a los prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados



en un ámbito territorial definido, con una organización funcional bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad (20) no son recientes. Desde el año 2005, se estableció una Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en un esfuerzo por definir un derrotero de mediano y largo plazo para el sector (21). En el departamento del Cauca, puntualmente, los cambios han sido visibles desde el año 2007, en el que se liquidó la Dirección Departamental de Salud del Cauca, sus Hospitales y Unidades nivel I y se constituyeron las Empresas Sociales del Estado con autonomía administrativa y financiera, con sus juntas directivas, con organización regional, y puntos de atención en varios municipios de cobertura (22).

Sin embargo, pese a estas transformaciones a nivel nacional y departamental, para el Departamento del Cauca, desde el nivel territorial, se hace necesario conocer cuál es el estado actual de la red pública de prestadores de servicios de salud, pasados ya catorce años de la creación de las mismas, y si éstas, responden a los lineamientos actuales que permitan el acceso a servicios de salud en el territorio, optimizar el uso de recursos, verificar la suficiencia de oferta de servicios y la organización de redes de prestadores de servicios de salud favoreciendo las prioridades en salud.

Por dicho motivo, se efectuó la presente investigación que permitió realizar un diagnóstico, en una descripción detallada de la condición actual de La Red Pública De Prestadores De Servicios Del Departamento del Cauca, en su conformación, servicios ofertados, producción, remisiones y estado financiero; identificando la situación de la red frente a los retos de la adopción e implementación del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, en la línea de acción de prestación de servicios.

**Pregunta de investigación:**

¿Cuál es la condición actual de la red pública de prestadores de servicios de salud del Departamento del Cauca, para dar respuesta a los lineamientos del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) en la línea de acción de Prestación de Servicios de Salud?

Condición respecto a cuál se consideraron los cuatro componentes esenciales mencionados: 1. Situación financiera (Equilibrio por recaudo – pasivos – cartera - déficit/superávit), 2. Oferta de servicios (Fuente: REPSS), 3. Producción (Fuente: SIHO), 4 Referencia o Remisiones de usuarios (cantidad de remisiones, causas de remisión, emisor y receptor).

Los hallazgos del diagnóstico del estudio sirvieron de insumo para recomendar aspectos a tener en cuenta en la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, concretamente en la línea de acción de prestación de servicios de salud, en pro de su fortalecimiento.

## **2. Estado del arte**

Se describen a continuación, algunos hallazgos que permitieron profundizar y comprender como los estudios sobre los cambios en los modelos de salud, el acceso a los servicios de salud, el impacto de los sistemas en la prestación y la oferta de servicios de salud, influyen directa o indirectamente en la prestación de los servicios. De igual forma, se refirieron datos generales del departamento del Cauca que permitieron contextualizar la investigación.

Desde la declaración de Alma-Ata, se han venido realizando esfuerzos para reducir la fragmentación de los servicios de salud, avanzar en la entrega de cuidados integrales para todos los habitantes y el establecimiento de agendas para la iniciativa sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud RISS basados en Atención Primaria en Salud, propuesta por la Organización Panamericana de la Salud OPS y la Organización Mundial de la Salud OMS, con el propósito de alcanzar unos servicios integrales de salud accesibles, equitativos, eficientes y con mejor calidad (23-24).

En el escenario Latinoamericano, al que se continúa señalando como una de las regiones con mayor número de personas sin acceso a servicios integrales de salud y en ese sentido, las investigaciones han reseñado la incidencia de ciertos factores sectoriales y extrasectoriales en el origen de las reformas de la salud en ciertos países de América Latina. Como factores extrasectoriales recalcan la crisis del estado de bienestar y la emergencia de las concepciones políticas neoliberales (25), la desregulación y minimización del rol conductor del estado de los procesos de desarrollo, la necesidad de contener la escalada de costos de los sistemas de salud como parte de la reducción de los gastos públicos de carácter social; la crisis de financiamiento de los esquemas de seguridad social por las modificaciones de las estructuras demográficas, con el consiguiente envejecimiento de la población, el desempleo creciente de amplias masas de población y la emergencia de la economía terciaria en países industrializados y no industrializados, la emergencia del capitalismo basado en la información (26) y la necesidad de acomodar los sistemas de salud a los circuitos económicos, políticos,

tecnológicos y culturales hegemónicos, la desmovilización de la fuerza de presión de los movimientos sociales organizados, como efecto secundario a la transnacionalización de la economía y el comercio, y a los cambios políticos e ideológicos operados en la última década del siglo XX.

Así mismo, remarcan, como factores sectoriales, la revolución tecnológica y la obsolescencia moral del equipamiento y la base material y técnica de los servicios de salud, la escalada de los costos de las funciones de producción para la atención de la salud, la revolución de las expectativas de la población con los sistemas y servicios de salud, que reclaman mayores oportunidades de elección y solución a sus problemas, la emergencia de grupos de presión sectoriales y extrasectoriales por lograr mayores cuotas de participación en el mercado de salud, la discusión acerca de la eficacia, eficiencia y equidad de los servicios de salud, el discurso neoclásico en salud y la debilidad del acomodo de las teorías y metodologías alternativas al mismo, para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de transformación de los sistemas de salud contemporáneos, la hegemonía de los organismos internacionales de financiamiento y crédito, en la oferta de cooperación para el desarrollo de procesos de reforma institucionales de ministerios de salud e institutos de seguridad social (27-28).

Específicamente en Colombia, algunos estudios, en el ámbito de la salud, se han enfocado en analizar el impacto de la reforma del Sistema General de Seguridad Social. En ese sentido, aunque describen efectos significativos sobre el uso de servicios esenciales como los controles pre y postnatales, la disminución en el gasto de bolsillo en salud de la población más vulnerable y la reducción del gasto en hospitalizaciones y en medicamentos, también mencionan el escaso impacto en la calidad de los servicios ofrecidos y en la reducción de la mortalidad infantil sobre todo en el régimen subsidiado, por lo que en sus conclusiones plantean la urgencia de implementar acciones de mejora sobre el acceso efectivo a los servicios de salud en áreas rurales, diseñar mecanismos para mejorar la calidad de los servicios en la población más pobre, revisar el esquema de vigilancia y control del sector, dejando que la Superintendencia de Salud se concentre en actividades propias a su naturaleza, como el control de la calidad y la atención a los

usuarios (29).

Así mismo, otros investigadores que evaluaron la equidad en el acceso a los servicios, describen la cobertura en la afiliación al SGGSSS, que paso del 23,7 % a un 57,2 % entre los años 1993 y 1997, y la utilización de los servicios hospitalarios, que pasó de una tasa ajustada de 1,7 a 3,4 y de 7,7, a 12,4 (x100) para los servicios ambulatorios (30), respectivamente. Estas variables han tenido un comportamiento positivo de manera gradual en los últimos años y en algunas regiones del país. Sin embargo, no se debe desconocer la disparidad entre la oferta de servicios público y privados en salud, tal y como lo señala un estudio realizado en el departamento del Atlántico, en el que se encontró una proporción para la red privada del 71%. Para el departamento del Atlántico, la diferencia marcada de la oferta pública es expuesta como un claro indicador de la falta de gestión y planeación de la infraestructura sanitaria de la región y el reto que enfrenta la dirección departamental para buscar un equilibrio que asegure la atención futura. En ese sentido, el análisis de un indicador como el gran déficit de camas y servicios en el Departamento del Atlántico ayuda a entender un poco más las posibles causas de los problemas de mortalidad en algunas franjas de la población colombiana asociadas a la organización de los servicios de salud (31).

De manera general, con respecto a la calidad de los servicios de salud, algunas investigaciones cualitativas muestran que, en cuanto a la estructura de los servicios, los investigados valoran mucho la accesibilidad al servicio, el tiempo para ser atendidos, el trato igualitario que debe dar los actores institucionales, una administración ágil y coordinada entre todas las instituciones involucradas en el servicio, y el tiempo adecuado de consulta. Además, es significativo para los usuarios y el personal de salud, acceder a la información y a la disponibilidad de recursos (32). Por otro lado, desde un análisis factorial, las investigaciones muestran que los aspectos de trámites y confianza en la institución tienen evaluación destacada, seguidos de la interacción con el personal cualquier área, interacción que influencia en la percepción entre dichas áreas, mientras que la confianza en la institución depende de la percepción del personal de enfermería y tramites (33).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, las investigaciones describen una información institucional limitada. Sin embargo, ciertos datos muestran inequidades en el acceso por regiones como, por ejemplo, en la Región Pacífica del país, a abril del 2014, en el régimen subsidiado (para personas en situación de pobreza) había aproximadamente 88 % de la población en el Chocó, 78 % en el Cauca, 81 % en Nariño y 44 % en el Valle del Cauca; y en el régimen contributivo 11 % en el Chocó, 21 % en el Cauca, 18 % en Nariño y 55 % en el Valle del Cauca. Al revisar los datos para los cuatro departamentos del Pacífico, se encuentran cifras preocupantes, particularmente en el Cauca, comparado con el resto de Colombia (34).

Así mismo, investigaciones realizadas en 6 ciudades de Colombia sobre el acceso a los servicios de salud, concluyen que el aseguramiento se ha convertido en un fin en sí mismo y estar afiliado al SGSSS no garantiza el acceso efectivo a los servicios, dado las barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales desde los diferentes actores (35). Por otra parte, investigaciones realizadas en la zona norte de Colombia, reportan que esta región se ha caracterizado históricamente por las deficiencias en el sistema de salud, aunque algunas ciudades cuentan con infraestructura hospitalaria de última generación, persisten grandes diferencias, las cuales van desde la dotación hospitalaria, el número de médicos por mil habitantes hasta los limitantes de acceso. Además, evidencian un mayor impacto del aseguramiento sobre la asistencia médica cuando la utilización de los servicios se da por causas preventivas que cuando hay presencia de enfermedad o necesidad de hospitalización, donde la diferencia es nula (36).

Ahora bien, aunque los estudios sobre prestación de servicios desarrollados específicamente en el departamento de Cauca son escasos, algunos investigadores encontraron datos sobre las barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace Cauca. Los hallazgos reportan barreras de acceso del lado de la oferta como distancia del hospital, medios de transporte, tiempo de espera, el tratamiento ofrecido y muchos trámites para la cita (37). Por otra parte, otras investigaciones, describen que, en cuanto al número de camas por

cada 1000 habitantes en algunas regiones del país, el departamento del Cauca es el de menor número de camas con 0,8; Choco con 1,1; Nariño 1,4; Valle 1,5 y Quindío con 2,1. Igualmente, en cuanto al número de consultas urgentes por cada 10 externas en la red pública, en el 2008 el Cauca tuvo 1,5 siendo la más baja en todo el país; en Choco 2,8 consultas; Nariño 2,4, Valle 4,1 y Atlántico con 5 (38).

Vale la pena resaltar que como respuesta a la necesidad de una mejor prestación de los servicios de salud en el departamento del Cauca, en el año 2007 se realizó la liquidación de la Dirección Departamental de Salud del Cauca, con sus hospitales y Puntos de Atención, conformándose las Empresas Sociales del Estado con un componente regional y teniendo como cobertura varios municipios del departamento, pasando de 42 Hospitales Nivel I a 12 ESE de carácter Departamental, mas cuatro ESE de carácter municipal que ya venían operando, esta transformación de los prestadores públicos llevo consigo grandes transformaciones en la oferta, cobertura de servicios de salud y por ende resultados en salud, de lo cual no se tienen estudios que den cuenta de la situación post liquidación.

## **2.1 Modelo de Generación de Valor en Salud**

Actualmente, la prestación de servicios sanitarios fundamentada en el volumen y la productividad, esta direccionada hacia el logro de resultados, no solo para los pacientes, también para las organizaciones, e implica la optimización de su relación con los costos en pro de la eficiencia; este planteamiento supone lo que se ha llamado la generación de valor en el ámbito de la salud (39-42)

En este contexto, los sistemas y organizaciones, enfocan los esfuerzos de su atención hacia tres objetivos interrelacionados e interdependientes, que han sido incorporados en una propuesta denominada “la triple meta”; concepto acuñado por Berwick, Nolan y Whittington (2008) (43). Dicha propuesta, que se ha convertido en un referente conceptual mundial, en una suma de principios utilizados para reformar y favorecer la atención y los servicios de los sistemas de salud, consiste en: Mejorar la experiencia del

paciente, Mejorar la salud de las poblaciones y Reducir los costos per cápita de la atención en salud (44-47).

Esa búsqueda de la triple meta, es un ejercicio de cumplimiento equilibrado y equitativo entre componentes asociados a los sistemas de salud, como las decisiones políticas a las que está sujeto y las limitaciones que estas conllevan, en términos de presupuesto asignado, cobertura y especificidad de la población a atender; además de la configuración de un “integrador”, como las redes integradas de prestación de servicios, que tenga la capacidad de focalizar la atención y de coordinar los servicios para responder a las necesidades particulares de la población determinada en el contexto político concreto (48-50).



Ilustración 1. Elaboración propia. A partir de Berwick (2008); Stiefel (2012), IHI (2009);

En otras palabras, el papel de dicho integrador resulta indiscutible para la generación de valor, este debe procurar una relación informativa, colaborativa, orientativa, confiable,



consecuente, accesible, cumplidora, corresponsable y recíproca con los pacientes y sus familias. Y en ese sentido, debe rediseñar la atención primaria y gerenciar la salud de la población en pro de sus necesidades; diversificando estrategias diferenciales para la accesibilidad de la atención de calidad y la prestación integral de servicios; efectuando procesos de asociación y contratación multidisciplinaria y funcional; desplegando y especificando los recursos disponibles en una asignación eficiente y equitativa según las necesidades subyacentes desde un análisis profundo de costo-efectividad en el ejercicio de un control y manejo financiero transparente y juicioso; reforzando los esfuerzos preventivos y estimulando la cooperación con los programas gubernamentales del territorio específico; estructurando estándares de calidad e indicadores de su funcionamiento y confiabilidad, en evaluación y autoevaluación, que le permitan evidenciar sus fallas y progresos y efectuar modificaciones y mejoras (51-57).

En efecto, teniendo en cuenta que en el marco de la atención en salud resulta necesario prevenir la duplicación de recursos (58) la configuración de dichas redes integradas, debe diseñarse desde un proceso ordenado y sucesivo que comience por determinar la clase y amplitud de servicios ofertados por organización prestadora, definiendo concomitantemente los grupos de riesgo a los que se dirigirá la prestación de estos. Posteriormente, debe disponerse la concentración de atención especializada en menor cantidad de ubicaciones y la distribución adecuadas y oportunas de ubicaciones para los servicios de baja complejidad, permitiendo incrementar su alcance geográfico, oportunidad y resolutivez.

Consecutivamente, es indispensable, que en la prestación sean generados procesos de integración de servicios y sedes, que favorezcan y enriquezcan la integralidad de la atención, empleando guías de protocolos, estandarización, chequeo de su calidad (59-61). En esa verificación de calidad, o evaluación en salud basada en el valor, se deben medir una serie de indicadores, en conjunto y combinación, que desglosen los objetivos de la “triple meta”, priorizándolos y difundiéndolos como parte de la cultura de valor dentro de las organizaciones (62).



*Ilustración 2. Elaboración propia sobre el Modelo de Harvard Business Review (52 -55)*

Por un lado, aquellos que den cuenta de la salud de la población, los relacionados con los resultados como la mortalidad, la morbilidad y la esperanza de vida, los vinculados a la carga de enfermedad como el control incidencia o prevalencia de enfermedades crónicas y las mediciones de resultados reportados por pacientes (MRRP), y aquellos asociados a los factores de riesgo (63- 67). Por otro lado, los que reflejen la experiencia de los individuos, los indicadores de oportunidad de la atención, que incluyen dimensiones de la calidad como la seguridad, la equidad, la accesibilidad, la oportunidad, la efectividad, la eficiencia y la atención enfocada en el sujeto. Y los indicadores del costo per cápita, no solo aquellos que se refieren a los costos absolutos de cada individuo por un tiempo determinado, y a las tasas de ocupación y utilización de departamentos diversos de las instituciones, también los que tienen que ver con la continuidad de la atención, como los porcentajes de prevención médica a corto y mediano plazo o los tiempos de remisión. (68- 72).



Ilustración 3. Elaboración propia. A partir de Gentry & Badrinath (2017)(76)

Así entonces, sobre las bases de las ideas expuestas por dicha estrategia de valor, la “triple meta” (2008), posteriormente se propuso la inclusión de un cuarto objetivo, fundamental en el balance de valor de los sistemas sanitarios: la satisfacción de los profesionales de la salud con su labor, un objetivo que está dirigido a mejorar su experiencia, participación, compromiso, seguridad y el apoyo que reciben; emergiendo la ahora denominada “cuádruple meta” (2014 -2015). Esta meta, convoca la reflexión de la significación, el valor y el impacto del quehacer de dichos actores, y el rediseño de sus roles y tareas en pro de la efectividad de su labor (73-74).

En síntesis, los principios que generan la trazabilidad de estos objetivos, y que permiten transformar los sistemas sanitarios hacia una atención en salud basada en el valor, comienzan con la meta de mayor importancia en la prestación de servicios, la de generar valor para los pacientes; seguida de la organización coherente y oportuna de la práctica médica en patologías y ciclos del cuidado; y de una medición de resultados en un ajuste de riesgos y costos optimizados en aras de obtener una sostenibilidad mayor a largo

plazo. Además, se deben configurar los procesos de atención y provisión de servicios enfocados en el paciente, incluyendo sustancialmente la perspectiva de estos y de los proveedores de la salud, valorando la satisfacción de esos grupos de interés (75-77).

Para tales efectos, es necesario incrementar la oferta y la capacidad en la atención de servicios de alta complejidad y fomentar procesos educativos en salud que permeen la reflexión dialógica de la demanda a enfrentar y promuevan el desarrollo de competencias en el talento humano de las instituciones en lo que respecta a la generación del conocimiento, a las estrategias de innovación y al uso eficiente de recursos tecnológicos e informativos. También es indispensable garantizar la viabilidad institucional y mejorar su operación, implementando estrategias administrativas y financieras para responder al flujo de recursos de los sectores específicos y para generar valor para la comunidad del área de influencia y los colabores institucionales. Y en este sentido, se requiere gestionar relaciones a largo plazo con los pacientes y los grupos de interés, para garantizar los estándares de calidad tanto asistencial, como operativa y administrativa en todos los servicios. (78 -80).

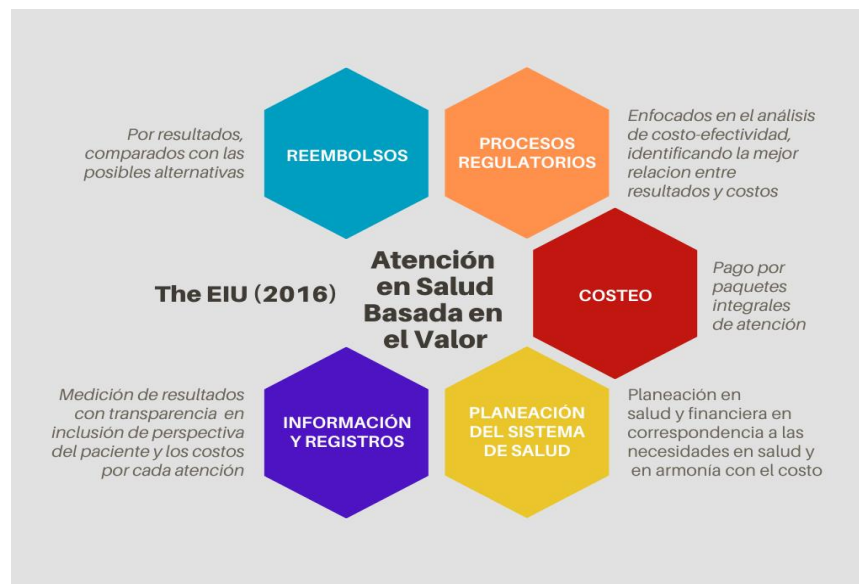


Ilustración 4. Elaboración propia. A partir de la propuesta de The Economist Intelligence Unit (41)

## 2.2 Situación en salud en el Cauca

Existen ciertos elementos claves, territoriales y demográficos, en el marco específico de la salud pública del Departamento del Cauca, que implican grandes retos para los prestadores de servicios. Uno de ellos tiene que ver con la ubicación de una proporción significativamente mayoritaria de la población que se encuentra situada en zonas rurales dispersas, situación que, asociada limitaciones en vías y medios de comunicación, y sumada a la centralización administrativa de punto de atención, conlleva barreras de acceso a los servicios de salud, indiscutibles dificultades operativas por el inoportuno suministro de insumos que se ve agravado por esa dispersión geográfica y origina vulnerabilidad en un gran porcentaje de la población (81-82).

Otro elemento desafiante, a nivel demográfico, está relacionado con la disminución de la natalidad de la población, si bien este representa un indicador de mejoría en las condiciones de la población, supone una evolución de la estructura demográfica hacia el envejecimiento, que incide de manera directa en las condiciones de salud, teniendo en cuenta que en el panorama de proximidad las enfermedades propias de la edad más avanzadas, como las crónicas (83- 84), reflejarán un incremento de las necesidades específicas, demandando la reorientación de estrategias en los servicios y la atención de salud más especializada y costosa.

En lo que respecta a los indicadores de Morbi-Mortalidad, las enfermedades cardiovasculares representan las de mayor proporción de consultas; y acorde a las tasas ajustadas por edad del 2017 y 2018, esas enfermedades son la principal causa de muerte. Asimismo, se destacan en alta incidencia de mortalidad el VIH/SIDA, sífilis- HB-HC, triplicando el indicador observado en las mujeres y duplicando el indicador nacional; y el aumento de consultas por Epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas (SPA), que se duplicaron y quintuplicaron respectivamente (85-86).

Otro tema que cobra relevancia dentro de estos indicadores es el comportamiento de la razón de mortalidad materna para el departamento del Cauca, que ha estado por encima de las cifras nacionales. Se ha evidenciado una transición en las demoras prevalentes en el departamento exigiendo mejoras en los servicios de referencias y contra referencia y

en la atención oportuna y con calidad. Además, se ha observado que dicho indicador es considerablemente mayor para mujeres y neonatos pertenecientes a minorías étnicas y a zonas rurales dispersas, siendo el doble en dichas áreas en comparación con las que residen en cabeceras municipales, y el cuádruple en la población indígena y afro en relación con la población no étnica; lo cual refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre población con recursos económicos distintos (87).

Frente a todos estos indicadores, no hay grandes avances en los resultados evidentes en programas de promoción y prevención o en acciones integrales de salud pública. La red de servicios de Salud del Departamento del Cauca evidenció un portafolio incompleto de las ESE de mediana y alta complejidad para la garantía la integralidad del POS, una insuficiente capacidad instalada, traducida en baja resolutivez del nivel I, demandando complementar la red con IPS privadas de Departamentos vecinos. Esto se suma a la insuficiencia de oferta de especialidades como pediatría, medicina interna, cirugía general y Ginecología, que conlleva a alta demanda insatisfecha e inoportunidad en la atención (88).

De igual forma, en el Cauca se visibiliza, en el Programa territorial de reorganización rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del estado del departamento el cauca de 2018, limitación para la atención de las patologías de alto costo, ruinosas o catastróficas. El manejo quirúrgico de las patologías cardíacas, de médula espinal, de enfermedades genéticas o congénitas; así como los trasplantes renales, hepático; la atención en UCI, del gran quemado, del trauma mayor, del VIH SIDA y de la insuficiencia renal, se efectuaban parcialmente, por escasez de recurso humano y de tecnología de punta, implicando remisiones a la red alterna en otras ciudades como Cali, Bogotá y Medellín. Además, los servicios privados de salud, así como las IPS Indígenas presentan limitaciones en cantidad, variedad y complejidad en el Departamento, y su red pública, para ese año, no contaba con Instituciones exclusivas para prestación de servicios de salud mental, adoleciendo principalmente de la atención y manejo de pacientes crónicos (89). Por otra parte, las plantas de personal en las ESE

y la Secretaría de Salud Departamental fueron muy reducidas, por lo que muchas de las actividades misionales han debido ser contratadas. Además, la sostenibilidad financiera de algunas ESE estaba comprometida, lo que reducía considerablemente su población contratada.

### **3. Marco Teórico**

Para la investigación en prestación de servicios de salud se han postulado diferentes enfoques, unos basados en la calidad y la estructura proceso – resultados, otros en

modelos de evaluación de eficiencia y productividad y, algunos enfocados en evaluar el estado de salud de la población.

Para esta investigación se usará el modelo teórico de Diagnostico Situacional. A continuación se explican los diferentes enfoques y hacia el final de la sección se argumenta el porqué de la selección del modelo definido para el presente trabajo.

### **3.1. Generalidades sobre modelos teóricos relacionados con la prestación de servicios de salud**

La reflexión de la prestación de servicios de la salud, históricamente, ha implicado razonamientos del proceso de salud-enfermedad, que se han desarrollado desde diversos paradigmas y se han materializado en diferentes modelos teóricos, y visibilizan una conceptualización polisémica asociada a distintos factores, componentes y condiciones socio-económicas y culturales, tendencias políticas e intereses específicos de comunidades y disciplinas, circunscritos en contextos y momentos históricos determinados. Algunos de ellos son sistematizados por Arredondo (90), que en sus formulaciones visibiliza la diversidad propositiva y los problemas de operatividad que los subyacen.

#### **3.1.1. Modelo con enfoque de teoría de sistemas y calidad; Avedis Donabedian (1966)**

Discurrir el análisis de la prestación de los servicios de salud, y la calidad de los mismos, supone la consideración de los aportes de la propuesta desarrollada por Donabedian (1966), dentro de la cual se formulan tres ámbitos o niveles que enmarcan su evaluación: la estructura, el proceso y el resultado, en un despliegue de indicadores que, sistematizados en términos de resultados (91), sirven de insumo para la rectificación, el acondicionamiento y mejoramiento de la atención en salud. Concretamente, este enfoque teórico, vincula la estructura con la disposición de recursos institucionales, relaciona el proceso con el diseño y ejecución de acciones y actividades determinadas por estándares preestablecidos que delimitan la calidad técnica, y enlaza los resultados con los grados



de satisfacción correspondientes a las expectativas de la población y al cumplimiento de una serie de condiciones de salud, que demarcan la calidad interpersonal (Figura. 6).

La configuración de dicho sistema evaluativo, parte de la concepción de calidad en la atención desde una relación inherente al bienestar máximo e integral otorgado al paciente (92), de la que emergen variables significativas como la aceptabilidad, asociada a la conformidad de los intereses y expectativas de los usuarios (pacientes) y a las demandas del contexto (sociedad), así como la relación médico-paciente, y la perspectiva de estos últimos sobre las intervenciones, efectos y costos de la atención y los servicios sanitarios, valoración que se traduce en la calidad funcional percibida (93 - 94).



Ilustración 5. Elaboración propia. A partir de Donabedian (1966) (38)

En efecto, esa perspectiva de sistema, permite enriquecer la comprensión de los modelos de atención en salud, ampliando el panorama de análisis en la incorporación de niveles como el sociológico, en consideración de las actuaciones y concepciones de los individuos; el ecológico, con la concepción de la organización como una entidad que opera en un sistema de relaciones más amplio, y la estructura organizacional, al poner en juego el repertorio de componentes estructurales que la caracterizan (95). De tal

manera que, desplaza el manejo técnico de la enfermedad, cuyos requisitos disfrutaban de mayor reconocimiento y estandarización, preocupándose de medidas y procesos como la prevención, la rehabilitación, la coordinación y la continuidad de la atención; y comprendiendo tanto las relaciones e interacciones que se suceden entre los pacientes y los médicos, como el desempeño de estos últimos en el proceso de atención; lo que favorece simultáneamente la emisión de una valoración de la calidad, que discorra los elementos del proceso y sus interrelaciones.

### **3.1.2. Modelo de evaluación de eficiencia y productividad; Deniston, Rosenstock, Welch y Getting (1968)**

Construir e implementar proyectos, programas o intervenciones en el ámbito de la salud, concebidos como contestación sistematizada para el afrontamiento y/o eliminación de problemáticas, no solo implica, desarrollar procesos elementales como la especificación de objetivos, el acogimiento y la efectuación de acciones múltiples, y la obtención y la trazabilidad de la financiación, también precisa una medición de marcadores, estándares y criterios cada vez más estructurados y específicos para la evaluación del desempeño en la prestación de sus servicios, teniendo en cuenta el cumplimiento de logros de dichos procesos, en una documentación metódica y acumulativa del programa y su rentabilidad para el registro y visibilización de su progreso (96) información que a su vez sirve de insumo para la toma de decisiones.

De acuerdo al modelo propuesto por Deniston et al. (1968), son la asignación y adecuación de recursos, la eficiencia y la efectividad, las categorías oportunas para el desarrollo de la evaluación referida (97). Dentro de esta perspectiva, la eficiencia está relacionada directamente con el cumplimiento efectivo de metas y objetivos estipulados, y la cantidad de esfuerzo que este implica, es decir que pone en consideración el conjunto de actividades efectuadas por el equipo del programa en pro de los objetivos y los recursos que las soportan (98), a través de dos tipos de relación- evaluación: la de recursos empleados con respecto al alcance de objetivos predeterminados y la de

recursos gastados proyectados en correspondencia con el desarrollo efectivo de actividades planificadas.

En ese marco, la efectividad posibilita contrastar el logro real del programa con el logro previsto, y la productividad permite identificar los resultados del programa, el grado de cumplimiento de metas, en comparación con los gastos internos y externos asociados, describiendo si se han logrado al menor costo posible (99).

### **3.1.3. Modelo de evaluación de la atención médica. Willy De Geyndt (1970)**

Evaluar la prestación de servicios, desde el desempeño en la atención médica de los sistemas e instituciones supone contemplar factores de la práctica de la medicina y los mecanismos formales e informales involucrados en la organización, mediación y dirección del esfuerzo humano que la ejerce. De Geyndt, desarrolló un modelo en relación con dicha evaluación, partiendo de una concepción de la calidad como propiedad inherente a la atención médica, a través de la cual se debe priorizar, procurar y estimar la satisfacción de pacientes, médicos y funcionarios, y que puede ser valorada, a través de un balance que contraste la mayor obtención posible de beneficios con la menor cantidad de riesgos para el paciente (100).

En efecto, el modelo referido, incorpora el análisis de elementos significativos de la atención como la planeación y ejecución de los procesos a partir del estudio del contexto; el resultado que debe medirse a través de criterios múltiples y diferenciales en periodos de tiempo distintos, para procurar consistencia en su obtención, en la terminación inmediata de procesos, y posteriormente a mediano y largo plazo para determinación del impacto social (101) Esos resultados, que De Geyndt propuso valorar, están relacionados con los efectos que tiene la atención sobre el estado de la salud, efectos que implican aspectos como la morbilidad, la mortalidad, el deterioro funcional, el dolor y el sufrimiento, la satisfacción del paciente y los cambios de comportamiento (102).

En ese orden de ideas, De Geyndt expuso, que la consolidación de la calidad de la atención médica requiere: del compromiso social, comunitario y personal; de la

participación activa del personal médico; y del incremento del proceso clínico (103), uno que se ocupe tanto de la atención aguda como de la de crónicos y sus respectivas secuelas, y que incorpore insumos oportunos para la consecución de mejores resultados. En otras palabras, para este modelo de evaluación, mejorar la calidad de la atención para el paciente, precisa de una autoevaluación, y de la valoración del progreso personal, la práctica adecuada y los cambios de conducta.

#### **3.1.4. Modelo para evaluar el estado de salud de la población; Barbara Starfield (1973)**

El enfoque de Starfield, desplazo el modelo de los sistemas de salud fundamentado en la enfermedad, y lo intercambio por un modelo orientado al paciente, que plasmó la salud como un continuum, uno que intentó acoplar e interrelacionar dimensiones distintas de la salud para determinar perfiles (104), procurando una visión global del sujeto-paciente en la inclusión de elementos como su genotipo, sus conductas, su ambiente físico y social, y de manera simultánea las características de la práctica médica (105). Visión que sirve para la evaluación de medidas preventivas del riesgo absoluto y el riesgo atribuible, que puede cambiar en cada población según sus características y según la prevalencia del factor estudiado (106).



Ilustración 6. Elaboración propia. A partir de Starfield B. (1973) (105)

Así entonces, el marco conceptual, de dicho modelo, relacionó la estructura, el proceso y el resultado mediante dimensiones centrales: la capacidad que comprendía elementos como el personal y los recursos físicos, la organización de los servicios, los sistemas de financiamiento y la gobernanza (107). Y paralelamente, propuso cuatro características para analizar el desempeño de la prestación de servicios de atención: la accesibilidad (atención de primer contacto), la longitudinalidad (atención a lo largo del tiempo a través de la relación continua médico-paciente), la exhaustividad (solución integral a las necesidades de salud de la población) y la coordinación (labor conjunta de los médicos de atención primaria y especialistas) (108).

### 3.1.5. Modelo funcional del subsistema de servicios de salud de La ESCAP (1983)

La Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico efectuó estudios acerca de los factores que inciden en la ampliación y difusión de programas de salud, procurando la generación de conocimiento sobre la teoría y la práctica circunscritas en la implementación de intervenciones a escala dentro de los entornos sanitarios. En ese orden de ideas, desarrolló un modelo funcional cuya estructura propuso la interrelación

de un conjunto de componentes asociados a los sistemas y/o servicios de salud y vinculados con su impacto, como son: el sistema socioeconómico y político, los mecanismos de transformación social, los modos y medios de producción, la fuerza de trabajo, las relaciones obrero-patronales, las concepciones sociales, las actitudes y conductas de la población, las necesidades humanas, entre otros; han sido retomados por otros modelos, como insumo en los programas de formación y capacitación en las áreas de planificación de la salud en buena parte del territorio Asiático (109 -110).

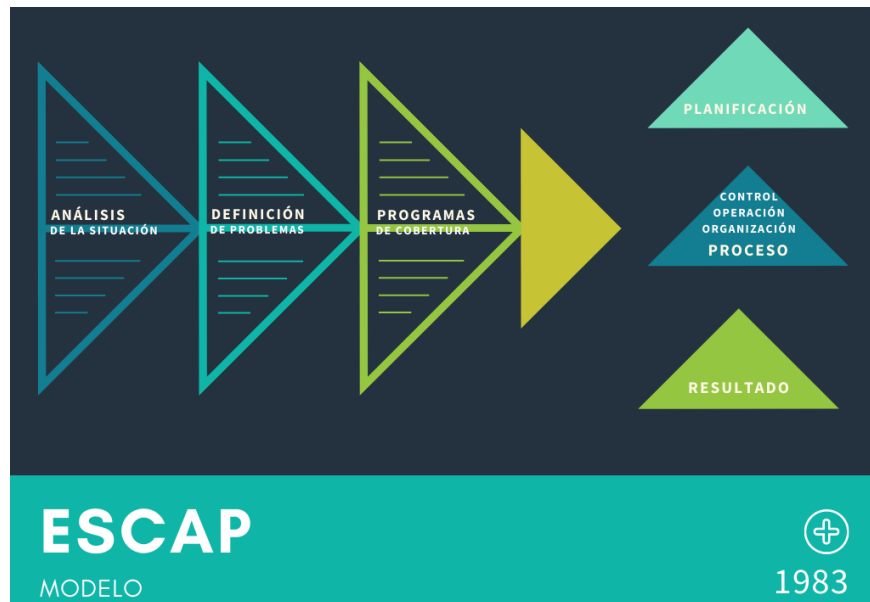


Ilustración 7. Elaboración propia. A partir de ESCAP (1983) (110)

### **3.1.6. Macromodelo de sistema de salud enfocado en el Diagnóstico situacional. Cordera Pastor y Manuel Bobenriet (1983) (1986)**

Cordera y Bobenriet en su reflexión sobre la administración de los sistemas de salud, como esa red de sistemas y subsistemas que operan coordinadamente (111), compuesta de múltiples y diversos elementos, reconocieron la necesidad de desarrollar un modelo que permitiera su incorporación y evidenciara en mayor medida las relaciones complejas que se suceden entre ellos (112). Como resultado de esas consideraciones, propusieron el macromodelo, que posibilitó un análisis organizado y coherente y un estudio totalizador del sistema de atención médica, pues procuró integrar todos los elementos que intervienen en la administración de la salud: trabajo, persona, grupo, burocracia y ambiente; a través de tres procesos fundamentales: el análisis de la situación, la definición de problemas y el diseño de programas de cobertura prioritarios que incluyen elementos de planificación, organización, dirección, control y evaluación (113).

El desarrollo del modelo propicio importantes consideraciones teóricas, en el abordaje de ese proceso administrativo. Su premisa sobre la atención médica por y para el beneficio de la población, cuyo énfasis fue más dirigido a la salud que a la enfermedad; situó el aspecto diferencial de sus planteamientos, el primero de sus tres procesos propuestos: el análisis-diagnóstico situacional (114). Un elemento metodológico clave para la definición y priorización de las necesidades y problemáticas socio-médicas de las poblaciones (el 2do proceso del modelo) y la formulación de acciones y alternativas viables, factibles y oportunas a su respuesta (el 3er proceso) (115), puesto que proporciona informaciones y variables contextualizadas sobre sus causas, tomando en consideración las condiciones socioeconómicas, demográficas, culturales y ambientales (116).



Ilustración 8. Elaboración propia. A partir de Cordera (1986) (97)

En otras palabras, el elemento de diagnóstico situacional, otorgado por este modelo, se transfigura en un instrumento primordial en la salud, que favorece la caracterización del proceso salud-enfermedad de regiones y territorios determinados, y la toma de decisiones en los procesos administrativos de la salud para optimización del proceso de salud, partiendo de la integración de factores determinantes y condicionantes del entorno-contexto, niveles de salud y respuestas sociales organizadas.

### 3.2 Generalidades sobre la prestación de los servicios de salud en Colombia

La atención en salud en Colombia se instituyó, a partir de la Constitución política de 1991, como un servicio público dispuesto para toda la población del territorio nacional, prestado a través de la dirección, la coordinación y el control del estado y la participación de distintos agentes tanto públicos como privados. Posteriormente, en el año 1993, a través de un instrumento fundamental, la Ley 100 de 1993, que transformó la forma de



financiamiento de recursos en el país, se abordó la conceptualización y caracterización del sistema nacional de salud, como un modelo de pluralismo estructurado (117), lo que propició su transfiguración a un sistema de protección social (SGSSS), cuyo esquema básico se fundamenta en la cobertura total de afiliación obligatoria efectuada mediante las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Dichas entidades se encargan de ofertar un conjunto de servicios a través del Plan Obligatorio en Salud (POS), por medio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y de administrar los recursos obtenidos de las cotizaciones de los afiliados, de las personas con vinculación laboral dentro de sector formal y de aquellos de labor independiente, grupo denominado Régimen contributivo (RC). Esas contribuciones sumadas a las del gobierno y los empleadores, y reunidas en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), hoy ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social), se emplean en la financiación de los servicios de salud. En lo que corresponde al Régimen subsidiado (RS), población sin capacidad de pago, los recursos reunidos se adhieren a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios (118-119).



Ilustración 9. Elaboración propia. A partir de MinSalud (2016) (16)

### 3.2.1. La Política de Atención Integral en Salud PAIS

En el 2016, emergió una metamorfosis de la perspectiva colombiana sobre la salud, que con miras a la mitigación de la injusticia social y la desigualdad, acometió la implementación de acciones políticas significativas para el abordaje de los problemas de la salud y la calidad de vida desde una postura metodológica distinta, una que incidió en los determinantes sociales y ambientales de la salud, cambiando la visión centrada en los agentes y la operatividad desde la contingencia, por un modelo de atención en salud centrado en el paciente y operado desde el reconocimiento de su contexto, y la promoción de la salud.

En ese escenario, se sitúa el origen de la Política de Atención Integral en Salud PAIS, marco normativo de regulación y operatividad del sistema de salud colombiano, que convoca y exhorta el compromiso por mejorar y optimizar los entornos sociales de individuos, familias y comunidades de las diversas y pluriculturales regiones del país. Buscando mejorar la calidad de vida y garantizar los servicios de salud a nivel territorial; definiendo, diferenciando, categorizando, jerarquizando y esclareciendo agentes, actores, responsabilidades y gobernabilidades que hacen parte de los procesos sanitarios y su calidad (120).

**Política de Atención Integral en Salud**

**Marco Operativo  
Modelo Integral de Atención en Salud**



*Ilustración 10. Tomado de la Política de Atención Integral en Salud. Minsalud 2016.(16)*

En ese sentido, la PAIS, configura un marco estratégico y otro operacional: el Modelo de Atención Integral en Salud (MAITE) (ilustración 12), este último define e incluye las directrices, metodologías, protocolos y proyectos para su consolidación, contemplando acciones intersectoriales y acogiendo los lineamientos y determinantes sociales relacionados en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Dicho modelo (MAITE), reafirma el lugar del sujeto como eje central de la atención integral y contextualizada, desde un enfoque de prevención (121), intentando ajustar el derecho fundamental de la salud a partir de la reorientación de las prioridades que comprenden la PAIS (122), armonizando los objetivos y estrategias en torno a ese sujeto. En pocas palabras, materializando la visión de desarrollo humano de la PAIS fundamentada en la concepción de la persona-paciente-usuario-beneficiario como sujeto con capacidad crítica, participe de su propio desarrollo, competente en la gestión de sus propias actuaciones y

trayectorias (123) y en la transformación y resignificación de sus entornos socioeconómicos, culturales y ambientales, los cuales concomitantemente impactan su desarrollo, proceder y bienestar (124).

### 3.2.2. Modelo de Atención Integral Territorial MAITE

Teniendo en cuenta las premisas anteriormente expuestas, y con el imperativo de concretar en acciones precisas, las intenciones y planteamientos del modelo de salud (MAITE), a favor de las condiciones de salud-calidad y la integralidad de la atención en el país, surgió el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE (ilustración 12), instrumento de gestión y derrotero de la articulación de los agentes del sistema de salud dentro de los territorios diferenciales, en respuesta a las necesidades particulares y heterogéneas de salud, satisfacción y sostenibilidad de sus poblaciones, bajo la dirección y acompañamiento de departamentos y distritos (125 -126).

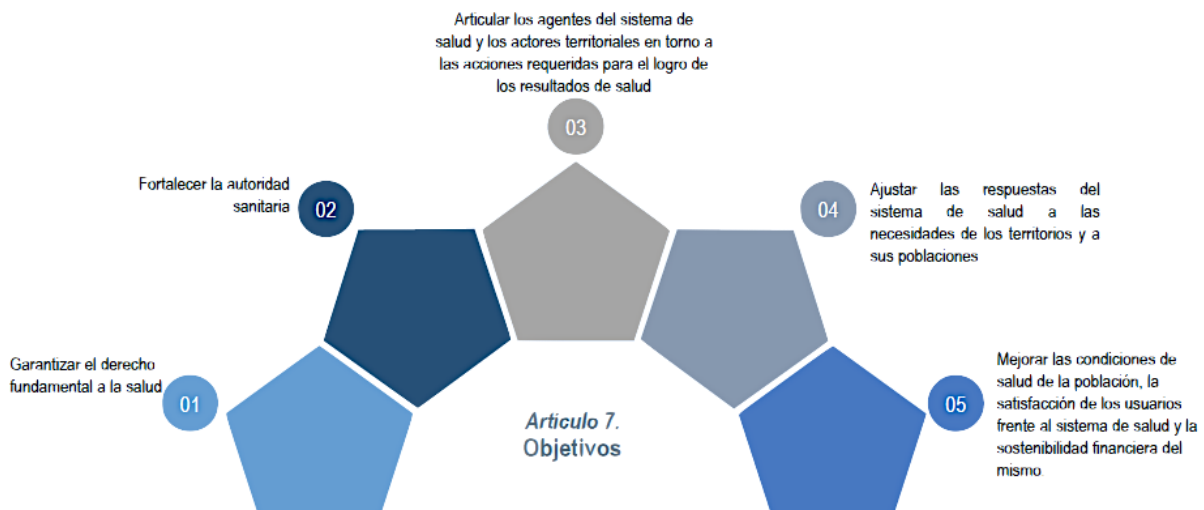


Ilustración 11. Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Tomado de MinSalud. *Experiencias Exitosas en la Implementación en Salud. 2019* (125)

En la impronta social del MAITE, dentro de la que se encuentra la línea de prestación de servicios, y la calidad de los mismos, dentro de los territorios, se sitúa el interés

investigativo de este estudio. Dicha impronta implica acciones para la garantía de su accesibilidad, la optimización de la disposición de recursos y la capacidad resolutive, el seguimiento de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS), la verificación de cobertura y oferta de servicios promocionales y preventivos, y el fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de su Calidad (SOGC) y del Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes (PTRRM) (127). Acciones enmarcadas en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, cuyo objetivo principal es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas ESE (128).



*Ilustración 12. Líneas de Acción- MAITE. Tomado de MinSalud. Experiencias Exitosas en la Implementación en Salud. 2019 (125)*

El MAITE, describe 8 líneas de acción, tal como se puede observar en la ilustración 13, líneas que traducen esa política de ajuste estructural que procura la adecuación de la capacidad instalada y el mejoramiento de la eficiencia operacional institucional y la actuación del ente territorial (129); eficiencia, que enmarca la prestación de servicios en

redes, y requiere de procesos coordinados de gestión y planificación de la atención en salud, de la definición y especificación de interacciones articuladas entre los diferentes agentes. En correspondencia, en el año 2016, se concretan los estándares, criterios y procedimientos de habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud RIPSS, a través de la Resolución 1441 (130), la cual determina su conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación.

Dichas redes, definidas como un conjunto de prestadores de servicios de salud de distintos niveles de capacidad resolución y de complejidad, están conformada por distintas organizaciones funcionales de servicios de salud, públicas, privadas y mixtas, circunscritas en un ámbito territorial determinado, y operan, conforme a las condiciones establecidas en la normatividad vigente del modelo de salud (131) y las líneas de acción del MAITE, en una interrelación articulada y complementaria de recursos y servicios, que procuran la provisión integral y continua de atenciones multidisciplinarias de salud en función de las necesidades de las población contextualizada y diversas, en consideración diferencial de sus características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas particulares (132- 135).

Su organización funcional incluye un componente primario y otro complementario, fundamentados en los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, y comprende mecanismos y procesos indispensables dentro de la operación y gestión de la prestación equitativa de servicios de salud, para garantía del acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, abarcando los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud (136-138). En efecto, con la prestación de servicios mediante redes se busca contribuir al autocuidado y a la disminución de la fragmentación asistencial, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, reducir los costos de producción y de transacción, y, en suma, dar respuesta a problemas de restricciones de acceso y falta de oportunidad, de baja eficacia de intervenciones por limitada capacidad resolutive, de inexistencia o insuficiencia de la oferta a nivel territorial, de ineficiencias por desorganización y de dificultades en sostenibilidad financiera (139-140).



### 3.3. Argumentación de la Postura Teórica seleccionada

Entre los modelos reseñados, la presente investigación retoma el elemento metodológico del “Diagnostico situacional”, referido por Cordera y Bobenriet, que favorece la descripción y caracterización del proceso salud-enfermedad de regiones y territorios determinados, e incluye factores de los niveles de salud, proporcionando informaciones y variables contextualizadas (141).

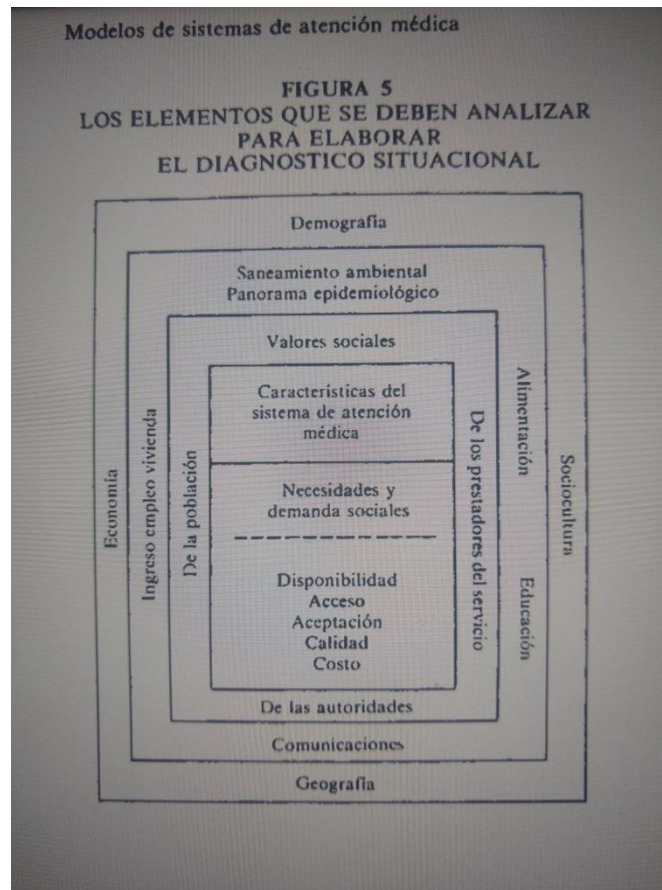


Ilustración 13. Diseño Original de Modelo de Diagnostico Situacional – Referenciado por Cordera y Bobenriet (141)

El modelo permite incorporar y evidenciar en mayor medida las relaciones complejas que se suceden entre los diferentes sistemas y subsistemas, posibilita un análisis

organizado y coherente y un estudio totalizador del sistema de atención médica, pues procuró integrar todos los elementos que intervienen en la administración de la salud, a través de tres procesos fundamentales: el análisis de la situación, la definición de problemas y el diseño de programas de cobertura prioritarios que incluyen elementos de planificación, organización, dirección, control y evaluación.

Un elemento metodológico clave para la definición y priorización de las necesidades y problemáticas socio-médicas de las poblaciones y la formulación de acciones y alternativas viables, factibles y oportunas a su respuesta, puesto que proporciona informaciones y variables contextualizadas sobre sus causas, tomando en consideración las condiciones socioeconómicas, demográficas, culturales y ambientales.

Teniendo en cuenta el modelo de diagnóstico situacional se realizó una adaptación del mismo para el presente trabajo como se describe a continuación:





# Modelo Teórico

DE LA INVESTIGACIÓN

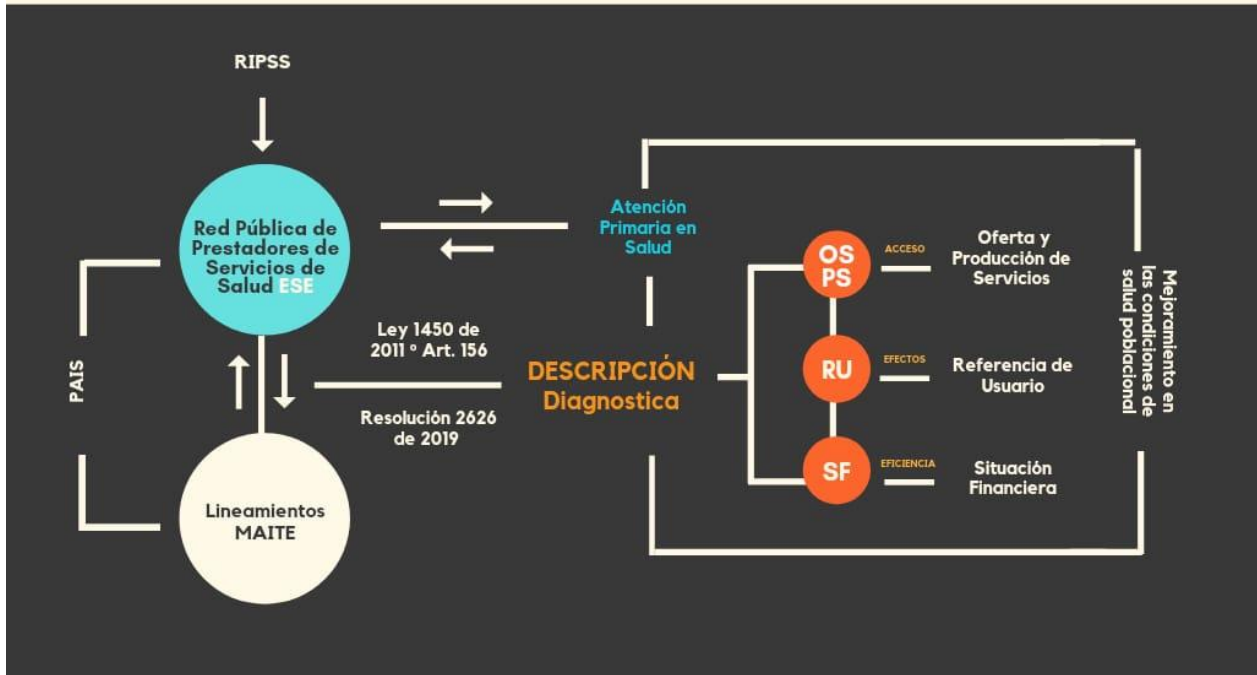


Ilustración 14. Elaboración Propia. Modelo Teórico de esta investigación para Diagnóstico de la RPSS – ESE del Departamento del Cauca como respuesta a MAITE en Prestación de Servicios.

En este sentido, coincide con la metodología descriptiva de este estudio que pretende observar y describir el comportamiento de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud, contextualizada en el territorio Caucaño, en el marco del nuevo Modelo de Atención Integral Territorial, analizando factores específicos como su oferta de servicios, su situación financiera y su referencia de usuarios. Diagnóstico que aportara insumos para investigaciones posteriores, y servirá de línea base para la definición de problemas y el diseño de acciones o alternativas que procuren la optimización del proceso de salud de las ESE en concordancia con los lineamientos del MAITE y en correspondencia con las necesidades específicas de la población perteneciente al territorio.

Ahora bien, esta investigación se enmarca en lo descrito en la Resolución 2626 de 2019, que adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, y se modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS, constituyéndolo en el nuevo norte conceptual para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud, con el fin orientar de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito (142).

Así mismo, se desarrolla en conformidad con la Ley 1450 de 2011, que en su expedición del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, crea el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado - ESE, especificando en su Artículo 156, que dicho programa deberá considerar como mínimo, el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, los posibles efectos de la universalización y unificación sobre el financiamiento y operación de la misma, las fuentes de recursos disponibles, la definición y valoración de las medidas y acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios, los ingresos y gastos y su equilibrio financiero, incluyendo medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada, mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación y de la gestión institucional con especial énfasis en las relacionadas con el recaudo de ingresos por venta de servicios; y deberá considerar adicionalmente lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, en lo pertinente.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Diagnosticar la condición actual de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento del Cauca, como respuesta a los lineamientos del MAITE, en la línea de prestación de servicios de salud.

## 4.2 Objetivos específicos

1. Describir la oferta y producción de servicios de salud de la red de ESE del Departamento del Cauca.
2. Caracterizar la referencia o remisiones de usuarios de las ESE del Departamento del Cauca con respecto a la cantidad de remisiones, causas de remisión, emisor y receptor.
3. Determinar la situación financiera de la Red de ESE mediante la identificación de los indicadores de equilibrio por recaudos, pasivos, cartera, déficit/superávit.

## 5. Metodología

### 5.1 Tipo de estudio

Con el fin de describir la condición actual de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento del Cauca, se realizó un estudio de caso (143 - 145), para diagnosticar la situación de las ESE prestadoras en el departamento, a través de revisiones de registros, bases de datos y documentos así como también la caracterización de la red de elementos que permitieran conocer su oferta, resolutivez y situación financiera para afrontar los retos del MAITE.

### 5.2 Área de estudio

El estudio estuvo circunscrito en el Departamento del Cauca, situado al sur-occidente del país, con una extensión de 29.308 Km<sup>2</sup>, equivale al 2,7% del territorio nacional. Fue reconocido como departamento en 1910, se encuentra dividido en 42 municipios,

organizados en 7 subregiones: Bota Caucana (Piamonte), Macizo, Oriente, Pacífico, Sur, Centro y Norte (146).

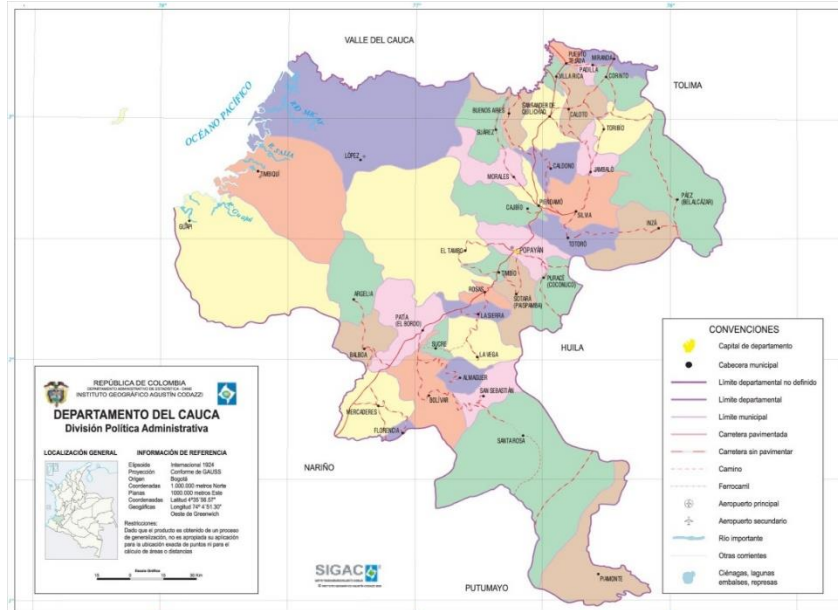


Ilustración 15. División Política y administrativa. Departamento del Cauca. - Secretaria de Salud Departamental del Cauca. 2018

De acuerdo al censo del DANE, para el año 2018, el Departamento contó con una población total de alrededor de 4.756.113 habitantes, correspondientes a hombres 2.302.714 y 2.453.399 mujeres. Según esto, la población presentó una tasa de crecimiento promedio del 9,7%, 50,64% hombres y 49,35% mujeres, con equilibrio relativo entre ambos géneros. Ahora bien, la concentración de habitantes que se reflejó en ese año fue: Popayán (20,11%), Santander de Quilichao (6,92%), El Tambo (3,39%), La Vega (3,32) y Puerto Tejada (3,25%); indicando que el 40,07% (567.393) de la población se ubica en la zona urbana y el 59,93% (848.540) en la zona rural, manteniendo un patrón predominante en la distribución espacial de la población en la zona rural (147).

Un sector significativo de dicha población, en cantidad y vulnerabilidad, se encuentra ubicado en zona rural dispersa, y lo caracterizan, además de una marcada pluriculturalidad étnica, algunas condiciones de vida, problemáticas sociales y

geográficas, como los problemas de accesibilidad geográfica y sistemas de comunicaciones de gran parte de los municipios, factores que, sumados a la violencia, conflicto interno y desplazamiento forzado (148), representan desafíos considerables que inciden en la prestación de servicios de salud y visibilizan la necesidad de plantear estrategias oportunas y corresponsables con el ejercicio de su derecho de accesibilidad desde una perspectiva de diversidad.

En este contexto, se situó el interés de esta investigación, vinculado a los desafíos referidos, y los nuevos retos en la prestación de servicios de salud relacionados con la necesidad de adaptar y adoptar los cambios necesarios para el nuevo modelo de salud, que busca orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes dirigidas al “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, para garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

### **5.3 Población y muestra**

La muestra estuvo compuesta por las 19 ESE que conforman la Red Pública que cubre todo el Departamento del Cauca, de operatividad vigente, (14 ESE departamentales y 5 ESE municipales). Se trabajó con un Universo del 100% de las ESE o prestadores públicos de servicios de salud del Departamento, distribuidas en 4 Zonas operacionales como Subredes, tal y como se muestra en la tabla 1, a fin de cubrir la prestación de servicios en un Departamento tan disperso geográficamente como lo es el Cauca.

Tabla 1. Empresas Sociales del Estado - ESE del departamento del Cauca según las zonas

EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE)- CAUCA. POR ZONAS
--

ZONA CENTRO	ZONA SUR	ZONA NORTE	ZONA OCCIDENTE
(1) ESE Centro 1, (2) ESE Centro 2, (3) ESE Popayán, (4) ESE Timbio, (5) ESE Tambo, (6) ESE Tierra adentro, (7) ESE Susana López de Valencia II Nivel (Centro de Referencia), (8) ESE Hospital Universitario San José III Nivel (Centro de Referencia)	(9) ESE Suroccidente, (10) ESE El Bordo, (11) ESE Suroriente.	(12) ESE Norte 1, (13) ESE Norte 2, (14) ESE Norte 3, (15) ESE Cxayuuce Jxut, (16) ESE Quilisalud, (17) ESE Francisco de Paula II Nivel (Centro de Referencia)	(18) ESE Occidente, (19) ESE Guapi (Centro de Referencia)

Fuente: Elaboración propia a partir del Documento de Red 2019 – PTRRMR Cauca.

## 5.4 Operacionalización de las variables

Tabla 2. Operacionalización de las variables

Macrovariable	Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Oferta y producción de servicios de salud	Nivel de complejidad	Clasificación General de IPS públicas de acuerdo a los servicios y tecnologías ofertadas y la complejidad de estas conforme los equipos y talento humano.	Catógorica ordinal.	I, II, III	Documento de Red del Departamento.
	Tipología	Subclasificación de IPS públicas en la Red de Servicios de acuerdo a los servicios ofertados.	Catógorica nominal.	1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 2A, 2B, 3ª	Documento de Red del Departamento.
	Municipios de cobertura	Municipios en los cuales la ESE oferta servicios y que por creación de la ESE hacen parte de su cobertura.	Catógorica discreta.	categoría 1, 2, 3, 4, 5, 6	Documento de creación de las ESE.
	Puntos de atención a cargo	Número de sedes que tienen la ESE con lo cual oferta servicios de salud y que están en diferentes tipologías.	Cuantitativa discreta.	1 a 30	Documento Micro red de la ESE.
	Producción en UVR	Medición en unidades de valor relativo – UVR de la ESE, que permite sumar los diferentes servicios bajo una ponderación ya definida por el Ministerio de Salud.	Cuantitativa continua.	100 a 25.000	Sistema de Información Hospitalario - SIHO – Minsalud - Reporte de producción
	Población a atender	Cantidad de habitantes de los municipios del área de cobertura de la ESE.	Cuantitativa discreta.	Número absoluto	Censo DANE
Referencia o Remisiones	Remisiones	Referencia o traslado de usuarios que requieren servicios en niveles de complejidad superiores.	Cuantitativa discreta.	100 a 1.000	SIHO - Reporte de referencia
	Numero de remisiones requeridas por especialidad	Cinco primeras especialidades médicas requeridas en las remisiones, diferente a medicina general y que tienen que ver con las necesidades de atención en salud del usuario.	Cuantitativa discreta.	Número absoluto	SIHO - Reporte de referencia
Situación Financiera de las ESE	Equilibrio financiero por recaudos	Indicador que da cuenta de la situación financiera de la ESE.	Cuantitativa discreta	...-1.2,-1.1,-1, 0, 1, 1.1, 1.2...	Sistema de Información Hospitalaria - SIHO
	Pasivos	Indicador que representa las deudas y/o obligaciones de la ESE.	Cuantitativa discreta.	100 – 100.000 (Miles)	Sistema de Información Hospitalaria - SIHO
	Cartera	Deudas de los usuarios de la ESE provenientes de la venta de servicios de salud.	Cuantitativa discreta.	100 – 100.000 (Miles)	Sistema de Información Hospitalaria - SIHO
	Déficit/ superávit.	Resultado final del ejercicio contable de la ESE positivo si los ingresos superan los gastos y negativo si el gasto es mayor que el ingreso.	Cuantitativa catégorica.	<1 =1 >1	Sistema de Información Hospitalaria - SIHO

## 5.5 Recolección de información

En primera instancia, se desarrolló una revisión de la normatividad vigente frente a la Política de Atención Integral en Salud, el Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE y la estrategia de Atención primaria en salud -APS, para identificar elementos de su configuración y relacionarlos con la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud, con el fin de confirmar si la Red facilita o no la implementación del modelo.

Posteriormente, se efectuó una solicitud a la Secretaría de Salud Departamental del Cauca para el acceso y autorización del manejo de información del Documento de Redes de ESE del Departamento del Cauca o Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE del Departamento del Cauca – PTRRMR. De la revisión reflexiva y minuciosa de este documento se obtuvo información sobre el proceso y los elementos de conformación de la Red, los niveles de complejidad y las tipologías en la prestación de servicios, además de las Micro red o puestos de salud adscritos a cada ESE. Datos que dieron respuesta a los objetivos planteados.

De manera sucesiva, se realizaron otras solicitudes de autorización:

1. La primera, permitió el acceso al Sistema de Información Hospitalaria – Siho, para consultar la información actualizada de equilibrio financiero, producción y remisiones de las ESE. Concluida su consulta, se clasificó y registró la información en cuadros de Excel, desarrollando uno por cada ESE, para el análisis del comportamiento histórico de cada entidad, relacionando sus logros o resultados en salud.

2. La segunda, facilitó la exploración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPSS, en el que se encontró consignada la información de los servicios de salud que prestan las ESE y sus puntos de atención en los diferentes municipios.

3. De igual forma, se gestionó el acceso al último documento de Análisis de la Situación



de Salud - ASIS del Departamento del Cauca, del que se extrajeron los indicadores en salud pública y la presentación de morbilidad acumulada por cada municipio, además de información sobre las ESE que tienen área de cobertura en dichos municipios.

La Información consultada fue revisada, depurada, analizada y clasificada para inicialmente hacer un diagnóstico de la situación de las ESE prestadoras de servicios de salud del Departamento del Cauca, identificando las variables de estudio.

Con el acceso al último documento del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE del Departamento del Cauca – PTRRMR, se obtuvo la información de configuración de la Red, municipios de cobertura, nivel de complejidad, tipología y oferta de servicios la cual se relacionará con el REPSS que permitió establecer los servicios de salud que se prestan en la práctica, la conformación y servicios de la Red.

Por último, se realizó un empalme de información entre la oferta de servicios de salud de las ESE y la remisión o referencia de usuarios, la demanda de servicios en otros niveles de complejidad, a partir de los cual se infirieron temas relacionados con suficiencia de la oferta e IPS receptora o de referencia.

Toda la información necesaria para dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación, fue sistematizada en un cuadro Excel, analizada mediante el paquete estadístico de licencia gratuita Infostat y direccionada, teniendo presente que los resultados serán utilizados con fines académicos.

## **5.6 Plan de análisis**

En el análisis de la información se confrontaron la oferta de servicios de salud actual, los resultados en salud y el Modelo Integral de Acción Territorial, proceso que permitió identificar aspectos a fortalecer y proponer recomendaciones para un ajuste a la Red

Pública de Prestadores de Servicios de Salud.

### *Primera Fase- Revisión documental*

La primera etapa de este proyecto consistió en la búsqueda literaria a nivel mundial, nacional y local sobre la prestación de los servicios de salud, modelos de atención, la Política de Atención Integral en Salud en Colombia – PAIS, el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS, el Análisis de la Situación de Salud del Departamento – ASIS, la organización de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento del Cauca, la oferta de servicios, la referencia o remisión de usuarios del sistema.

### *Segunda Fase- Identificación de atributos*

Dicha revisión permitió la identificación de los atributos esenciales de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud Públicos del Departamento del Cauca, y la identificación de las herramientas o elementos de interés para adecuar la oferta de servicios de salud de la red pública a las actuales exigencias normativas y de demandas de los usuarios.

### *Tercera Fase - revisión y análisis del PTRRMR de ESE*

En esta sección del proyecto se trabajó con base en la revisión y análisis del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red de ESE del Departamento del Cauca, en relación con sus atributos, de acuerdo a los parámetros establecidos por la OPS en su Resolución CD49. R22, a los criterios determinantes para la conformación de redes integrales de prestación de servicios de salud de la ley 1438 de 2011, y a la luz de las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social en los lineamientos de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en la Resolución 1441, y en el marco del Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE). Dentro de dicho análisis se clasificaron los servicios de salud de la red pública de Empresas Sociales del Estado del Departamento del Cauca de acuerdo a lo definido en la ley 1450 de 2011 en su artículo

156 respecto al Programa Territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado ESE.

A partir de dichos procesos, se estableció el estado actual de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento, y se propusieron alternativas de mejoramiento de la misma en una trazabilidad de recomendaciones, que podrán servir como insumo a la institución objeto de estudio, para estructurar una red acondicionada al marco normativo actual y a la demanda y necesidades de servicios de salud de los usuarios.

### **5.7 Consideraciones éticas**

Las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo de la investigación se encuentran contempladas en la Declaración de Helsinki y la resolución 8430 de 1993. En la ejecución de la investigación se desarrollaron las siguientes acciones:

Se realizó una búsqueda de información necesaria para dar respuesta a las variables de la investigación, tomada de las fuentes secundarias descritas en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, del Registro de Prestadores de servicios en Salud REPS e información que reposa en algunas dependencias de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca. Dado a que la información es de carácter público, no fue necesario diligenciar el consentimiento informado. Sin embargo, se informó mediante un oficio la investigación a realizar, con su justificación y objetivos, a la autoridad competente, que para el caso fue la Secretaria Departamental de Salud. Además, se mantuvo la privacidad de las instituciones a investigar, identificándolas con códigos alfa numéricos.

En este sentido, dado a que solo se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos de prestadores y aseguradores de salud que operan en el departamento del Cauca, y no se pretendió realizar intervención o modificación intencionada de condiciones biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de

individuos, esta investigación fue considerada sin riesgo, en conformidad con la clasificación planteada en el artículo 11 de la resolución 8430.

Por otra parte, toda la información recolectada, fue guardada en una base de datos elaborada y custodiada por el investigador, y sus hallazgos serán utilizados solamente para la investigación.

## **6. Utilidad de Resultados**

### **6.1 Generación de nuevo conocimiento**

Al describir la condición actual de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento del Cauca, frente a los lineamientos de la PAIS, MAITE, RIAS y APS, se generaron hallazgos diagnósticos sobre las fortalezas y las debilidades de la implementación, que podrán transfigurarse en insumos para investigaciones posteriores, y servirán de línea base para la definición de problemas y el diseño de acciones o alternativas que procuren la optimización del proceso de salud de las ESE en concordancia con los lineamientos del MAITE y en correspondencia con las necesidades específicas de la población perteneciente al territorio. Aportes que podrán servir para diseñar y gestionar ajustes correspondientes, que faciliten la implementación del modelo de salud y favorezcan procesos de mejoramiento de las condiciones de salud de la población, a través de transformaciones positivas de la oferta de servicios, integralidad de los mismos y resolutivez local.

### **6.2 Fortalecimiento de la comunidad científica colombiana**

Este diagnóstico situacional de las ESE del territorio Caucaño, podrán convertirse en un aporte para diferentes análisis que se suceden hoy, o que posteriormente se efectuarán, frente la prestación de servicios de salud en un modelo de salud que desde la ley 100 de 1993, se convirtió en asistencialista – curativo, que ha desconocido las acciones en salud

pública que han fracasado en la consecución de los indicadores concebidos desde el Plan de Atención Básica en Salud - PAB, hoy actualizado a Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, centrando su foco metodológico en la atención de la enfermedad y no en la promoción de la salud.

Actualmente, la Política de Atención Integral en Salud, El Modelo de Acción Integral territorial y la estrategia de Atención Primaria en Salud, intentan rescatar las acciones en salud pública y rescatar las acciones de prevención y de gestión del riesgo; premisa que visibilizó la importancia de identificar como el curso de acción y operatividad vigente de la Red y los requerimientos oportunos para su adecuación.

### **6.3 Apropiación social del conocimiento**

Entendiendo que la democratización del conocimiento responde a un compromiso social conjunto y corresponsable, se evidenció la importancia de gestionar, difundir y socializar los hallazgos de la presente investigación, que servirán, en primera medida, para ampliar el conocimiento sobre un asunto de interés social, como lo constituye la calidad de la salud y la prestación de servicios sanitarios.

Y potencialmente, la transmisión y divulgación de los resultados de esta propuesta, procurará servir de contribución epistémica al sector de la salud; de aprovechamiento entre los distintos actores que lo intervienen, tanto para los prestadores de servicios de salud públicos o ESE, como para su talento humano y los usuarios del sistema. Puesto que los hallazgos encontrados podrán favorecer procesos dialécticos de reflexividad crítica en torno al mejoramiento de la prestación de servicios de salud, sirviendo como punto de partida para la resignificación de prácticas dentro de dichas instituciones y, tal vez, para la elaboración de modificaciones en los procesos implicados en su prestación de servicios, en concordancia con el Modelo de Acción Integral Territorial, y con su intención de responder a la población diferencial de los territorios, de adaptar la prestación de servicios a las necesidades diversas y específicas de los contextos, y de promover la sostenibilidad financiera de las instituciones de salud; teniendo en cuenta

que el desarrollo del componente de prestación de servicios dentro del modelo MAITE implica una coordinación con la red de prestación de servicios RIPSS .

Todo lo anterior podrá derivar, concomitantemente, en el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades caucanas y sus integrantes.

## **7. Resultados**

La presente investigación permitió realizar un diagnóstico de la condición actual de La Red Pública De Prestadores De Servicios Del Departamento del Cauca, identificando la

situación de la red frente a los retos de la adopción e implementación del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, en la línea de acción de prestación de servicios. Para el análisis de dicha condición, se examinaron cuatro componentes específicos de la REPSS correspondientes a la **Oferta de servicios**, la **Producción**, las **Remisiones de usuarios** y la **Situación financiera**, dentro de los cuales se describen a continuación los hallazgos relacionados.

### Oferta de Servicios

Respecto a la oferta de servicios de salud de la Red Pública del Departamento del Cauca, en los hallazgos descritos en la Tabla 3, derivados del análisis documental del Registro Especial de Prestadores de servicios REPS (149), se reconoce que 111 corresponden al *Nivel Primario* donde, 51 (44,74%) corresponden a la tipología A, 41 (35,96%) a la Tipología D, 9 (7,89%) a la tipología B, 9 (7,89) a la tipología C y 1 (0,88%) a la tipología E. En *el Nivel Complementario*, la oferta de servicios de salud es de un prestador de Tipología A, un prestador de Tipología B y un prestador de Tipología C, con una representación del el 0,88% cada uno.

Tabla 3. Oferta de servicios por Tipología según el REPSS y el PTRRMR de la Red de servicios de salud del departamento del Cauca, durante el año 2020.

TIPOLOGÍA POR NIVEL DE ATENCIÓN	REPSS N=114	%	PTRRMR N=311	%
<b>Tipología nivel primario</b>				
Tipo A	51	44,74	227	72,99
Tipo B	9	7,89	20	6,43
Tipo C	9	7,89	19	6,11
Tipo D	41	35,96	41	13,18
Tipo E	1	0,88	1	0,32

Tipología nivel Complementario				
Tipo A	1	0,88	1	0,32
Tipo B	1	0,88	1	0,32
Tipo C	1	0,88	1	0,32

*Fuente: Elaboración propia, con datos tomados del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPSS (149) y Programa Territorial de Reorganización y Rediseño de la Red de ESE Cauca – PTRRMR (150)*

Por otro lado, el estudio permitió evidenciar que, de acuerdo a la revisión del Programa Territorial de Reorganización Rediseño y Modernización de Redes de las ESE (150) vigente, de los 311 prestadores, 308 corresponden al *Nivel Primario*, de los cuales 227 (72,99%) son de Tipología A, 41 (13,18%) de tipología D, 20 (6,43%) de tipología B, 19 (6,11%) de tipología C y 1 (0,32%) de tipología E. Y que, en lo concerniente al *Nivel Complementario*, los prestadores se mantienen con la misma tipología definida por el REPS.

## Producción

Al analizar la oferta de servicios, en lo expuesto dentro el REPSS por zonas del Departamento (151), se encontró que, de los 114 prestadores, 62 puntos de atención están ubicados en la *zona urbana* y 52 en la *zona rural*. Las Empresas Sociales del Estado - ESE con más puntos de atención son la ESE Popayán con 17 puntos de atención en la zona Urbana y dos en la zona rural, la ESE Suroriente con 4 puntos de atención ubicados en la zona urbana y 12 en la zona rural, y la ESE Occidente con oferta de 2 puntos de atención en la zona urbana y 13 en la zona rural; hallazgos referidos en la Tabla 4.

Y puntualmente, en cuanto a la distribución de ESE en el territorio Departamental, se identificó que de la totalidad de las 19 ESE del Cauca, 7 (36,84%), se concentran en la zona Centro del departamento, seguida de la zona Norte que cuenta con 5 (26,32%), la zona sur con 3 (15,79%) y las zonas Oriente y Occidente con 2 (10,53%) cada una.

Por otro lado, con relación a la producción de servicios de salud de las ESE, medida en



unidades de valor relativo (UVR), los hallazgos revelan que la mayor producción está en la Alta Complejidad con el 45,9%, seguida por la Baja Complejidad con el 32,1%, y en última instancia por la Mediana Complejidad con el 21,9% de las UVR de la Red de ESE del Cauca (152-153)

Tabla 4. Cobertura por zona de operación y producción en UVR de la Red de servicios de salud del departamento del Cauca, durante el año 2020.

ZONA DE OPERACIÓN POR NIVELES DE COMPLEJIDAD	NUMERO DE PUNTOS DE ATENCIÓN	
	ZONA URBANA	ZONA RURAL
	N=62	N=52
<b>Baja Complejidad</b>		
Cxayu'ce jxut ESE	3	0
ESE Hospital Nivel I El Bordo	1	0
ESE Centro 2	2	1
ESE Centro I	4	4
ESE Norte 2	4	0
ESE Guapi	1	1
ESE Hospital de El Tambo	1	8
ESE Norte 1	4	1
ESE Norte 3	3	0
ESE Occidente	2	13
ESE Popayán	17	2
ESE Suroriente	4	12
ESE Tierradentro	2	2

ESE Suroccidente	7	6
ESE Hospital Timbio	1	0
ESE Quilisalud	3	1
<b>Mediana Complejidad</b>		
ESE hospital Susana López de Valencia	1	0
Hospital Francisco de Paula Santander	1	1
<b>Alta Complejidad</b>		
Hospital Universitario San José de Popayán	1	0
<b>NUMERO DE ESE POR ZONA</b>	<b>N=19</b>	<b>%</b>
Norte	5	26,32
Centro	7	36,84
Sur	3	15,79
Oriente	2	10,53
Occidente	2	10,53
<b>PRODUCCIÓN DE LA RED EN UVR</b>	<b>UVR</b> <b>N=43.650.484,99</b>	<b>%</b>
<b>Baja Complejidad</b>		
Cxayu'ce jxut ESE	369.583,47	0,85
ESE Hospital Nivel I El Bordo	558.365,56	1,28
ESE Centro 2	375.192,18	0,86
ESE Centro I	1.524.352,75	3,49
ESE Norte 2	1.498.683,06	3,43
ESE Guapi	445.816,94	1,02

ESE Hospital de El Tambo	795.472,32	1,82
ESE Norte 1	696.214,48	1,59
ESE Norte 3	886.101,54	2,03
ESE Occidente	341.750,92	0,78
ESE Popayán	2.770.087,41	6,35
ESE Suroriente	578.635,40	1,33
ESE Tierradentro	560.404,01	1,28
ESE Suroccidente	1.842.327,42	4,22
ESE Hospital Timbio	362.667,15	0,83
ESE Quiliscalud	414.090,97	0,95
<b>Mediana Complejidad</b>		
ESE hospital Susana López de Valencia	7.249.748,68	16,61
Hospital Francisco de Paula Santander	2.341.369,95	5,36
<b>Alta Complejidad</b>		
Hospital Universitario San José de Popayán	20.039.620,78	45,91

Fuente: Elaboración propia, con datos tomados de PTRRMR (150) y SIHO (153)

## Remisiones de Usuarios

En lo que corresponde al sondeo de las remisiones de los usuarios, situado en la Tabla 5, se pudo observar que, de las 268.696 remisiones de la Red Pública obtenidas por nivel de complejidad, el 93,20% se realizan por la *Baja Complejidad*, seguida por la *Mediana Complejidad* que reflejó el 6,42% y la *Alta Complejidad* el 0,39%. Encontrando, específicamente, que, en las remisiones hacia las especialidades Médicas básicas, de 102.906 en la *baja complejidad* las más frecuentes fueron, en su orden, Ginecoobstetricia con un 35,93%, Medicina Interna con 31,15%, Cirugía General con 16,54% y Pediatría

con un 16,38%. En la *mediana complejidad*, de las 2.270 remisiones, las instituciones demandan principalmente los servicios de Cirugía General con un 21,45%, Ortopedia y Traumatología con 19,95%, Medicina Interna con 16,34%, Neurocirugía con 11,36%, Ginecología y Obstetricia con 9,82%, UCI adultos con 5,85%, Unidad Coronaria con 2,90%, y Psiquiatría y oncología con 2,68% y 1,85% respectivamente.

Y, por último, de las 453 remisiones, por especialidades médicas, correspondientes a *la Alta Complejidad*, la demanda más alta fue en Hemodinámica con un 60,26%, seguida de la Unidad Psiquiátrica crónicos con 16,33%, Electrofisiología con un 9,49%, Cirugía Endovascular con 7,50% y Cirugía Cardiovascular con un 6,40%.

Tabla 5. Remisiones de la Red de servicios de salud del departamento del Cauca, por nivel de complejidad y por especialidades médicas durante el año 2020.

REMISIONES POR NIVEL DE COMPLEJIDAD	N=268.696	%
Baja complejidad	250.413	93,20
Mediana Complejidad	17.240	6,42
Alta Complejidad	1.043	0,39
REMISIONES POR ESPECIALIDADES MEDICAS		
De la Baja Complejidad	N=102.906	%
Medicina Interna	32.053	31,15
Cirugía General	17.018	16,54
Gineco-obstetricia	36.976	35,93
Pediatría	16.859	16,38
De la Mediana Complejidad	N=2.270	%
Hospital Susana López de Valencia		
Neurocirugía	258	11,36
UCI Adultos	133	5,85
Unidad Coronaria	66	2,90

Psiquiatría	61	2,68
Oncología	42	1,85
Francisco de Paula Santander		
Cirugía general	487	21,45
Ortopedia y Traumatología	453	19,95
Medicina Interna	371	16,34
Ginecología y Obstetricia	223	9,82
Neurocirugía	176	7,75
<b>De la Alta Complejidad</b>	<b>N=453</b>	<b>%</b>
Hospital Universitario San José		
Hemodinámica	273	60,26
Unidad Psiquiátrica crónicos	74	16,33
Electrofisiología	43	9,49
Cirugía Endovascular	34	7,50
Cirugía Cardiovascular	29	6,40

Fuente: Elaboración propia, con datos tomados del SIHO (153)

## Situación Financiera

Para el análisis de la situación financiera actual de la Red Pública del Departamento del Cauca, se efectuó la identificación de algunos indicadores que reflejan el estado y uso de los recursos de las ESE. En primera instancia, el equilibrio financiero por **recaudo, el superávit y el déficit** de la red, descrito en la Tabla 6. Los hallazgos evidencian que, de la Red, 12 Empresas Sociales del Estado ESE se encuentran en equilibrio financiero (Valores  $> \text{ó} = 1$ ), de las cuales 11 pertenecen a la *baja complejidad* y una a la *alta complejidad*; mientras que de las 7 ESE que no logran el equilibrio (valores  $< 1$ ), 5 pertenecen a la *baja complejidad* y dos a la *mediana complejidad*.

Específicamente, de las 19 ESE que conforman la Red del Departamento del Cauca, 12 presentan *superávit*, mientras 7 presentan *déficit*. En la *Baja Complejidad* sobresalen las

ESE CXAYUCE, la ESE Centro 1, y la ESE El Tambo, las cuales tienen *superávit* mayor a 1.000 millones. En *la Mediana Complejidad* se observa que las dos ESE presentan *déficit*; la ESE Hospital Susana López de Valencia tiene un *déficit* de más de 9.000 millones mientras las ESE Francisco de Paula presenta un *déficit* de más de 2.000 millones. En *la Alta Complejidad* el Hospital Universitario San José, presenta *superávit* de 34.000 millones.

En cuanto al *déficit/superávit* de la Red, se tienen que en promedio la *baja complejidad* tiene un *superávit* de más de 3.000 millones y la *alta complejidad* un *superávit* de más de 34.000 millones, mientras que la *mediana complejidad* presenta un *déficit* de más de 11.000 millones.

Tabla 6. Equilibrio Financiero por recaudo, déficit y superávit de la Red de servicios de salud del departamento del Cauca, durante el año 2020.

ESE	Equilibrio financiero por recaudo	Déficit/Superávit
<b>Baja Complejidad</b>		
Cxayu'ce jxut ESE	1,42	2.496.955,24
ESE Hospital Nivel I El Bordo	0,89	-1.113.922,2
ESE Centro 2	1,00	24.758,96
ESE Centro I	1,12	2.230.227,36
ESE Norte 2	1,07	953.039,04
ESE Guapi	1,02	121.420,01
ESE Hospital de El Tambo	1,10	1.034.379,02
ESE Norte 1	1,04	425.018,51

ESE Norte 3	0,98	-273.436,55
ESE Occidente	0,98	-176.133,05
ESE Popayán	0,96	-1.449.786,69
ESE Suroriente	0,95	-535.169,34
ESE Tierradentro	1,02	199.560,00
ESE Suroccidente	1,02	472.313,25
ESE Hospital Timbio	1,01	108.082,00
Quilisalud	1,12	1.060.898,76
<b>Mediana Complejidad</b>		
ESE hospital Susana López de Valencia	0,90	-9.653.276,9
Hospital Francisco de Paula Santander	0,94	-2.301.224,14
<b>Alta Complejidad</b>		
Hospital Universitario San José de Popayán	1,19	34.152.147,1

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del SIHO (153)

En segundo lugar, se examinaron los *pasivos*, la información al respecto, reseñada a continuación, en la Tabla 7, revela que el *pasivo corriente* de toda la Red de servicios de salud del departamento, asciende a más de 64 mil millones, mientras el *pasivo no corriente* es casi una tercera parte con un poco más de 21 mil millones. En cuanto a la *baja complejidad*, el estudio permitió conocer que la ESE con mayor porcentaje de pasivo corriente es la ESE Suroccidente con el 30,77%, seguido de la ESE Popayán con el 12,53% y la ESE Hospital de El Bordo con el 11,04%. En la *mediana complejidad*, la ESE con mayor pasivo corriente es el Hospital Susana López de Popayán representado con el 74,32%.

Con respecto al *pasivo no corriente*, en la *baja complejidad*, la ESE con mayor representación es la ESE Hospital El Bordo con el 18,56%, seguido de la ESE Sur Oriente con el 17,89%, la ESE Sur Occidente con el 14,91% y la ESE Guapi con el 12,25%. En

la *mediana complejidad*, la ESE Hospital Susana López de Valencia representa el 60,38% de pasivo no corriente.

Por su parte, la *alta complejidad* presenta un *pasivo corriente* mayor a 22.000 millones y un *pasivo no corriente* superior a 116.000 millones.

Tabla 7. Pasivo Corriente y pasivo no corriente de la Red de servicios de salud del departamento del Cauca, durante el año 2020.

ESE	Pasivo Corriente		Pasivo no Corriente	
	N=64.587.678,48	%	N=21.318.327,37	%
	\$		\$	
<b>Baja Complejidad</b>				
Cxayu'ce jxut ESE	327.472,24	1,59	510.892,42	5,71
ESE Hospital Nivel I El Bordo	2.265.739,63	11,04	1.661.601,49	18,56
ESE Centro 2	375.470,91	1,83	-	
ESE Centro I	250.306,26	1,22	94.031,94	1,05
ESE Norte 2	224.604,11	1,09	431.450,78	4,82
ESE Guapi	547.883,37	2,67	1.096.239,08	12,25
ESE Hospital de El Tambo	793.721,18	3,87	-	
ESE Norte 1	553.646,27	2,70	159.261,30	1,78
ESE Norte 3	858.941,43	4,18	372.020,07	4,16
ESE Occidente	1.925.814,44	9,38	488.281,06	5,45
ESE Popayán	2.572.955,86	12,53	283.213,40	3,16
ESE Suroriente	1.357.877,62	6,61	1.601.357,23	17,89
ESE Tierradentro	820.944,22	4,00	302.870,95	3,38
ESE Suroccidente	6.317.806,03	30,77	1.335.031,10	14,91
ESE Hospital Timbio	1.307.479,80	6,37	497.935,05	5,56



ESE	Pasivo Corriente	%	Pasivo no Corriente	%
	N=64.587.678,48		N=21.318.327,37	
	\$		\$	
Quilisalud	30.748,68	0,15	117.468,14	1,31
<b>Mediana Complejidad</b>				
ESE hospital Susana López de Valencia	16.098.090,70	74,32	7.397.019,33	60,38
Hospital Francisco de Paula Santander	5.561.320,38	25,68	4.853.364,93	39,62
<b>Alta Complejidad</b>				
Hospital Universitario San José de Popayán	22.396.855,37	100,00	116.289,10	100,00

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del SIHO (153)

Por último, se revisó **la cartera** de la Red de servicios de Salud. El conjunto de datos relacionados, que se ilustran en la tabla 8, reflejan que, respecto a la *cartera menor* a 360 días en la *baja complejidad*, las ESE que figuran con mayor proporción son la ESE Norte 1 representada en el 23,89%, seguida de la ESE Sur Oriente con el 23,25% y la ESE Popayán con el 10,65%. En cuanto a *la cartera mayor* a 360 días, las ESE de baja complejidad de mayor representación son la ESE Sor Occidente con el 21,93% y la ESE Popayán con el 14,70%.

En la *mediana complejidad*, la ESE hospital Susana López de Valencia es la que presenta una mayor cartera menor a 360 días representado en un 80,19% y una cartera mayor a 360 días en un 91,60%.

Tabla 8. Cartera de la Red de servicios de salud del departamento del Cauca, durante el año 2020.

ESE	Cartera < 360 días en miles N=	%	Cartera > 360 días en miles N=	%
<b>Baja Complejidad</b>				
Cxayu'ce jxut ESE	946.790,39	1,62	821.701,01	1,76
ESE Hospital Nivel I El Bordo	2.459.792,75	4,22	1.844.104,72	3,94
ESE Centro 2	817.270,89	1,40	1.100.606,27	2,35
ESE Centro I	3.924.523,69	6,73	2.509.914,18	5,36
ESE Norte 2	1.881.619,86	3,22	1.679.506,35	3,59
ESE Guapi	735.929,40	1,26	1.989.171,39	4,25
ESE Hospital de El Tambo	1.692.251,54	2,90	3.259.699,04	6,96
ESE Norte 1	1.3939.596,27	23,89	2.265.448,61	4,84
ESE Norte 3	3.058.239,45	5,24	1.825.193,50	3,90
ESE Occidente	2.194.141,23	3,76	2.617.460,73	5,59
ESE Popayán	6.215.740,86	10,65	6.878.168,46	14,70
ESE Suroriente	2.681.501,30	4,60	1.749.065,95	3,74
ESE Tierradentro	1.933.604,80	3,31	3.955.268,15	8,45
ESE Suroccidente	13.566.894,94	23,25	10.264.127,85	21,93
ESE Hospital Timbio	1.423.096,27	2,44	1.857.167,28	3,97
Quilisalud	881.516,28	1,51	2.187.808,39	4,67
<b>Mediana Complejidad</b>				
ESE hospital Susana López de Valencia	43.622.490,71	80,19	56.842.105,01	91,60
Hospital Francisco de Paula Santander	10.775.549,95	19,81	5.211.338,70	8,40

ESE	Cartera < 360 días en miles	%	Cartera > 360 días en miles	%
	N=		N=	
<b>Alta Complejidad</b>				
Hospital Universitario San José de Popayán	78.565.642,09	100,00	121.464.445,25	100,00

Fuente: Elaboración propia con datos tomados del SIHO (153)

De manera general, en este respecto, se evidencia que en la *alta y mediana complejidad* se concentra el mayor porcentaje de la *cartera* de la red pública de servicios de salud, que para el caso de la vigencia (menor a 360 días) representa el 75%, mientras que la *baja complejidad* significa el 25%. Igualmente, en la cartera mayor a 360 días, *la mediana y alta complejidad* significa el 80% mientras la *baja complejidad* representa el 20% del total de la cartera de otras vigencias de la Red Pública.

## 8. Discusión

La pesquisa sobre la condición actual de la Red Pública de Prestadores de Servicios del Departamento del Cauca efectuada, frente a los retos de la adopción e implementación del Modelo de Acción Integral Territorial, en la línea de acción de prestación de servicios, suscito hallazgos diagnósticos sobre las fortalezas y las debilidades de dicha implementación. Estos servirán de aportes e insumos para la definición de problemas, y el diseño de ajustes, acciones o alternativas que procuren la optimización del proceso de salud de las ESE en concordancia con los lineamientos del MAITE, en correspondencia con las necesidades específicas de la población perteneciente al territorio Caucaño, y a

favor del mejoramiento de sus condiciones de salud, a través de transformaciones positivas de la oferta de servicios, integralidad de los mismos y resolutivez local.

Los hallazgos respecto a los cuatro componentes específicos del REPSS, expuestos en el apartado anterior, son relacionados y profundizados en la descripción diagnóstica presentada a continuación.

### **Oferta de servicios**

La disertación de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, modificada por el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE, propone la prestación de servicios de salud como una de las líneas de actuación estructurales que compromete acciones para la garantía de su accesibilidad, la optimización de la disposición y calidad de recursos, el fortalecimiento de la capacidad resolutivez y de la sostenibilidad financiera institucional; y la activación de dispositivos de verificación sobre la suficiencia de la oferta y el ordenamiento estructural de las redes prestadoras de servicios en pro de las necesidades, expectativas y prioridades sanitarias de las comunidades diversas de los territorios distintos, en consideración diferencial de sus características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas particulares (154 - 155).

En este panorama se enmarcan los resultados y análisis de este estudio con respecto a la oferta de servicios de salud de la Red del departamento del Cauca, cuyos hallazgos reflejan diferencias significativas entre la oferta de servicios consultada en el REPS (n=114) (156) comparada con la oferta de servicios planteada en el Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes – PTRRMR (n=311) (157). Lo cual advierte, por un lado, la falta de cumplimiento del PTRRMR, y por otro, un posible subregistro en el REPSS, probablemente ligado al cumplimiento insuficiente de requisitos de habilitación de la resolución 3100 de 2019 en gran parte de los puntos de atención; sugiriendo que la condición actual de la Red no permitiría la implementación adecuada del MAITE, pues todo el sustento de la operación del modelo se fundamenta en una oferta suficiente y con completitud.

Lo anterior indica la no existencia formal de Redes Integrales de Prestadores de Servicios

de Salud -RIPSS, ni de los mecanismos de seguimiento de suficiencia de la Red, aspectos claves en los lineamientos del MAITE para fortalecer la oferta de servicios de salud. Lo anterior infiere que la situación de la Red para adoptar el MAITE no se encuentra definida y que sería necesario establecer los mecanismos efectivos de identificación de la oferta, la demanda y suficiencia a de la Red.

Ahora bien, de acuerdo a los resultados de la investigación, la mayor oferta de servicios identificada se sitúa en el nivel primario Tipología A (44,74%), la cual se relaciona con servicios básicos de tipo ambulatorios, por jornada o brigadas no permanentes ubicadas en zonas rurales de los municipios. Si bien el MAITE, retoma como estrategia la atención primaria en salud – APS, las diferencias entre el REPSS y el PTRRMR evidencian una oferta que para los 42 municipios y una población DANE 2020 de 1.491.937 habitantes, es insuficiente para una población altamente dispersa en 29.308 Km<sup>2</sup>, con una densidad poblacional de 49.97 hab./ Km<sup>2</sup> (158), aspectos en los cuales sería importante profundizar en una siguiente fase de investigación.

Asimismo, en ese respecto, el estudio develó que la Red Pública complementaría del departamento del Cauca, cuenta solo con dos Instituciones de Salud de mediana complejidad y una sola institución de alta complejidad, lo que remarca, por la población y alta demanda de servicios, la necesidad de fortalecer la oferta pública y de incrementar el respaldo en la Red privada para servicios complementarios, sobre todo en aquellas zonas del sur, oriente y occidente del departamento, que cuentan solo con 3 o menos IPS. Contrario a la zona norte y centro del departamento que cuenta con 7 y 5 IPS respectivamente y que, además, cuenta con el apoyo de la Red de Prestadores de Servicios de Salud Públicos y Privados del Departamento del Valle del Cauca, por aspectos relacionados con cercanía geográfica, acceso y contratación de las EAPB.

Los datos referidos anteriormente, concuerdan con los señalamientos de investigadores que desde su análisis de la oferta de servicios de salud en Colombia, encontraron que en el 45% de los municipios que hay en el país, solo existen IPS públicas y que en el 73% de ellos, solo tiene una IPS; y que este grupo de entidades territoriales está en desventaja

con respecto al resto de municipios en cuanto a la capacidad instalada, especialmente la necesaria para la prestación de servicios de alta complejidad, así como en lo referente al número de servicios ofrecidos, pues en promedio cuentan con menos de la mitad de los servicios disponibles en el país (159).

Además, coinciden con los hallazgos de este estudio, dentro de los cuales se determinó que la oferta de servicios de salud en la zona urbana es más alta que en la zona rural, y que la significativa limitación de la oferta de servicios de salud por su distribución territorial inequitativa, condiciona el acceso de la población de los municipios, poniéndola en desventaja en lo que respecta a la atención sanitaria, tal como se ilustró en la Tabla 4. Además, vale la pena resaltar que según el REPSS, la oferta en los 42 municipios del Departamento del Cauca es preponderantemente pública y que en el 60% de los municipios, el único prestador es público, a excepción de Santander de Quilichao, Patía, y de Popayán (Capital) cuya ESE cuenta con 17 puntos de atención urbanos; y que, además, en las zonas Centro y Norte del Departamento se concentran el mayor número de oferta de prestadores de servicios de salud, 7 y 5 ESE respectivamente, debido al mayor asentamiento poblacional de estas zonas y, por ende, a su alta demanda de servicios asociada a la viabilidad del acceso y la amplia proporción de oferta.

Este panorama, se constituye en una fotografía de la centralización de la prestación de los servicios de salud en las cabeceras municipales, que se contrapone a los planteamientos y el discurso propositivo del MIAS anteriormente y ahora del MAITE sobre el fortalecimiento de los servicios extramurales para la garantía de la resolutivez.

En efecto, dicha debilidad en la Red de Servicios de Salud, pese a los progresos en el desarrollo de la Micro red (Puestos y Centros de Salud) contemplados en el PTRRMR, por la falta de habilitación -según el REPSS, sigue representando un reto preponderante, que convoca el compromiso de voluntades políticas y organizacionales, para mejorar la oferta de servicios en el zona rural; que reclama el desarrollo de procesos transformadores que la favorezcan, y que se implementen en conformidad con los planteamientos de MAITE al respecto.

Un reto que es claramente reconocido en las disertaciones gubernamentales sobre la salud, la prestación de servicios y sobre la consolidación de un modelo de salud pública efectivo y equitativo en su distribución territorial. En ellas se ha contemplado, en consonancia con las consideraciones del presente estudio, como uno de los desafíos primordiales e imperiosos del sistema de salud nacional, la reducción de esas brechas que persisten entre el territorio urbano y el rural, las cuales remarcan la inequidad socioeconómica, la escasa accesibilidad vial a los lugares de prestación de servicios sanitarios asociada a la dispersión geográfica, la insuficiente infraestructura y dotación sanitaria, la deficiente calidad educativa y la desigualdad y desarticulación en la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud ofertados en los diferentes territorios, especialmente en los rurales. Estos desafíos y barreras, expuestos en el del Plan Nacional de Salud Rural, no son ajenos al territorio Caucaño, región en la que se reconocen fallas en la capacidad estatal y la gestión territorial, cuando se revela, por ejemplo, que, de 21 de sus municipios, priorizados en el marco del Acuerdo Final (2016), 7 carecen de puestos o centros de salud (i.e. sedes de IPS) en sus zonas rurales (160).

Frente al escenario descrito, es evidente e indiscutible la necesidad de robustecer la oferta de servicios en salud en los territorios múltiples, rurales y urbanos, del escenario nacional colombiano y regional Caucaño, de implementar estrategias sectoriales e intersectorial que respondan a la población diferencial de los territorios, que favorezcan la adaptación de la prestación de servicios a las necesidades y particularidades diversas de los contextos, que deroguen las brechas urbano-rurales de la oferta.

## **Producción**

En cuanto al estado de la producción de la red, medido en Unidades de Valor Relativo – UVR como indicador de actividades en salud, expuesto en la información de la tabla 4, los hallazgos demuestran que la alta y mediana complejidad tienen el mayor impacto en la producción por ofertar más servicios y de mayor peso o ponderación en la UVR. Sin embargo, en la baja complejidad las ESE de la zona Centro y Norte, también tienen una significativa producción, asociada a la gran cantidad de poblacional asentada en estas

zonas, que podría estar relacionada con factores como la mejor disposición de vías y transporte para acceder a los servicios de salud, y la mayor concentración de oferta. Sin embargo al revisar la producción de las vigencias anteriores en el SIHO, se encuentra una reducción histórica en el primer nivel de complejidad, lo cual es explicado por la situación de pandemia por Covid 19, que llevo a medidas de confinamiento dictadas por el Gobierno Nacional y a la restricción en la operación de ciertos servicios como los de consulta externa para evitar aglomeraciones, focos de infección y dar prioridad a la atención por Covid 19.

Con respecto al MAITE, y a los resultados descritos, se puede decir que, en las actividades de definir procesos, procedimientos y mecanismos administrativos y asistenciales para la información, comunicación y transporte de personas entre la red de prestación de servicios de salud, existen zonas del Departamento como la Zona Sur, Costa Pacífica, Bota Caucana y Zona Oriente que tienen dificultades de acceso, situación que se ve reflejada en los eventos o producción que reportan las Instituciones de salud.

Ahora bien, al analizar la producción de servicios de salud frente a lo descrito en el MAITE, que propone la garantía adecuada de cobertura de los servicios promocionales y preventivos en el territorio, tanto individuales como colectivos; los resultados evidencian retos importantes para la Red en el sentido de mejorar la oferta de servicios de salud en las zonas rurales y apartadas de la capital del departamento del Cauca. Igualmente, también evidencia la necesidad de buscar la descentralización de la atención en salud, mediante el fortalecimiento de procesos como la telemedicina y la Telesalud, alternativas viables que se encuentran en correspondencia con los desarrollos actuales y perspectivas de la conectividad. Desafortunadamente, este tipo de procesos no fueron evidenciados en la oferta actual de la Red Pública, salvo algunas excepciones como en la ESE Cxayuuce, ESE EL Tambo y ESE Quilisalud.

Al respecto, algunos investigadores, en su análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios, han concluido que la exigua oferta de puntos de atención circunscrita en municipios de menor actividad económica, se ha configurado en una



dificultad sustancial en lo que se refiere a la cobertura. Hecho que se contrapone al derecho a la salud de la población del territorio nacional; dado que el desplazamiento poblacional de dichos municipios presenta restricciones inherentes a la configuración geográfica del país y las problemáticas sujetas a su situación de violencia, situación que permea a múltiples regiones y diversas poblaciones del territorio caucano. De igual forma, en sus disertaciones, afirman que, la falta de existencia de oferta de servicios de alta complejidad en esos municipios de menor actividad económica, da cuenta de los altos indicadores que reflejan la productividad de los hospitales de II nivel (Receptores), lo cual consecuentemente, puede incidir en la disminución de calidad de los servicios otorgados (161).

### **Remisiones de usuarios**

Con respecto a la caracterización de las remisiones de las ESE del Departamento del Cauca, es importante recalcar que dichas remisiones, de la Red de Servicios de Salud, de acuerdo al SIHO, y el documento de red del Departamento, evidencian un incremento continuado anual de un 10% y 15%. Esta investigación, encontró que el primer nivel de complejidad es el mayor remitidor (93,20%), lo que podría indicar que no existe una adecuada resolutivez a nivel local y que además los mayores remitores son los hospitales de municipios circunvecinos a Popayán, donde está la oferta de II y III nivel.

Sin embargo, sería interesante confrontar dichos hallazgos con un estudio de pertinencia de las remisiones, que dé cuenta de que porcentaje de estas fue acertado.

Por su parte, la mediana complejidad reflejó un número bajo (6,42%), aunque significativo de remisiones, lo que podría advertir la existencia de portafolios incompletos o de oferta de servicios de salud insuficiente. Vale la pena destacar el comportamiento de la ESE Francisco de Paula Santander, ubicada al norte del departamento, cuyas remisiones son dirigidas a especialidades que están contempladas en la mediana complejidad, lo cual señala la importancia de una revisión en fortalecer la oferta, integralidad y contratación con las EAPB.

Por otro lado, el Hospital Susana López de Valencia, ubicado en Popayán, según el REPS

tiene una oferta más amplia, sus remisiones están relacionadas con servicios de tercer nivel de complejidad y otros que tienen alta ocupación, lo que sugeriría la necesidad de revisar la capacidad instalada versus la demanda insatisfecha, para poder tomar decisiones frente a su fortalecimiento y consolidación.

Referente a la alta complejidad, los hallazgos refieren que las remisiones a servicios tienen que ver con la ruta cardiovascular, como la hemodinámica, la cirugía cardiovascular, entre otros. Aspectos que deben ser fortalecidos en la Red, para propiciar una prestación integral de la atención; considerando que, en el Documento de Red, el Hospital Universitario San José de Popayán, es concebido como cabeza de red. En ese sentido, es importante que se complete la oferta de su tipología y poder dar respuesta a la demanda y su rol en la Red.

Frente a las líneas de acción del MAITE, en el componente de prestación de servicios de salud, se evidencia entonces que una de las actividades preponderantes a efectuar es la implementación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, y el seguimiento de su disponibilidad, suficiencia y completitud. En ese sentido, y según lo encontrado en este estudio, se remarca el importante reto que existe en cuanto al fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en todos los niveles, que les permitiría ser más resolutivos. Sin embargo, al comparar ciertos datos de oferta de servicios de salud según el REPSS, con otros departamentos, se encuentra que el mayor peso en la oferta de servicios de salud lo tiene la Red Pública del Cauca, situación diferente a la red de otros departamentos como Valle y Atlántico, cuya prestación de servicios de salud se soporta de manera más amplia en la Red Privada con fortalezas en servicios de mediana y alta complejidad (162-163).

Al respecto, investigaciones, como la de Gúzman, “Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia” (164) expone que de 1.124 municipios en Colombia, solo un 45% cuentan con IPS públicas de baja y mediana complejidad, las cuales ofrecen en promedio 18 de los 234 servicios de salud disponibles. De hecho, el 76% de las entidades territoriales ofrece entre 11 y 40 servicios. Elementos adicionales como los costos de

viaje, la frecuencia con la que se requieren los servicios y la capacidad de los prestadores de atender las urgencias, necesitan ser considerados cuando se evalúa la relación entre la distribución de los servicios a lo largo del territorio nacional y la calidad de la atención.

Las diferencias encontradas en este estudio muestran como el Departamento del Cauca posee desigualdades significativas frente al contexto nacional, demostrando incluso que en el Cauca se carece de oferta de servicios de muchas especialidades y subespecialidades relevantes y de alta demanda.

Vale la pena resaltar que, con el fin de favorecer la oferta de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social propone una metodología de trabajo conjunto, corresponsable e intersectorial, con el Ministerio de Educación y las Universidades, para posibilitar la formación de una mayor cantidad de especialistas, el incremento del número y de la asignación del personal sanitario, y el mejoramiento de la accesibilidad de ingreso universitario. De la misma manera, el Ministerio de Salud plantea la creación de un estatuto laboral distinto para el personal de los hospitales públicos (ESE), en el que se precise la disposición de empleos por clases y grupos, la trayectoria procedimental para su vinculación y retiro, y todos los ítems que estructuren, a nivel nacional y territorial, el régimen laboral para los servidores de las ESE; esto con el objetivo de fomentar la garantía de la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios públicos sanitarios, de favorecer dinámicas y relaciones institucionales más humanas, más centradas en el individuo, y de generar la sostenibilidad de las ESE (165).

### **Situación financiera**

Sobre la situación financiera de la Red de ESE, develada en este estudio mediante la identificación de los indicadores de equilibrio por recaudos, pasivos, cartera, déficit/superávit, los hallazgos indican que la mayoría de ESE de la baja complejidad logra en promedio un equilibrio financiero, dado por el **superávit** de 11 de las ESE. Sin embargo, las cinco ESE restantes, presentan un **déficit** que afecta negativamente el equilibrio. Dicho déficit puede ser ocasionado, en gran medida, por la falta de pago

oportuno de algunas EAPB que están comprometidas financieramente, como Asmet salud, el retiro de la EPS Salud Vida y el traslado de sus usuarios a EPS como Sanitas, la cual tienen su red propia, situación que deja bajos ingresos a la red pública por pérdidas de estos contratos.

En este escenario se destaca el esfuerzo de actividades realizadas por las ESE durante la coyuntura de la pandemia, que llevo a algunas ESE a incurrir en gastos de personal e insumos que no han sido suficientemente compensados en los ingresos, circunstancia que puede influir negativamente en el equilibrio. Cabe recordar que, para el año 2019, se presentaron restricciones en la operación de servicios, principalmente en consulta externa, relacionadas con los confinamientos sucedidos durante la pandemia por Covid 19, las cuales reflejaron su impacto en la vigencia 2020, donde se inició una leve recuperación para el segundo semestre.

De otro lado, se identificó que el mayor **déficit** de la situación financiera de la Red, el cual corresponde a la mediana complejidad. Este indicador se encuentra muy relacionado con las cuentas sin pagar de eventos no POS que están incluidos para cancelación en la denominada Ley o Acuerdo de Punto Final (166), dentro del cual el Departamento ya tiene depurado un 40% de las cuentas para pago. De la misma manera, se evidenció la afectación que estas ESE han tenido por los recursos de inversión comprometidos en el plan de expansión para atención de COVID19, principalmente para la habilitación de UCI adultos con toda su infraestructura y dotación.

Contrario a esto, el tercer nivel conserva su solidez financiera, beneficiado posiblemente por las inversiones en infraestructura y la situación de alta demanda de UCI y demás servicios conexos o interdependencias.

Ahora bien, el MAITE, en la línea de prestación de servicios menciona la necesidad de realizar acciones tendientes a implementar mecanismos que, entre otros aspectos, estimen las categorías financieras de la Red como medida para la implementación del modelo y de las rutas; esta proposición muestra que, si bien la Red podría financieramente soportar la implementación del modelo, también existen algunas ESE

que requerirían apoyo debido a su **déficit** financiero y desequilibrio.

Dentro de la condición financiera encontrada, vale la pena subrayar que, de acuerdo con la Resolución No. 1342 de 2019, última categorización de riesgo fiscal y financiero de las ESE, ninguna ESE del Departamento del Cauca esta categorizada en riesgo. Empero, aún se consideran en situación de riesgo las ESE Francisco de Paula Santander y ESE Occidente (Timbiquí – López de Micay), por estar situadas en el programa de saneamiento fiscal y financiero- PSFF. Es importante mencionar que la clasificación del riesgo, fue realizada con información de la vigencia 2018 (Pre-Pandemia) y que mostraba que la Red Pública del Departamento del Cauca presentaba equilibrio financiero (167).

Por otro lado, debido a la Pandemia por Covid 19, el Ministerio ha suspendido la categorización de riesgo financiero, no evaluando en 2019, y 2020, reconociendo con ello que la Red hospitalaria debido a la emergencia, podría no estar en condiciones normales de evaluación, lo que coincide con los resultados del presente estudio que muestran una afectación en el equilibrio financiero de la Red.

En otro punto, respecto al indicador referente al pasivo, se puede mencionar que durante la vigencia 2020, las ESE se vieron afectadas en la venta de servicios de salud debido a las medidas de confinamiento y aislamiento preventivo obligatorio declarado por el Nivel Nacional por la emergencia sanitaria por causa de la pandemia por nuevo coronavirus COVID-19, situación que puede explicar la reducción en el flujo de efectivo e incremento los gastos comprometidos a 31 de diciembre de 2020, al compararlos con vigencias de años anteriores, de conformidad con lo encontrado en el estudio de la Red Pública del Departamento del Cauca, se registra una variación del pasivo entre las vigencia 2018 – 2020 de \$27.157 millones de pesos. Lo anterior podría estar soportado en la atención a la emergencia sanitaria. Por último, mayor afectación se encuentra situada en las ESE que contratan por la modalidad de evento.

En la alta complejidad, se observa una variación de \$5.498 millones, siendo más representativo el incremento de otros pasivos, situación generada por las subvenciones condicionadas, recursos recibidos del Ministerio de Salud y Protección Social para pago

de talento humano en salud (168) y dotación hospitalaria, recursos que fueron recaudados, pero pendientes de ejecución al cierre de la vigencia 2020.

En el presente estudio se reconoce, igualmente, que el pasivo más representativo en la mediana complejidad se da principalmente por el Hospital Susana López de Valencia, que disminuyó su venta de servicios debido a las medidas de confinamiento y aislamiento preventivo obligatorio declarado por el Nivel Nacional por la emergencia sanitaria por causa de la pandemia por el nuevo coronavirus COVID-19. Lo anterior, derivado posiblemente de la disminución en las consultas y atenciones en la prestación de servicios de salud, del recaudo efectivo, la cual generó iliquidez e incremento de las cuentas por pagar. Asimismo, podrían contemplarse otros factores causales de afectación al flujo de efectivo, como la liquidación de la EPS Salud vida, el fracaso en la consecución de recaudo de las cesiones de pago de Asmet Salud, Emsannar EPS, causado por la falta de culminación del proceso de Ley o Acuerdo de punto final, que de darse en próximos trimestres podría cambiar el panorama de la ESE a un superávit incluso.

Una de las consecuencias del incremento del pasivo en los estados financieros de la Red frente a las acciones del MAITE, es la limitación en un momento dado para las inversiones en mejoramiento de infraestructura, dotación y fortalecimiento de la oferta de servicios de salud.

Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social, conocedor de la situación de deudas de las ESE, en su pretensión de atenuar un poco la situación de pasivos de las ESE, agravadas a nivel nacional por la situación de Pandemia por Covid-19, proclamó la Resolución No. 753 de 2020, en la cual determinó la transferencia de recursos para el pago de deudas laborales acumuladas para los trabajadores de la salud (Pasivo laboral), con lo cual muchas de las ESE que tenían deuda con sus trabajadores fueron beneficiadas en un momento en el que los gastos operacionales repuntaron por las necesidades de atender los efectos de la pandemia por Covid-19 (169).

Con respecto a la cartera, el estudio mostro una situación de cartera relevante, que,

según el SIHO, la cartera más representativa de la red del Departamento del Cauca está concentrada con las EPS del régimen subsidiado como son ASMETSALUD, EMSSANAR, SALUDVIDA AIC y MALLAMAS. Para el régimen contributivo, las EPS con mayores saldos por cobrar son NUEVA EPS, MEDIMAS, COOMEVA, S.O.S y SALUDCOOP. Igualmente, de los mayores deudores, el tercero es la Secretaria Departamental de Salud del Cauca, cuya deuda se puede clasificar en 3 conceptos: servicios NO PBS, atención a población pobre no asegurada y atención a población inmigrante.

Por último, según el cierre fiscal de la vigencia revisada, las ESE reportaron que gran parte de la cartera se encuentra en proceso de auditoría y conciliación, toda vez, que no contaban con contratos suscritos. Es de considerar la cartera de atención a migrantes, que empieza a ser representativa para las ESE de mediana y alta complejidad, y frente a la cual por parte de la nación no se han realizado hasta la fecha las transferencias para su cancelación.

Como estrategias para ayudar a mejorar el flujo de recursos en las ESE, la Secretaria de Salud Departamental de Salud continúa dando trámite a las cesiones de crédito a las ESE, autorizadas por las EPS. Así mismo, en el marco de la Circular Conjunta No. 030 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, adelanta trimestralmente las mesas de trabajo para el proceso de aclaración de cuentas, conciliación, depuración y/o castigo de la cartera y depuración de estados financieros.

Es de resaltar que, la cartera de la red hospitalaria presenta una tendencia positiva, desde la vigencia 2018 a 2020 con un incremento del 44%, siendo la más representativa la cartera de la alta complejidad. Además, la mayor concentración de cartera está en la cartera mayor de 360 días, donde se evidencia baja rotación de cartera, generada posiblemente por el incumplimiento de los acuerdos de pago, no depuración, conciliación y liquidación de contratos. Del mismo modo, no se ha podido impactar en la cartera mayor de 360 días, toda vez, que persisten la falta del detalle de aplicación de pagos de los

giros realizados por las entidades responsables del pago (ERP) y que no se han autorizado las cesiones de pago por parte del Ente Territorial, es de anotar que a la fecha se encuentra en proceso la Ley de punto final.

Esta situación podría ser causada también por el impacto de la liquidación de las EPS Saludvida, Cafesalud y Saludcoop, donde, si bien algunas ESE se han hecho parte de la liquidación, otras, a causa de la carencia de carteras depuradas, no han podido acceder y generalmente los pagos son a mediano y largo plazo.

Frente al MAITE, el panorama observado es complicado, en lo que tiene que ver con las estimaciones de los estados financieros, donde lo ideal no tiene que ver solamente con la solidez de una red de servicios de salud, que permita la implementación del MAITE, de las Rutas Integrales de Atención en Salud, sino también con la sostenibilidad de las mismas. En ese sentido, se observa que el estado de la red no sería apto para dichas inversiones y podría requerir de apoyo nacional para poder asumir los retos que impone el nuevo modelo.

Ahora bien, la asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos – ACESI, denunció que la pandemia provocó un aumento en la cartera que adeudan las EAPB, a las ESE del país. Alerto, además, que los hospitales públicos solo recibieron el 17% de los recursos en 2020, exactamente el mismo porcentaje de 2019. Este preocupante escenario refleja que las ESE del país recibieron los mismos recursos que el año anterior, como si los recursos destinados por el Gobierno a la salud durante la pandemia no hubiesen tenido un aumento sustancial. Lo que sugiere que la crisis financiera de los hospitales públicos se agravaría en los siguientes años (170).



### **Resultados del estudio desde una mirada de la Salud Pública:**

El presente trabajo muestra un diagnóstico de la red pública de prestadores de servicios de salud del Departamento del Cauca en el que se observa debilidades en la oferta de servicios de salud, especialmente en el área rural, lo cual es consecuente con lo reportado por los equipos de trabajo de la secretaría de salud departamental (171).

Al respecto, el Plan Nacional de Salud Rural reconociendo la salud como un derecho fundamental (172), y buscando contribuir al desarrollo rural integral, se orienta principalmente a cerrar las brechas urbano-rurales en términos de cobertura, acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud. Para ello, su construcción adopta un enfoque territorial, poblacional y de género con el fin de responder de manera efectiva a los retos que presenta la salud rural en Colombia. Frente a lo cual la Red pública del departamento del Cauca, tendría importantes retos y oportunidades de mejora.

Es de relevancia mencionar el hecho de que el departamento del Cauca es un territorio en permanente conflicto y en ese sentido se dificulta dar alcance a los lineamientos descritos en el plan nacional de salud rural, que expresa entre otros aspectos que: *“la violencia asociada a los conflictos armados puede comprenderse como un problema de salud pública, no solo por la morbilidad y mortalidad en la población como resultado de*

*las acciones directas del conflicto sino, y en mayor medida, por sus efectos indirectos: los conflictos afectan los determinantes sociales de la salud pues generan entre otras disrupciones en las vidas de las personas alteran el bienestar económico de las familias y limitan el suministro de alimentos y agua en las comunidades afectadas” (173).*

Por otro lado, es importante resaltar la liquidación de la Dirección Departamental de Salud del Cauca y sus unidades de atención, en abril de 2007, y la posterior conformación de la Secretaría de Salud Departamental y las Empresas Sociales del Estado, que centralizó la atención en salud en las cabeceras municipales. Al respecto, este tipo de decisiones podrían estar indicando unas medidas coherentes con lo descrito en la carta de Ottawa específicamente en lo que tiene que ver con la reorientación de los servicios sanitarios (174). Sin embargo, este estudio al demostrar que actualmente existen debilidades en la oferta de servicios de salud en las zonas rurales, la red actual no estaría dando respuesta a las necesidades culturales y de salud de los individuos, puesto que se están dejando de lado los escenarios para la ejecución de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la participación activa de las comunidades en la solución real de las necesidades territoriales.

En ese sentido, los resultados de la presente investigación invitan a fortalecer la formulación de acciones de salud pública en el Departamento, específicamente en lo que tiene que ver con el financiamiento de la salud eficiente y equitativa y el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.

Del mismo modo, no se puede dejar de lado la influencia que ha tenido la interpretación inadecuada de la operación del sistema general de seguridad social en salud que se ha enfocado más en la rentabilidad económica y muy poco en la rentabilidad social, minimizando la importancia que tiene la Atención Primaria en Salud. Al respecto, algunos investigadores como Ruiz y Cols. (2011), estudiaron el modelo de atención primaria que se usa en el SGSS, encontraron problemas estructurales y sugirieron algunas mejoras en la gestión de administrativas de las IPS en Colombia, como la asignación de equipos multidisciplinarios estables y capacitados en las competencias en APS y el Desarrollo de

mecanismos y procesos de concertación que integren a los diferentes actores del SGSSS alrededor de las necesidades y los planes de desarrollo locales (175). Como respuesta a estas falencias del SGSSS, se formuló la Política de Atención Integral en Salud y el MAITE, que promueven mediante la estrategia de APS, la caracterización de la población, la identificación y gestión del riesgo, las rutas integrales de atención en salud, entre otros lineamientos, con el fin de reducir la aparición de la enfermedad, mejorar la resolutivez local e impactar en la morbilidad y mortalidad.

Con respecto a la producción de la red pública del Departamento del Cauca, el estudio encontró que las instituciones de primer nivel de complejidad ubicadas en el centro y norte del Departamento del Cauca, tienen una mayor producción, derivada de una alta demanda que podría estar relacionada por una mayor densidad poblacional y una infraestructura de comunicación mucho más adecuada que el resto del Departamento. La menor producción en las demás instituciones de baja complejidad del Departamento, podrían indicar el poco acceso que tienen las personas hacia los servicios de salud, lo que coincide con los estudios de Vargas y Cols., quienes encontraron que en el SGSSS persisten problemas de equidad y de acceso (176).

Sin embargo, al confrontar los datos de producción obtenidos en los dos años anteriores, se puede identificar una tendencia negativa en el año 2020, lo cual puede estar relacionado con la situación de salud pública mundial derivada por la pandemia por Covid-19. Esta situación llevo a la implementación de medidas de confinamiento de la población, restricciones en la oferta de servicios de salud ambulatorios y temor en la población para acudir a los centros hospitalarios, con la consecuente pérdida en la continuidad de los programas, controles y tratamientos. Al respecto algunos investigadores han estudiado el impacto de la Covid 19 en la prestación de los servicios de salud encontrando que en el año 2020 casi todas las consultas en todos los indicadores han disminuido en grado variable (177).

De acuerdo con la OMS/OPS, las once funciones esenciales que los sistemas de salud deberían observar se basan en evaluar el estado de salud de la población y los factores

de la mala salud, desarrollar políticas para fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes, asignar los recursos necesarios, y garantizar el acceso a todas las intervenciones y servicios de salud pública (178)

Entre los modelos citados, la presente investigación retoma el elemento metodológico del “Diagnostico situacional”, referido en el modelo de Cordera y Bobenriet, que favorece la descripción y caracterización del proceso salud-enfermedad de regiones y territorios determinados, e incluye factores de los niveles de salud, proporcionando informaciones y variables contextualizadas (179).

Este modelo plantea que la caracterización diagnóstica de la situación de la salud de una población contribuye a generar explicaciones predictivas útiles sobre el sistema, que darán cuenta de los deterioros y problemáticas de la salud de un territorio específico. Por ejemplo, de esos determinantes sociales que se sitúan como variables que inciden en defensa o perjuicio de la salud. Los que facilitará el entendimiento de las raíces de los problemas, es decir la comprensión de las causas de fondo que repercuten en las condiciones de vida y de la salud de un conjunto poblacional.

Este abordaje entonces es útil para identificar y priorizar los problemas y necesidades reales de un territorio y, en este sentido, facilitar la realización de evaluaciones de impacto en salud contextualizadas que permitan verificar el cumplimiento de las políticas públicas en salud. A partir de esas informaciones lo esperable es modificar la realidad a través de fomentar actuaciones positivas y resolutivas orientadas a la promoción, la prevención, la recuperación y el mejoramiento de la salud.

En este sentido, este abordaje coincide con la aproximación descriptiva de este estudio la cual que describe el comportamiento de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud contextualizada en el territorio Caucaño, en el marco del nuevo Modelo de Atención Integral Territorial. En la cual se analizan factores específicos como su oferta de servicios que da cuenta del acceso, su situación financiera que visibiliza su eficiencia y la referencia de usuarios que refleja los efectos de la atención.

Por otro lado, del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, referenciado en el estudio, podría decirse que no ha demostrado que realice cambios estructurales en el sistema de salud. Por un lado, continúa sobre la base del aseguramiento, una UPC y un PB (Plan de beneficios), que si bien refuerza aspectos de la atención primaria en salud se ha argumentado que perdió el alcance más amplio de la salud pública y la redefinición del rol de asegurador del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS (180). El MIAS colocó al usuario en el centro del sistema, lo que favorece la conformación de rutas integrales de atención en salud, de caracterización y gestión del riesgo.

Al final, el MAITE es una aproximación a un verdadero modelo de salud después del SGSSS. En este sentido, el presente estudio muestra que la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento del Cauca tiene debilidades en la oferta de servicios de salud, así como en la integralidad de estos y presenta problemas financieros que podría dificultar el asumir los nuevos retos del modelo, que deben constituirse en oportunidades de mejora hacia una red con condiciones de completitud, accesibilidad e integralidad.

## 9. Posibles Sesgos

Como posibles sesgos en los resultados de esta investigación, se puede contemplar, en primera instancia, la falta de información de la Red privada, lo cual dificulta la obtención de una información general de la Red del departamento del Cauca. Además, se reconoce que el análisis exclusivo de los indicadores más relevantes desde lo financiero, podría dejar de lado datos relevantes que no se reflejan en esta investigación o que por lo dinámico del sistema, el panorama financiero de las ESE pueda cambiar.

Por último, pese que a que la identificación de la oferta de servicios de salud estuvo basada en la información dispuesta en las bases de datos que reposan en el REPSS y en el Documento de Red o PTRRMR del Departamento del Cauca, en la práctica pueden existir prestadores con servicios de salud en sitios no habilitados, que se escapan al análisis y alcance de esta investigación y a la actualización permanente del REPSS.

## 10. Fortalezas y Desventajas

### Fortalezas

Dentro de las fortalezas del estudio, se remarca el diseño metodológico utilizado, el cual permitió dar respuesta a los objetivos propuestos que podrían servir para la toma de decisiones de política pública coherente con los lineamientos nacionales en cuanto al fortalecimiento de la Red de salud del departamento del Cauca.

De igual forma, se destacan las fuentes de información consultadas, las cuales contenían el 100% de la información requerida, además de que la aplicación del instrumento fue validada satisfactoriamente.

Por último, sobresale la revisión efectuada para el análisis, la cual fue del 100% de las ESE de la Red Pública del Departamento del Cauca, por lo que los resultados muestran un panorama completo de la Red pública que opera en el departamento del Cauca, que podría servir para el desarrollo de planes de mejora que den cumplimiento a lo establecido en el MAITE.

### Desventajas

En el desarrollo de la presente investigación, se reconoce como desventaja la falta de abordaje de la oferta de servicios de salud de la red privada; si bien se conoce por los

registros de habilitación del REPSS suficiente información necesaria para el análisis, algunas fuentes podrían no estar actualizadas en su situación de operación o novedades, no es fácil acceder a los estados financieros o contratos con las EAPB, y estas reportan información a la Supersalud y no al SIHO.

## 11. Conclusiones

Con respecto a lo encontrado en este estudio y lo descrito en el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, específicamente en la línea prestación de servicios, se concluye que:

Los hallazgos visibilizaron una falta de coincidencia entre la oferta de servicios de salud registrada en el REPSS y la contenida en el documento de red o PTRRMR, lo que sugiere un incumplimiento de la red propuesta ante el Ministerio de Salud y de los requisitos de habilitación que posibilitan el registro de puntos de atención en el REPSS, a pesar de la actualización permanente de este último. Este aspecto se debe analizar frente a los requerimientos del MAITE de una red integrada e integral de servicios de salud para que estos sean suficientes y completos.

Se pudo establecer que la zona norte y centro del Departamento tienen la mayor oferta de servicios de salud, que coincide con poseer el mayor asentamiento de población y mejores vías de acceso a los puntos de atención. Dentro de los municipios se observa mayor oferta de servicios de salud, con portafolios y tipologías más completas, en las cabeceras municipales, evidenciándose la centralización de la oferta de servicios y la falta de habilitación de muchos puestos de salud rurales. Este aspecto muestra en algunas zonas mejor oferta y acceso a los servicios de salud como lo establece el MAITE, pero muestra inequidad frente a otras regiones

En cuanto a la producción medida en UVR, los hallazgos indican que las zonas centro y



norte del Departamento tienen el mayor número de UVR, mostrando que la producción se mueve por demanda y acceso. También fue significativa la reducción de la producción principalmente en las ESE de baja complejidad, relacionada con las medidas de confinamiento de la población debido a la pandemia por Covid 19 y el cierre temporal de ciertos servicios como los de consulta externa, para evitar aglomeraciones y dar prioridad a la atención a pacientes afectados por el Covid 19. Se evidencia también la centralización de la oferta de servicios, aspecto que muestra necesidad de fortalecimiento para la implementación del MAITE.

Frente a las remisiones, se puede concluir que el mayor remitente es la baja complejidad, y tienen que ver con servicios que se prestan en la mediana complejidad, y que en esta última, las remisiones existentes están asociadas a los servicios que son propios de su nivel de complejidad, lo que sugiere portafolios incompletos, principalmente en el Hospital Francisco de Paula Santander. Por último, en la alta complejidad se concluye que la cantidad de remisiones es escasa, y las que se realizan tienen que ver con servicios de la ruta cardiovascular, este aspecto indica la necesidad de fortalecer la integralidad y completitud de los servicios de salud que promueve el MAITE.

Con respecto al componente financiero, se puede concluir que la baja complejidad presenta en promedio un equilibrio financiero, dado, en gran medida, por unas pocas ESE que tienen un buen superávit. Caso contrario al de la mediana complejidad, que presenta más compromiso en cuanto al desequilibrio y déficit. Por su parte, la alta complejidad presenta equilibrio e importante superávit. Lo anterior muestra que pueden implementarse mecanismos de verificación para estimar los recursos financieros para la atención a la población como se indica en las acciones del MAITE, en el componente de prestación de servicios.

Respecto a los pasivos, se concluye que la mayor deuda la tienen las IPS de la mediana complejidad, impactada principalmente por la ESE Hospital Susana López de Valencia. Sin embargo, esta afectación pudo ser consecuencia por el no pago de las EAPB, inversiones para solventar la atención derivada de la pandemia por COVID 19. Así mismo,

se concluye que la cartera más representativa de la red del Departamento del Cauca está concentrada con las EPS del régimen subsidiado como ASMETSALUD, EMSSANAR, SALUDVIDA AIC y MALLAMAS, y del régimen contributivo como NUEVA EPS, MEDIMAS, COOMEVA, S.O.S y SALUDCOOP. Y por último, que el tercer mayor deudor es la Secretaria Departamental de Salud del Cauca, cuya deuda se puede clasificar en 3 conceptos: servicios NO PBS, atención a población pobre no asegurada y atención a población inmigrante.

## 12. Recomendaciones

Los hallazgos del diagnóstico del presente estudio sirvieron de insumo para establecer las siguientes recomendaciones sobre aspectos que se podrán tener en cuenta en la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE en el territorio Caucaño; concretamente en la línea de acción de prestación de servicios de salud:

- Adelantar gestiones para fortalecer la oferta de servicios de salud en el Departamento del Cauca y que esté acorde con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red, buscando cumplir el rol designado a cada prestador para mejorar el acceso, la oportunidad e integralidad en la atención y para dar respuesta a los lineamientos del MAITE.
- Generar mecanismos e instrumentos de monitoreo y seguimiento a la producción, las remisiones y su pertinencia y el cumplimiento del portafolio de servicios de salud para identificar la resolutivez local de las ESE, como lo demanda el MAITE.
- Implementar mecanismos de monitoreo del estado financiero de la Red que sean más oportunos y eficientes en detectar oportunamente aspectos que puedan llevar al desequilibrio déficit en las ESE y poder implementar estrategias y acciones para lograr el equilibrio y sostenibilidad de la Red de Servicios, dentro de estos están la depuración y gestión de cartera, el recaudo oportuno, la reducción del gasto y el cumplimiento de las obligaciones de las ESE, y así cumplir además con la primera de las acciones de la línea de prestación de servicios anunciada en el MAITE.

- Complementar este estudio con otros que permitan identificar la demanda insatisfecha en servicios de salud y sirva de ruta para el fortalecimiento de los portafolios de las ESE, teniendo en cuenta lo que demandan los usuarios, la morbilidad y mortalidad sentida para impactar verdaderamente en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, tal como lo indica el MAITE.

### 13. Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación. Washington D.C.: OPS; 2003
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014
3. Dmytraczenko T, Almeida G, eds. *Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries*. Directions in Development. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015.
4. Secretaria de Salud Departamental del Cauca. Análisis de la Situación de Salud del Departamento del Cauca ASIS. 2019; 222
5. Op. Cit. No. 4
6. Op. Cit. No. 4
7. Rodríguez-Acosta S, Barreras y determinantes del acceso a los Servicios de Salud en Colombia [tesis de maestría]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.
8. Aday, L. y Andersen, R. (1974). "A Theoretical Framework for the study of Access to Medical Care". *Health Services Research*, 9 (3): 208-220.

9. Op. Cit. No. 7

10. Op. Cit. No. 7

11. Op. Cit. No. 7

12. Congreso de la república de Colombia. ley estatutaria No 715. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, Colombia. Diciembre 21 de 2001;46

13. Congreso de la república de Colombia. Ley estatutaria No. 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones enero 19. 2011.;53

14. MinSalud. ABC del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia. 2013;82

15. Congreso de la república de Colombia. Ley estatutaria No. 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 16. 2015;13

16. Minsalud. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., 2016; 97

17. MinSalud. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Plan de capacitación sectorial. Colombia. 2016:27.

18. MinSalud. Resolución 2626. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE. Colombia. Septiembre 29. 2019;17

19. MinSalud. Resolución 1441. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Colombia. Mayo 6. 2013;209

20. MinSalud. Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Colombia. 2016;92
21. MinSalud. Política Nacional de Prestación de servicios. Bogotá. Colombia. 2005; 78
22. Decreto 0260. Por medio del cual se ordena la supresión y liquidación de la dirección departamental de salud del Cauca. Colombia. Abril 9. 2007
23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Consejo Directivo 53/5. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington D.C.: OPS; 2014.
24. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington D.C.; OPS; 2010.
25. Ahumada C. El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana. Bogotá: El Ancora Editores; 1998
26. Castell M. La era de la información: economía, sociedad y cultura. Volumen I. La sociedad red. Madrid: Siglo XXI Editores; 1999.
27. Granados Toraño R, Gómez Montoya MC. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Rev. salud pública [Internet]. 1 de mayo de 2000 [citado 8 de junio de 2021];2(2):97-120
28. Roa R. gestión del aseguramiento en salud. Revista EAN n° 67. Bogotá, 2009
29. Santa María M, García F, Uribe Carlos, Vásquez T. El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de la reforma. Fedesarrollo, Coyuntura Social N°38 pp 41-103, Bogotá, 2009.

30. Céspedes Juan E, Jaramillo I, Castaño Ramón. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad. Saude pública*, Rio e Janeiro. 18(4)1003-1024. 2002.
31. Julio Mario Orozco Africano, Javier Berdugo Jiménez, Luis Ortiz Ibáñez. Análisis de suficiencia de la red prestadora de servicios de Atlántico y Barranquilla Colombia. Octubre de 2010.
32. Delgado María E, Velázquez María L, Morales Lygia. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública* 12(4): 533-545, 2010.
33. Villagarcía Eugenia, Delgadillo Leonor, Arguello Francisco, González Leonor. Percepción usuaria de la calidad en los servicios de salud ISSEMyM. *Revista Horizonte sanitario* 15 (3), 2016.
34. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 12-26.
35. Vargas J, Molina G. acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac NAc Salud Pública*, 2009, 27(2):121-130. 1
36. Rodríguez, S., & Roldán, P. (2010). Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la Región Caribe. *Revista De Economía Del Caribe*, (2).
37. Flórez L, Campo C, Trochez M, Peña C. Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace Cauca.
38. Op. Cit. No.34
39. Benington J, Moore MH. Public value in complex and changing times. Capítulo 1 en: Benington J, Moore MH. *Public value: Theory & Practice*. Palgrave Macmillan, Londres, 2011 (Valor público en tiempos complejos y cambiantes)

40. The Economist Intelligence Unit. Succeeding in a value-based environment: New business models to thrive in the future of healthcare: A white paper from The Economist Intelligence Unit Healthcare [Internet]. Londres, Reino Unido, 2014 [consultado (Tener éxito en un entorno basado en valores: nuevos modelos comerciales para prosperar en el futuro de la atención médica: un informe técnico de The Economist Intelligence Unit Healthcar)
41. The Economist Intelligence Unit, Medtronic. Value-based healthcare: A global assessment [Internet], Londres, Reino Unido, 2016 [consultado 30 Jul 2021]. (Atención sanitaria basada en valores: una evaluación global)
42. Davidson A, Randall R. Michael Porter & Elizabeth Teisberg On redefining value in health care. an interview. Strategy & Leadership, 2006, 6, 48-50. (Sobre la redefinición del valor en el cuidado de la salud una entrevista)
43. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost. Health Affairs. 2008, 27 (3): 759 - 769 (El triple objetivo: atención, salud y costo.)
44. Bergevin Y, Habib B, Elicken-Jensen K, Samis S, Rochon J, Denis JL, Roy D. Transforming regions into high-performing health systems toward the triple aim of better health, better care, and better value for Canadians. Healthcare Papers, 2016, 16 (1): 34-52. (Transformar regiones en sistemas de salud de alto rendimiento hacia el triple objetivo de una mejor salud, una mejor atención y un mejor valor para los canadienses.)
45. Institute for Healthcare Improvement. Are you ready to pursue the triple aim? [Internet] Massachusetts, Estados Unidos, 2009 [consultado 27 Jun 2021]. (¿Estás listo para perseguir el triple objetivo?)
46. Stiefel M, Nolan K. A guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; (2012). (Una guía para medir el triple objetivo: salud de la población, experiencia de la atención y costos per cápita)
47. Op. Cit. No.43

48. Op. Cit. No.43

49, Op. Cit. No.45

50. Op. Cit. No.44

51. Whittington JW, Nolan K, Lewis N; Torres T. Pursuing the Triple Aim: The first 7 years. The Milbank Quarterly 2015, 93(2). (Persiguiendo el Triple Objetivo: Los primeros 7 años.)

52. Porter ME, Lee, TH. The strategy that will fix health care. Harvard Business Review, 2013; 91 (10): 50-70 (La estrategia que arreglará el cuidado de la salud)

53. Porter ME, Teisberg E. Redefining competition in Health Care. Harvard Business Review, 2004; 82 (6): 64-76, 136. (Redefiniendo la competencia en Salud.)

54. Kaiser L, Lee TH. Turning value-based healthcare into real business model, Harvard Business Review, [Internet] Massachusetts, Estados Unidos, 2015 [consultado 29 de Julio 2021]

55. Cosgrove T. Value-based healthcare is inevitable and that's good, Harvard Business Review [Internet], Massachusetts, Estados Unidos, 2013 [consultado 1 Jul 2021] (La atención médica basada en el valor es inevitable y eso es bueno, Harvard Business Review

56. Op. Cit. No. 44

57. Op. Cit. No.45

58. Op. Cit. No.53

59. Miller HD. From Volume to Value: Better Ways to Pay for Health Care. Health Affairs. 2009, 28 (5): 1418-29. 30. (Del volumen al valor: mejores formas de pagar la atención médica)

60. Op. Cit. No.42

61. Op. Cit. No.53



62. Ebbevi D, Hvitfeldt-Forsberg H, Essén A, Ernestam S. Value-based health care for chronic care: aligning outcomes measurement with the patient perspective. *Qual Management Health Care*. 2016, 24(4): 203-212 (Atención sanitaria basada en valores para la atención crónica: alineación de la medición de resultados con la perspectiva del paciente)
63. Porter ME. What is value in health care? *N Eng J Med*, 2010, 363: 2477-81 (¿Qué es el valor en el cuidado de la salud?)
64. Op. Cit. No. 52
65. Op. Cit. No. 39
66. Op. Cit. No. 62
67. Op. Cit. No. 46
68. Op. Cit. No. 63
69. Op. Cit. No. 52
70. Op. Cit. No. 39
71. Op. Cit. No. 62
72. Op. Cit. No. 46
73. Bodenheimer, T., & Sinsky, C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 2014, 12(6), 573–576. (De triple a cuádruple objetivo: el cuidado del paciente requiere el cuidado del proveedor)
74. Sikka, R., Morath, J. M., & Leape, L. The quadruple aim: Care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality and Safety*, 2015, 24(10), 608–610 (El cuádruple objetivo: atención, salud, coste y sentido en el trabajo)
75. Castaño RA, Salcedo-Herrera S. Colombiana de Trasplantes: un caso de éxito de un modelo de negocio innovador. *Revista Vía Salud*, 2013, 17(3): 13-18

76. Gentry S, Badrinath P. Defining Health in the Era of Value-based Care: Lessons from England of Relevance to Other Health Systems. *Cureus*, 2017, 9(3): 1079-81. (Definición de salud en la era de la atención basada en valores: lecciones de Inglaterra de relevancia para otros sistemas de salud)

77. Porter ME, Teisberg E. How Physicians Can Change the Future of Health Care, *JAMA* 2007; 297(10): 1103-11 (Cómo los médicos pueden cambiar el futuro de la atención médica)

78. Op. Cit. No. 75

79. Op. Cit. No. 73

80. Op. Cit. No. 74

81. Secretaria de Salud Departamental del Cauca. Análisis de la Situación de Salud del Departamento del Cauca ASIS. 2019; 191

82. Secretaria departamental de Salud del Cauca. Programa territorial de reorganización rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del estado del departamento el cauca. Popayán. Colombia. 2018; 386

83. Op. Cit. No.81

84. Op. Cit. No.82

85. Op. Cit. No.81

86. Op. Cit. No.82

87. Op. Cit. No.81

88. Op. Cit. No.82

89. Op. Cit. No.82

90. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad Saúde Públ* 1992; 8(3):254-61
91. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966. 44 (3):166-203.
92. Donabedian A. (1984). La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica MeEsxicana. México.
93. Eslava, JI., Camelo, FA., Acosta, N., Vivas, CI., Mateus, JC y Pineda, FY. (2012). Modelo Integrado para la Inspección, Vigilancia y Control de Riesgos de Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud, en el Ámbito Territorial. En: Unión Temporal PUJ-FES y OISS. Modelo Integrado para la Inspección, Vigilancia y Control de Riesgos de Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud, en el Ámbito Territorial. Pp. 16 – 155
94. Torres M, Vásquez CL. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*. 2015;18(35):57-76
95. Op. Cit. No. 91
96. Deniston, O. L., Rosenstock, I. M., Welch, W., & Getting, V. A. (1968). Evaluation of program efficiency. *Public Health Reports*, 83(7), 603–610.
97. Cordera Pastor A. Modelos de sistemas de atención médica. *Salud Pública Méx.*, 1986; 28: 230-242
98. Deniston O. Rosentock 1. Getting V: Evaluation of program effectiveness. Program evaluation in health Jielsds. Edited by H. Schulberg. A. Sheldon and F. Baker. Behavioral Publications. New York. 1969
99. Op. Cit. No.96
100. De Geyndt W: Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente. *Salud Pública Méx.*, 1986; 28: 221-229.

101. De Geyndt W: Five approaches for assessing the quality of care. *Hosp Admin* 1970; 15: 2142.
102. Op. Cit. No.100
103. Op. Cit. No.100
104. Starfield B. Measurement of outcome: a proposed scheme. *Milbank Mem Fund Q*
105. Starfield B: Health services research: A working model. *The New England Journal of Medicine*. 1973; 289: 132-136. 20.
106. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. 2011 Apr; 10:15.
107. Op. Cit. No 105
108. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002 Jun;60(3):201-18.
109. Op. Cit. No.97
110. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (Bangkok) and Royal Tropical Institute (Netherlands): Planning, development and health. Report of the Third Course: An approach to training. Bangkok. 1983.
111. Cordera A, Bobenrieth M: Administración de Sistemas de Salud. México: A. Cordera Ed. 1983. *Estudios sociológicos* II. 1984, 2- 3:474-476
112. Op. Cit. No.97
113. Op. Cit. No.111
114. Op. Cit. No.97
115. Cordera A., Kuthy J, Sucilla H. Diagnóstico situacional en sistemas de atención médica. *Salud Pública Méx*, 1986; 28:243-249
116. Op. Cit. No.97

117. Frenk J. La Nueva Salud Publica. La crisis de la salud pública: pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C., 1992, p. 75-93. (OPS - Publicación Científica, 540).
118. Min Salud. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Capitulo 1. Marco Conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud. Colombia. 2013. Informe final.
119. MinSalud. VII Sesión de la Comisión Intersectorial de Salud Pública. 2019.
120. Op. Cit. No.16
121. Op. Cit. No.16
122. Op. Cit. No.15
123. Op. Cit. No.16
124. OMS/OPS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. 2008. 1-46 p.
125. MinSalud. II Foro de Experiencias Exitosas en la Implementación en Salud. Modelo de Acción Integral Territorial. 2019
126. Op. Cit. No.16
127. Op. Cit. No.41
128. Congreso de la república de Colombia. Ley Número 1122. Enero 9. 2007
129. Op. Cit. No.125
130. MinSalud. Resolución 1441. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia. Mayo 6. 2016;46
131. Op. Cit. No. 20

132. Op. Cit. No. 20

133. MinSalud. (2017). Manual de habilitación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud para la superintendencia nacional de salud. Colombia. Abril 2017;43

134. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Resolución CD49. R22. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Washington D.C. 2009; 31

135. Instituto Nacional de Salud, O. N. D. S. (2019). Acceso a servicios de salud en Colombia. MinSalud, 274.

136. Op. Cit. No.20

137. Op. Cit. No.55

138. Op. Cit. No.20

139. Op. Cit. No.21

140. Op. Cit. No.20

141. Op. Cit. No.97

142. Op. Cit. No.16

143. Depoy E, Gitlin L. Introduction to research. Multiple strategies for Health and Human Services. London: Mosby; 1994

144. Yin RK. Case study research, Design and methods. Second Edition ed. London: SAGE; 1994

145. Stake RE. Case studies. En: Dezin NK, Lincon YS, editors. Hanbook of qualitative research. 2nd.ed. 2000; 435-54

146. Secretaria de Salud Departamental del Cauca. Análisis de la Situación de Salud del Departamento del Cauca ASIS. 2018.

147. Op. Cit. No.146

148. Op. Cit. No.146

149. REPSS [base de datos en Internet]. Bogotá: MinSalud; 2001- [actualizado año 2022; fecha de acceso agosto 2021]. Disponible en: <https://prestadores.minsalud.gov.co/>

150. Secretaria departamental de Salud del Cauca. Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de la red de ese del departamento del Cauca -PTRRMR. Popayán. Colombia. 2021; 416

151. Op. Cit. No.149

152. Op. Cit. No.149

153. SIHO [base de datos en Internet]. Bogotá: MinSalud; 2001- [actualizado año 2022; fecha de acceso agosto 2021]. Disponible en: <https://prestadores.minsalud.gov.co/>

154. Op. Cit. No. 18

155. Op. Cit. No.125.

156. Op. Cit. No.149

157. Op. Cit. No. 150

158. Gobernación del Cauca. Perfil Departamento Del Cauca. Popayán. Colombia. 2021; 20

159. Guzmán Finol K. Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. En: Bonet-Morón J, Hahn-de-Castro L, Guzmán-Finol K, Editores. La salud en Colombia: una perspectiva regional. Bogotá: BanRep; 2017. p.123-172

160. MinSalud. Plan Nacional de Salud Rural Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. 2018.

161. Sarmiento Gómez A, Castellanos Aranguren W, Nieto Rocha A, Alonso Malaver C. Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2008; 5(11): 70-95
162. Secretaría Departamental de Salud del Atlántico. Documento de red hospitalaria. Estudio de la prestación de servicio de salud en el departamento del atlántico y propuesta de reorganización de la red hospitalaria. 2013; 319
163. Cerezo Cuevas J. Propuesta de reorganización de la red de Prestadores de servicios de salud en Cali Colombia. Bogotá (Colombia): Gestipolis; 2016
164. Op. Cit. No. 159
165. MinSalud [sede web]. Bogotá: MinSalud; 2021 [actualizado año 2022; acceso diciembre 2021 - enero 2022]. Para mejorar la oferta de servicios de salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>
166. Decreto 521. Por medio del cual se ordena Por el cual se establecen los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los cobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo. Colombia. Abril 6. 2020
167. Resolución 1342. Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia. Colombia. Mayo 29. 2019
168. Resolución 2017 de 2020. Por la cual se efectúa una asignación de recursos a Empresas Sociales del Estado del orden territorial, administradores de infraestructura pública de propiedad de las entidades territoriales y a las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter mixtas. Colombia. Mayo 9. 2020
169. MinSalud [sede web]. Bogotá: MinSalud; 2020 [actualizado año 2022; acceso diciembre 2021 - enero 2022]. \$213 mil millones serán girados para sanear deudas de hospitales públicos. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>



170. Consultor Salud [sede web]. Bogotá: Vivas MA; 2021 [actualizado año 2022; acceso diciembre 2021 - enero 2022]. La pandemia agravó las deudas entre las EPS y los hospitales públicos. Disponible en: <https://consultorsalud.com/>
171. Informe de Visitas a IPS públicas - Grupo de Verificadores, Secretaría de Salud Departamental del Cauca 2019.
172. Ley 1751 de 2015
173. Plan Nacional de Salud Rural
174. Carta de Ottawa
175. Ruiz Rodríguez M, Acosta Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe LM, León Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de atención primaria. Revista de Salud Pública. 2011; 13 (6):885-896.
176. Vargas Lorenzo I, Vásquez Navarrete ML, Mogollón Pérez AS, Acceso a la Atención en Salud en Colombia. Revista de Salud Pública. 2010; 12(5):701-712
177. Juan Edgar Tulio, María José Lerea, Pedro López, Liuba Alonso. Impacto de la Covid 19 en la prestación de los servicios de salud esenciales. Revista Panamericana de Salud Pública. 2020; 44:e161.
178. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
179. The Economist Intelligence Unit, Medtronic. Value-based healthcare: A global assessment [Internet], Londres, Reino Unido, 2016 [consultado 30 Jul 2021]. (Atención sanitaria basada en valores: una evaluación global)
180. Zuluaga OL. Un Modelo que no toca fallas estructurales del sistema. Periódico el Pulso. Medellín Colombia No. 249

**ANEXO No. 01**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN**



**ANEXO No. 02**

CERTIFICADO DE COMITÉ DE POSGRADO DE APROBACIÓN ACADÉMICA DEL  
PROYECTO

Santiago de Cali, 23 de julio de 2021

C-19-309-2021-07-23

Integrantes del CIREH

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISIÓN DE ÉTICA HUMANA**

Atn.: Profesora Beatriz Eugenia Fernández Hurtado

Facultad de Salud

Universidad del Valle

Cali

Reciban un cordial saludo.

El Comité de Posgrado de la Escuela de Salud Pública certifica la aprobación académica del proyecto de investigación **“CONDICIÓN ACTUAL DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, COMO RESPUESTA A LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL: LÍNEA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD”** el cual será realizado por el estudiante Héctor Mauricio Montilla Cardona con código 2009-03686 de la Maestría en Salud Pública. El director asignado es el Dr. Augusto Muñoz Caicedo.

Agradezco su valiosa colaboración.

Atentamente,



ESCUELA DE  
SALUD PÚBLICA

**DANIEL ELÍAS CUARTAS ARROYAVE**

Dirección de Posgrados en Salud Pública

Escuela de Salud Pública

**ANEXO NO. 03**

**OFICIO DE COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Santiago de Cali, 07 de septiembre de 2021

**Investigadores**

HÉCTOR MAURICIO MONTILLA CARDONA

AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO

**Escuela de Salud Pública**

**Facultad de Salud**

**Universidad del valle**

**Asunto:** Propuesta que No requiere aval

Cordial saludo.

El Comité de Ética en Investigación en Salud, deja constancia que en la propuesta “**CONDICIÓN ACTUAL DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, COMO RESPUESTA A LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL: LÍNEA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**” Con código NA 004-021, se trabajará con bases de datos públicas.

Esta propuesta fue recibida y analizada. Se consideró que no involucra seres humanos con información o con participación directa.

Se deja copia en nuestro archivo para futuras consultas o constancia de esta decisión.

Atentamente,



**BEATRIZ E. FERNÁNDEZ**

Presidente

Comité de Ética en Investigación en Salud

**ANEXO NO. 04**

**AUTORIZACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA LA  
EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**





Popayán, 18 de agosto de 2021.

Doctor:

**Héctor Mauricio Montilla Cardona**

Estudiante Maestría en Salud Pública UNIVALLE

**Referencia:** Solicitud de autorización.

Cordial saludo,

De acuerdo con el asunto de la referencia de manera atenta me permito manifestar que si se encuentra autorizado para la ejecución del trabajo de investigación: **“CONDICIÓN ACTUAL DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, COMO RESPUESTA A LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL: LÍNEA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD”**, cuyo objetivo es describir la condición actual de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento del Cauca, como respuesta a los lineamientos del MAITE, en la línea de prestación de servicios de salud”.

Con lo anterior espero dar cumplimiento a su solicitud y quedo atenta a sus comentarios.

Cordialmente,



LIDA MERA PAZ

Secretaria de Salud Del Departamento del Cauca.

**Proyectó:** Valentina Pacheco Ruano – Contratista Despacho SSDC

Despacho Secretaría de Salud. Calle 5 No 15-57 – Popayán. Tel: 8209616

[www.saludcauca.gov.co](http://www.saludcauca.gov.co) [registrosydiplomas@saludcauca.gov.co](mailto:registrosydiplomas@saludcauca.gov.co)

