

“ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN EL AREA METROPOLITANA DE
BUCARAMANGA”

Por:

JORGE ALBERTO CUADROS DURÁN

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMIA

Bucaramanga

2004

“ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN EL AREA METROPOLITANA DE
BUCARAMANGA”

JORGE ALBERTO CUADROS DURAN

Proyecto de grado presentado como requisito para optar por el título de
Economista

Dr (C): Moisés Cetre Castillo

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMIA
Bucaramanga
2004

DEDICATORIA

Importa resaltar el papel fundamental que el apoyo moral y espiritual ha concedido mi familia en el transcurso del desarrollo de este trabajo para no desfallecer, así como la desinteresada ayuda y recomendaciones que Tatiana mi novia brindo durante todo el tiempo de transición. A todos ellos mil gracias.

AGRADECIMIENTOS

Dentro de las personas que prima al recordar en esta instancia por las indicaciones que con sabiduría impartió está el profesor Moisés Cetre Castillo, quien supo dar la orientación necesaria para llevar a feliz término el trabajo y por ello los más sinceros agradecimientos, el guía metodológico de la investigación. En los últimos instantes cobro gran relevancia las sugerencias del jurado calificador de la obra, especialmente el profesor Gonzalo Patiño quien certeramente considero que era pertinente hacer pequeñas inclusiones de precisión en la definición del caso a tratar, para ratificar la solidez teórica que manejaba el trabajo. De otro lado cabe agradecer a las personas que me colaboraron con la indagación de nuevas fuentes bibliográficas y suministro de información; así como a la excelente correctora de estilo que en cada etapa del trabajo dejó plasmado su experiencia y calidad de persona, lo cual se puede reflejar en un mejor entendimiento del mismo. A mis padres por el apoyo financiero que infringieron en el proyecto y sin el cual hubiera sido difícil concluir este trabajo. Para terminar a todas las personas que estuvieron al pendiente del proceso de conformación de la tesis, gracias.

RESUMEN

TITULO: “ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD EN EL AREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA”

AUTOR: JORGE ALBERTO CUADROS DURÁN

PALABRAS CLAVES: Sector Salud, Ventajas Competitivas, Financiación, Inequidades, Acceso.

CONTENIDO: En el trabajo se presenta la panorámica general del sector salud encontrada en el Area Metropolitana de Bucaramanga (A.M.B.), para concebir que las transformaciones sufrida tras la puesta en funcionamiento de la Ley 100 de 1993 las cuales son bastante amplias, pero la consecución de la universalidad del servicio se ha retrasado; por problemas presupuéstales, baja cobertura del régimen contributivo lo cual compromete los dineros del régimen subsidiado y también por la falta de incentivos para vincular la población al sistema.

En concreto lo observado en el (A.M.B.), se conciben dificultades de tipo financiero en las Empresas Sociales del Estado (ESE), pasando de igual manera por el deterioro de las condiciones laborales del personal medico, pero así mismo esta realidad no se refleja una disminución de la apetencia por estudiar carreras afines, más bien las cifras revelan un incremento en la oferta de cupos. Paralelo a los deteriorados hospitales publicos aparecen pujantes edificios que promueven la investigación y donde los modelos gerenciales comprometen el nombre para engrandecer su prestigio, así mismo la adquisición de tecnología que es bastante grande se realiza por seguir la ola tecnológica. Tan solo el 2% de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del área son clínicas y hospitales. Tímidamente y contra la competencia internacional aparecen los sectores conexos de donde se podría extraer más ventajas competitivas si se relacionará el conocimiento en la practica con las concepciones de los empresarios e inversionistas para incursionar en nuevos mercados.

Las transformaciones más profundas se han dado en la demanda y deben escoger aseguradora e institución prestadora de servicios (IPS), pero como en la actualidad se aprecia que las coberturas no son del 100% de la población y se anuncian inequidades, principalmente con el retraso en el avance de la cobertura de la población Sisbenizada.

SUMMARY

TITLE: "ANALYSIS OF THE SECTOR HEALTH IN THE METROPOLITAN AREA DE BUCARAMANGA"

AUTHOR: JORGE ALBERTO CUADROS DURÁN

KEY WORDS: Sector Health, Competitive Advantages, Financing, Inequities, Access.

CONTENT: In the work is presented the general panoramic of the sector health found in the Metropolitan Area of Bucaramanga (A.M.B.), to conceive that the transformations suffered after the setting in operation of the Law 100 of 1993 which are extensive, but the universality of the service has been delayed; for problems you budget them, low covering of the contributive regimen that which commits the money of the subsidized regimen and also for the lack of incentives to link the population to the system.

In short observed in the (A.M.B.), the Social Companies of the State (ESE) are conceived difficulties of financial type, It going in a same way by the deterioration of the personnel's labor conditions, but likewise this reality is not reflected a decrease of the longing to study careers, rather the statistics reveal an increment in the offer of shares. Parallel to the deteriorated public hospitals strong buildings that promote the investigation and where the managerial models commit the name to enlarge their prestige, similarly the technology acquisition that is quite big is carried out to follow the technological wave. So alone 2% of the Institutions Offerers of Health (IPS) are clinical and hospitals. The related sectors appear timidly and against the international competition of where you could extract more competitive advantages if they will be related the knowledge in practices it has been conceptions of the managers and investors to intrude in new markets.

The demand have been given the deepest transformations and they should choose insurance company and (IPS), but at the present time it is appreciated that the coverings are not of the population's 100% and inequities are announced, mainly with the delay in the advance of the covering population's Sisbenizada.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1. MARCO TEORICO.....	11
1.1 VENTAJA COMPETITIVA.....	12
1.2 COMPETITIVIDAD SISTEMICA: Nuevo Desafío a la Empresa y a la Política.....	22
1.3 CONCEPTUALIZACIÓN QUE VINCULA LA ECONOMÍA Y LA SALUD.....	25
CAPITULO 2. MARCO LEGISLATIVO DEL SECTOR.....	43
2.1 SITUACIÓN EXISTENTE PREVIA A LA LEY 10 DE 1990.....	43
2.2 PREPARACIÓN PARA UN NUEVO SISTEMA DE SALUD Y PROMULGACIÓN DE LA LEY 100 DE 1993.....	49
2.3 COMPOSICIÓN DE LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	54

2.4 CONFLICTO EN LA CONSECUCCIÓN DE RECURSOS PARA EL SISTEMA.....	61
CAPITULO 3. ANALISIS AL CLUSTER DEL SECTOR SALUD.....	70
3.1 LAS CONDICIONES DE LOS FACTORES.....	74
3.1.1 FACTOR INFRAESTRUCTURA.....	75
3.1.2 FACTOR RECURSO HUMANO.....	92
3.1.3 INVESTIGACIÓN MEDICA COMO FACTOR.....	97
3.1.4 FACTOR TECNOLOGÍA MEDICA.....	102
3.2 CONDICIONES DE LA DEMANDA.....	105
3.2.1 DEMANDA DE LOS CONSUMIDORES USUARIOS DEL SISTEMA.....	106
3.2.2 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS (IPS) COMO AGENTES DEMANDANTES DE SERVICIOS.....	112
3.3 SECTORES CONEXOS Y AUXILIARES.....	113
3.3.1 EL SECTOR DE OFERTA EDUCATIVA.....	115
3.3.2 BUSCA DE POTENCIALES SECTORES CONEXOS.....	117

3.4 ESTRATEGIA, ESTRUCTURA Y RIVALIDAD DE LAS EMPRESAS.....	120
3.4.1 MODELO GERENCIAL INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS (IPS) Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE).....	120
3.4.2 LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD REFLEJADA DESDE LA ÓPTICA DE LOS EMPLEADOS.....	122
3.5 CASUALIDADES.....	128
CAPITULO 4. SEGUIMIENTO A LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	130
CAPITULO 5. CONCLUSIONES.....	144
BIBLIOGRAFÍA.....	154
ANEXOS.....	169

LISTA DE CUADROS

	Pág.
CUADRO 1. Estrategias Genéricas.....	13
CUADRO 2. Comparación de Tres Propuestas Gubernamentales de Reforma de Salud.....	50
CUADRO 3. Cantidad de Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	55
CUADRO 4. Fuentes de Financiamiento del Régimen Subsidiado 1996-2001 (millones de pesos corrientes).....	63
CUADRO 5. Evolución de la eficiencia técnica y calidad comparativo 2002-2003 ESE Hospital Universitario Ramón Gonzáles Valencia.....	77
CUADRO 6. Análisis comparativo de los indicadores de producción, eficacia y calidad en la ESE Hospital Universitario Ramón Gonzáles Valencia. Años 2002 y 2003.....	78
CUADRO 7. Actividades de Salud FOSCAL 1993-2002.....	85
CUADRO 8. FOSCAL en Cifras: Capacidad Instalada.....	86
CUADRO 9. Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) por municipio del Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. 2001.....	90

CUADRO 10. Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) en el Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. por Tipo.....	90
CUADRO 11. Evolución de la oferta de profesionales en sector salud, Santander.....	95
CUADRO 12. Oferta de cupos en el área de salud en Santander.....	116
CUADRO 13. Bucaramanga cifras de cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.....	136
CUADRO 14. Floridablanca cifras de cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.....	137
CUADRO 15. Piedecuesta cifras de cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.....	139
CUADRO 16. Girón cifras de cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.....	140
CUADRO 17. Area Metropolitana de Bucaramanga cifras de cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.....	141

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
GRAFICO 1. Utilidad marginal que generan las consultas frente a la cantidad de consultas tomada.....	32
GRAFICO 2. Cantidad de Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	56
GRAFICO 3. Fuentes de Financiamiento del Régimen Subsidiado 1996-2001 (millones de pesos corrientes).....	64

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1. Sistema de Determinantes Básicos Completo.....	16
FIGURA 2. Factores Determinantes de la Competitividad Sistémica.....	23
FIGURA 3. Modelo Conductual de Andersen.....	109
FIGURA 4. Factores Organizacionales que Influyen en la Utilización de Servicios.....	125

INTRODUCCIÓN

La ciencia médica se ha nutrido de una amplia tradición que ya se empezaba a cultivar desde épocas prehistóricas, desde el comienzo se le otorgaba la condición de toda una profesión y su estudio se ostentaba como un campo del conocimiento. Aunque en sus inicios se mantuvo el acercamiento de el alma con el cuerpo para representar el estado de salud, este mismo dependía de la decisión de los dioses, que recompensaran o castigarán los actos de la población. Seguidamente mediante la observación de la salud se hallan explicaciones que justifican a la higiene como condición para mantener el estado de salud o para preservarlo. Posteriormente el cuidado físico, la belleza y el arte empiezan a concebirse como condicionantes de la salud.

La posición respetable que se concedía a la salud en las sociedades antiguas es incentivo para que el estudio crezca de manera importante en aquellas épocas y se encuentren escritos como los papiros Ebers y E. Smith que son los primeros tratados médicos que se tenga conocimiento; en Oriente, Fu Nsi china alrededor 2950 a. c.. El Neiching canon de la medicina interna en el siglo XXVII a. c.. En la cultura Veda se mencionaba el sistema Ayurveda. Pero es en Grecia donde ocurre una verdadera revolución de la salud, el estudio de la medicina como ciencia, iniciando con Empedocles siglo V a. c.. Quien argumenta su teoría de los elementos esenciales del universo y la teoría de los humores en el organismo humano.

Partiendo de los conocimientos que le entregaron sus predecesores Hipócrates padre de la medicina (460-380 a. c.) construye el Corpus Hipocraticum (Colección Hipocratica). De hoy pasamos entonces a mencionar la Escuela de Medicina de Alejandria 300 a. c. Como el primer centro donde

se enseña la medicina. En Roma se continua con la tradición dejada por los griegos en cuanto al cultivo de la mente y por ello se encuentran trabajos importantes de medicina como los de Aulo Celso 30 d. c.; Asclepiades 120 d. c.; Galeno 160 d. c.. Que ya es el prototipo de medico tradicional. En la antigüedad la salud “estuvo asociada a valores aceptados por la sociedad y sustentados por las instituciones que se encargaban de representarlos”¹.

Los siglos del oscurantismo ocultaron la medicina en las bibliotecas de los conventos y nuevamente la magia y la religión triunfaron sobre la ciencia; por aquella época solamente en Oriente se lograron avances importantes en la ciencia médica. Después del renacimiento se percibe otro orden social y las concepciones mentales se encaminan hacia lo que sera la industrialización, ya desde el mercantilismo se mundializa el conocimiento tanto como el comercio y en el plano social se perfecciona la democracia representativa y el Estado de derecho; con los brotes de inconformismo de las clases sociales y las revueltas por la igualdad de las mismas, se entiende la salud como una condición de vida.

A partir del siglo XVIII se empieza una acelerada expansión del conocimiento, sumando la tendencia por incrementar la tecnología como indispensable para aumentar la productividad y la competitividad en el panorama cada vez más global que nunca; en este proceso se han revelado grandes disparidades entre la población mundial, creando internamente en los países desigualdades y no solamente las divergencias entre norte y sur. “En correspondencia con la concentración de la riqueza y el poder, el conocimiento es también concentrado y selectivo, y la ruptura y la

¹ La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: OPS, OMS, 2002. Pág. 19.

homogenización de la cultura chocan con multiplicidad étnico-cultural del mundo”².

Con el ánimo de mitigar las disparidades entre la población y organizar de alguna manera el sector salud nacen los sistemas de salud que para el caso colombiano se instaura el primero en 1975 y a partir del cual se empieza a acumular conocimientos de la organización que merecen los componentes de la salud, entre prevención, prestación de servicios y las instituciones que garantizan que estas labores se realicen. De alguna manera el sistema era centralizado en sus funciones y también obedecía al mando del Ministerio de Salud y del Instituto de Seguros Sociales, que trabajaban del mismo lado pero en direcciones que procuraban no interrumpirse.

Como parte de una tendencia mundial para evitar una explosión en los costos de funcionamiento o evitar ahondar las ineficiencias e inequidades del sistema, la salud a partir de los últimos años de la década de los ochenta cambia en algunas funciones que solamente se van a reformar más ampliamente con la aparición de la Ley 100 de 1993. Lo que se trata es de propiciar un panorama que en últimas articule, las tendencias que propician la libertad del mercado, pero resguardando para que éstas no lastimen a la población más necesitada.

Lo que se pretende con este análisis es establecer en que medida las transformaciones políticas y administrativas pueden enmarcarse en un entorno competitivo como la propuesta de Michael Porter, buscando la equidad social y el mejoramiento de las metas en salud, así como la competitividad del sector; revelando que la puesta en funcionamiento de la Ley 100 de 1993 se presenta como una opción acertada a las condiciones que requiere el país y la economía regional.

² Ibíd. Pág. 21.

De paso en el desarrollo del trabajo se pretenderá esclarecer como opera la conducta del cluster de salud del Area Metropolitana de Bucaramanga, para analizar las relaciones y contradicciones que subsisten en el nuevo esquema. Con el objeto de averiguar y entender que tipo de ventajas competitivas se están impulsando en el cluster de salud, de que manera pueden incidir sobre su vida propia; es decir sobre la permanencia competitiva y la fuerza con que se ha de desarrollar en el sector. Y para concluir analizar como el desmonte de los subsidios a la oferta tiene implicaciones sobre el entorno del sector y que tipo de efectos han tenido que soportar las personas menos favorecidas con la transformación política.

Las concepciones de las cuales se parte son que las interrelaciones entre los determinantes básicos (condiciones de los factores; condiciones de la demanda; estrategia, estructura y rivalidad de las empresas; y sectores conexos y de apoyo) del cluster de salud del Area Metropolitana de Bucaramanga, circulan en una tendencia que busca aumentar los progresos que han alcanzado; lo cual se puede desprender de la ventaja competitiva de orden superior (capital humano desarrollado y definido, secuencia en las investigaciones con lo cual se puede crear un banco de conocimiento y experiencia, cooperación Interempresarial) que se han desarrollado al interior del cluster de salud.

Si bien es cierto que la salud como sector estratégico para el desarrollo de la región no reúne aun todas las características indispensables para ser tomado como cluster, se estima que en los últimos años se ha propiciado la configuración de un tejido socio-institucional conducente a un proceso de esta magnitud; es decir que la salud es un sector potencial en el cual los actores sociales son en ultimas quienes determinarán hasta que punto el progreso del sector se llegue a suceder.

De la misma manera se tiene la presunción que el entorno basado en la equidad, universalidad del servicio y la subsidiariedad propuesto por la Ley 100 de 1993; es particularmente inquietante que se garantiza en gran parte por la manera como se financia el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A su vez, se contrapone con la propuesta de asignación de recursos en unidades descentralizadas (departamentos y municipios) que se concibe a partir de la Ley 60 de 1993. Consecuentemente con esto se aprecia una decidida muestra de inequidad en el acceso al Sistema de Salud en el Área Metropolitana de Bucaramanga para el componente menos favorecido de la población.

El seguimiento del tema se propicia desde varios puntos y con diferentes métodos para acceder a ellos; ya que el abarcar a todos los componentes de la salud y enmarcarlos en la propuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no es labor fácil, merecen mención que como herramientas para abordar el tema se hizo necesario recurrir en primera instancia a la consulta de una base teórica que propiciara nuevos análisis a la situación del sistema, por ello se optó por el esquema de Porter como herramienta sencilla de la que se destacarían nuevas interrelaciones entre agentes de la salud y la población. Así mismo se apresuro por penetrar un poco más en la interpretaciones e inquietudes que existen desde la economía con dirección hacia la salud, es decir en que circunstancias y como los economistas se interesan por los temas de la salud.

En seguida se hizo necesario el conocimiento de la legislación existente para el caso colombiano y entender el proceso de transformación de sistema en su conjunto, es característico de este punto el hecho de que la información acerca del proceso de transformación presenta bastante bibliografía, que consolida varios aspectos claves del proceso como lo son; la evolución de la

cobertura, transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE), descentralización de los servicios y las funciones entre las instituciones; en general, se inquieta por saber en que condiciones se encuentra el proceso de adaptación al nuevo esquema, aunque no deja de faltar ramas por atender como las cuestiones de calidad y adaptación de tecnología.

Es considerable la cantidad de información a nivel agregado que existe del proceso de configuración del nuevo esquema de salud, aunque en las bases de información consultadas a nivel regional, especialmente las revistas, cuentan con una falla gravísima de actualización, hecho que complico el proceso de conocimiento del tema en el espacio concreto para el que se propuso. En el plano regional y concretamente del área metropolitana escasea la información acerca de las posibles tendencias por las que ha atravesado el sector salud.

Desde la perspectiva de cluster no se encontró precedente de existir algún trabajo en esa línea para el caso de la salud del Área Metropolitana de Bucaramanga, después del traslado a la ciudad de Medellín y el contacto con el Grupo de Economía de la Salud (GES) de esta ciudad, se dio el conocimiento de una experiencia que recién se gesta en esta ciudad y que ha contado con el apoyo de diferentes organismos. Al conocer el proceso llevado a cabo en ese lugar, se puede concluir que para entender un proceso de conformación de cluster es necesario la consolidación de un tejido fuerte de información entre quienes pudieran estar interesados en el tema y a partir de esto iniciar una serie de compromisos para impulsar líneas fuertes de las cuales se desprendan ventajas competitivas que beneficien al total de la región; estos hechos claramente no se exhiben en el sector salud de la región.

Como se hacen evidentes las dificultades en la acumulación de trabajos de investigación sobre el proceso de cambio de perspectiva al momento de atender la salud de la población del área; también aparecen claras deficiencias a la hora de acumular datos para el registro necesarios para iniciar estudios en este campo, este proceso se comprobó con la desactualización de las bases de datos de la Secretaria de Salud Departamental.

En concreto la carencia de precedentes en el trabajo del tema y los fallos de información dificultaron el proceso de análisis, y llevo a hacer necesario incorporación de artículos de periódicos locales y visitas a los sitios WEB, de las instituciones, como fuente de información actualizada y confiable; destacándose como unico medio para tener acceso a las cifras de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de carácter privado.

Con el propósito de cumplir las metas propuestas y corroborar las ideas que se tenían al principio del análisis, se planteo tomar el tema en cinco capítulos; dispuestos de la siguiente forma. En el primero se reseñan los lineamientos teóricos que en adelante servirán para el análisis del cluster, son ellos la teoría de Michael Porter y los desarrollos de competitividad sistémica; también se adelantan aclaraciones las cuales pueden servir para el posterior análisis al tratarse la economía de la salud un campo ya trabajado, pero que aun se encuentra en una etapa prematura en su desarrollo. Son apropiadas éstas aclaraciones para precisar un poco los conceptos y esquemas que más adelante se utilizaran.

En el segundo capitulo se adelanta un recorrido por el transcurrir legislativo que modifico el sistema de salud, partiendo desde las condiciones predecesoras a la Ley 10 de 1990, la conformación y promulgación de la Ley 100 de 1993 y la puesta en marcha de la misma. Para finalizar se precisan los

mecanismos de financiación que sustentan el sistema y por ultimo las dificultades que responden a la consecución de recursos por tratarse de múltiples fuentes y usos que en algunos casos se perciben como ambiguos.

El tercer capitulo expone ó explica los entornos competitivos de la salud que se presentan en el Area Metropolitana de Bucaramanga adoptando el esquema de Porter como base de análisis de las particularidades de la región en materia de salud. También se extienden al interior algunos análisis de tipo teórico que sirven para el entendimiento de las relaciones al interior del cluster; de esta manera se presentan algunas de las potencialidades y desventajas que existen al interior del cluster para precisar en que condiciones se halla el sector salud.

Partiendo del anterior capitulo, aparece el cuarto capitulo en el que se analiza la situación en la que se halla el acceso de la población pobre al sistema de salud (régimen subsidiado) en el Area Metropolitana de Bucaramanga, caracterizada por corresponder a las condiciones que exige la encuesta del Sisben; se trata de demostrar que la inequidades en el actual sistema de salud si bien se han disminuido todavía prevalecen, dado que en la legislación actual debe prevalecer el bienestar social del total de la población, garantizado con la cobertura de carácter universal de los servicios de salud.

Por ultimo capitulo se presentan las conclusiones del trabajo desarrollado en el transcurso de los apartes anteriores; como una recopilación de los hallazgos más importantes en materia de análisis de las particularidades que se presentan en el sistema de salud buscando potencializar sus fortalezas y también incentivando la creación de cooperación entre los determinantes básicos para que esto redunde en innovación permanente y particularización del entorno. Entre las más destacadas conclusiones que se encontraron ésta; el desinterés del gobierno nacional por cumplir con el propósito expresado en

la Ley 100 de 1993 de la universalidad a la población, retrasando los pagos y giros, al mismo tiempo que no promueve adelantos en el traslado de mayores recursos para el sector a los niveles descentralizados.

Cabe reseñar las potencialidades que existen entre el cluster de salud con lo referente a la mano de obra calificada y el subsector de la educación de la misma que se convierten en ampliadores de las ventajas del área metropolitana. Al mismo tiempo es importante señalar el papel que desempeñan las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de carácter privado que se han convertido en verdaderos centros de servicio con alta tecnología, para brindar las mejores opciones a la población que atienden.

Las conclusiones a las que se llegó presentan una fuente importante para la formulación de correctivos al interior del sistema o para adelantar propuestas que permitan mitigar la exclusión que en el periodo de transición del sistema ha sufrido la población pobre del Area Metropolitana de Bucaramanga, en ello radica la importancia del trabajo que a continuación se produce.

Pero en las limitaciones que tiene el presente, se encuentra la falta de apoyo de entidades a las que les hubiera podido servir el trabajo para enriquecer su visión de la región; en parte por ello no se incluye un análisis más detallado de lo que pudieran ser el estado en el que se encuentran las Entidades Prestadoras de Salud (EPS); de igual forma se puede mencionar la posibilidad de ampliar en un campo bastante prometedor para el economía de la salud y es la evaluación de tecnologías medicas, no muy distante también se halla la discusión acerca de la utilización de las patentes de la investigación en tratamientos médicos y medicamentos en poblaciones del tercer mundo como son las condiciones propias de nuestro país.

Así mismo constituye en un campo muy prometedor para futuros trabajos, una precisión en los modelos de utilización y muestra de la necesidad de atención de los pacientes al interior del área de la salud y también el desempeño de la práctica médica en la región. Todos ellos son el futuro al cual se pueden dirigir nuevos trabajos, en el cual esperamos haber contribuido en algo con el “Análisis del Cluster de Salud del Área Metropolitana de Bucaramanga”.

CAPITULO 1. MARCO TEORICO

Los enfoques que se utilizan para estudiar los sectores han cambiado mucho en los últimos años, de igual forma las políticas y la manera de desempeñarse de las empresas se ha reemplazado por alternativas más dinámicas y menos jerárquico estáticas; las trasformaciones apuntan desde todo ángulo, entre la globalización y la localización, esos dos procesos son paralelos y mutuamente condicionados. La estructura estatal desde la década de los noventa se impulsa en una corriente de actualización de sus competencias con los requerimientos de los habitantes; tal vez sin permitir que sean los habitantes concientemente quienes se adelanten a las necesidades de todo el mundo.

El sistema de salud no es ajeno al cambio y por ello no se puede analizar con herramientas de un estado benefactor, mejor seria ajustarlo en un mercado competitivo pero con algunos rasgos en los que la sociedad se muestra actitudes contrarias al cambio y prefiere que sea el Estado quien prolongue el préstamo de algunos servicios.

Tan compleja situación debe tratar de envolver una propuesta teórica, que permita tener un acercamiento lógico sobre la realidad concreta y por ello la escogencia de dos visiones de la competitividad como estructuras de análisis. La primera de ellas fue expuesta por Michael Porter y se reconoce como “Ventaja Competitiva”, es formulada en un principio para analizar sectores que han sobresalido en la economía internacional con el transcurso de los años, gracias a potencializar algunos de sus determinantes básicos. Para el tema que nos proponemos desarrollar es acertado como medio para aclarar las ideas sobre las ventajas que es posible apuntar, si se desea un

mejoramiento continuado del sector para hacerse sobresaliente en la economía globalizada.

La segunda visión que se incorpora es el análisis de la “competitividad sistémica” que forma parte de un deseo por aprehender los conceptos de competitividad para América Latina, se recoge en un artículo de la CEPAL encontrando diferencias con las visiones de competitividad propias del momento, al tratar con mayor importancia los procesos de cooperación entre instituciones de carácter gubernamental, empresa privada y la comunidad; en los procesos que generan entornos particulares, inimitables y fecundos para que un sector extienda su desarrollo al ámbito internacional.

En un tercer apartado se aprecian algunos análisis de la economía, puestos al servicio de la salud; así como experiencias suscitadas por transformaciones en los esquemas de prestación de servicios de salud en países avanzados; caso similar al que sucede en Colombia, con la diferencia que ya se han presentado mucha bibliografía que ha develado algunos inconvenientes en cuando a aplicación de políticas en salud. Todo ello extraído de el texto de Ramón Abel Castaño Yépez “Medicina Ética y Reformas a la Salud”, con el propósito de ir sesgando el estudio hacia la salud, con lo cual se hace imprescindible precisar algunos términos sin olvidar la preeminencia que mantiene la economía en el estudio.

1.1 VENTAJA COMPETITIVA³:

Dentro de las propuestas hechas para entender los entornos competitivos dentro de economías altamente expuestas al mercado, se destaca Michael Porter, por recoger en general los contenidos publicados hasta este momento y sintetizarlos ordenadamente. Es conveniente también tener en cuenta por

³ PORTER, Michael. Ventaja Competitiva de las Naciones. Buenos Aires-Argentina: Vergara, 1991.

que mezcla la experiencia en el terreno práctico con los cimientos teóricos y propone una metodología particular, con ello alcanza mayor solidez a sus propuestas.

El principio explicativo que utiliza el autor es definir la unidad de referencia con la cual se desarrolla su teoría, en este caso es el sector. La diferenciación de los mismos se da tras un estudio de la estrategia competitiva utilizada por cada uno y sobre la cual operan dos corrientes, ellas son; la estructura del sector, el entorno en el que se desenvuelve; la segunda corresponde al posicionamiento de la empresa que implica bajo que condiciones se va a competir, puede darse por disminución de costos o por diferenciación. Otra variable que distingue el posicionamiento de la empresa es el ámbito competitivo en donde actúa, tiene que ver con el objetivo sobre lo que desea producir y la extensión donde puede ubicar los bienes.

De la relación entre la ventaja competitiva y el ámbito competitivo surgen las estrategias genéricas sobre las cuales la empresa desarrollará su vida. Lo que si tiene que quedar claro es que la empresa comete un error si intenta seguir todas las estrategias.

CUADRO 1. Estrategias Genéricas.

		Ventaja Competitiva	
		Costos Inferiores	Diferenciación
Ámbito Competitivo	<i>Objetivo Amplio</i>	Liderazgo en Costos	Diferenciación
	<i>Objetivo Específico</i>	Centrado en Costos	Diferenciación Centrada

Fuente: Michael Porter (1991), pág. 71.

Un esquema que puede describir como la empresa se organiza y lleva a cabo sus actividades es la cadena de valor, formada por las actividades que cotidianamente realiza la empresa, distinguidas entre actividades primarias (logística de entrada, operaciones, logística de salida, marketing y venta, servicio postventa) y actividades de apoyo (infraestructura de la empresa, gestión de recursos humanos, desarrollo de tecnologías, aprovisionamiento). La cadena de valor sintetizada anteriormente se relaciona mediante enlaces en un sistema más amplio que conforman partes anteriores y posteriores de la empresa; los enlaces no solamente conectan sino que crean interdependencia.

Las actividades toman fuerza o parecen imperceptibles, según sea la estrategia competitiva que adopte la empresa y la ventaja competitiva del sector. La ventaja competitiva consiste entonces en la mejora en la forma de llevar a cabo las actividades que realiza la empresa y se consolida en el ambiente sobre el cual actúa el sector.

La pregunta que surge entonces es cómo crear la ventaja competitiva que es la fuente de la competitividad, para ello solo hay una respuesta que puede significar muchas cosas, ser innovador, lo que significa “no solo serán agentes que responden ante las posibilidades de cambio, sino que hacen que se produzca con mayor rapidez”⁴ .

El tiempo de duración de la ventaja depende de qué tipo de ventaja posea el producto, éstas se pueden clasificar en dos grupos; de orden inferior (referida a materias primas y costos salariales) o de orden superior, cuya consecución

⁴ Ibíd. Pág.78.

es más compleja pero es más sustentable (tecnología de procesos, historial de invención, diferenciación de la marca).

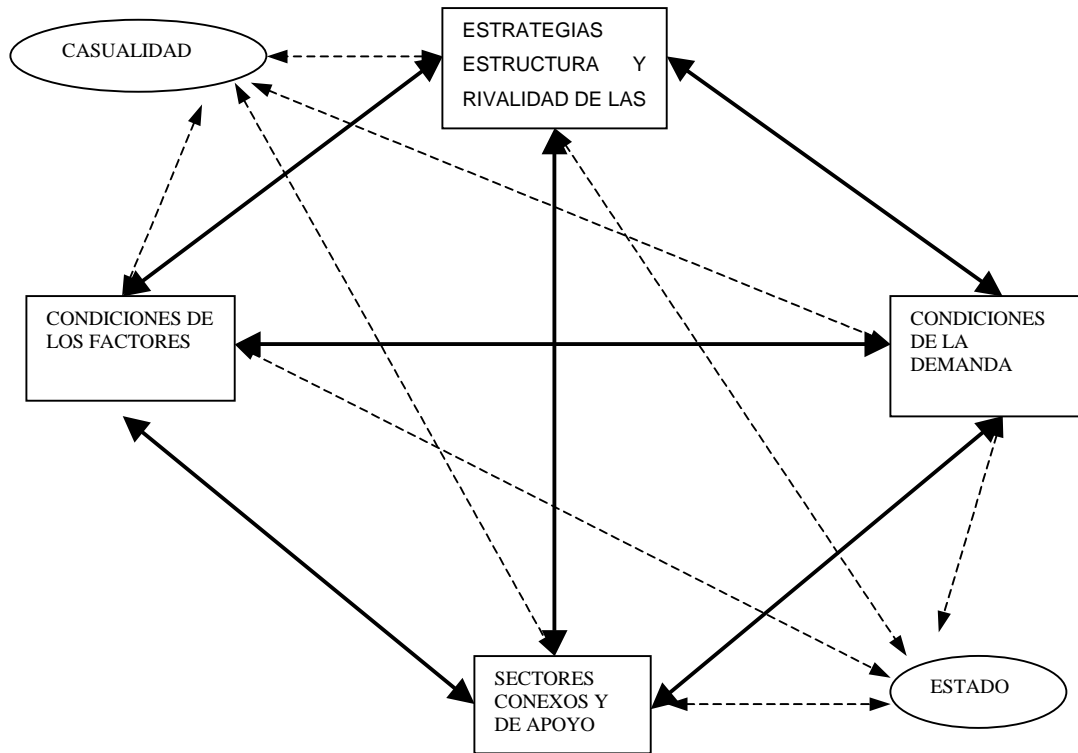
Antes de desarrollar su parte central de la teoría de ventajas competitivas, Porter anuncia cuatro premisas fundamentales que no se pueden desconocer en ningún momento mientras continúe su análisis⁵. La primera es que la competencia y la fuente de la ventaja competitiva cambian de acuerdo con los sectores; la segunda afirma que las actividades actualmente se realizan en diferentes países para comodidad de los competidores mundiales; tercera hace alusión las empresas consiguen y mantienen ventaja competitiva en la competencia internacional mediante la mejora, innovación y perfeccionamiento; y la última premisa es que las empresas no solo, detectan nuevas necesidades de mercado o nuevas tecnologías sino que las primeras son las más agresivas en explotarlo.

Desde un principio el autor anuncia que su propuesta está dada para un contexto económico de mundialización y competencia abierta; en la nueva era son las empresas quienes compiten, solo quienes acumulen mayor número de ventajas competitivas y las logren mantener. Sin embargo la capacidad para conseguir y mantener la ventaja es el efecto de su entorno dinámico y sus relaciones internas.

El origen del éxito de sectores nacionales, se encuentra entorno a cuatro atributos genéricos (determinantes) que crean el contexto en el que nace y compiten las empresas; a medida que sean mencionados resumidamente se hablara de lo que hace referencia cada uno.

⁵ *Ibíd.* Pág.108-109.

FIGURA 1. Sistema de Determinantes Básicos Completo.



Fuente: Michael Porter (1991), pág182.

El primer determinante que revisaremos serán **las condiciones de los factores**; la teoría de comercio exterior heredada de Ricardo se basa en factores de producción, los cuales son la dotación innata con que cuenta una nación; el tener considerables cantidades relativas y acceso a este determinante es menos importante que “el ritmo a que se crean y perfeccionan y se hacen más especializados para determinados sectores”⁶. “La orientación de la innovación entorno a las desventajas en un factor refleja la frecuente disponibilidad de otro”⁷ es un punto rescatable que incluye el autor como muestra del adelanto de la ingenio del hombre ante circunstancias adversas.

⁶ Ibíd. Pág. 114.

⁷ Ibíd. Pág. 128.

Los factores que logran tener un éxito relativo en el tiempo se caracterizan por desprenderse de los factores básicos con una fuerte inversión; pueden generar ventajas de orden superior, tales como productos diferenciados y tecnologías de producción propia pero de no mantenerse constantemente el ritmo de perfeccionamiento, “los factores especializados de hoy tienden a ser generalizados mañana”⁸. Para favorecer a los factores avanzados hay que generar dinámicas de constante adelanto en conocimiento, la practica y la ciencia.

Los factores se distinguen con categorías genéricas que son; recursos humanos, recursos físicos, recurso conocimiento, recurso capital y recursos infraestructura. Los factores sencillamente se convierten en ventaja, de acuerdo con características como la existencia, su costo o la calidad con que se consiguen, también dependen de la eficacia y efectividad con que se despliegan (con que prontitud se tenga acceso a los factores).

Si se considera atentamente la clasificación este enfoque decide reagruparlos en; factores básicos (recursos naturales, clima, situación geográfica, mano de obra no especializada) y factores avanzados (moderna infraestructura digital de datos, personal altamente especializado).

El segundo determinante que se presenta son **las condiciones de la demanda** la naturaleza de la demanda, tiene tres atributos que son especialmente importantes; la naturaleza de las necesidades del comprador en primer lugar y esta es la fuente de la ventaja competitiva, de allí se perciben los puntos clave sobre los cuales se debe apuntar el accionar para obtener un proceso de perfeccionamiento de la ventaja competitiva, como segundo componente esta la magnitud y las pautas del crecimiento de la

⁸ Ibíd. Pág. 121.

demanda interior, que se convierte en el motor para incrementar la ventaja y hacerla duraderas. El tercer carácter influyente en la ventaja que pueda proporcionar la demanda interna, se centra en trasladar patrones nacionales de consumo al extranjero, o favorecer productos que sean atractivos en el exterior⁹.

El tercer determinante corresponde a **sectores conexos y de apoyo**; reclamando los aportes hechos por Hirschman (1958) donde resalta la importancia de las complementariedades y enlaces entre sectores para el proceso de desarrollo. En los aportes de Porter está el análisis en el cual el sector conexo o de apoyo desarrollado, puede ser muy beneficioso para un sin número de empresas, por la vinculación que tiene con todas y el buen desempeño que puede ofrecerles. La importancia de un sector conexo reside en que colabore con la actividad crítica de la empresa, es decir que actúe en las actividades que implican más peligro para la inversión y sea más difícil adelantar por una empresa sola.

El último determinante básico que es **la estrategia, estructura y rivalidad de la empresa**; la forma de organización de las empresas varía mucho entre diversas naciones, las pautas de la rivalidad interior también desempeñan un profundo papel en la innovación y la perspectiva de éxito internacional.

Independiente de la orientación competitiva y la base cultural con que cuenta la nación, hay una orientación que los empresarios deben tener presente y es la de competir. Las empresas actuales son influenciadas por las metas a futuro lo que determina hasta donde llegarán según el esfuerzo, compromiso de la estructura y la influencia de prestigio que tenga el sector a nivel nacional para recoger mano de obra calificada.

⁹ *Ibíd.* La composición de la demanda interior constituye la raíz de la ventaja nacional, mientras que el tamaño y las pautas de crecimiento de la demanda interior pueden ampliar esta ventaja al afectar el comportamiento, oportunidad y motivación de las inversiones. Pág. 144.

La rivalidad domestica en ningún momento impide que la empresa triunfe en el mercado internacional, antes por el contrario Porter reclama competencia agresiva para incentivar el aumento de la innovación y mejoras; en sectores altamente competitivos tener rivalidad interna significa superación y búsqueda continua de ventajas que el rival local no pueda imitar aunque tarde o temprano lo hará.

Adicional a los cuatro factores genéricos o determinantes, quien presenta está propuesta teórica considera que en el medio en que se desenvuelven las empresas también puede existir un cambio por las casualidades, no se trata de otra cosa que hechos fortuitos que alteran las condiciones iniciales. Por ultimo con un papel altamente reconocido ésta el gobierno dentro del entorno, de la misma manera puede reconocerse que en él hay la capacidad de encontrar la limitación de necesidades o influir sobre ellas; sin ser tan drástico es posible que el gobierno sea un importante comprador nacional y de está manera refuerce el fomento de algunos sectores. Lo que debe entenderse y es verdaderamente serio es que si el gobierno es la unica fuente de ventaja competitiva esta no perdurara y pronto se vera llevada al fracaso.

Al atender lo precedente y vincularlo con lo que todo el tiempo se ha llamado conjunto de determinantes, el sistema, conlleva entonces a que cada determinante dependa de otro y la ventaja para sostenerse reclama la interacción autoreforzante en varias áreas. Las conexiones entre los determinantes no son homogéneas y más bien características de la concentración geográfica que eleva la interacción y la rivalidad domestica que fomenta el perfeccionamiento.

La naturaleza sistémica del diamante propicia el agrupamiento competitivo de la nación, una vez se crea un sector competitivo los sectores conexos y de servicios evolucionaran conjuntamente. Acelerar el desarrollo de los agrupamientos depende de la facilidad que exista para el intercambio, por está vía se agilizan las interacciones, facilita la información y coordinación, al crear confianza y mitigar las diferencias.

Para finalizar la presentación del modelo, se debe aclarar que como todo sistema el diamante tiene la capacidad de cobrar vida y por ello presenta etapas características de cada momento por el que transcurre; la génesis y evolución el sector es la primera, caracterizada por la fortaleza en factores básicos que poco a poco se especializan y mejoran para hacer más compleja la ventaja nacional. La segunda etapa es la perdida de la ventaja nacional, en esta parte se comienza a desgastar la ventaja nacional y comienza a ceder posiciones en el liderazgo a otras empresas nuevas y más pujantes; el diamante se halla totalmente desarrollado y explotado pero habitualmente comienza a desinteresarse por la innovación y la inversión que han disminuido. Aunque es la etapa en que más beneficios se perciben, pues bajan las inversiones, estos rendimientos son ficticios pues castigan la vida a largo plazo de la empresa. La ultima etapa de vida del sector competitivo es el declive, se acrecienta la perdida de ventaja, los cambios estructurales harán vulnerable el agrupamiento donde se liberan constantemente factores y recursos que se dirigen hacia nuevos sectores que crean sus propias ventajas competitivas.

En concreto la conveniencia por tomar como referencia estás aportaciones teóricas es la simplicidad dada por las herramientas esquemáticas que sirve para resumir el entorno complejo en el que se desenvuelve el sector, también por la calidad explicativa se puede alcanzar o el simple hecho que el enfoque es bastante utilizado y podría en un futuro ser el punto de partida para una

comparación con análisis semejantes; hay que aclarar son decisivos los términos utilizados por el autor, en el entendimiento de los factores que favorecen la competitividad.

Entre los rasgos especiales del sector servicio, en el análisis del autor, se halla que en la mayoría de los países se encuentran con un carácter domestico, aunque su crecimiento y reconocimiento ha sido superior en las ultimas décadas. La clasificación de los servicios se puede presentar de acuerdo con el sitio donde se llevan a cabo, la primera categoría es en la que quienes adquieren el servicio se desplazan a recibirlo a un lugar específico; la segunda clase es en la que las instalaciones son nacionales pero en ocasiones es necesario viajar a recolectar información al país que se presta el servicio; la tercera forma es en la que se implantan oficinas en el extranjero con empleados originarios de este país.

El más importante motivo por el que justifica la aparición de esté esquema es la precisa representatividad en el ambiente empresarial y la consiguiente facilidad con la que se puede utilizar en casos particulares; dado que la competencia es mucho más cruda y no se halla tanto la protección por parte del Estado en sectores como el de salud, el componente privado tiene que sortear presiones, como el ser parte de las elecciones de los consumidores. El aventurarse en el mercado le implica tener que adoptar estrategias que le posibiliten la permanencia allí. El inconveniente principal que aparece de la revisión de la parte teórica descrita anteriormente es la falta de utilización de los factores de cooperación, pues no tienen el suficiente realce.

Es posible alcanzar a superar las dificultades que puedan surgir con los aportes teóricos de Porter, utilizando el concepto de Competitividad Sistémica que se desarrolla adelante; se caracteriza ante todo por reconocer que el desarrollo industrial no se logra meramente con una función de

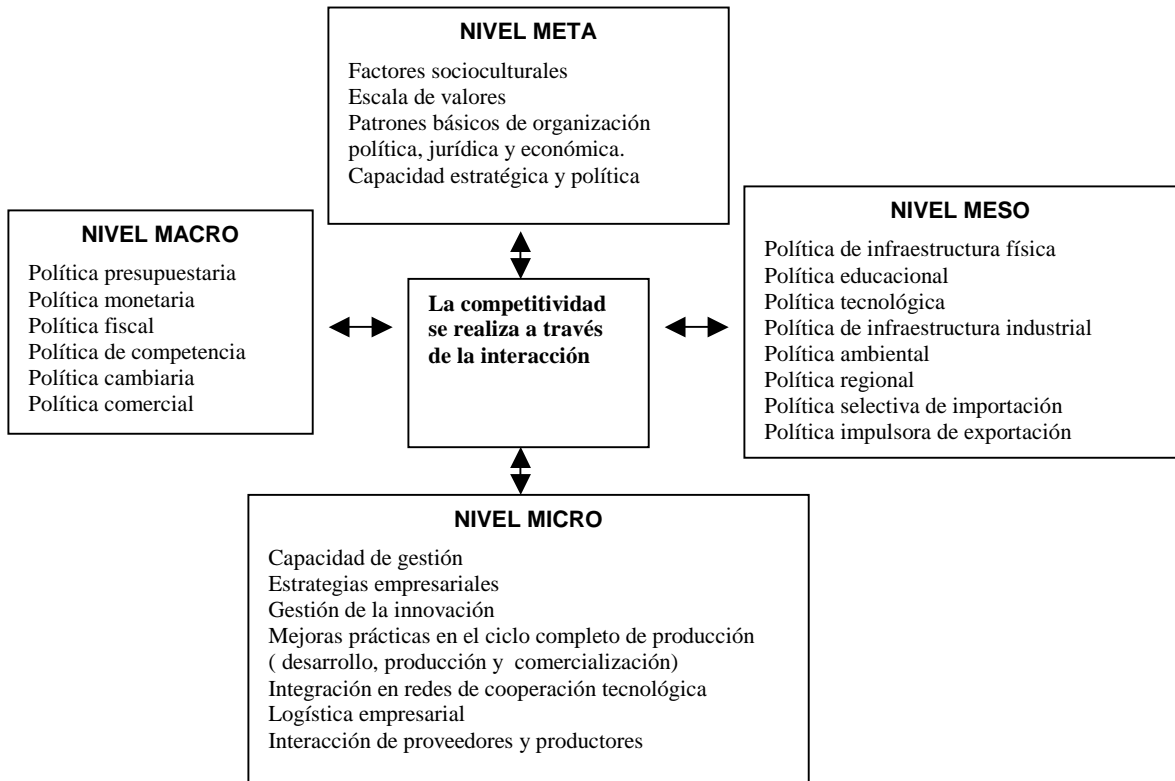
producción micro o condiciones macroeconómicas estables; parte de la explicación del éxito en los acuerdos de la comunidad para impulsar propuestas entre la parte micro y macro que aumenten la competitividad.

1.2 COMPETITIVIDAD SISTEMICA: Nuevo Desafío a la Empresa y a la Política¹⁰:

Surge como una propuesta para interpretar la adaptación de la empresa al medio cada vez más competitivo e innovador. Debido a que los estudios de competitividad generados en países en desarrollo no son correctos en sus propuestas y generalmente conducen a equívocos en la producción de políticas, la iniciativa de los autores intenta corregir falencias que se evidencian en hechos como; la insuficiencia de un entorno empresarial fuerte que potencie la innovación. Hay descripciones del entorno que se debe crear, pero las propuestas políticas respecto a la generación de condiciones son imprecisas. De otro lado los análisis existentes para el estudio de la competitividad no vinculan suficientes aspectos determinantes del ambiente económico, por la no utilización de las categorías adecuadas.

¹⁰ ESSER, Klaus / HILLEBRAND, Wolfgang / MESSNER, Drik / MEYER-STAMER, Jörg. En: Revista de la CEPAL. Santiago. No 59,1996. Pág. 39-52.

FIGURA 2. Factores Determinantes de la Competitividad Sistémica.



Fuente: ESSER, HILLEBRAND, MESSNER, MEYER-STAMER. (1996) Factores determinantes de la competitividad sistémica.

La propuesta de los autores está desarrollada en cuatro categorías de análisis que intervienen en el entorno, del conjunto de las mismas se produce la competitividad sistémica. Es condición propia que en el nivel meta, que consiste en la capacidad de la sociedad para la integración y asimilación de las estrategias que promuevan internamente la competitividad; para el funcionamiento de este nivel debe existir una transformación social.

La segunda categoría es el nivel macro; con las experiencias recogidas se ha concluido que la inestabilidad en este nivel es altamente perjudicial para la

eficiencia operativa de los mercados. Las causas que generan la inestabilidad parecen ser el déficit presupuestario, los déficit en balanza de pagos. Para seguir hacia un camino del orden se recomienda una reforma que garantice la estabilidad.

La tercera categoría que manejan los autores es el nivel micro, donde la empresa de hoy tiene que transformar su manera de organización para la consecución simultánea de eficiencia, flexibilidad y velocidad de reacción. La tarea que se presupone para el nivel micro es “la combinación creativa de innovación tanto organizativas como sociales y técnicas”¹¹. Las empresas que actúan en entornos mundiales lo hacen en forma de clúster; su dinámica de desarrollo depende en gran medida de las localizaciones industriales, vale la pena decir el contacto estrecho con muchas entidades cercanas al proceso de producción.

El último nivel desarrollado por los autores es el nivel meso, no por falta de importancia, es donde se centra la fuerza de sus argumentaciones y donde más hace falta por hacer. “Los efectos acumulativos de aprendizaje y las innovaciones van de la mano con la formación de redes de colaboración inter-empresarial a nivel micro y con relaciones de cooperación tanto formales como informales entre las empresas y los conjuntos de instituciones relacionados con los clúster”¹². En la medida que avancen estos procesos surgirán patrones propios de ventaja que serán únicos e intransferibles en cada país.

La cuestión clave para el nivel meso está en seleccionar y combinar adecuadamente las políticas locacionales adecuadas a la complejidad de la

¹¹ *Ibíd.*

¹² *Ibíd.*

producción industrial. Aparte de la adecuada estructura institucional debe haber una interacción entre actores públicos y privados.

La selectividad que se pueda presentar en el plano mesopolítico debe darse para fortalecer a los fuertes, que luego irradiaran brillo sobre los sectores menos desarrollados, podría hablar de un entorno eficiente e innovador; de una manera más drástica hablaríamos del fortalecimiento de regiones en desarrollo donde surjan grupos empresariales dinámicos o clúster.

Concluyendo, si las políticas macroeconómicas se han globalizado, en el diseño locacional esta la fuente de ventaja competitiva más fuerte, formado en primera línea por la constelación de instituciones existentes en el nivel meso, los patrones específicos de organización y gestión, los perfiles nacionales, todas estas innumerables instancias y actividades son difícilmente imitables por los competidores.

La conveniencia e importancia de los enfoques teóricos adoptados es ampliamente reconocida, aunque no se puede llegar a la verdad completa si pueden facilitar los medios más apropiados para esclarecer en la actualidad como se halla el sector salud en el Área Metropolitana de Bucaramanga en los últimos años y generar una panorámica de las dinámicas que actúan en el sector.

1.3 CONCEPTUALIZACIÓN QUE VINCULA LA ECONOMÍA Y LA SALUD:

A ciencia cierta se aprecia una alta profesionalización de la medicina, evidenciando un lenguaje muy específico, para el desarrollo de una investigación en el área de salud se convierte en conveniente tener claridad acerca de muchas apreciaciones y términos que pueden llegar a enriquecer el análisis; por lo tanto es más que meritorio la presentación de un apartado

en el que se aclaren algunos conceptos apropiados en ocasiones específicas. Sirve entonces presentar el texto escrito por Ramón Abel Castaño Yépez¹³, donde se presenta un acercamiento por vincular la economía y la practica medica. Adicionalmente se presentan puntos de vista diferentes a la concepción del texto antes referenciado, pero que igualmente sirven para el conocimiento más cercano de las implicaciones económicas en la practica medica.

El más importante vínculo que se pueden presentar desde la economía hacia la salud esta dada por la posibilidad de aumentar la esperanza de vida; comprobando que con bajas inversiones en la medicina y la salud publica, es pueden alcanzar aumentos en la calidad y longevidad de la población¹⁴. Extendiendo la relación anterior aparecen estudios de Grossman 1972, el Banco Mundial 1993 y Barro 1996 que descubren la relación entre el aumento del estado de salud de la población y la vinculación con la productividad media del trabajador; de esta manera fomentando el crecimiento economico¹⁵.

Otro importante factor que causa atención son; “los cambios en las técnicas medicas, que han aumentado la capacidad de los profesionales para intervenir efectivamente las enfermedades, han alterado los patrones en la organización de los servicios de salud y es así como los problemas asociados con los costos de la atención medica han ido intensificándose”¹⁶ y en los últimos años se ha suscitado una crisis generalizada de financiación

¹³ CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. Medicina, Ética y Reformas a la Salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión medica. Bogotá: ECOE, 1999.

¹⁴ MUNSHKIN, J. Selma. Hacia una Definición de la Economía de la Salud. En: Lecturas de Economía. Medellín. No. 51 (Julio-Diciembre 1999). Define en este articulo la economía de la salud como el uso optimo de los recursos para la atencion de enfermedades y la promocion de la salud. Su tarea consiste en evaluar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización; Pág. 102.

¹⁵ GALLEGO, Acevedo Juan Miguel. El Corazón teórico de la Economía de la Salud. En: OIKOS. Medellín. No. 13 (Marzo 2000); Pág. 61.

¹⁶ MUNSHKIN, Selma J. (1999), Op. Cit., Pág. 91.

en la totalidad de los países¹⁷; pues los recursos de los cuales cada vez se dispone de mayor cantidad para el cuidado de la salud, se hacen menos eficientes en la obtención de resultados en el total de la población.

En la iniciación del plan aparece la explicación de diferentes conceptos microeconomicos de utilidad en los sucesos de la salud, algunos de ellos son; elasticidad precio, elasticidad ingreso, bienes sustitutos, utilidad, consumo y demanda de bienes y servicios, costos, producción y oferta de bienes y servicios, interacción entre oferta y demanda, formación de precios en un mercado competitivo, externalidades, bienes privados y bienes publicos, el mercado de la salud y sus fallas.

Dentro de las conclusiones las que se puede llegar tras el análisis de los conceptos antes mencionados, es pertinente considerar en adelante a la salud, como un servicio más que se presta en la sociedad y que responde totalmente a la definición propia de un mercado según Fisher, Durnbush y Schmalensee “Un conjunto de arreglos por medio del cual los compradores y vendedores de un bien o servicio se ponen en contacto para intercambiar ese bien o servicio”¹⁸. También se hacen algunas advertencias importantes cuando se trata de la salud de la población y es que el servicio se debe de prestar atendiendo las características de un bien meritorio (cualquier persona tiene derecho a ella sin importar su capacidad de pago).

Partiendo de la característica particular de la salud tratada como un bien meritorio el mercado tiene sus pertinentes rasgos que lo distinguen del

¹⁷ World Development Report; Investing in Health. World Bank: Oxford University Press, 1993, citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), OP. Cit. Se hace hincapié sobre los cuatro problemas principales: la distribución de recursos costo- inefectivas, la inequidad en el acceso a servicios básicos, la ineficiencia en la utilización de los recursos disponibles y los costos crecientes de la salud que hacen que el gasto agregado del sector crezca a un ritmo superior al del ingreso; Pág. 5.

¹⁸FISHER S.; DURNBUSH R. y SCHMALENSEE R. Economics. McGraw Hill, 1988. Pág.11., citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), OP. Cit., Pág. 27.

mercado de economía clásica: “Las distorsiones que se observan en este mercado se debe a la ausencia de incertidumbre tanto en la incidencia de la enfermedad como en la efectividad de su tratamiento”¹⁹.

La búsqueda de beneficio no explica en su totalidad la existencia de un mercado médico; los precios no son el indicador a utilizar para equilibrar oferta y demanda en el mercado, la incertidumbre en los precios es debe a la ausencia de bienes homogéneos, por ello el gobierno entra a satisfacer la necesidad de los individuos. Las preferencias de elección no aparecen en la medicina por lo que el paciente invierte lo que crea conveniente en recursos para mantener y mejorar su salud. Además que con la compra de los servicios médicos se extiende un beneficio social o se causan externalidades positivas²⁰.

La recuperación de una enfermedad hace imposible estar comparando calidades de los servicios prestados por diferentes centros de atención y por lo tanto la adecuación a los tratamientos no es la mejor, se hace imprescindible un estricto sistema de vigilancia de la calidad. Debido a lo anterior se justifica un restricción a la oferta tanto en la entrada de nuevos prestadores de servicios, como la calificación de capital humano²¹.

La tendencia expansiva de los mercados de salud que se mencionaba anteriormente se puede justificar dado que en un principio “habrá una brecha creciente entre lo que la medicina puede hacer y lo que es económicamente factible”²² esta tendencia hallara su limite cuando la financiación ejerza

¹⁹ ARROW, Keneth. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. En: American Economic review. No. 53, 1963. Pág. 941-973, citado por GALLEGO, Acevedo Juan Miguel. El Corazón teórico de la Economía de la Salud. En: OIKOS. Medellín. No. 13 (Marzo 2000); Pág. 56-58.

²⁰ MUNSHKIN, Selma J. (1999), OP. Cit., Pág. 94-97.

²¹ GALLEGO, Acevedo Juan Miguel. (2000),Op. Cit., Pág. 58-59.

²² FUCHS, Víctor. El Futuro de la Economía de la Salud. En: Lecturas de Economía. Medellín, Colombia. No. 55 (Julio-Diciembre 2001); Pág. 22.

efectos sobre el flujo de avances médicos; si esto es claro aparece la conveniencia de estudiar el tema para que el tiempo en que se mantenga la brecha no sea la causal de perjuicios para la población con menos recursos. En segundo lugar los mercados de la salud mantendrán una tendencia expansiva si el cambio en el perfil demográfico (envejecimiento de la población) presionara para extender los recursos destinados a servicios médicos. Para terminar la constante implantación de políticas globalizadoras harán expandir el mercado de la salud²³.

En seguida de hechas las aclaraciones sobre las que se trabajara, se procede a pensar el porqué del aumento en los costos de la salud; si bien se aprecia una apatía por estudiar estas implicaciones en los países en desarrollo; pues se cree que la constante es un falta de recursos, más no el aumento de los costos y menos si se trata de la utilización innecesaria de los mismos. El indicador más adecuado que refleja esta tendencia en Colombia es el gasto en salud agregado como porcentaje del PIB, que ha evidenciado un crecimiento de 7,3% en 1993, al 9,1% de 1995 y al 10,1% en 1996²⁴. Aunque después de este año se mantengan constantes alrededor de 9% hasta 2000.

El significado en términos del aumento gasto en salud puede responder a varios factores: "1), a que los gobiernos estén incrementando cobertura en atención a salud, lo que disminuye a inequidad en el acceso; 2), que los hogares estén gastando más en salud porque estén mejorando sus ingresos; o 3), que los costos de la atención en salud se estén disparando, bien sea por pura inflación de precios, por tecnologías más costosas, por mayor

²³ *Ibíd.* Pág. 22-25.

²⁴ VARGAS J. E. Descentralización de los servicios de salud en Colombia. *En*: Planeación y Desarrollo. No. 28 (1); Pág. 143-153, citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), *Op. Cit.*, Pág. 35.

numero de intervenciones al mismo numero de personas o por combinación de estos factores”²⁵.

En un país como Colombia sería preocupante que se exhibiera el tercer caso con lo cual encamina el sistema de salud a una sub-utilización de recursos por parte de las personas que no lo necesitan; en detrimento de personas que tienen necesidad de los tratamientos pero no tienen el acceso.

Lo anterior se denomina también como ineficiencia distributiva y se puede manifestar por dos vías principalmente en el caso del sector salud; la primera por asimetría de información entre el médico y el paciente, el primero puede guiar a una mayor demanda de servicios; la segunda forma es la presencia de “riesgo moral”, significa que ante la presencia de seguros la demanda de servicios se incrementa al hacerse inelástica al precio. En la concreta situación de un sistema de salud estatal como único pagador es el que está más propenso a que los dos casos de disparidad distributiva se presenten simultáneamente y por lo tanto el monto de la ineficiencia sea mayor.

Aun resta por mencionar otro suceso que hace importante el aumento de los costos de la salud y no es otro que el gasto público, pues si el gobierno sostiene que el sistema estatal debe cubrir los costos cada vez mayores, la preocupación se desplaza entonces en prestar atención que al gastar los recursos disponibles se obtengan los mejores resultados.

Seguidamente se mencionan las causas variadas en las cuales se comprueba el crecimiento acelerado en los costos. Las causas naturales son; tendencias modernas a la urbanización, la industrialización, mejoras en el ingreso y el nivel educativo con el ascenso de la mujer al campo laboral, el cambio del perfil demográfico, este explica un claro ascenso de los costos

²⁵ CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), Op. Cit., Pág. 35.

para atender enfermedades crónicas superior al de tratar enfermedades inmune-prevenibles.

Es conveniente el tener en cuenta la tendencia de los precios relativos entre los bienes manufacturados y servicios de salud como consecuencia de la tecnificación, en caso de los primeros se reducen los costos; mientras que los segundos requieren de la presencia indiscutible del medico lo que dificulta la disminución de los costos e incluso puede generar aumento de los mismos por absorción de los procesos de I&D.

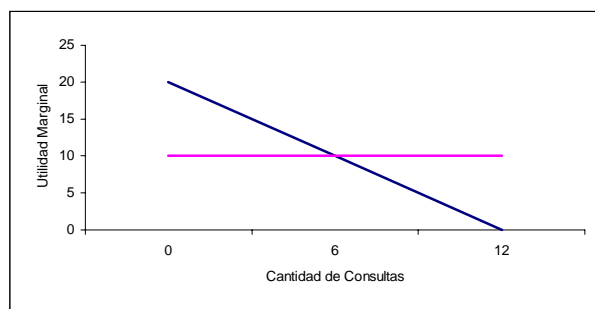
La presencia de seguros o terceros pagadores es otra causa por la cual se incrementan los costos, por facilitarse a los médicos la inducción de demanda, al no ser la familia quien desembolse el recurso necesario para el tratamiento. Este razonamiento justifica la utilización de co-pagos como estrategia para los servicios cuya demanda es elástica al precio como los servicios ambulatorios.

La cuarta causa de incremento en los costos de los servicios de salud es la tecnología, es importante este apartado pues ante la presencia de un adelanto los hospitales incurren en costos para adquirirlo y los costos se trasladaran a los seguros, vía precios crecientes en los modernos servicios. La efectividad en los tratamientos se puede desvertebrar en tres, la primera el conocimiento de la enfermedad es muy poco y las inversiones no tienen convenientes respuestas; en la segunda los desarrollos de tratamientos son costoso frente a los beneficios obtenidos de la implantación; en la tercera etapa de los adelantos respecto a una enfermedad, los tratamientos formados a partir la inversión si son rentables pues la mortalidad de la enfermedad ha disminuido.

La tecnología también puede elevar los costos si se emprende una carrera por obtener los avances tecnológicos que mantengan una institución en un lugar encumbrado por su prestigio; es que las personas evalúan la calidad en términos de las instalaciones. La elasticidad ingreso de los servicios de salud es otro aspecto analizado y se concluye que tras un aumento de los ingresos se aumentan la demanda de seguros, más no el gasto en tratamientos²⁶.

El medico en sus recomendaciones trata de disminuir el riesgo de dar un juicio incorrecto y por lo tanto en ocasiones se excede en prescripciones para el paciente (siguiendo la grafica prescriben más de 6 consultas), para el economista se debe prescribir nada más los tratamientos hasta que estos alcancen el costo marginal evitando la ineficiencia distributiva (no más de 6 consultas); considerando que la utilidad que genera un gasto agregado en salud va disminuyendo progresivamente y los costos de los servicios van siendo cada vez mayores²⁷.

GRAFICO 1. Utilidad marginal que generan las consultas frente a la cantidad de consultas tomada.



Fuente: Ramón Abel Castaño Yépez (1999) Pág. 73.

²⁶ FELDSTEIN PJ. Health Care Economics. New York: Delmar Publishers INC, 1993. Pág. 110-120., citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), Op. Cit., Pág. 62.

²⁷ CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), Op. Cit., El medico, o paciente presionan para que se realicen tratamientos que superen la parte gris del umbral de incertidumbre (en la grafica entre 6 y 12 consultas), en el momento que se superan esas demandas se realiza una inducción de demanda, es decir cuando el beneficio marginal es inferior de cero (en la grafica más de 12 consultas). Pág. 72-75.

Claro esta que el limite en las prescripciones del medico puede exceder el umbral de ser beneficioso hasta aparecer la “*iatrogenia*” (daño causado por el exceso de tratamientos prescritos por el medico). Los gastos en salud al principio traen buenos resultados en cuanto a la mejoría del estatus de salud; pero tras un incremento en el gasto hay un descenso en la efectividad de las inversiones. La curva decreciente de rendimientos en resultados de la salud puede aparecer otros factores que intervienen en el proceso pero que nada tienen que ver con la atención media curativa como; la urbanización, educación, mejora del ingreso, purificación del agua, adecuada posición de excretas²⁸.

La inducción de la demanda se puede dar en la medida que el profesional tenga motivos académicos o científicos sobre el caso particular de un grupo de pacientes y encuentra la manera de ganar experiencia en un tipo de intervención, la principal motivación que sucedería este tipo de eventos es la de ganar reconocimiento en el plano profesional. Quedaría por mencionar otra razón, incumbe más a las fronteras de lo anti-ético; se trata de las motivaciones en las que el médico con el fin de mejorar sus ingresos induce el consumo de ciertos tratamientos, aunque esta contemplaría algo más que el riesgo ético.

Los médicos también temen a un juicio y enfrentarse a los argumentos (ex-post) presentados por los abogados, en donde se abre la posibilidad de cuestionar la actuación del medico (ex-ante), la cual se complico y en ese momento justificaba la decisión. La presencia de terceros pagadores

²⁸ ILLICH I. *Némesis Médica*. Barral Editores, 1975., citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), Op. Cit., Pág. 115.

reproduce igual resultado a la inducción de demanda de los médicos, es decir una insensibilidad al consumir.

Tan solo el médico controlara su conducta en dos eventos, el paciente paga su tratamiento y el médico se hace sensible para no llevarlo a una crisis financiera; el segundo control lo toma el profesional de cuenta propia al ponerse en riesgo sus finanzas por las decisiones que tome.

Después de establecer los hechos y causas que originan aumentos en los costos en las ultimas décadas y lanzar algunas luces sobre las razones que se esconden de tras de estos hechos, podemos pasar a decir quién en ultimas paga por los sobre costos dando por sentado que no hay almuerzo gratis (free-lunch). Antes se menciono que tras un incremento en los ingresos las personas tenderían más a acceder a seguros, pero esto no es tan cierto pues quienes pagan la mayor parte de las cotizaciones de los seguros son los empleadores o el Estado y el hecho no obedece a un reflejo de las preferencias por el consumo de este tipo de bienes. Un ejemplo de ello es el caso colombiano donde el aseguramiento pretende ser universal para la población y segmentado entre trabajadores contribuyentes y beneficiarios.

Los inconvenientes que se consiguen tras la implementación de un sistema basado en seguros es: el riesgo moral, concerniente a donde se debe y donde no realizar cobros de cuotas adicionales; evitando que se sobreutilizen los servicios, de igual manera impedir que las cuotas adicionales se conviertan en barreras al acceso. También hay que controlar para que las aseguradoras y en el caso colombiano Entidades Promotoras de Salud (EPS) realicen selección de riesgo, con la posibilidad de atraer población más saludable y disminuir sus cosos.

Para hacer un análisis más detallado de las causas de la implementación seguros aparece la necesidad de formar dos grupos poblacionales. El primero compuesto por el sector privado de la producción, los sobre costos en caso de existir serian transmitidos a las pólizas de seguro y de ahí a los empleadores. Las salidas que puede tomar el empleador si quiere mantenerse en el mercado son; disminuir el numero de empleados o el valor del salario, subir el precio del producto si está en las condiciones de hacerlo o sacrificar sus ganancias suceso que no es muy común. El segundo grupo poblacional le garantiza la prestación del servicio el Estado, se financia con recursos públicos que son adquiridos vía impuestos o financiamiento externo.

La tendencia creciente de los costos de salud se ha tratado de suprimir de diferentes formas como el establecimiento de pagos prospectivos (pagos después de prestado el servicio), presupuestos globales (asignación de recursos por numero de habitantes o por periodo de tiempo) o mediante mecanismos de mercado que obliguen a los intermediarios a ejercer estrictas medidas sobre el gasto médico. En otras circunstancias, la competencia del sector privado por acceder a la tecnología de punta y satisfacer a pacientes deseosos de tratamientos costosos pero efectivos, lo que es un claro reflejo de inequidad; puso en el tapete el ascenso indiscriminado de los precios por pura fuerza de mercado, tal como se ejemplifica en el caso Singapur.

Si hay una situación persistente de aumento de los costos el cuestionamiento debe darse para saber hasta donde al sociedad quiere y esta dispuesta a pagar por los costos de la salud. La respuesta puede tomar dos sendero que contradicen la racionalidad moral de las personas; el monto al que debe tener acceso la sociedad en salud es el que garantice su sano vivir. Pero el deseo individual en una situación, puede sobrepasar el mínimo decente que garantice la vida sin tener en cuenta que esta decisión excluya el acceso a los servicios de otras personas.

La decisión que se debe tomar según lo visto hasta el momento es que “los recursos no alcanzan a cubrir todas las necesidades que la tecnología esta presta a satisfacer y que la racionalización obliga a que inevitablemente a que los que estén por fuera de los limites sean condenados a muerte”²⁹. Lo unico certero en estos casos es que los recursos que se consumen sera imposible gastarlos en otro paciente.

Partiendo de lo anterior se antepone a esto la decisión de utilizar los recursos escasos que genere el bienestar común. Las visiones que se tratan a continuación representan la concepción que al respecto tiene el igualitarismo liberal, en cuanto a los derechos que los individuos deberán reclamar al Estado o derechos positivos, discute la preeminencia ética que debe poseer la prestación de servicios de salud en forma similar para toda la población, temas analizados por algunos filósofos contemporáneos como; John Rawls, Ronald Dworkin, Norman Daniels.

Otra perspectiva es el utilitarismo según la cual una acción debe maximizar el bienestar social, en tanto, el derecho a la salud entra a competir con otros derechos en busca de formalizar mayor calidad de vida, inquieta al estado a obtenerla maximización del margen de utilidades de cada unidad de dinero invertido.

Ante estas dos visiones de cómo se debe distribuir los recursos para la salud hay dos tipos de justicia que se enfrentan, la distributiva que implica buscar recursos que favorezcan a toda la comunidad. Y la justicia conmutativa que rige las relaciones entre individuos, en la relación medico-paciente presenta

²⁹ CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), Op. Cit., Pág. 106. Lo amplia en Calabresi G.; Bobbit P. Tragic Choices, WWW. Norton Co., New York.

una particularidad por la asimetría de información en la cual prevalece el bien individual.

La frase del juramento hipocrático que rige la practica medica y tal vez la que enfrenta el tipo de justicias mencionado atrás es “aplicar regímenes para el beneficio del enfermo, acordes con mis habilidades y juicios”³⁰, que significa que el medico no escatimara recursos para lograr el beneficio de su paciente, lo contrario seria aceptar que no tiene la habilidad para tratarlo; en cuanto que el economista decide lo conveniente para invertir que produzca los mejores resultados en la mayor cantidad de población.

Tal vez de manera más contundente como debe vincular un nuevo sentido al juramento hipocrático es el texto de Haavi E. Moireim al aclarar que la posición del medico sobre el paciente no debe superar las disponibilidades de recursos que “le pertenecen a todos esos individuos que han decidido participar del acuerdo voluntario de un fondo de seguros que esperan tener también el derecho a acceder a ellos cuando su estado de salud lo requiera”³¹. De alguna manera la Asociación Medica Inglesa³² ha generado una propuesta partiendo de la realidad anterior, pero es una concepción británica de colectividad del bienestar.

Al problema de justicias individual o colectiva en el manejo de recursos, se debe incluir los factores culturales propios de América Latina que presenta un problema estructural de corrupción que impide el adecuado manejo de recursos, no es que se gasten muchos o pocos recursos en salud, por ello es

³⁰ *Ibíd.* Pág. 124.

³¹ MORREIM E. H. *Balancing act: the new medical ethic of medicine's news economics*. Georgetown University Press, 1995., citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), *Op. Cit.*, Pág. 129.

³² BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. *Philosophy and practice of medical ethic*. London: British Medical Association, 1988., citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), *Op. Cit.*, Pág. 133.

imperceptible buscar mayor eficiencia del sector y con de esta manera crear la confianza en el publico.

El marco de las reformas que atraviesa el continente en el frente de salud, clama por la recuperación del estatus de la profesión medica y los ingresos devengados de la practica. La condición de profesionales en el campo medico se ve afectada por la concentración de recursos humanos en la ciudad propiciando exceso de oferta, mientras en las zonas rurales habita el exceso de demanda respecto a la cantidad de médicos que atienden. Otro factor que agrava el problema del ejercicio médico es el aumento de los costos del avances tecnológicos, obliga al medico a vender su fuerza de trabajo antes que poseer los medios de producción, el cual requiere altos niveles de inversión.

Las estrategias para persuadir a los médicos que son ellos los que deben tener la fortaleza de revivir su desprestigiada profesión no se han hecho esperar, existen entre ellas las medidas de corte blando con las cuales se quiere hacer más eficientes y menos costosas la practica medica; caso de ejemplo sirve el perfilamiento (profiling) las aseguradoras llevan estricto control sobre los diferentes servicios prestados por los galenos asociados, las guías de manejo clínico consisten en cartillas con procedimientos estándares que permitirán al médico enmarcar al paciente; Pauly³³ advierte sobre los costosas que son estas guías versus lo que pueden controlar en cuanto a despilfarro de dinero.

Al llegar el momento de racionalizar los recursos y dado que los médicos son sensibles al ingreso más que otra cosa, no cabe duda que hay que recurrir a

³³ PAULY M. V. Practice Guidelines: Can they save money? Should they?. In A premier on competition in medical markets, citado por FRECH, H. E. Health Care in America. Pacific Research Group Institute for Public Policy. San Francisco, 1988, citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), Op. Cit., Pág. 142.

los incentivos económicos. Algunas experiencias ya han develado sus frutos; los británicos crearon el “GP fund-holder” a un médico general se le asigna un presupuesto prospectivo sobre su población, los médicos deciden como gastar sus recursos y por lo general se busca atacar las enfermedades con atención primaria, al final es necesario la intervención de urgencias. Holanda hizo a principios de la década del noventa una propuesta en cuanto ordenaba una capitación prospectiva con parte del riesgo sobre los aseguradores y estos a su vez trasladan parte del riesgo a los proveedores, lo que conlleva a mejor utilización de los recursos.

Los sistemas de salud pueden escoger pagos a sus proveedores y médicos de la siguiente manera. “Pago retrospectivo” las generalidades con que contara el sistema serán las siguientes; facilidad de acceso a los servicios de salud en el corto plazo, mejora de la calidad posiblemente influenciando después un aumento generalizado de los costos, ineficiencia distributiva, ineficiencia técnica, no hay posibilidades de hacer sustentable un tipo de sistema como este en el largo plazo y como ultima característica esta el que no hay incentivos a la racionalización.

Sin en el sistema se realizan pagos prospectivos se sucederán los siguientes sucesos; traslado de parte del riesgo al asegurador e intermediario y de este al proveedor, el proveedor se hace más conservador, hay mayor eficiencia en la utilización de recursos, disminuyen los deseos de equidad (hay pacientes que no alcanzan a recibir la atención necesaria), la calidad se vería sacrificada por lo que necesita de fuertes controles y en contrapeso la sostenibilidad en el tiempo debe llegar con seguridad.

La gran experiencia acumulada por el sistema de Estados Unidos permite conocer verdades que en otros países no se han estudiado; en un comienzo al Medicare, que cubría los pacientes mayores de 65 años y Medicaid que

cubría las familias de bajo nivel de ingreso; se percata de la oleada alcista de los precios y decide ejercer controles sobre facturación y organizar auditorias. Luego intentaron con los DRGs estos al parecer redujeron la explosión de los costos, sin embargo los profesionales aun se pagaban por servicios prestados.

Desde los años siguientes a 1985 Medicare guía sus afiliados a que se inscriban en HMOs (Health Manage Organization); al parecer por parte de estas instituciones hay una inducción por recibir solo los enfermos sanos del sistema y por lo mismo los menos costosos; otra acusación que se hace es que trasladan parte de la reducción en las ganancias hacia quienes pagan de su propio bolsillo y intermediarios menos estrictos, en el texto se llama costos compartidos (Cost-shifting). Aunque por esta vía se redujeran los costos hay que hacer una constante revisión y seguimiento para que los habitantes reciban adecuado y oportuna atención.

Aun todo lo aclarado hasta acá la opción de decidir que necesita el paciente reside aun en las manos del médico, en vista de que los recursos limitados debe alcanzar para todos y lograr la equidad en la prestación de servicios. Por ultimo se explican tres herramientas en la consecución de este objetivo, la primera de ellas es la conformación de un paquete básico que tiene dos fronteras la priorización y la racionalización, de estas dos limitantes se registra que tratamientos cubre el paquete básico y quienes serán los beneficiados con los tratamientos, pues la racionalización no permite que todos tengan acceso.

Otra herramienta que permite el acercamiento a la equidad es el análisis costo-efectividad, se parte de conocer la carga de la enfermedad determinada en AVISAS (año de vida saludable ajustado) o DALY (disability-adjusted life-year); la efectividad de la intervención de una enfermedad se

halla con el costo por AVISA. Entre dos tratamientos prevalecerá el más efectivo que se distingue determinando quien reduce más AVISAS a un menor costo. Una visión alternativa la adquiere el estudio de QALYs (quality-adjusted life-year) mide el estado de salud perfecto equivalente a un año.

La tercera forma de racionalizar los recursos y distribuirlos con justicia la ofrece los protocolos de acceso a tecnologías costosas; consiste en tratamientos que son estándares y de altos costos, por ello no se pueden incluir en los planes de atención básica. En caso de necesitarse se evalúa por un grupo de profesionales que determinen la conveniencia del procedimiento.

Los excesivos controles sobre los costos generan incentivos perversos, los pagos retrospectivos se muestran más estrictos hacia los ingresos de los médicos. Los controles en costos deben acompañarse de controles sobre la calidad en el acto médico. Se han mantenido históricamente los controles hacia la infraestructura y los procesos, pero una reciente rama de estudio mira el “movimiento de resultados”³⁴, a pesar de ser una ciencia tan inexacta pretende relacionar en la estructura existente; los procesos con los resultados obtenidos, con esto podemos seleccionar que intervenciones sirven más y mejor, para construir protocolos de manejo.

La economía de la salud tiene bastantes campos de acción donde sus aportes serán verdaderamente fructíferos y ayudaran al mejoramiento de la toma de decisiones para la adopción de políticas. Algunas de ellas son aplicar análisis que incluyan el aspecto endógeno de la tecnología, vincular resultados de otras ramas como la sociología o la antropología en temas

³⁴ GUADAGNOLI E.; McNEIL B. Outcomes research: Hope for de future or the latest rage?. En: Inquirí. No. 31(1) 1994; Pág. 14-24., citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. (1999), Op. Cit., Pág. 177.

como las preferencias de los individuos, comportamientos organizacionales y desempeño de los médicos; análisis de resultados relativos y absolutos, el papel de la justicia, el altruismo recíproco, la importancia de las estructuras y el análisis y medición de la calidad de vida³⁵.

Aunque se ha tratado las implicaciones teóricas que seguramente facilitarían el abordaje de los capítulos que se presentarán a continuación, falta particularizar sobre los procesos sufridos en Colombia al cambiarse el sistema de salud prestado por el Estado, por uno que se asemeja más al de economía de mercado. Aunque el proceso de reestructuración no ha sido sencillo; en el capítulo siguiente aparecerá un intento por describir la situación vivida, intentando analizar la estructura resultante y particularizando el componente de financiación del sistema.

³⁵ FUCHS, Víctor. (2001), OP. Cit.

CAPITULO 2. MARCO LEGISLATIVO DEL SECTOR

En este capítulo se ha de comprender los cambios esquemáticos que distinguen las etapas por las que ha transcurrido el sector salud, desde las circunstancias que propiciaron la Ley 10 de 1990 y el periodo de transición a la Ley 100 de 1993, recordando que es el primer momento que configura a la nueva estructura que dispone la salud en la actualidad. Se hace imprescindible también a continuación esbozar los elementos componentes del sector para facilitar el desarrollo de futuros capítulos.

Como tercer punto se precisa en el particular la financiación, para entrar a aclarar las fuentes que nutren el sistema de salud y los diferentes destinos que se otorga a esos rublos. Para finalizar el capítulo se tratan los problemas frecuentes que subsisten en la financiación del sistema de salud en busca de mantener la viabilidad, también se entra a aclarar que aunque en estos momentos no se han suscitado problemas en la disponibilidad de recursos, es posible que a futuro no dejen de suceder este tipo de problemas.

2.1 SITUACIÓN EXISTENTE PREVIA A LA LEY 10 DE 1990:

La estructura colombiana del sector salud en el inicio de su transcurso, presenta un esquema bastante centralista y rígido, desde la implantación del decreto 056 de 1975 en el que se reglamenta el primer Sistema Nacional de Salud. El cuerpo constitutivo generado del primer sistema pone a la cabeza al Ministerio de Salud, los servicios seccionales de salud establecidos en todos los departamentos y las unidades regionales localizadas en los hospitales de segundo nivel; las instituciones de orden privado rendían

cuentas al ministerio sobre sus actos, pero en ningún momento trabajaban en coordinación con los establecimientos públicos.

Aunque el esquema presentado antes tiene coherencia, en la practica no se le hallaba representatividad, parecía más una estructura ajena a la realidad existente; el Ministerio de Salud, los organismos del Sistema de Seguridad Social en Salud y las entidades privadas prestadoras de servicios, actuaban de manera desarticulada con prioridades y dinámicas diferentes. Además se suma a la situación anterior, que el Instituto de Seguros Sociales (ISS) era una institución con bastante autonomía, en la que el Ministerio de Salud no tenia sino una representación de carácter formal, por lo tanto existía una falta de correspondencia entre las actividades desempeñadas por cada entidad.

El esquema descrito anteriormente, con el transcurso de los años acumulo toda una serie de complicaciones; en el articulo escrito por Jorge Enrique Vargas³⁶ se categorizan principalmente cuatro: Perdida de carácter territorial y perspectiva intrasectorial de la salud, asi mismo el desinterés departamental y municipal para financiar sus propias instituciones, con la politización en la dirección se hacen nulas las posibilidades de las instituciones ante las cuales comparecer; la subutilización de infraestructura en el segundo y tercer nivel como consecuencia de ser utilizados en actividades curativas y en la misma dirección aumento en los costos de los tratamientos. Las instituciones hospitalarias pierden la actividad gerencial pues no mantienen la autonomía de manejo.

Bajo las tendencias internacionales pronto se hace necesario quebrar la estructura piramidal con alto componente de centralización, que habitaba en el sistema de salud en ese momento. También se vislumbra el debilitamiento

³⁶ VARGAS, Jorge Enrique. Descentralización de los Servicios de Salud en Colombia. En: Planeación y Desarrollo. Vol. XXVII, No. 1 (Enero-Marzo 1997); Pág.154.

del sistema por la baja eficiencia que rebelan estudios practicados en esa época. ³⁷En la encuesta Nacional de Hogares en Septiembre 1992, cerca del 45% de la población colombiana urbana y el 80% de la población rural estaba protegida por ningún sistema de aseguramiento”. Hasta 1993 el subtotal de aseguramiento era 24.1% y el porcentaje de no asegurados era de 75.9%, según el estudio del Programa Sistemas Municipales de Salud³⁸. De igual forma Juan Luis Londoño³⁹ en 1996 incluye cifras muy similares a las anteriores y tilda al sistema imperante hasta 1993 de anticuado, debilitado y desintegrado del sistema privado.

El escenario evidenciaba un modelo netamente estatal, los recursos provienen del presupuesto y la gestión del sistema es prominentemente pública, salvo las personas que pueden costear servicios privados; la gestión puede manejar diversos grados de descentralización. “El medico es un funcionario público que recibe un salario. Los hospitales cuentan con un presupuesto global y el sistema de precios de los insumos o factores de producción solo influye marginalmente en la fijación de las tarifas. En consecuencia hay escasos incentivos por reducir los costos”⁴⁰. Ante una eventual reducción del presupuesto, la primera consecuencia es la desmejora en la calidad de los servicios prestados.

Las primeras muestras de cambio ocurren con la promulgación de la Ley 10 de 1990, en la cual se descentraliza la inversión en infraestructura. No

³⁷ MOLINA, C.; GUIDEON, U. Distribución del Gasto Publico en Salud Colombia. Banco Mundial, Fedesarrollo, citado por CASTAÑO, Yépez Ramón Abel; ARBELAEZ, José; GUIDEON, Ursula; MORALES, Luis Gonzalo. Evolución de la Equidad en el Sistema Colombiano de Salud. En: Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL. Santiago de Chile, (Mayo 2001); Pág. 7.

³⁸ VARGAS, Jorge Enrique. Op. Cit., Pág.148.

³⁹ Londoño Juan Luis. Estructurando Pluralismo en los Servicios de Salud. La experiencia colombiana. En: Revista Análisis Económico. Vol.11, No. 2 (Noviembre 1996); Pág. 37-60, citado por PLAZA, Beatriz; BARONA, Ana Beatriz. Afiliación de Población Pobre al Sistema de Salud: El Caso Colombiano. FEDESARROLLO. Colombia, 1999. Pág.15.

⁴⁰ Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, 1997. Pág. 31.

obstante al ser puesta en marcha no resulto ser tan efectiva, debido a que no hubo un cambio sustancial en el componente de aseguramiento. Pero si se puede apreciar que lleva en su interior la semilla de lo que años más tarde revoluciono el sistema de salud en el país; entre los puntos importantes que tiene la propuesta está la descentralización de las responsabilidades entre la Dirección Nacional del Sistema de Salud, la Dirección Seccional y La Dirección Local del Sistema de salud.

El desempeño entre las tres direcciones se dirige a suplir las actividades de dirección y prestación de servicios en el primer nivel (hospitales locales, centros y puestos de salud) para la dirección local; corresponden estas actividades a los municipios, distritos especiales y turísticos, áreas metropolitanas, y asociaciones de municipios. En adelante la responsabilidad de dirección y prestación de servicios de salud en los niveles dos y tres (hospitales regionales, universitarios y especializados) es completa responsabilidad de los departamentos.

A todas estas entidades se suman las instituciones prestadoras de servicios del sector privado (entidades e instituciones de seguridad social, fundaciones o instituciones de utilidad común, corporaciones y asociaciones sin animo de lucro, personas naturales o jurídicas) que podrán integrarse al sistema en el momento que la dirección seccional o local lo quiera, para poner en practica los principios básicos de subsidiariedad entre instituciones publicas o la complementariedad entre prestadoras públicas y privadas; otros principios que plantea la Ley como pilares son; la universalidad del servicio para la población, participación ciudadana y comunitaria, y la integración funcional⁴¹.

Pero no todo fue tan positivo en la ley expuesta anteriormente, también se presentan temas de discordia como; la vinculación de todos los empleados a

⁴¹ Artículo 3 de la Ley 10 de 1990.

la carrera administrativa y simultáneamente la no descentralización del nombramiento del orden nacional. Las entidades que pasan del nivel nacional a los subniveles no presentan claridad en la manera como se facilitara la financiación de los pasivos pensionales.

Incluso para las siguientes reformas que se suscitarían en el sector la Ley 10 de 1990 es considerada como un adelanto; dado que no se había promulgado la reforma a la Constitución Política de Colombia, se daba dirección al proceso de descentralización para las competencias del sector salud.

Pero el trayecto a recorrer desde esos años no sería corto, para poder concebir al sistema de salud tal y como lo apreciamos en la actualidad; en parte, porque el sistema de salud público manejaba enteramente para esos años la prestación de los servicios a la población necesitada, esta actividad se llevaba a cabo por la red de hospitales públicos dependientes de la financiación que destinaba el Estado. Por otra parte y completamente desarticulados de la realidad nacional estaban los beneficiarios de las Cajas de Compensación y el régimen contributivo que se administraba enteramente desde el Seguro Social.

Las posibles consecuencias de un sistema centralizado de financiación y prestación de servicios, dadas las condiciones particulares de la sociedad colombiana, pueden ser: incrementos en los costos dada una posible negligencia en la atención de los enfermos, cuyas dolencias se complicarían y sería necesario un tratamiento en el que se incurriría en más gastos que los necesarios inicialmente⁴². También incrementaría los costos de un periodo más largo de ocupación de las habitaciones en la institución prestadora de

⁴² CASTAÑO Yépez Ramón Abel. Medicina Ética y Reformas a la Salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión medica. Bogotá: ECOE, 1999.

salud, después de haber sobrellevado el periodo crítico de estancia en la institución; lo que se llama en economía subutilización de los recursos (equipos, instalaciones y recurso humano). Al mismo tiempo se puede reconocer en un plano como este un descenso en la calidad de la prestación de servicios.

Una situación análoga puede presentarse en la medida que exista un tercer pagador del tratamiento del paciente, en este caso el Estado; debido a la posibilidad de una inducción en la demanda por parte de los médicos para tratar de garantizar una mejor atención y una rápida recuperación del enfermo; tomando como supuesto que no existe en la formación de los galenos un sentido de racionalidad económica⁴³.

Aparte de ello los adelantos tecnológicos que adquiera el sistema estarán restringidos al presupuesto con que se cuenta y las prioridades que en este se contemplen. La prestación de servicios no garantiza una efectiva actuación del subsidio sobre la población necesitada; es así como, “40% de los subsidios que recibían los hospitales públicos se filtraban al 50% de la población adinerada”⁴⁴, de la misma forma en “1992 el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías adelantadas en el sector público, que debían dirigirse principalmente a la población más pobre, fueron recibidas por pacientes pertenecientes al 20% más rico de la población”⁴⁵.

⁴³ *Ibíd.*

⁴⁴ PLAZA, Beatriz; BARONA, Ana Beatriz. (1999). Afiliación de Población Pobre al Sistema de Salud: El Caso Colombiano. FEDESARROLLO. Colombia, 1999. Pág. 16.

⁴⁵ CASTAÑO, Yépez Ramón Abel; ARBELAEZ, José; GUIDEON, Ursula; Morales Luis Gonzalo. Evolución de la Equidad en el Sistema Colombiano de Salud. En: Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL. Santiago de Chile, (Mayo 2001). Pág. 7.

2.2 PREPARACIÓN PARA UN NUEVO SISTEMA DE SALUD Y PROMULGACIÓN DE LA LEY 100 DE 1993:

Dando transcurso en el tiempo e incluyendo las transformaciones de la Constitución Política de Colombia de 1991, en los artículos 48 y 49; se garantiza por parte del Estado la seguridad social; se suscribe la atención en salud como derecho de cada colombiano o residente del país. Por otra parte se sentaron las bases para reorganizar el sistema, pues se hallan consagrados los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia bases de la nueva disposición; estas aptitudes reúnen las nuevas líneas en que se direcciona el sistema y sencillamente no se concebían como apropiadas para ser puestas en practica en las estructuras preexistentes.

En su momento, el gobierno percibió las falencias que presentaba el sector en cuanto a organización; en consecuencia consideró conveniente disponer una comisión que inicio actividades en 1991 y entrego sus frutos con la presentación de la Ley 100 de 1993. Hizo parte en el periodo de discusión y presentación de la propuesta; el gobierno, sindicatos, gremios económicos, movimientos políticos y sociales, campesinos y trabajadores informales; cada uno de los actores representaban a diferentes posiciones y discrepaban al defender intereses particulares. Pero el fin ultimo que perseguía el ejercicio, era aglutinar todas estas posiciones y sacar con ellas un sistema que fuera lo suficientemente bueno para ser aceptado como propio por todas las corrientes participantes en la discusión.

CUADRO 2. Comparación de Tres Propuestas Gubernamentales de Reforma de Salud.

	Instituto de Seguros Sociales	Ministerio de Salud	Departamento Nacional de Planeación	
			Subsistema Público	Subsistema Privado
1. ORGANIZACIÓN				
Caracterización general	Fondo Unico Nacional	Dirección General	Subsidios Demanda	Compensación
Aseguramiento	Monopolio Publico	Fondo de Solidaridad Competencia Libre Elección	Fondos De Salud Libre Elección Competencia	Medicina Prepagada Libre Elección Competencia
Prestación de servicios	Competencia Descentralización Libre Elección	Competencia Descentralización Libre Elección	Descentralización Libre Elección	Descentralización Libre Elección
Usuarios	Toda la Población	Toda la Población	Pobres	Pobres
2. BENEFICIOS				
	Seguro Obligatorio Paquete Integral Servicios	Seguro Obligatorio Paquete Básico Integral Planes Complementarios	Paquete Obligatorio	Planes Complementarios
3.SOLIDARIDAD				
	Fiscal - Parafiscal	Fiscal - Parafiscal	Fiscal	
4. FINANCIACION				
	Cotización (12%)	Cotización (10%-12%)	Recursos Fiscales	Cotización
	Recursos Fiscales Franquicias	Recursos Fiscales Franquicias	Franquicias	Franquicias
5. META PRINCIPAL				
	Universalidad Gradual y Progresiva	Universalidad	Eficiencia	Eficiencia

Fuente: MOLINA, C. G., y TRUJILLO, J. P. La seguridad Social en Salud, Primer Estudio: La reforma del sistema de seguros de salud – una comparación de tres propuestas, fundación Corona, Fundación para la Educacion Superior (FES), Fundación Restrepo Barco- Programa GEHOS. Bogotá, 1993, Citado por PLAZA, Beatriz; BARONA, Ana Beatriz. (1999). Afiliación de Población Pobre al Sistema de Salud: El Caso Colombiano. FEDESARROLLO. Colombia, 1999. Pág.21.

Dados los diferentes orígenes de los representantes en el proceso, se organizaron los siguientes temas entorno de los cuales se centraron las discusiones de la reforma “i) monopolio o competencia y privatización o estatización; ii) solidaridad fiscal o parafiscal; iii) el papel de los hospitales publicos y régimen subsidiado; iv) el papel del sector privado y los planes

complementarios, y v) el plan obligatorio integral con régimen unificado de salud o la libertad de seguros y planes con preexistencias y exclusiones⁴⁶.

Para consagrar el documento final fue necesario que las personas que desempeñaban algunos cargos cambiaran entre ellos ésta el Ministerio de Trabajo y del Instituto de Seguros Sociales (ISS) que junto con Juan Luis Londoño de la Cuesta quien se desempeño como ministro de salud, tuvieron que compartir los mismos lineamientos políticos para sacar adelante la propuesta. Al grupo de trabajo se unieron diferentes congresistas liderados por Álvaro Uribe Vélez que defendían la descentralización del Instituto de Seguros Social (ISS) y la apertura a la competencia, la Federación de Cajas de Compensación (Fedecajas), entre otros; para concluir con la declaración de la Ley 100 de 1993. ***Se halla entre sus líneas “un nuevo marco conceptual para la salud que permite, en teoría, mejorar la eficiencia de los sistemas de salud, redefine los actores del sistema, transforma el funcionamiento de la prestación de los servicios y determina nuevos mecanismos para la asignación de recursos”***⁴⁷.

Por trascendencia e importancia se hace imprescindible entrar un poco en detalle en el contenido de la ley, siendo conscientes que representa ella la más profunda transformación que ha sufrido la salud en los últimos años; en su interior se pretende consolidar un sistema de seguridad social integral que vincule algunos componentes que hasta el momento se hallaban dispersos, como lo son; el Sistema Pensional, Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales y de servicios de compensación. Con la articulación adecuada de estos cuatro sistemas y

⁴⁶ JARAMILLO, I. El Futuro de la Salud en Colombia – La puesta en marcha de la Ley 100. Fundación Friedrich Ebert de Colombia (Fescol), Fundación Corona, Fundación para la Educación Superior (FES), Fundación Restrepo Barco. Bogotá, 1997, citado por PLAZA, Beatriz; BARONA, Ana Beatriz. (1999). Op. Cit., Pág. 19.

⁴⁷ PLAZA, Beatriz; BARONA, Ana Beatriz. (1999). Op. Cit., Pág. 28.

garantizando el cumplimiento de los principios generales⁴⁸, se hace más viable la posibilidad de tener mayor calidad de vida.

En concreto y teniendo en cuenta el tema a desarrollar, urge indagar en los contenidos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que producirá las funciones de integrador de los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, para comprender la composición que adquiere la salud según la nueva normatividad.

De acuerdo con el proceso de implantación del sistema se busca un adelanto en la adquisición de ciertas particularidades básicas para armonizar su funcionamiento; entre las características que se requerirán está; el papel específico que se comisiona al Gobierno Nacional, consiste primordialmente en la búsqueda del acceso universal de la población sea por vía de cotizaciones o a través del acceso al régimen subsidiado; las personas que se acrediten dentro del sistema estarán en el deber de recibir un Plan Obligatorio de Salud (POS) (Anexo 1). El recaudo de las cotizaciones y los dineros con que cuente el sistema se llevara a cabo por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)⁴⁹, quien delegara estas funciones a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) (Anexo 2). Las responsabilidades no se detienen allí, pues deberán adelantar procesos para registrar afiliados y garantizar que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) ofrezcan de la mejor manera sus servicios.

En contraprestación de sus desempeños y para cubrir los gastos que en el proceso incurran, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) reciben una

⁴⁸ Eficiencia , Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad, Participación. Artículo 2, Ley 100 de 1993.

⁴⁹ Adelante se hará especial mención de las particularidades que tiene esta figura.

Unidad de Pago por Capitación (UPC)⁵⁰. Los afiliados al sistema tiene la libertad para optar por cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que funcionen en la región donde vive y dentro de la oferta que presenten estas podrán elegir al médico y la institución que le prestará atención.

Las entidades territoriales contarán con la posibilidad de suscribir contratos con las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para la prestación de servicios de la población afiliada al régimen subsidiado, que se sufragaran con los dineros de los fondos seccionales y locales que se especifican en la Ley 60 de 1993. En el periodo de transición los entes nacionales y territoriales deberán garantizar la prestación de servicios a las personas que no estén amparados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de la red de hospitales pública o privada. En la medida que se contengan estas condiciones el sistema obtendrá los fines para los que fue creado, que es mejorar las condiciones de vida del total de la población.

El papel que empieza a desempeñar el Estado a partir del proceso de puesta en marcha de la nueva legislación, cambia radicalmente frente a lo que realizaba dando cumplimiento a la Ley 10 de 1990. En adelante intentará contribuir principalmente a dar privilegio a los principios generales. Se convierte en prioridad desarrollar las distintas responsabilidades que le son encomendadas, para que en el interior del sistema mixto de aseguramiento haga las veces de; dirección, coordinación, vigilancia y control; ampliar la cobertura; establecer gratuita y obligatoriamente la atención básica; organizar

⁵⁰ Según artículo 182 de la Ley 100 de 1993. Corresponde a una medida per-cápita con la cual se organiza y garantiza la prestación de servicios incluidos en el POS para cada afiliado; para ser congruentes con estos valores se debe tener el perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

los servicios de salud de forma descentralizada; evitar la desviación de recursos y aplicación de los mismos a las necesidades prioritarias.

Como ya se había mencionado atrás con gran limitación, la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla sus acciones desde otro campo para desarrollar las funciones encomendadas; se trata de una estructura mucho más flexible en cuanto a recolección de propuestas referentes a formular planes, programas y proyectos. En la medida que se pueden generar desde cualquiera de los niveles, siempre y cuando tenga respeto por las prioridades de política que se consideran a nivel nacional.

La descentralización se halla conformada por todo un grupo de aparatos autónomos y a la vez articulados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Anexo 3). En los subniveles las actividades de dirección y control serán llevadas a cabo por los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, que actuarán en coordinación con el Consejo Nacional y las funciones serán muy similares. El Gobierno Nacional podrá expedir normas que den organización a la calidad de la salud y estas deben de cumplirse a cabalidad por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con el objeto de desempeñar una adecuada prestación de servicios. En este sentido fue creada la Superintendencia Nacional de Salud (Anexo 4) que ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las actividades llevadas a cabo por las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

2.3 COMPOSICIÓN DE LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:

Si bien en la parte precedente se amplió la idea de la nueva organización que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud, queda una parte por mencionar, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) trata los

contenidos de los organismos de financiación y cuales son las fuentes que sustentan el sistema. En el interior coexisten dos partes, el régimen contributivo y el subsidiado, que se unen para garantizar los principios de compensación y subsidiariedad que son primordiales en la conformación de una propuesta como la que se pretende configurar la Ley 100 de 1993.

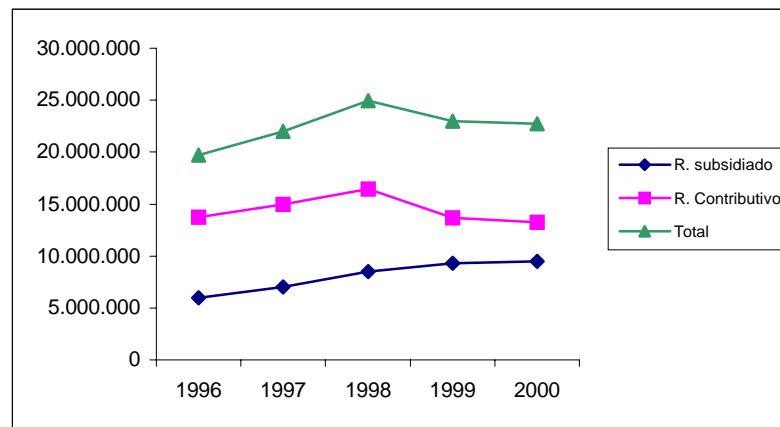
Echando una mirada a las cifras de cobertura presentadas en el Informe de Actividades del Ministerio de Salud, al Congreso de la Republica se evidencia un aumento sostenido de la población afiliada al régimen subsidiado y un decrecimiento en la ampliación del campo de acción del régimen contributivo, la cual hace creer que los recursos que corresponden al punto de solidaridad están en descenso, mientras los gastos en el régimen subsidiado aumentan en cada año siguiendo las tendencias que presenta este régimen.

CUADRO 3. Cantidad de Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Regimen Subsidiado	4.800.916	5.981.774	7.026.690	8.527.061	9.325.832	9.510.566
Regimen Contributivo	--	13.728.297	14.969.278	16.433.463	13.652.878	13.245.836

Fuente: Informe anual del consejo nacional de seguridad social en salud alas comisiones séptimas del senado de la republica y cámara de representantes. 2000-2001. En PATIÑO, José Félix. Coordinador. Foro Permanente Sobre la Calidad de Atención de la Salud. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Colombia. 2002. Pág. 17-18.

GRAFICO 2. Cantidad de Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Fuente: Elaboración del autor.

En el citado informe se mencionan las posibles causas por las que el régimen contributivo han decrecido “pasando de 16,7 millones de afiliados reportados por el Ministerio de Salud a finales de 1998 a 13,6 millones a diciembre de 1999. Este comportamiento obedece al proceso de depuración de la base de datos⁵¹ y el registro no obedecía únicamente a los problemas de desempleo que empezaron a preocupar en aquella época. De otro lado en el informe de actividades de 2000-2001 del Ministerio de Salud registraba 13.245.836 afiliados mientras en los registros de la superintendencia eran 14.193.311, la diferencia de 947.475 obedece a presuntos duplicados⁵². También se aprecia un retraso en los adelantos por cubrir la población con el régimen subsidiado a partir de 1998, sin contar que aun no se manejaba a cuanto cuantificaría el numero de beneficiarios duplicados por el sistema tras una depuración de los listados.

⁵¹ Informe de actividades 1999-2000 del Ministerio de Salud al Congreso de la Republica, citado por PATIÑO, José Félix. (Coordinador). Foro Permanente Sobre la Calidad de Atención de la Salud. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Colombia, 2002. Pág. 19.

⁵² Cifras tomadas de Ibíd. Pág. 19.

Precisemos ahora un poco sobre el termino de **régimen contributivo** de salud⁵³, el cual rige la vinculación de los individuos y sus familias a través del pago de una cotización, individual o familiar, o un aporte previo financiado por el afiliado, o por este y el empleador. Las cotizaciones⁵⁴obligatorias para estos afiliados, sera máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podra ser inferior al salario mínimo, las dos terceras partes estarán a cargo del empleador y una tercera parte la sufraga el trabajador. Un punto sera trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

En caso que el trabajador sea independiente, el gobierno reglamentará un sistema de presunciones según el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los individuos. El manejo de esta información se lleva acabo para determinar el monto en que incurrirán las personas que cotizan en el régimen, para tomar parte de los beneficios que presta el sistema, es decir el Plan Obligatorio de Salud (POS), estas contribuciones podrán variar de acuerdo con la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.

La administración de los recaudos se lleva por las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) con el consentimiento y supervisión de el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el pago para compensar la prestación de servicios Unidad de Pago por Capitación (UPC) solo se realizará para los afiliados que hayan solventado sus compromisos mensuales integra y oportunamente. El no pago de la cotización causara la suspensión de la afiliación y el derecho a recibir la atención que brinda el Plan Obligatorio de Salud (POS); pero el periodo de suspensión no sera susceptible de incurrir en cobro de intereses.

⁵³ Artículo 202 de la Ley 100 de 1993.

⁵⁴ Artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

Es de resaltar que la decisión de aumentar los gastos en una economía depende de muchos actores, las fuentes de financiación de ese aumento son básicamente dos; fuentes públicas y privadas. Revisando con detenimiento la financiación privada, quienes deciden el evento de extender el gasto en un servicio es la estructura del hogar, mediante la conveniencia que tenga según las restricciones presupuestales; es decir, de un juicio que realizan las familias enfrentando los gastos en salud frente al beneficio esperado de la inversión. En una análisis de este tipo se debe incluir el gasto en servicios de seguro como componente para mitigar la probabilidad de una quiebra, siguiendo la conducta, de que las familias no saben en que momento puede presentarse una enfermedad.

“El estudio de Ramírez, Cortés y Gallego permite establecer que los hogares colombianos destinan el 9.6% de sus ingresos corrientes para comprar servicios de salud, cifra que varía según las características geográficas (referida a la disponibilidad de oferta y recursos), socioeconómicas (se considera a las que pertenecen al hogar; estrato, tipo de ocupación, educación y tipo de afiliación del jefe de hogar) y demográficas del hogar (perfil epidemiológico, edad y propensión a adquirir enfermedades)”⁵⁵.

La creación del ***régimen subsidiado***⁵⁶ se mantiene con el fin de garantizar la posibilidad de vinculación al sistema de las personas que no cuentan con recursos suficientes para costear los pagos de las cotizaciones; por ello el Estado con recursos fiscales, realiza la labor de equiparar ingresos de la

⁵⁵ RAMÍREZ, Manuel; CORTÉS, Darwin; GALLEGO, Juan. El Gasto en Salud en los Hogares Colombianos: Un Análisis Descriptivo. En: Lecturas de Economía. Medellín. N° 57, 2002; Pág. 87-125.

⁵⁶ Artículos 211-217 de la Ley 100 de 1993.

población intentando garantizar el mínimo decente de servicios de salud o la atención básica de los mismos.

Entonces este régimen será complementario con la red pública de servicios de salud reglamentada en la Ley 10 de 1990. El carácter del subsidio no será el total de la cotización; sino que varía de acuerdo con los ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y situación sanitaria y geográfica de su vivienda realizado a través de la encuesta Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBE); según lo estipule el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Los recursos que formaran parte del subsector, han de ser congruentes con lo previsto en la Ley 60 de 1993 para el mantenimiento de la red de servicios públicos; para salud se destina un 25% del Presupuesto General de la Nación, del cual el 15% se dirige para el régimen subsidiado y serán manejados por los entes territoriales.

El restante 10% se invertirá en el pago de salarios y honorarios médicos, enfermeras, promotores y demás personal técnico y profesional, el acceso a medicamentos esenciales, prótesis, aparatos ortopédicos y al estudio de preinversión e inversión en infraestructura hospitalaria, y programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables.

La diversidad de fuentes de financiación no para allí, pues para el funcionamiento también se contemplan los dineros propios, que los departamentos y municipios destinen para las actividades que desempeña el régimen subsidiado. De igual modo aparecen los recursos del situado fiscal de los departamentos, que se requieran para financiar al menos las intervenciones del segundo y tercer nivel del plan de salud de los afiliados al régimen subsidiado.

Para el 2001, la Ley 715 modifico las transferencias y adopto el sistema general de participaciones que incluye las transferencias a los municipios y su situado fiscal; los recursos que se disponen por este rublo se distribuirán por el total de la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda, en la vigencia anterior. El monto del primer año sera “el valor per-cápita resultante se multiplicara por la población pobre atendida mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior en cada ente territorial”⁵⁷ con ello cuantifican los montos que recibirán los distritos, municipios y corregimientos departamentales. Totalizando el crecimiento real de las transferencias durante 2002 a 2008 (2% en los primeros cuatro años y 2.5% en los siguientes)⁵⁸.

El monto para financiar la población vinculada otorgado por la anterior Ley sera resultante de restar a los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos liquidados para garantizar la financiación a la población pobre con subsidios a la demanda y los recursos destinados a los planes de salud pública prioritarios según concepto del Ministerio de Salud⁵⁹.

Además se podra contar con la subcuenta adscrita al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) llamada “solidaridad al régimen subsidiado en salud”. Con los cuales cofinanciaran los entes territoriales los subsidios a la población que se designe como idónea para recibirlos, la principal de ellas es el 1% proveniente del régimen contributivo y que de igual forma se denomina como de solidaridad; en un segundo rublo se halla los dineros manejados por las cajas de compensación familiar (entre el 5% y el 10%), siempre y cuando ellas deseen cederlos, pues también los pueden utilizar a buen parecer; los aportes del Presupuesto Nacional que a partir de 1997 serán iguales a los

⁵⁷ Según artículo 48 de la Ley 715 de 2001.

⁵⁸ Observatorio de la Seguridad Social. Grupo Economía de la Salud (GES). Medellín. Año 3, No. 7 (junio 2003); Pág. 6.

⁵⁹ Según Artículo 49 de la Ley 715 de 2001.

recursos que el régimen contributivo destina como el punto porcentual de solidaridad; también se sumaran los rendimientos que generen las inversiones de los ingresos y recursos antes descritos. Para concluir, se logra capturar los recursos por conceptos de regalías de la producción petrolera de Cusiana y Cupiagua, así mismo los recursos del IVA Social.

La estructura del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) no se limita a las manejo de las subcuentas de compensación que realiza el régimen contributivo al subsidiado, las cuales ya se han mencionado en el párrafo anterior; también encontramos la referente a la promoción de la salud, que financiara actividades de educación, información y fomento de la salud. Al final de la conformación del fondo también se movilizan los recursos de la subcuenta del seguro de riesgo catastrófico y accidentes de tránsito.

2.4 CONFLICTO EN LA CONSECUCCIÓN DE RECURSOS PARA EL SISTEMA:

No es extraño encontrar que a pesar de los esfuerzos que se produjeron en 1993 por tratar de articular y hacer coherente el sector salud, en la actualidad lo concerniente al manejo de recursos se encuentran todavía algunos inconvenientes. La generalidad que se maneja en la asignación de los recursos que se dirigen desde el Presupuesto General de la Nación, presenta el inconveniente que son estrictamente históricos y por lo tanto no tienen en cuenta las carencias particulares de las personas que habitan determinadas regiones geográficas. Si se desconocen las carencias de una región particular se puede estar incurriendo en exclusión de la población al sistema de salud.

La falta de información del estado reinante en la salud es algo común en el territorio nacional, donde no se hacen seguimiento constante a las

condiciones de cambio; se puede aplicar que algunas regiones que ya se han mejorado en alguna medida el nivel general de la salud, pueden disponer de algunos rublos, para que las localidades donde apremian las necesidades se beneficien con esos recursos y estos sean invertidos en infraestructura nueva, mejor y más moderna. Proporcionando una mayor convergencia entre las regiones en materia de salud, acercando la geografía nacional a la cooperación para la consecución de mejoras en la condiciones de vida.

Hay que entrar a considerar entonces que en el momento que no se disponen de la tecnología ni los recursos para atender a enfermos que requieren de complicados tratamientos, se generan desplazamientos de pacientes a las principales ciudades para ser atendidos y en algún momento se puede crear congestión y hasta saturación de los hospitales con aceptable dotación.

También si se atiende en este argumento se trata un sentido regionalista, en alguno momento se puede suceder que el tratamiento sea practicado sobre un paciente natural de la región donde esta el hospital, mientras que la persona remitida tenga que esperar para ser atendida. Otra forma en la que se manifiesta cierta exclusión de los servicios es el evento de tener que costear el traslado y la estancia en una parte diferente a donde se reside. Esas serian serias exclusiones que propicia el sistema y por el contrario es lo que trata de evitar⁶⁰.

Habiendo conocido los posibles inconveniente que presenta la distribución geográfica de los recursos asignados por el Presupuesto General de la

⁶⁰ Para disminuir esta tendencia en la Ley 715 del 2001 Artículo 49, parágrafo 4°. Trata de la remisión entre departamentos y municipios de enfermos; garantizando que la entidad territorial responsable de la población remitida, deberá reconocer los costos de la prestación de servicios a la correspondiente jurisdicción donde se atendió.

Nación; las partidas están destinadas en sentido histórico y guiadas para mantener los recursos que subsidian la oferta y no a la demanda.

De otra forma puede incluirse que la formación de estas partidas obedecen a la Ley 60 de 1993, que fue ordenada con anterioridad a la Ley 100 de 1993. Mientras el sistema no se ajuste en su totalidad a los nuevos requerimientos, los recursos se seguirán guiando de manera conveniente para garantizar que el sistema no caiga en una crisis de financiamiento, falta de centros asistenciales, ó mucho peor, la perdida de calidad.

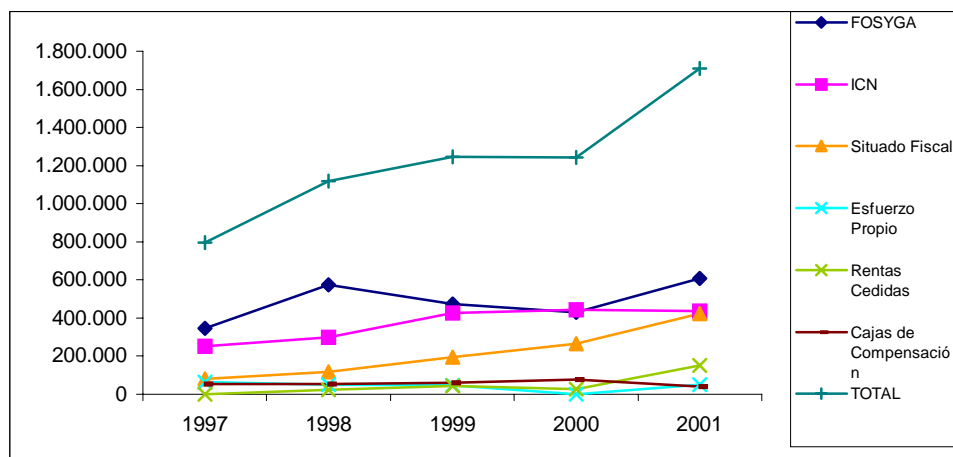
En seguida aparecerán las grandes cuentas que conforman las fuentes de financiación del régimen subsidiado; destacando como principal rublo el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que aclara que los ingresos propuestos por el punto de solidaridad siempre han mantenido rublos superiores a los recursos destinados como Ingresos Corrientes de la Nación (INC) de los cuales se esperaba que equipararan la cifra anterior.

CUADRO 4. Fuentes de Financiamiento del Régimen Subsidiado 1996-2001 (millones de pesos corrientes).

Fuente	1997	1998	1999	2000	2001
FOSYGA	346.361	574.312	472.639	429.694	607.891
ICN	253.320	298.817	426.673	444.914	438.157
Situado fiscal	79.882	117.771	195.716	264.033	423.081
Esfuerzo Propio	63.906	50.613	48.144	-	49.088
Rentas Cedidas	-	24.366	42.243	26.192	151.657
Caja de compensación	52.373	53.286	59.897	76.426	39.879
TOTAL	795.842	1.119.165	1.245.375	1.241.260	1.709.753

Fuente: Informes del consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 1997-2001. En Observatorio de la Seguridad Social. Grupo Economía de la Salud (GES). Año 2, N° 4. Pág. 7. Medellín. Junio, 2003.

GRAFICO 3. Fuentes de Financiamiento del Régimen Subsidiado 1996-2001 (millones de pesos corrientes).



FUENTE: Elaboración del autor.

Las rentas cedidas a los departamentos y municipios⁶¹ sobre el consumo, producción y explotación de licores, cerveza, lotería y otros juegos de azar, acrecienta los problemas de administración; no solo por las diversas fuentes de donde proviene, sino por que: “primero, los instrumentos financieros están orientados a lograr diversos objetivos a la vez; segundo, ciertos objetivos están financiados por diversas fuentes, y tercero, algunas fuentes están dirigidas a financiar funciones en cabeza de varios niveles territoriales”⁶².

La descentralización no ha alcanzado la totalidad de los municipios como se esperaba con la implantación de la Ley 60 con la cual los municipios recibían la certificación para el manejo autónomo del sector, “en 2001 eran 522 los municipios que habían cumplido los requisitos para ser certificados, lo cual

⁶¹ Artículos 42,43 de la Ley 10 de 1990.

⁶² Comisión de racionalización del gasto y las finanzas públicas, 1997, citado por PLAZA, Beatriz. BARONA, Ana Beatriz. (1999). OP. Cit., Pág. 54.

representa un 49% de los municipios del país”⁶³. Los municipios que han alcanzado la descentralización en gran medida son los medianos y grandes.

Con lo anterior queda claro que existe cierta duplicidad en el destino de los recursos y desempeño de funciones de parte de varios niveles territoriales, pero manteniendo la conveniencia que la Ley 60 de 1993 continué otorgando subsidios para la oferta para las instituciones públicas; mientras que la Ley 100 de 1993 especifica que estos recursos deben ser transformados a la demanda y canalizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que tengan contratos con los entes territoriales para atender la población subsidiada.

Hay que aclarar acá que en el momento que el sistema este sobrellevando una cobertura de la población muy alta y los servicios se presten con preeminencia en subsidios a la demanda, pueden requerir una transformación en el sistema de transferencias de la Ley 60 de 1993 o mayor rigurosidad en el manejo de recursos según los planteamientos de la Ley 100 de 1993. Pero es muy importante hacer la aclaración, que ***en el texto de la Ley 100 de 1993 se concibe que los hospitales públicos puedan continuar recibiendo los dineros provenientes del Presupuesto Nacional o de las entidades territoriales***⁶⁴.

Las causas según las cuales se puede fundamentar esta situación, son en primera instancia, que los hospitales públicos no han tenido experiencias exitosas en la transformación de sus estructuras de financiación; continúan justificando las transferencias presupuéstales, antes que adaptarse a un sistema de prestación de servicios. También por el lento proceso de

⁶³ Evaluación de la Descentralización Municipal en Colombia. Balance de una Década, Tomo II. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Bogotá, 2002, citado por Observatorio de la Seguridad Social. Grupo Economía de la Salud (GES). Medellín. Año 3, No. 7 (junio 2003); Pág. 4.

⁶⁴ Artículo 195, numeral 8 de la Ley 100 de 1993.

ampliación de la cobertura que atiende un Plan Obligatorio de Salud (POS) rígido. Bajo el análisis de otra concepción el plan se podría convertir en uno más flexible y abarcar así a un mayor número de habitantes; pero en las críticas aparecería como una tendencia por la discriminación de planes diferentes para la población, mientras que muchas personas tienen que permanecer en calidad de vinculados ante el sistema.

Los problemas de financiación también pueden juzgarse desde la posición según la cual los adelantos en el régimen contributivo no han sido los esperados, en los últimos tres años se han producido déficit que se han podido subsanar con los resultados positivos de los primeros años del sistema. La explicación que se encuentra al déficit de recursos en el subsistema contributivo está dada “por el aumento de la densidad familiar o el número de beneficiarios por cada cotizante, el cual pasó de 2,48 en 2000 a 2,51 en 2001”⁶⁵, además se debe tener en cuenta la gran cifra de desempleo que maneja el país y el bajo crecimiento.

Existen también motivaciones personales para no vincularse al régimen contributivo y entre ellas se aprecian que las personas convenientemente creen que no deben incluirse en el pago de las cotizaciones, este fenómeno puede presentarse básicamente por que; los empleadores tienen la posibilidad de evasión del pago de sus aportes obligatorios⁶⁶, y lograr la afiliación de una considerable población de trabajadores informales e independientes es casi imposible⁶⁷, pues en su mayoría no tienen relación

⁶⁵ Observatorio de la Seguridad Social. Grupo Economía de la Salud (GES). Medellín. Año 3, No. 7 (junio 2003); Pág. 6.

⁶⁶ PLATA, Beatriz. GIEDION, Ursula. MORALES, Gonzalo. BLOOM, Eric. La evasión de Aportes Obligatorios al Sistema de Salud en Colombia. FEDESARROLLO. Colombia, 1999. Pág. 37.

⁶⁷ Ministerio de Salud – Grupo apoyo Harvard. Informe Final, La Reforma a la Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación. 1996, citado por PLATA, Beatriz. GIEDION, Ursula. MORALES, Gonzalo. BLOOM, Eric. (1999). Op. Cit., Pág. 37.

directa con la economía formal, sus ingresos no son constantes y se convierten en ocasionales.

El trabajador independiente es quien tiene menos incentivos para incluirse en el sistema de salud; ya que tiene que pagar la totalidad de su cotización, claro que cabe la opción de subdeclarar los ingresos para que su aporte no represente la totalidad de lo que debería cancelar (12% de sus ingresos). Pero en realidad estas personas no tienen la claridad, según la cual, el correcto funcionamiento del sistema depende no solo de la compensación a los aportes hechos, sino por la solidaridad que concurre en el sistema.

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) en algunas ocasiones pueden llegar a tener fallos de omisión de información, si perciben que las personas deberían cancelar mucho más y no lo hacen; de su parte no existe nunca un pronunciamiento o sanción, pues el perder a los clientes es un claro desincentivo para la competencia por mantener mayor número de afiliados; en caso de convertirse en una generalidad, otras personas en las mismas condiciones podrían huir de sus filas. En un caso como el citado atrás las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no tiene ninguna pérdida de ingresos pues ellos dependen enteramente de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) que cubre el Estado en su totalidad en caso de requerirse.

Las anteriores causas de evasión generan inestabilidad en la financiación del sistema, pues los recursos del 1% de solidaridad no se recaudan; en la medida en que más personas se asocien en el régimen contributivo y los valores de las cotizaciones sean adecuados; rápidamente se presentara una fase de estabilidad y ampliación de la cobertura.

La información que se está manejando en el sistema no es la correcta en cuanto a ingresos y de ahí la evasión en el pago correspondiente a

cotizaciones. Son las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) quienes manejan los datos de sus afiliados, pero es la Superintendencia Nacional en Salud la encargada de vigilar las diversas ramas de la seguridad social; claro que existen otras superintendencias como: subsidio familiar, la bancaria y la de sociedades.

Se hallan al mismo tiempo otras entidades que afectan los ingresos laborales y manejan la información, como lo son; Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Cajas de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Hasta la fecha no existe entre ellos “procesos de o mecanismos claros de trabajo en conjunto para la utilización de la información básica (que sea igual para todas) que permita hacer más eficiente y creíbles las labores de vigilancia y control sobre la afiliación y el pago de aportes”⁶⁸.

Las consecuencias de mantener procesos duplicados se transforman en ineficiencias en el recaudo pero a causa de malos manejos en la información; una mayor claridad se obtiene, si en el manejo de la información se vincula a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) ya que esta entidad tiene amplia trayectoria y experiencia en manejar datos de ingresos de las personas.

En la evidencia que mostramos hasta hace poco el modelo colombiano de seguridad social en salud es de carácter mixto, pues coexisten agentes públicos y privados; los recursos provienen del presupuesto nacional y de los aportes obligatorios para mantener el paquete básico de atenciones de la totalidad de la población. El pago de los

⁶⁸ PLATA, Beatriz; GIEDION, Ursula; MORALES, Gonzalo; BLOOM, Eric. (1999). Op. Cit., Pág. 39.

proveedores a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se realiza por capitación, y para las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), sean publicas o privadas, se retribuyen por los servicios prestados.

La coexistencia de los dos subsistemas hace que se presenten “nuevas señales de mercado y formas de los comportamientos de los agentes prestadores. Surgen nuevas formas de “selección adversa” y de “subsidio cruzado” entre ambos, que no eran enteramente importantes en modelos enteramente públicos⁶⁹”. Los inconvenientes de selección por parte de prestadores privados se pueden suprimir en la medida que los sistemas de información se mejoren evitando que se aislen los afiliados que presentan menor rentabilidad por tratarse de enfermos con tratamientos costosos. En estas circunstancias los aseguradores del régimen subsidiado son los encargados de absorber la población excluida acarreado los mayores costos y se pasaría a formar un modelo dual de prestación de servicios de salud, con amplias ventajas para los prestadores privados.

Hasta este momento se ha tratado de presentar la estructura del sistema de salud desde la concepción legal, también la forma como se financia; pero como podemos apreciar en el interior del subsisten agentes que se relacionan por características de mercado competitivo y por ello se hace necesario ahondar las relaciones que puedan tener los distintos componentes con el entorno en el que se desenvuelven, tratando de vincular más componentes que puedan potencializar el sector y proyectarlo en un sentido que genere más eficiencia y calidad.

⁶⁹ Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. (1997). OP. Cit., Pág. 32.

CAPITULO 3. ANALISIS AL CLUSTER DEL SECTOR SALUD

El análisis del cluster se basa principalmente en el reconocimiento del entorno en el que participa una empresa. Es importante por que expande la visión microeconomica en la que la empresa es el núcleo de análisis; pero lo que se analiza es la interacción de la empresa con su entorno (instituciones, empresas rivales, proveedores y consumidores) y por su puesto con sigo misma.

En la practica la consolidación de un cluster se fundamenta en la promoción de acuerdos que guiados por un objetivo básico intentan aumentar la competitividad del sector y el tamaño de su participación en el mercado. No se trata pues de un proceso de caracterización de lo que hay para potenciarlo, pues simplemente el seguir haciendo lo mismo no genera ninguna dinámica de desarrollo. Se trata más de un movimiento empresarial con una visión de futuro de las ramas atractivas para invertir, esperando que con el transcurrir del tiempo y las amplias ventajas acumuladas, conviertan al sector en adelantado tecnológicamente o “descollante”.

En la propuesta hecha por Porter (1991) existe una coordinación entre la cadena de valor que es la que se realiza al interior de la empresa y el sistema de valor que es una estructura más amplia, es ahí el ámbito donde se desempeña la empresa. Pero la pregunta que inquieta a este autor es el porqué las empresas triunfan, a esa inquietud responde entonces; con la particularidad que crea la ventaja competitiva, que se entiende más fácilmente en el diamante que forman los cuatro determinantes genéricos. Por tal razón el análisis de la cadena o sistema de valor, es netamente

descriptivo; solamente descubriendo la fuente de la ventaja y potencializándola en el entorno se dará paso a la consolidación del cluster.

El movimiento sinérgico del sector es el que logra la transformación en competitivo y hace sustentable las ventajas que se generen, las cuales serán de orden inferior o avanzadas, dependiendo que tan sustentables sean los impulsos de desarrollo que generen en la localidad donde se infunden.

Tal y como se presento en el capitulo precedente, se percibe un distanciamiento entre lo que es el sistema sector salud en Colombia y el hecho de que pueda ser analizado desde una estructura de cluster. Si bien el sector es bastante extenso⁷⁰ y sus actores presentan sendos problemas para coordinarse; también existen impedimentos como el hecho de tratarse la salud de un bien meritorio y su mercado ser altamente regulado por el gobierno (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud y respectivas agencias territoriales) queda entonces contrariado el deseo de libre mercado expresado por Porter⁷¹ como decisivo en el momento de expandir el mercado al extranjero.

Pero la legislación en salud lo define como un sector en el que actúa una competencia regulada, lo cual posibilita la aparición de importantes espacios

⁷⁰ Mimeo. VÁSQUEZ, Caro Mauricio. Ensayo Metodológico. Reflexiones sobre el Proceso para la consolidación de cluster de medicina en Medellín. Centro de Ciencia y Tecnología de Antioquia. Pág. 4. En primer lugar se trata de un sector de gran tamaño y altísima complejidad, por el numero y la alta diferenciación de actores que intervienen... Se debe mirar como un cluster de clusters de servicios e industriales.

⁷¹ PORTER, Michael E. La Ventaja Competitiva de las Naciones. Buenos Aires-Argentina: Vergara, 1991. La política gubernamental a nivel estatal, provincial y/o local desempeña un papel de gran importancia a la hora de conformar la ventaja nacional.(Pág. 57). Los gobiernos, por su parte, deben marcar la meta apropiada, o productividad, para el logro de la prosperidad económica. Debe esforzarse por establecer sus auténticos determinantes, tales como los incentivos, esfuerzos y competencias, que no las opciones tentadoras pero habitualmente contraproducentes de las subvenciones, la desmedida colaboración y la protección “temporal” que tan frecuentemente se preconiza... La internacionalización y la eliminación de la protección y de otros factores de distorsión de la competencia es perfectamente razonable decir que si en algo han afectado a las naciones ha sido para hacerlas más importantes”. Pág. 59.

para la utilización y conformación de cluster. Además la salud es un sector que basa su desarrollo en la ampliación de las barreras del conocimiento y tecnología; se hace entonces conveniente organizar esos procesos para seleccionar y potencializar los más adecuados para hacer mejores propuestas en la innovación del sector. Se hablaría en términos generales que en la salud actúan dos procesos de desarrollo; por un lado la posibilidad de garantizar una mejor vida a los ciudadanos de una región o país lo que redundaría en beneficios para todos; de otro lado el desarrollo en si mismo que puede sufrir el sector como proponente de tecnología o generador de servicios y conocimiento.

“Seguramente el conocimiento científico es importante pero lo puede ser mucho más el mercadeo, la consolidación tecnológica a través de tecnologías blandas relativamente simples, o formación profesional y capacitación laboral”⁷². Estos campos antes descritos harán muy fértil cualquier análisis en la salud y las interrelaciones que se pueden formar de su coexistencia en el cluster.

Existe otra particularidad en el cluster de salud y es que si bien en su mayoría expresa la prestación de servicios, no todos los productos que allí se forman lo son; al interior también se pueden apreciar industrias que llegan a ser muy fuertes en todo el mundo como lo son la farmacéutica y equipos médicos. Esta tendencia a consolidar empresas de orden transnacional pone en desventaja el deseo de desarrollar un sector como la salud, pues las fortalezas actuales y siguiendo la observación del caso de Medellín, lo llegan a ser cadenas productivas de textiles como insumos para hospitales o en alguna medida la generación de medicamentos genéricos⁷³.

⁷² Mimeo. VÁSQUEZ, Caro Mauricio. Op. Cit., Pág. 4.

⁷³ *Ibíd.*

Teniendo muy en cuenta la experiencia del cluster de medicina de Medellín, se concibe como un deseo por sacar provecho en la mejora continua de la salud, desprendiéndose de la concepción según la cual hay que fortalecer las cadenas productivas ya existentes; por la idea que hay que visionar las futuras fuentes de ventajas competitivas más avanzadas y sustentables dadas las condiciones actuales, para garantizar un mayor desarrollo del sector; teniendo como objetivo producir bienes con mayor valor agregado y reconocidos a nivel mundial. Pero partiendo de una concepción bien aterrizada en la que hasta el momento lo más importante en el sector ha sido la adquisición de tecnologías, más no la producción de las mismas.

Siendo conscientes de la tendencia de la industria médica con visión globalizadora y dada la importancia de la medicina al interior de la economía nacional, respaldada por tan amplia legislación que busca la equidad y eficiencia a la hora de producir este bien. La propuesta busca disminuir la brecha entre importaciones y exportaciones, siendo mayores las primeras; en la actualidad atendiendo a un proceso liderado por los actores que intentan guiar el sector para superar el atraso en el que se halla y siendo conscientes que se lograra ese fin con la incorporación en el transcurso del camino de mayor valor agregado, generado por la innovación y el cultivo del conocimiento. “En conclusión, el cluster puede entenderse como una política empresarial que procure generar organización competitiva de las firmas en las regiones; creando, en el proceso, una cultura que exprese la búsqueda clara del desarrollo”⁷⁴.

Llega el momento de puntualizar sobre los determinantes básicos de la ventaja competitiva, para alcanzar a distinguir en que circunstancias o espacios se halla la fuente que puede generar toda una dinámica de crecimiento del sector. Viene entonces a continuación un intento por

⁷⁴ *Ibíd.* Pág. 11.

encausar el complejo mundo de la salud en el esquema del “diamante de Porter” donde, se plasman las percepciones que se han acumulado en el transcurso del trabajo.

3.1 LAS CONDICIONES DE LOS FACTORES:

Comprendamos algo acerca del estado en que se encuentran los insumos necesarios para hacer funcionar el sector salud; antes de entrar a una clasificación de las múltiples que se pueden hacer recordemos algunas apreciaciones importantes de los factores y la manera como inciden en la formación y mantenimiento de la ventaja competitiva (Ver Capítulo 1).

Entre los manejos que el gobierno realiza en la formulación de políticas, ordinariamente se da la posibilidad de exaltar o reprimir la formación de ventajas e incentivos para la utilización de factores en busca de su adelanto. En modelos como el de la salud en Colombia se abre paso de un largo letargo; en el que se esperaba que el gobierno generara mediante irrupción en el ámbito cotidiano, buscar el perfeccionamiento de factores con que se producía; pero sus esfuerzos tan solo alcanzaban a mantener estándares de producción de factores y educación de los trabajadores; en un entorno así la investigación no encuentra incentivos.

En las condiciones actuales encontramos que desde hace pocos años, se ha dado paso para la creación de centros de investigación privados y con resultados a pesar de ser prematuros muy buenos⁷⁵. Este tipo de actividades puede generar una gran fuente de ventajas muy positivas en recursos sustentables o de características avanzadas.

⁷⁵ PORTER, Michael E. (1991). OP. Cit., Pág. 123. “En Dinamarca, por ejemplo, hay dos hospitales que se especializan en el tratamiento de pacientes diabéticos y en la realización de investigación aplicada a la diabetes. Son propiedad de los dos fabricantes daneses de insulina que lideran este sector a escala mundial: Novo Industri y Nordisk Insulin”.

3.1.1 FACTOR INFRAESTRUCTURA: Para iniciar la precisión de las existencias en el cluster de salud es conveniente referirse a la infraestructura con la cual se prestan servicios médicos. Antes de la reforma de la Ley 100 de 1993, existían hospitales públicos y privados según la fuente de su financiación; a partir de entonces la red pública ha afrontado una profunda reestructuración e intentado cubrir sus costos con la prestación de servicios, hecho que hasta el momento no ha sido posible realizar en su totalidad; por “la permanente existencia de estructuras burocráticas, rígidas, centralistas (frecuentemente identificados del conjunto de la administración pública), han sido un obstáculo muy importante para la modernización del sector y de sus modelos de gestión”⁷⁶.

Entonces apreciamos un despropósito para que los hospitales públicos presten servicios, a no ser que se encuentren en lugares en los que son los únicos oferentes y dada la baja disposición de camas los usuarios acuden a ellos; pues los pacientes que no tienen entera libertad para escoger su prestador de servicios como ésta promulgado en la Ley 100 de 1993, y son impuestos por las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Otra alternativa en busca de aprovisionar los servicios médicos adecuados a la población, es la iniciada por las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) que han suscrito contratos de exclusividad con algunas de las antiguas clínicas privadas o simplemente construyeron otras instituciones prestadoras de servicios para que sufraguen sus necesidades más elementales; es decir ellos mismos prestan los servicios en los casos en los que las intervenciones

⁷⁶ GIACOMETTI, Rojas Luis Fernando. La Empresarización de los Hospitales Públicos. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Bogotá. No. 7 (Agosto 2000); Pág. 6.

no son tan costosas, como incentivos para reducir los costos operativos de sus gestiones.

Queda entonces claro que difícilmente a los antiguos hospitales públicos llegaran pacientes, a menos que los tratamientos que incurran sean de demasiada complejidad; si llegan a reclamar los servicios, no serán prestados idóneamente por presentar un desbalance en sus cuentas, entonces los pacientes serán presa de las carencias en equipos. Lo que es peor el personal también sufre desmotivación por no apoyar adecuadamente su labor, hecho que se refleja en los salarios y prebendas laborales que no se cancelan con oportunidad.

Ahora se percibe otro panorama de los hospitales publicos, que continúan manteniendo sus mismas instalaciones, atendiendo a personal vinculado y se les trata con precariedad e irresponsabilidad en la puntualidad del pago por los servicios prestados por parte de los Entidad Prestadora de Salud (EPS) y el gobierno nacional y local. Por eso es importante incentivar los cambios de los hospitales en entidades más corporativas y autogestionadas, para ello debe garantizarse elementos como; las autoridades territoriales de la salud deben dar autonomía en el manejo del presupuesto que debe dejar de ser histórico y plantearse como de consecución de objetivos, proponer iniciativas para actuar como oferentes de servicios y no como agentes que provisionan a la población de salud, controlar la demanda de servicios (lo que los usuarios desean de la institución) e igualmente la oferta (las calidades y eficiencias con que se prestan los servicios).

También es conveniente dotar los hospitales publicos con personería jurídica, esquemas organizativos, fortalecer las juntas directivas para que la sociedad civil decida sobre el funcionamiento y cultivar la cultura empresarial para hacer más efectiva la inserción al nuevo panorama en que se desempeña la

salud. ***“la empresa pública inmersa en este nuevo entorno, deberá empeñarse en demostrar que desde lo público el paradigma de la eficiencia es posible sin detrimento ni de la equidad ni de su orientación social, como elemento de política redistributiva dentro de la sociedad”⁷⁷.***

Para evitar que se siga atentando contra la excelencia en la prestación de servicios tal como es el caso del Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV), en el cual se presentan resultados nada desalentadores, presuponiendo las dificultades con las que cuenta el centro asistencial, los indicadores arrojan mejores cifras que el total nacional:

CUADRO 5. Evolución de la eficiencia técnica y calidad comparativo 2002-2003 ESE Hospital Universitario Ramón González Valencia.

Eficiencia Técnica	2002	2003
% Ocupacional	79,50%	81,33%
Promedio día estancia	5,4588044	5,2795052
Giro cama	26,317055	27,925079
Calidad	2002	2003
Mortalidad menos de 24h	3,62%	3,39%
Mortalidad perinatal menosde 28 semanas	4,08%	2,93%
Mortalidad perinatal más de 28 semanas	0,00%	0,00%
Mortalidad materna	0,08	0,27
Mortalidad perinatal después 48h nacido	1,21	1,38
% Cirugía canceladas	4,77%	5,78%
% satisfacción usuario	69,12%	85,00%

Fuente: Salud con alto nivel científico nuestro servicio, 30 años HURGV. Vanguardia Liberal. 29 de Agosto 2003. Pág. 2B.

⁷⁷ Ibíd. Pág.6.

CUADRO 6. Análisis comparativo de los indicadores de producción, eficacia y calidad en la ESE Hospital Universitario Ramón Gonzáles Valencia. Años 2002 y 2003.

Producción, Eficiencia y Calidad		2002	2003
A	Nro. Camas	444	423
B	Nro. Egresos	23.856	23524
C	Nro consultas Externas	47.669	43.722
D	Nro. Consultas Urgencias	29.907	30.174
E	Nro. Cirugías	12.672	10.948
F	Nro. Partos	3.739	3.672
G	% ocupacional	80	81
H	Promedio día estancia	5,4	5,3
I	Giro cama	53,70	55,60
J	% Cirugías canceladas	5,02	5,07
**	% Mortalidad Intrahospitalaria	3,01	3,10
L	% Infecciones Intrahospitalaria	3,79	3,10
M	% Partos por cesárea	48,16	46,5
N	% Egreso por parto vag.	8,12	8,34
O	Funcionarios por cama disponible	1,88	1,98
P	Funcionarios plan de cargos	837	837

Fuente: Salud con alto nivel científico nuestro servicio, 30 años HURGV. Vanguardia Liberal. 29 de Agosto 2003. Pág. 2B.

Se menciona que las cifras que presenta el HURGV en sus indicadores de eficiencia y calidad son buenas respecto al nivel nacional, dado que estas, en cuanto a los funcionarios disponibles por cama son de 2,6 a nivel nacional mientras que como se aprecia el valor correspondiente en la institución es de 1.98, la mortalidad intrahospitalaria también halla descompensaciones que benefician al hospital pues son del 3,1% y a nivel nacional es de 4,74%; pero también sucede lo mismo en el caso de las cirugías canceladas que en el

HURGV son de 5.07% al nivel nacional se maneja un promedio de 12,79%⁷⁸. Hechos que ponen de manifiesto que la gestión y eficiencia del hospital son buenas respecto al total nacional dados los recursos que se manejan no son los ideales.

La comprobación de la excelente labor llevada a cabo por el centro asistencial la demuestran sus indicadores, el reconocimiento de la eficiencia en su prestación de servicios garantizo un 78% de pacientes satisfechos. En el año 2001 la satisfacción del usuario fue de 75%, y en las tres principales áreas fueron; urgencias 91,5%, hospitalización 91% y servicios ambulatorios 89%⁷⁹.

Al apreciar los múltiples papeles en los que el hospital apoya al sector, se encuentra la disposición de practicantes con el deseo de formar mejores calidades en los profesionales del ramo y la labor no es poca si se tiene en cuenta que; las salas de medicina interna y cirugía, las sub-especialidades de hepatología, neumología adultos y pediatría, endocrinología pediátrica, oncología ginecológica y pediátrica, ginecología, preanestesia, gastropediatría y nefrología pediátrica, están a cargo en un 100% del personal de la Escuela de Medicina. La ortopedia y cirugía general llevan en promedio una asistencia de las escuelas del 86% y 89%, medicina reproductiva y ginecología 81% de los procedimientos esta dado por la relación docente-asistencial⁸⁰.

Cabe entonces recordar los inconvenientes de financiación que sufre el órgano prestador de servicios y que en voz de su gerente se debe al no

⁷⁸ Cifras de nivel nacional tomadas de JARAMILLO, Sofi. Viabilidad del HURGV Está en Veremos. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (19, Julio,2003). No. 29682. Pág. 4A.

⁷⁹ PATIÑO, José Félix. (Coordinador). Foro Permanente Sobre la Calidad de Atención de la Salud. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Colombia, 2002. Pág. 101.

⁸⁰ Ibíd. Pág. 100.

reconocimiento “de todo lo facturado por parte del Estado a nivel nacional y regional produce un desequilibrio, que sumado a la cartera morosa afecta su sostenibilidad, aún así tenemos la misión de seguir garantizando salud a la población”⁸¹. Debido a los problemas de solvencia se encuentra constantemente a los empleados luchando por reivindicación laboral, y pago oportuno de sus mesadas (Anexo 5).

Para continuar referenciando hechos de similares características como; el paro en el que se peleaba contra las política nacional y falta de compromiso del gobierno a pagar los dineros que los hospitales facturan y los recursos correspondientes a rentas cedidas⁸², y los escándalos que envuelven al centro asistencial, como la acción de cumplimiento instaurada por Anthoc con el motivo “del incumplimiento en el pago de los dineros facturados el año inmediatamente anterior por concepto de atención a vinculados de \$22 mil millones; pese a ello el convenio con la Secretaria de Salud Departamental sólo fue por poco más de \$16.400 millones la figura fue colocada por una suma de \$5 mil millones de pesos adeudados; los recursos destinados para tal rublo en la vigencia anterior son de \$9 mil millones”⁸³.

Remembrando está otra crisis por el embargo a las cuentas del HURGV por la deuda de \$700 millones a la entidad Cooperativa Multiactiva de la Salud (Coomultrasalud)⁸⁴ estos y otros problemas influyen para que se ponga en

⁸¹ Salud con alto nivel científico nuestro servicio, 30 años HURGV. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (29, Agosto, 2003); Pág. 2B.

⁸² ARDILA, Rueda Euclides. Alerta Amarilla por el Paro de la Salud. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (29, Abril, 2003). No. 29602; Pág. 5A. se demuestra que durante los tres primeros días de paro se suspendió el 70% de las cirugías en los hospitales de la región. CARVAJAL, Orlando. El Paro de la Salud Termino en Veremos. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (1, Mayo, 2003). No. 29604; Pág. 5A. anuncia que el día anterior se suspendieron todos los servicios de consulta externa y cirugía programada, así como los servicios de cirugía programada, en la jornada se dejaron de atender entre 400 y 500 pacientes.

⁸³ JARAMILLO, Sofi. Anthoc Instauro una Acción de Cumplimiento Contra el Estado. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (3, julio, 2003); Pág. 4A.

⁸⁴ JARAMILLO, Sofi. Embargo a Cuentas del HURGV Agrava la Crisis. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (28, Mayo, 2003). No. 29630; Pág. 4A.

duda la viabilidad del HURGV “los más de \$8 mil millones de la presente vigencia que por concepto de atención a pacientes pobres le adeuda la Secretaria de Salud Departamental, y los \$5 mil millones que le deben las ARS en liquidación. Existen otros deudores como las entidades del Estado que le adeudan \$28.500 millones, la cartera jurídica con las ARS asciende a los \$1.000 millones, las EPS le deben más de \$1.400 millones; mientras Fisalud le adeuda, por concepto de atención a desplazados y accidentes de tránsito, cerca de \$2 mil millones”⁸⁵.

Al finalizar el año 2003 el hospital presenta un mal estado financiero ya que la entidad acumula \$14 mil millones en deficit, distribuidos en \$2 mil millones en deficit presupuestal y \$12 mil millones que le adeuda el Gobierno Nacional por concepto de atención a vinculados; la situación no puede ser peor pues se le debe a los 800 empleados el sueldo desde Noviembre y 150 de ellos que trabajan por contrato se acumulan 10 meses sin recibir salario⁸⁶.

Aun que el panorama del hospital universitario de la ciudad es preocupante y los esfuerzos por darle solución a los problemas no se vislumbran; el agravante es que la misma situación la sufren las otras instituciones del área claro que existen algunas pequeñas muestras de voluntad para solventar la crisis como el caso de giro al Hospital San Juan de Dios de Piedecuesta con el aporte de \$300 millones que servirán para aliviar las deudas con sus empleados que ya llegan a \$1.700 millones⁸⁷.

Pero el aporte antes mencionado no representa mucho, dado que es este centro asistencial es el que tiene más dificultades en el total del Area

⁸⁵ JARAMILLO, Sofi. (19, julio, 2003). Op. Cit., Pág. 4A.

⁸⁶ LIZARAZO, Rosalba V. HURGV termina el año “con saldo en rojo”. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (20, Diciembre, 2003). No. 29836; Pág. 4A.

⁸⁷ Min-Protección destino \$550 millones a la salud. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (24, Octubre, 2003); Pág. 11A.

Metropolitana pues las deudas a febrero del 2003, se comportaban de la siguiente manera; trabajadores y pensionados les adeudaban \$1.089 millones, a los empleados de planta les debían un total de \$647,943 millones, por concepto de sueldos, además de los \$144,936 por concepto de primas de diciembre desde 1999 hasta el periodo actual; con los pensionados, 34 en total, el saldo es de \$261,224 millones. A los proveedores, por su parte, las deudas ascendían a \$2.148,539 millones⁸⁸.

Diferente no es la situación afrontada por el Hospital San Juan de Dios del municipio de Girón en el cual se desempeñaron deficiencias en el desarrollo del Plan de Atención Básica y el Plan de Promoción y Prevención, la cual le hizo regresar 47 millones no invertidos, de esta manera se menciona que las coberturas de vacunación no alcanzan el límite impuesto por el gobierno nacional que son el 96% y solo llegan al 60%; la secretaria de salud decidió recortar el presupuesto de la institución de \$456 millones a \$396 millones⁸⁹.

Entre los números del hospital de Girón se halla saldo en rojo de 400 millones a febrero del 2003, por incumplimiento con los empleados, proveedores y obligaciones parafiscales. El centro asistencial cuenta con 22 camas funcionando y presenta una ocupación diaria de 10 o 15 pacientes, lo que significa una ocupación del 50%⁹⁰.

Los procesos de auditorias también registraron graves faltas en el manejo de recursos en la institución pública de Girón “el incumplimiento en el pago de aportes parafiscales por el orden de los \$208,598 millones, así como el traslado de \$41,322 millones, por concepto de estampillas pro-UIS, Pro-

⁸⁸ Cifras Tomadas de JARAMILLO, Sofi. Critica Radiografía de los Hospitales del Area. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (3, Febrero, 2003); Pág. 4A.

⁸⁹ Jalón de Orejas para el Hospital. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga (7, Mayo, 2003). No. 29609; Pág. 6A.

⁹⁰ Cifras tomadas de JARAMILLO, Sofi. (3, Febrero, 2003). Op. Cit., Pág. 4A.

Desarrollo y Pro-Hospitales, son entre otras las irregularidades encontradas por la Contraloría General y Departamental⁹¹ por mencionar algunos de los episodios documentados recientemente forman parte de la difícil situación que se desempeñan los hospitales públicos. En parte también se puede justificar que desprendido de estos escándalos la imagen de las Empresas Sociales del Estado (ESE) no es la mejor ante la comunidad que prefieren ser atendidas por las instituciones que manejan una buena impresión ante el público perdiendo así potenciales pacientes.

El único Hospital que es ejemplo de buena administración y refleja buenos indicadores es el Hospital San Juan de Dios de Floridablanca, que se encuentra al día con las obligaciones de los empleados que suman 153 en la nómina; tampoco tiene deuda con sus proveedores y han aumentado considerablemente su facturación; si en el 2000 la facturación era de \$48 millones mensuales hoy llega a los \$450 millones, refleja entonces en sus indicadores de producción mejoras con las cirugías realizadas que paso de 50 o 60 en cada mes en el 2000, a ofrecer 400 en la actualidad; los niveles de ocupación actual son del 80% y 85% y en el 2000 tan solo superaban el 22%. Todo por que mejoraron el clima organizacional y basaron su desempeño en metas y objetivos⁹².

Pero lo que más preocupa en estos hospitales antes públicos son las garantías que se les prestan a los posibles usuarios de sus instalaciones y basado en la demora en la atención de sus reclamos, aplazamiento de las cirugías, mal ambiente de trabajo entre quienes ofrecen servicios a la población, pues no se hallan en un ambiente laboral adecuado y sin contar los casos de mala administración de los recursos que se han presentado en algunas instituciones. Esto hace concluir que el panorama de las Empresas

⁹¹ VILLAMIL, Liliana. Contraloría Hallo Malos Manejos en el Hospital. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (13, Abril, 2003); Pág. 10A.

⁹² Cifras tomadas de JARAMILLO, Sofi. (3, Febrero, 2003). Op. Cit., Pág. 4A.

Sociales del Estado o Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud de origen público están en desventaja, a la hora de atender la demanda que se creó en la implementación de la Ley 100 de 1993.

De otro lado se aprecia la construcción de pujantes edificios donde aparecen verdaderos complejos industriales en materia de salud donde se impulsa la investigación y constantemente se incentivan actividades académicas para el mejor conocimiento de los adelantos que ocurren en el mundo; en primer lugar conoceremos algunos de las cifras del Complejo Médico Fundación Oftalmológica de Santander Clínica y Centro Médico Carlos Ardila Lülle (FOSCAL) con aproximadamente 45 mil metros cuadrados en cuatro torres, el más grande complejo médico asistencial de la región con 180 especialistas y más de 700 empleados en el área administrativa, médica, asistencial y de servicios. los ingresos están distribuidos de la siguiente manera 80% del régimen contributivo, el 2% régimen subsidiado, 5% medicinas prepagadas, 8% regímenes especiales como ECOPETROL, Policía, Ejército, maestros y el 5% pacientes particulares⁹³. Además se cuentan con otras cifras que testifican la importante labor que se ha desempeñado por la fundación y el aumento en la prestación de servicios:

⁹³ Cifras tomadas de Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (16, Mayo, 2003). N° 29618; Sección D.

CUADRO 7. Actividades de Salud FOSCAL 1993-2002.

Actividad	1993	2002	Crecimiento %
Consulta Medica Externa	33.380	207.006	520,1
Consulta Medica Urgencias	3.703	71.250	1.824,1
Procedimientos Quirúrgicos	4.455	14.055	215,5
Procedimientos No Quirúrgicos (sala de Cirugía)	166	1.223	636,7
Egresos Hospitalarios	2.927	9.911	238,6
Días cama Utilizadas	8.139	42.539	422,7
Cesáreas	32	862	2.593,8
Partos	69	1040	1.407,2
Egresos UCIA	163	463	167,5
Egresos UCIP	103	204	98,0
Puvaterapia Sesiones	144	833	478,5
Litotripsias	196	331	68,9
Resonancia Magnética	890	1846	107,4
Teleterapias	209	831	297,6
Braquiterapias	61	377	518,0
Quimioterapias Sesiones	109	2.049	1.779,8
Endoscopias (video)	717	2.440	240,3
Angiografias	1.363	2.611	91,6
Biometría	1.704	2.608	53,1
Campimetria	1.900	4.038	112,5
Ecografia Ocular	626	1095	74,9
Fotografia-Ocular	399	795	99,2
Electroretinograma	149	162	8,7
Potenciales Visuales Evocados	140	241	72,1
Láser Ocular	1.553	2.001	28,8
Rehabilitación Baja Visión	389	1.173	201,5

Fuente: Vanguardia Liberal. (16, Mayo, 2003). Nº 29618; Sección D.

CUADRO 8. FOSCAL en Cifras: Capacidad Instalada.

Servicio	Actividad Instalada	Año 2003
Hospitalización	Camas	150
	Egresos Mes	820
	% Ocupación	80
UCI	UCI Pediátrica	7
	UCI Adultos	6
	Total UCI	13
Cirujía	CAL	9
	FOS	5
	Total Quirófano	14
	Cirugías Mes	1300
Urgencias	Consultorios	7
	Unidades de Observación	18
	Consultas Mes	6000
Sala de Partos	Partos	85
	Cesáreas	65
Consulta Externa	Consultorios Medicina General	33
	Consultorios Oftalmología	13
	Unidades Odontología	12
Promoción y Prevención	Consultorios	13

Fuente: Vanguardia Liberal. (16, Mayo, 2003). No. 29618; Sección D.

También se aprecian logros en materia de nuevos procedimientos como el particular de cirugía intrauterina practicado en la Clínica Carlos Ardiila Lülle que adelanto el doctor Carlos Becerra para evitar el síndrome de transfusión fetal⁹⁴. Entre otros los reconocimientos que ostenta la FOSCAL es que es adelantada en materia de procedimientos que comprometen alta tecnología y por ello encontramos tratamientos como; la cirugía Excimer Laser, avance científico de la oftalmología para corregir defectos visuales como la miopía,

⁹⁴ JARAMILLO, Sofi. Santander, Pionero en Cirugía. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (3, Mayo, 2003). No. 29605; Pág. 4A.

hipermetropía y astigmatismo. Esta tecnología de alta precisión y seguridad, ha permitido obtener excelentes resultados de corrección total de los defectos en muchos pacientes; los que presentan otro tipo de problemas más complicados se les aplica otras técnicas quirúrgicas avanzadas que permiten ofrecer corrección a quienes presenten defectos muy altos con la combinación de dos procedimientos: la implantación de un lente intraocular especial más el Excimer Láser. Con estas técnicas se han tratado exitosamente más de 11 mil casos en pacientes nacionales y extranjeros.

Otro tipo de tratamiento ofrecido es el del centro de cáncer, radioterapia, quimioterapia hospitalaria o ambulatoria, hepatología y cirugía de cáncer. Así mismo la medicina nuclear (gamagráficos produce imágenes funcionales que permiten detectar muchas enfermedades no percibidas por otros métodos diagnóstico); laboratorio clínico, banco de sangre, S.E.R. con un grupo interdisciplinario de profesionales, se ha conformado un centro de estudios y tratamiento de parejas infértil, realizando procedimientos de ayuda.

En este servicio también se realizan estudios de Genética Prenatal, cuyo objetivo es hacer el diagnóstico precoz de las alteraciones del feto. Además servicios en problemas de síndrome genéticos, manejo de pacientes con problemas de abortos recurrentes y pruebas de paternidad.

Adicionalmente los componentes como neurocirugía, cuentan con tecnología neuroquirúrgica: microscopio neuroquirúrgico multifuncional, aspirador ultrasónico, equipo para cirugía estereotáxica, instrumental de microcirugía neuroendoscopio, equipo de fresado de alta velocidad, Neuroanestesiología, soportes especiales de cabeza y columna, neurointensivismo. Complementando todo el paquete tecnológico que conforma la FOSCAL también aparece el interés por ayudar ala comunidad y por ello impulsan en la actualidad el programa de “Salud Integral Siglo XXI”. Este programa ha

sido diseñado con el objetivo de crear un sistema integrado de servicios generales de salud con proyección comunitaria, con el fin de brindar al beneficiario diferentes alternativas de atención. Es líder en la región y tiene en la actualidad alrededor de 100 mil afiliados residentes en Bucaramanga y el Departamento de Santander, sur del Cesar, sur de Bolívar, Pamplona y demás provincias del Norte de Santander, favoreciendo a sus habitantes y ofreciendo servicios profesionales en las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Gracias a la colaboración existente entre FOSCAL y otras instituciones internacionales se puede mantener los estándares de calidad que benefician a toda la comunidad; entre las instituciones vinculadas esta, Sight Saver International-SSI: Apoya al Centro Oftalmológico Latinoamericano de Recursos Informáticos en Salud - Colaris. Christoffel Blindenmission - CBM: Apoya el programa Unidad Móvil Oftalmológica UMO, al Curso Internacional de Entrenamiento en Salud Ocular Comunitaria-PROVISION, Programa Escolares, al Centro Oftalmológico Latinoamericano de Recursos Informáticos en Salud - Colaris y al Programa de Catarata. ICEH: Apoya económicamente al Centro Oftalmológico Latinoamericano de Recursos Informáticos en Salud - Colaris y al Curso Internacional de Entrenamiento en Salud Ocular Comunitaria - Provisión. Rotterdamse Vereniging Blindenbelangen: apoyan el programa de Baja Visión. Entre otros son las ayudas para que el común de la población tenga acceso a mejores estándares de calidad e vida.

Pero al mencionar los alcances realizados por una institución en materia de investigación es tal vez la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano quien se toma los honores; en sus instalaciones cuenta con “138 camas, de las cuales 26 son de cuidados intensivos y doce de cuidados intermedios,

cuatro salas de cirugía, dos salas de hemodinamia, una de electrofisiología. Esta dotada con equipos de alta tecnología y cuenta con equipo humano conformado por 360 empleados del área médica, asistencial y administrativa, y por 70 personas vinculadas indirectamente”⁹⁵. Es esta fundación en donde primero se adquirió la certificación internacional ISO 9001 de su sistema de calidad por el ente acreditador de la Bureau Veritas Quality International BVQI en Colombia, convirtiéndose en el primer hospital hispanoamericano en obtener este reconocimiento, con el fin de proporcionar a los clientes calidad en los servicios prestados. Esta certificación comprende el Diseño de Vías Clínicas y Gestión Hospitalaria para la prestación de servicios de salud en consulta externa, hospitalización, urgencias, medios diagnósticos no invasivos, cardiología clínica, hemodinamia e intervencionismo, electrofisiología, rehabilitación cardiovascular, prevención, cirugía cardiovascular, cirugía de tórax, cirugía vascular periférica, anestesiología y clínica de dolor en pacientes adultos y niños. Igualmente el Centro de Producción de la institución dentro de su proceso de crecimiento y desarrollo institucional logró la certificación para el diseño, producción y comercialización de la línea de ropa quirúrgica, kits de insumos médicos y quirúrgicos y el servicio de esterilización para el sector hospitalario.

También existen grandes reconocimientos en el campo de la investigación y la excelencia en gestión que lo comprueban los reconocimientos a nivel nacional y Latinoamérica que realiza esta entidad (Anexo 6). Entre otras sedes particulares de las Entidades Promotoras de Salud (EPS); que representan verdaderos puntos de atracción en cuanto a sofisticación y buen manejo de las modernas tecnologías para que los clientes se sientan atraídos por los servicios que se pueden prestar.

⁹⁵ ¡Del Sueño a la Práctica!. En: Vía Salud. Gestión Calidad y Logros. No. 18, 2001; Pág. 19.

En total según los datos suministrados por la Secretaria de Salud Departamental para el año 2001 el numero de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) es de 1069 de las cuales el 77% se ubican en Bucaramanga, corresponde esta cifra a un monto superior de la oferta de lo que puede llegar a ser el valor en Piedecuesta y Girón.

CUADRO 9. Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) por municipio del Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. 2001.

Municipio	IPS	Participación
Bucaramanga	1.306	77%
Floridablanca	290	17%
Girón	40	2%
Piedecuesta	58	3%

Fuente: Secretaria de Salud Departamental, tomado del Diagnostico Componente Socioeconómico y Cultural Plan Integral de Desarrollo Metropolitano- Corplan.

CUADRO 10. Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) en el Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. por Tipo.

Entidad	publico	Privada	Mixta	Sin Datos	Total	Participación
Tipo 0:		4		12	16	1%
Tipo 1: Equipo diamonal	4	66	56		126	7%
Tipo 2: Consultorio	2	712	422		1.136	67%
Tipo 3: Puesto de salud	19	1			20	1%
Tipo 4: Centro de servicio de salud o Centro de salud	39	109	53		201	12%
Tipo 5: Centro de salud con camas	5	4		2	11	1%
Tipo 6: hospital o clinica	16	19	3		38	2%
Tipo 7: Centros de Diagnostico de Salud	1	61	1	24	87	5%
Tipo 8: Entidades de traslado de pacientes		1		2	3	0%
Tipo 9: Otros	12	21		23	56	3%
Total	98	998	535	40	1.069	100%

Fuente: Secretaria de Salud Departamental, tomado del Diagnostico Componente Socioeconómico y Cultural Plan Integral de Desarrollo Metropolitano- Corplan.

Descifrando lo que pueden representar las cifras encontramos una gran tendencia por los consultorios y centros de salud, pero ello no quiere representar que el grueso de la población acuda a más adecuada atención; pues el tipo de prestación que predomina en estos lugares es de carácter ambulatorio en sus tratamientos o diagnostico en su mayoría y sin tener que repercutir en la real oferta de camas que se están ofreciendo en el área; es decir que aunque ésta comprobado por las cifras que existe una gran cantidad de oferta de servicios médicos la tecnificación de estos no ésta aun certificada; conviene mejor de un estudio más riguroso en cuanto a la calidad eficiencia y productividad de la oferta de salud en el la localidad.

Algo bien conocido en la medicina es que la buena imagen que se proyecta y el buen nombre se mantiene, el negocio no sucumbirá; pues el paciente solo acude al centro hospitalario por una enfermedad y no tiene la posibilidad de estar seleccionando entre una gran cantidad de opciones, sino que elige donde primero es atendido. ***“El usuario percibe la calidad en términos de equipos médicos de avanzada e instalaciones de lujo. Como, debido a la asimetría de información, el usuario no tiene como evaluar la calidad técnica de un profesional o institución, su juicio se basa en criterios que indirectamente le den a entender que dicha calidad técnica es buena”***⁹⁶.

⁹⁶ CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. Medicina, Ética y Reformas a la Salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión medica. Bogotá: ECOE, 1999. Pág.57-58.

3.1.2 FACTOR RECURSO HUMANO: Ahora hay que considerar el más importante de los factores generadores en el Cluster de Salud del Area Metropolitana de Bucaramanga. La importancia que se le ha concedido en Colombia a mantener una oferta adecuada de personal que brinde salud a la población, no es tema nuevo y desde el inicio del Sistema Nacional en Salud en 1975 se creo la subdependencia de personal, ya para 1992 en el decreto 1849 nace el Consejo Nacional para el Desarrollo del Recurso Humano en Salud, coordinado por los sectores de educación, trabajo y salud, en el año de 1996 se reglamento la conformación de los Comités Departamentales. Pero en 1997 tras una evaluación se concluyo que eran demasiado grandes, se encontraban formados solamente en la mitad del territorio nacional y que enfrentaban diferentes conflictos de intereses. Esta es la prueba del interés generalizado por hacer seguimiento al crecimiento de la formación de recurso humano.

Las relaciones existentes entre la educación, fuerza de trabajo y el crecimiento economico se aprecian desde los trabajos de Theodoro Schultz y Gary Becker, aunque estos sin mayor trascendencia; hasta el surgimiento de los modelos de crecimiento endógeno donde el conocimiento ocupa un lugar importante pero este debe incorporarse a algo, sea un equipo, sea ala fuerza laboral, dando así, lugar al capital humano que se define como “la suma de las capacidades que tienen influencia sobre la producción y que están incorporadas a los individuos y a las colectividades: educación (conocimiento, capacidades y aptitudes generales), formación personal (conocimiento, capacidades técnicas), salud, virtudes de convivencia, etc.”⁹⁷

⁹⁷ ARGANDOÑA, Antonio y GOMEZ, Consuelo. Macroeconomía Avanzada II, Fluctuaciones cíclicas y crecimiento economico. Mc Graw-Hill. 1997. Pág. 412, citado por RUIZ, Fernando; CAMACHO, Salvador y OTROS. Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance Competencias y Prospectiva. Bogotá-Colombia: CEJA, 2001. Pág. 37.

De la anterior definición se puede inferir la importancia que presenta para la sociedad el tener recurso humano en salud lo más altamente calificado, debido a que podrán desempeñar con mejores posibilidades su labor en la sociedad que es brindar salud y también por la retribución a la mano de obra calificada que se considerablemente mayor según el grado de educación. Es decir que las retribuciones al recurso no son las únicos ingresos percibidos de la practica médica pues también existe unas fuertes externalidades positivas en el ambiente donde se actúa.

Al entrar a descubrir el comportamiento del recurso humano en el Area Metropolitana de Bucaramanga, este es el que da sustento a la gran afluencia de actividad medica en la región. Tal vez por lo agradable de vivir en la región, los privilegios que se poseen por tratarse de una ciudad intermedia o simplemente por que se forma con gran calidad al medico. Pero en Bucaramanga existe gran cantidad de médicos practicando y compartiendo también una creciente especialización de sus labores de acuerdo con ramas cada vez más técnicas de la profesión y los requerimientos de mayores niveles de educación.

Con frecuencia después adquirir la educación en el exterior los profesionales deciden no regresar por las mejores condiciones laborales que puede hallar en otros países; de lo anterior se resalta que en la medicina de la región tal y como ocurre en la tendencia globalizadora aparte de existir una fuerte movilidad del factor mano de obra, también se puede apreciar una creciente tecnificación por ramas de especialidad⁹⁸.

⁹⁸ PATIÑO, José Félix. (2002). OP. Cit., Pág. 95. De las 21 facultades de medicina existentes en 1992, se ha llegado a 46 en la actualidad (2002). Un incremento del 100% en una década, ha implicado una mayor demanda de servicios clínicos en los cuales desarrollar las actividades de formación de personal. Esto, sin señalar los requerimientos de algo más de cincuenta o sesenta programas de especialización en las áreas clínicas que existen en el país.

De otro lado la calificación técnica en nutrición y dietética, odontología, optometría, fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional, terapia respiratoria, enfermería y bacteriología, laboratorio clínico, diferentes instrumentadores y demás. También existe en la región con fuerte presencia y calidad. En un sector como la salud, la comunicación que se pueda desprender de la relación agente-principal donde el agente (el medico) diagnostica al principal (enfermo) con la asimetría de información que esta relación conlleva, pero que es muy importante y por ello se rescata que el tener doctores formados en la región tiene un alto valor para el desarrollo del sector, dados los ahorros en costos tras las facilidades para que exista una buena interpretación de los síntomas que presentan los enfermos y el diagnostico que no contrarié las costumbres locales. ***“La aceptación de indicaciones y los consejos médicos influyen en el grado de una utilización efectiva de los servicios, y estaría íntimamente relacionada con una buena comunicación y relación entre medico, enfermo y familia”⁹⁹.***

Uno de los retos a cada momento es presionar para que se avance en las especializaciones en las aulas. Por que si bien esta es una manera de alcanzar ventajas competitivas más desarrolladas, el solo hecho de tener personal de las más altas calificaciones significa que las ventajas llegaran a formularse más duraderas en el tiempo y constantemente se reforzarán, evitando ser derrumbadas por la técnica o la innovación.

⁹⁹ EISENBERG, J. M. Physician Utilization. The State of Research About Physicians Practice Patterns. Medical Care. 23:461. 1985, citado por DE LA REVILLA, Luis. Factores que Intervienen en la Utilización de los Servicios de Salud. España: DOYMA, 1991. Pág. 31.

CUADRO 11. Evolución de la oferta de profesionales en sector salud, Santander.

	Egresados en sector cantidades	Medicina egresados
1990	252	8
1991	464	95
1992	516	80
1993	515	69
1994	391	88
1995	462	95
1996	845	57
1997	609	69
1998	528	105
1999	367	213

Fuente: MALDONADO, Carlos y JIMENEZ, Edwin. La educación superior y el sector industrial en Santander en los noventa: Un análisis a través de indicadores como base para la formulación de una política de articulación regional. Tesis de grado. UIS. 2002.

El cúmulo de egresados en el sector es bastante fuerte, se ha incrementado en la década pasada y llega a posicionarse como el tercer renglón que produce profesionales en la región después de áreas como las ingenierías, y la economía y administración. Adelante presentaremos una explicación más concisa de por qué las apetencias de estudiar carreras relacionadas con la salud; aunque se resalta que en el periodo de cifras manejado las cantidades de egresados en el sector no varía considerablemente y el valor de aspirantes a estudiar la carrera de medicina si se incrementa de manera vertiginosa.

Con las transformaciones sufridas a raíz de la reforma a la salud se propicio un declive en el estatus de la practica medica, que se aprecia en la perdida

de la buena posición social que hasta ese momento mantenía (Ver Anexo 4), y que en adelante pasa a ser un recurso más en la cadena de la industria de la salud; el cual tiene que tomar conciencia que se encuentra en un modelo de empresa que incluye instituciones públicas como privadas y se enfrenta a “mayor demanda de la productividad de las instituciones ambulatorias y hospitalarias donde trabaja, para lo cual no fueron educados en sus instituciones educativas”¹⁰⁰. Los descensos en la importancia de la carrera medica lo han sufrido en su mayoría quienes a diario ven mediadas sus decisiones por las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS), por el aseguramiento, un complejo proceso de contratación publico privado y un sistema jurídico con cada vez mayor injerencia. Se comprueba estos hechos con “la imposición de protocolos administrativos y económicos (protocolos de manejo) que van más allá de los limites del ejercicio profesional”¹⁰¹.

Entre tanto también preocupan los problemas que existen en el HURGV, quien con la prestación de los espacios para el desarrollo de las practicas docente asistencial ésta beneficiando a la formación de mejores profesionales al servicio de la medicina y mejorando la salud de la comunidad, de paso ayuda con la disminución de los costos de funcionamiento, de los cuales tendría que desembolsar por concepto de préstamo de los servicios de las Escuelas de Medicina y Fisioterapia una suma al año 2002 de \$350.164.435 mensuales¹⁰².

En el mismo sentido cabe referirse al convenio suscrito entre Instituto de Salud de Bucaramanga (ISABU), y la Facultad de Medicina de la Universidad Autonoma de Bucaramanga (UNAB), con el fin de atender a la población que acude al Hospital Local del Norte las 24 horas del día. La medida favorece a

¹⁰⁰ RUIZ, Fernando; CAMACHO, Salvador y OTROS. Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance Competencias y Prospectiva. Bogotá-Colombia: CEJA, 2001. Pág. 58.

¹⁰¹ *Ibíd.* Pág. 58.

¹⁰² Cifra tomada de PATIÑO, José Félix. (2002). *Op. Cit.*, Pág. 101.

los cerca de 100 mil habitantes de estratos bajos de la ciudad, de la misma manera los estudiantes de ultimo nivel contarán con espacios para prestar sus servicios¹⁰³.

En cuanto a la técnica hay que mencionar que su aplicabilidad en la medicina es bastante limitada, hasta el momento no ha conseguido desplazar la mano de obra; esto es algo que reivindica la profesión con el medio donde se desarrolla. Mientras el médico continúa evaluando y decidiendo sobre la salud de su paciente (relación agente-principal) la automatización será una manera de facilitar la labor nunca queriendo llegar a desplazar la labor del médico.

El sector salud “por mucho que se automaticen los procesos de producción, sigue siendo necesario que el médico examine a su paciente y haga el ejercicio del diagnóstico y la toma de decisiones clínicas para cada caso individual; ni siquiera un cirujano cuya producción se puede maximizar delegando parte del proceso a auxiliares o a médicos en entrenamiento, podrá incrementar su productividad más allá de cierto nivel máximo”¹⁰⁴.

3.1.3 INVESTIGACIÓN MÉDICA COMO FACTOR: El planteamiento previo a la discusión sobre la implementación y uso de tecnología, es el que indaga por los esfuerzos hechos por potencializar la investigación en Colombia y hacia que direcciones se ha propendido llevar el conocimiento en la medicina; en el año de 1992 se intentó consolidar el Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud, para ello se realizó un diagnóstico del estado

¹⁰³ Isabu y Unab garantizan que el Hospital Local del Norte atienda las 24 horas del día. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (28, Octubre, 2003). No. 29783; Pág. 5A.

¹⁰⁴ DE LA REVILLA, Luis. Factores que Intervienen en la Utilización de los Servicios de Salud. España: DOYMA, 1991. Pág. 47.

en que se encontraba la investigación y los resultados fueron bastante contundentes, “la investigación se ha generado algunas veces por el trabajo de los propios investigadores¹⁰⁵ y, otras, por la iniciativa y el apoyo de las fundaciones internacionales¹⁰⁶”.

Se aprecia una gran desfragmentación de los pocos centros de investigación, es decir poca cooperación y falta total de apoyo salvo contados proyectos que han contado con la financiación internacional. En concreto el proceso ha llevado a una situación en la que “el panorama nacional ha dado un desarrollo desigual y discontinuo de la actividad científica en el campo de la salud. No ha habido un proyecto coherente y continuo de incorporación del conocimiento como instrumento de desarrollo económico y social¹⁰⁷”.

Comprobándose por demás que la investigación no ha tenido ni apoyo ni rumbo adecuado sobre el cual fomentar una línea básica y sólida que permita mirar a futuro el sector salud como potencial de generación de bienestar en el entorno nacional e internacional. ***“La investigación en salud que se realiza en el país, si bien en algunos pocos campos ha tenido un desarrollo significativo, puede considerarse en términos generales insuficiente y desintegrada de los problemas del sector”¹⁰⁸.***

¹⁰⁵ WASSERMAN, Moisés. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud. Documento Personal Final, citado por Programa nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Documento para la Elaboración del Plan Bogotá, Preedición Colciencias, 1992. Pág. 3, citado por HENAO, Myriam W.; QUEVEDO, Emilio. (Coordinadores). Salud para la Calidad de Vida, Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Colciencias. Colombia, 1993. Pág. 4.

¹⁰⁶ QUEVEDO, E. La Salud en Colombia Análisis Sociohistórico. Bogotá, Ministerio de Salud-DNP-Estudio Sectorial de la Salud.1990. Pág. 121-209, citado por HENAO, Myriam W.; QUEVEDO, Emilio. (Coordinadores). Salud para la Calidad de Vida, Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Colciencias. Colombia, 1993. Pág. 4.

¹⁰⁷ HENAO, Myriam W.; QUEVEDO, Emilio. (Coordinadores). Salud para la Calidad de Vida, Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Colciencias. Colombia, 1993. Pág. 3.

¹⁰⁸ *Ibíd.* Pág. 14.

Las líneas que se habían trabajado a nivel nacional son la ciencias básicas y clínicas. Se destacan entre otras las investigaciones en genética, inmunología bioquímica, parasitología y microbiología especialmente en sus aplicaciones al estudio de las enfermedades tropicales, infectocontagiosas y tumorales. Así mismo en menor proporción, se han desarrollado estudios en el campo de la epidemiología, y en las ciencias sociales en salud, fundamentalmente en el campo de la antropología médica¹⁰⁹.

Entre tanto las tres grandes directrices que guían las investigaciones en salud a nivel internacional y sobre las cuales se debe estar atento, pues de ellas dependen los estándares de desarrollo que consideremos como apropiados y los ideales de adquisición de ventajas competitivas para que el sector se inserte en un futuro a la economía internacional son; investigación básica con énfasis en el área de inmunología, biología molecular y virología, centrada en los estudios sobre el cáncer y el sida; como segunda rama ésta la investigación clínica estudiando las enfermedades crónicas concernientes al sistema cardiovascular y enfermedades congénitas del metabolismo; en la tercera línea aparece la medicina social que indaga por las relaciones entre salud y sociedad¹¹⁰.

La cantidad de centros de investigación en el área metropolitana es grande respecto al total nacional, contraria con la tendencia que se menciona a nivel nacional y potencia el origen de estos centros es la cooperación y dialogo estrecho entre comunidad científica, centros de atención y por supuesto orientación de la academia, según esto se presentan los siguientes centros de investigación formalmente establecidos; el Instituto Colombiano de Investigaciones Biomédicas (ICIB), la Fundación Cardiovascular y FOSCAL, junto a centros de investigación como el Centro de Investigación en

¹⁰⁹ *Ibíd.*. Pág. 15.

¹¹⁰ *Ibíd.*. Pág. 15.

enfermedades tropicales (CINTROP), Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Centro de Investigación en Ciencias Fisiológicas Aplicadas, Grupo de Investigaciones en Dengue, Grupo de Investigaciones en Toxicología, Grupo de Investigación en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (GASTRONUP), Grupo de Investigación en Ingeniería Biomédica, Grupo de Bioingeniería y el Instituto de Programas Interdisciplinarios para la Atención Primaria de la Salud – PROINAPSA.

Los grandes adelantos que pueden lograrse en estos centros de innovación se pondrán en la práctica pues ésta garantiza la aplicabilidad al recibir el aval de los centros prestadores de servicios médicos, además de contar con el reconocimiento de la comunidad científica de orden nacional e internacional; como el obtener el Premio de Nacional de Medicina Interna 2002, ocupando el primer y segundo puesto. El primer puesto fue una investigación impulsada entre la Dirección de Investigaciones de la Facultad de Salud de la UIS y la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano. El segundo puesto promovido por la cooperación entre el Instituto Colombiano de Investigaciones Biomédicas, la UIS, la Universidad Autónoma de Bucaramanga, la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano y el Instituto Colombiano del Petróleo (ICP-Ecopetrol)¹¹¹. Se resalta con estos dos ejemplos que la cooperación entre entidades que cumplen funciones diferentes en la sociedad es promotora de la sinergias necesarias para que la salud del área metropolitana mejore y tenga el reconocimiento fuera de la región.

Otro tema relacionado con los factores que se maneja en este punto es la desventaja como incentivo para el desarrollo y de la manera como con constancia se logra de él una fuente de ventaja competitiva; para que la

¹¹¹ NIÑO, O. Julio Cesar. Investigación medica en Santander Obtiene Dos Nuevos Premios. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (2, Noviembre, 2002); Pág. 4A.

desventaja se convierta en estimulante de innovación depende de “los otros determinantes, las empresas deben tener acceso a recurso humano apropiado para apoyar la innovación en el sector, unas condiciones suficientemente propicias de demanda interior, unas metas que conduzcan a compromisos continuado con el sector, y la presencia de una activa rivalidad domestica que ejerce presión sobre las empresas y las induce a buscar ventajas más duraderas sobre sus rivales locales”¹¹².

Tal parece ser el caso de la Fundación Cardiovascular del Oriente, quien fue formada en parte para unir esfuerzos contra una enfermedad que aqueja en gran medida a la población nacional; de otro lado es posible apreciar el evento como un caso en el que la demanda incentiva que se desarrolle la oferta.

Pero en esencia también se puede haber comportado como un deseo de superación de la medicina regional que tenia que importar los adelantos de otras partes, evitando así que se realicen grandes esfuerzos por producir tecnología al interior; en el sector salud, ello implica fuertes inversiones y tener el conocimiento que se adquiere siempre tecnología de segunda generación. Algo grave aquí es la cuestión concerniente a la posible elevación de los costos a cambio de conseguir nuevas formas de prestar los servicios; estas implicaciones las analizaremos cuando se llegue de lleno a la tecnología como factor de producción.

Con la unión de pocos conocedores del tema ya hace dieciséis años y un inminente esfuerzo por adquirir equipos para la tecnificación de los tratamientos que se prestan en el centro asistencial; ya en la actualidad generan investigación y es una de las pioneras a nivel nacional en el tratamiento de problemas del corazón.

¹¹² HENAO, Myriam W.; QUEVEDO, Emilio. (1993). Op. Cit., Pág. 127.

También se debe resaltar la alta concentración de grupos de investigación en el ramo de la medicina en las instalaciones del Parque Tecnológico Guatiguará, este sector concentra el 50% de corporaciones de investigación, 40% de institutos de investigación, 27% de centros de investigación, y el 23% de grupos de investigación¹¹³.

3.1.4 FACTOR TECNOLOGÍA MEDICA: Al finalizar este apartado no puede dejar de aparecer quizá la más polémica de las implicaciones de la tecnología vista como “los medicamentos, instrumentos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizativos en los que se soporta la atención sanitaria”¹¹⁴ y los efectos que genera sobre la sociedad; el uso de la tecnología, si bien es necesaria de utilizar, la cuestión es hasta donde se justifica su utilización, o hasta donde aparecería como conveniente ser respaldada por el Plan Obligatorio de Salud (POS), dadas las restricciones en el presupuesto existentes en una nación como Colombia.

Como acotación importante también se debe mencionar que las tecnologías son un problema en la medida que son menos efectivas, es decir que el impacto del tratamiento en la salud no es tan contundente dado que el estado de conocimiento de la enfermedad no es avanzado¹¹⁵.

¹¹³ Universidad Industrial de Santander – Parque –Tecnológico de Guatiguará – INNOTECH. Estudio de factibilidad del Parque Tecnológico de Guatiguará. Febrero de 2002, citado por Mimeo: Diagnostico Componente Socioeconómico y Cultural Plan Integral de Desarrollo Metropolitano- Corplan.

¹¹⁴ Definición de la Office of Technology Assessment (OTA) de EE.UU, citado por De MERCADO, Lazaro y Pablo. Evaluación de Tecnologías Médicas. En: Papeles de Gestión Sanitaria. Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud. Universidad Politécnica de Valencia. 1993, citado en GIACOMETTI, Rojas Luis Fernando. La Gestión de Recursos Tecnológicos en Salud, Más que una Estrategia de Contención de Costos. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. No. 3, (Julio 1998); Pág. 21-22.

¹¹⁵ THOMAS, L. Las Vidas de la Célula. Buenos Aires: Emecé, 1976. Pág. 51-58, citado por GIACOMETTI, Rojas Luis Fernando. La Gestión de Recursos Tecnológicos en Salud, Más que una

La interacción más coherente que se encuentra en el proceso de aumento de los costos de la salud ésta dada por los aumentos en los precios ocasionados por constantes adquisiciones de tecnología y de la misma forma para cubrirse la familias de esa tendencia adquieren seguros. El problema tenderá a agravarse en el caso que se expanda la insensibilidad que otorgan los seguros, por no tener restricciones en su presupuesto, en dicho caso las demandas por tecnología se disparan.

El problema que se acarrea es la responsabilidad en pensar consistentemente en que sentido deben dirigirse las inversiones y tener siempre presentes dos componentes; de un lado el presupuesto que se utiliza y su correspondiente retribución en el nivel de vida de la población.

El proceso de incorporación de tecnologías debe contemplar varias etapas convirtiéndose en “el conjunto de acciones y procedimientos relacionados con el ciclo de vida productiva de la tecnología aplicada a la prestación de los servicios de salud; dicho conjunto incluye el estudio y determinación de requerimientos tecnológicos, el proceso de adquisición e incorporación, la adecuada utilización tecnológica (incluido el mantenimiento) y el recambio o reposición de la misma, en función del mejoramiento en la calidad de los servicios”¹¹⁶.

Para la evaluación de cual tecnología es la más conveniente se utilizan dos técnicas; “una implica establecer un tope que refleja lo máximo que la sociedad considera se puede o se debe pagar por unidad de salud, juna

Estrategia de Contención de Costos. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. No. 3, (Julio 1998); Pág. 54.

¹¹⁶ GIACOMETTI, Rojas Luis Fernando. Consideraciones Referentes a la Gerencia de Recursos Tecnológicos en Salud. Revista Selecta Medica. 1996, citado por GIACOMETTI, Rojas Luis Fernando. La Gestión de Recursos Tecnológicos en Salud, Más que una Estrategia de Contención de Costos. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. No. 3 (Julio 1998); Pág. 23.

tarea poco fácil; la otra es la comparación del rendimiento de una intervención , con el rendimiento de otra ya establecidas en el sistema de salud”¹¹⁷. Aunque otros autores consideran que el estudio de las tecnologías debe abarcar una gama más amplia de averiguaciones, tales como; análisis epidemiológicos, análisis socio-demográficos, análisis económicos, análisis financieros, análisis técnico-funcional¹¹⁸.

En este sentido las mejores inversiones serán las que proporcionen un equilibrio entre los recursos utilizados y la efectividad de los nuevos tratamientos medida en los años extra en supervivencia que genera el tratamiento; otra medida sería el QALY años de vida ajustados por calidad. “constituye en un canjeo entre la mejoría de la salud y el uso de esos recursos limitados”¹¹⁹.

Es claro que para que cualquier tecnología se manifieste en la nación debe ser admitida por el Plan Obligatorio de Salud (POS) entre sus componentes de atención; la conclusión a la que se puede llegar es que el gobierno no debe ser quien evalúe el acceso de las nuevas tecnologías para la salud, si él es quien decide cual es competente. Los estudios rigurosos de evaluación deben ser de parte de órganos independientes como universidades o consultores externos y debe haber el compromiso político para que sus conclusiones sean aplicadas.

Evitando que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) caigan en la grave equivocación o deseos de tecnificarse, sin necesidad; por estar mal planificadas las inversiones e incurriendo en el problema que llevaba

¹¹⁷ GIACOMETTI, Rojas Luis Fernando. La Gestión de Recursos Tecnológicos en Salud, Más que una Estrategia de Contención de Costos. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. No. 3 (Julio 1998); Pág. 19.

¹¹⁸ Ibíd. Pág. 25. Se encuentra la justificación al por que incluir estos estudios.

¹¹⁹ CARO, Jaime J. Evaluación de Tecnología en el Sistema de Salud Colombiano: ¿Lujo o Necesidad?. En: Vía Salud: Gestión, Calidad y Logros. No. 24, 2003; Pág. 19.

Colombia en donde “aproximadamente entre el 35% y el 40% del parque tecnologico existente en las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto publicas como privadas, se encontraba subutilizado, en franco deterioro y su promedio de vida util, disminuido hasta en un 50%”¹²⁰.

3.2 CONDICIONES DE LA DEMANDA:

Después de haber explicado en el apartado anterior la fuerte influencia que desempeñan los factores en la manera como se realizan las labores en el sector y como podrían ser más significativos sus aportes para el desarrollo del mismo, se da paso a analizar por decirlo de alguna manera la parte antagónica de la situación; si es revisada la literatura hasta hace pocos años era la parte complementaria en los estudios; como se vera más adelante existen otras características que antes se pasaban por alto o simplemente se incluían restándoles la importancia que podrían imprimirle al entorno.

Al enmarcar el sector salud en la gran reforma sufrida a raíz de la aplicación de la Ley 100 de 1993, es la parte de la demanda la que más transformaciones ha sufrido o sobre la cual se han volcado todo el cúmulo de renovaciones del sector, en adelante las decisiones del consumidor como agente demandante serian tomadas en cuenta, para que las reclamaciones que tuviese fueran cubiertas por las Entidad Prestadora de Servicios (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Las reclamaciones se harían inminentes en la medida que la libre escogencia de prestadora de servicios fuera de acuerdo con la eficiencia y calidad esperada por los demandantes.

Antes de continuar se hace imperante hacer una aclaración y es que la demanda también en este análisis debe incluir a las compras que realizan las

¹²⁰ ISSAKOV, Andrei. Gestión, Mantenimiento y Reparación de Equipos para la Atención en Salud. En: El Hospital. Ohio. (Oct/Nov 1994), citado por GIACOMETTI, Rojas Luis Fernando. (Julio 1998). OP. Cit., Pág. 21.

instituciones prestadoras de servicios (IPS) en la medida que el comportamiento que ellas desempeñan esta habido de insumos y equipos de otras empresas, incluso de servicios alternos.

Para entrar en detalle y siguiendo la metodología de Porter (1991) para las condiciones en que se halla y se puede potencializar la demanda entendida desde el plano de los consumidores usuarios del sistema de salud y las instituciones prestadoras de servicios. Siguiendo a los tres atributos importantes de la demanda (Ver Capitulo 1).

3.2.1 DEMANDA DE LOS CONSUMIDORES USUARIOS DEL SISTEMA:

De la composición o naturaleza de la demanda es tal vez el punto en el que más se han suscitado transformaciones, debido a que el cubrimiento de la seguridad social atendería a toda la población, por vía cubrimiento del régimen contributivo o subsidiado, imperando entre los dos subsistema una importante situación de subsidiariedad y complementariedad, de esta manera no quedara la entera responsabilidad al Estado, de la prestación de los servicios de la población menos favorecida; de otro lado, la figura de pertenecer en un futuro toda la población a un seguro acarrea la responsabilidad en los consumidores de elegir quien sera la entidad que mejor suministre los servicios dadas las expectativas que pueda tener.

En la presentación del subsector contributivo se puede aclarar, es quien realiza aportes para mantener a su núcleo familiar dotado con el seguro, aunque también presta parte de su cotización a subsidiar el régimen alterno; de esta manera que el desempeño en cuanto a capacidad de captar recursos de este régimen compromete el funcionamiento de todo el sistema. En las actuales circunstancias en que se halla el país en donde apremian las dificultades económicas que se desprenden del los bajos niveles de

crecimiento y la inestabilidad macroeconómica, así como la crisis política y de orden público; lo único que generan en el plano laboral es detrimento para las condiciones, y se convierte en un incentivo a subdeclarar los ingresos o a no ser incluido en el régimen enfrentando la posición de ser un subempleado.

Entre otros aspectos el subsector subsidiado intenta acceder a los servicios médicos y por lo tanto busca incluirse en el programa de beneficios al cual tiene total legalidad sus reclamaciones, pues el planteamiento que reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud pretende abarcar al total de la población residente en el país, aunque la cobertura poblacional del sistema ha aumentado considerablemente en los años posteriores a la promulgación de la nueva legislación, en la actualidad se halla en una etapa de estrechez de financiamiento y por lo tanto estancamiento en la obtención de resultados, más bien en la actualidad se adelantan procesos de depuración del sistema de beneficiarios para evitar la duplicidad en pagos por las Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Para entender el problema en su conjunto dejaremos a un lado la separación de la población o clasificación de acuerdo con la forma en que acceden al sistema bien sea vía régimen contributivo o subsidiado; en adelante se hará referencia a la población beneficiaria y tendrán las garantías para libre escogencia de Entidad Promotora de Salud (EPS) e Institución Prestadora de Salud (IPS), se encontraran en la misma situación para devengar el acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS).

Pero en que situación puede el usuario considerar que esta enfermo, o de que manera racionalmente realiza la toma de decisiones; algunos autores han estudiado el fenómeno y llegan a la conclusión que “la necesidad de asistencia debe distinguirse de la demanda de asistencia y el uso de

servicios o utilización”¹²¹ en esta cita se suscriben tres momentos para configurar lo que puede ser la demanda del servicio, en primera instancia esta la necesidad que tiene el paciente o el cambio en sus expectativas de salud, es decir, no se siente como habitualmente; en el siguiente paso el paciente hace la reclamación del servicio hecho que aun no le garantiza que sea atendido, pues aunque este enfermo o reclame el servicio, este puede ser negado por cuestiones del sistema, que no tiene la suficiente capacidad para atenderlo; y en el tercer evento sufre la magnífica respuesta positiva del sistema y es atendido de su quebranto de salud, solo hasta este momento ésta utilizando el servicio.

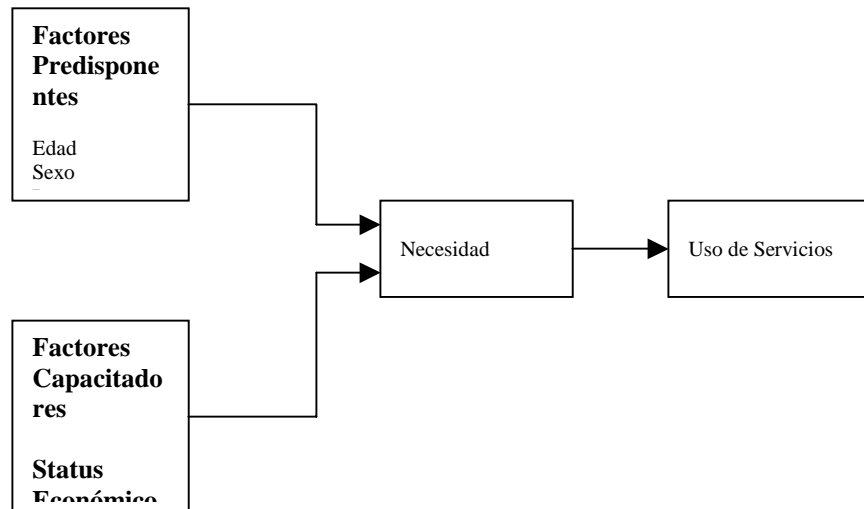
En el primer momento de la toma de decisiones intervienen tres elementos para llevar al paciente a que acceda a reclamar el servicio y estos son; “magnitud o gravedad de la enfermedad, el síntoma o malestar; la situación económica y los factores socioculturales”¹²². Sobre estos tres elementos también hay bastante que decir dadas las particularidades de cada paciente pero el hecho es que inconscientemente inciden en la racionalidad del solicitar o no el servicio. En un modelo bastante sencillo se explica la importancia que tiene la necesidad frente a la determinación de utilizar el servicio; se halla entonces el modelo conductual de Andersen “esta necesidad esta en relación con la enfermedad o mejor aun con el nivel de salud percibido y con el deseado. Esta necesidad se ve influida por los denominados factores predisponentes, entre los que se incluyen las características demográficas (edad y sexo), la raza y la clase social, y se ve facilitada por los factores capacitadores, como el status económico, los

¹²¹ METTHEW, G. K. Measuring Need and Evaluating Services, citado por McLachlan, G. Ed. Portfolio for Health. Problems and Progress in Medical Care. Essay on Current Research. Sixth Series. Oxford University Press, 1971. citado por DE LA REVILLA, Luis. (1991). Op. Cit., Pág. 2.

¹²² DE LA REVILLA, Luis. (1991). Op. Cit., Pág. 3.

recursos comunitarios, las características del medico y de las instituciones sanitarias”¹²³.

FIGURA 3. Modelo Conductual de Andersen.



Fuente: DE LA REVILLA, Luis. Factores que Intervienen en la Utilización de los Servicios de Salud. España: DOYMA, 1991. Pág. 6.

Es el sector salud una fuente inagotable que refleja la situación que vive el país, no solo como se puede extraer de un estudio de las características epidemiológicas; sino que en un conjunto por entender las reclamaciones de los consumidores se da pie para que se mejoren los servicios y se realice investigación dirigida a áreas donde la población esta padeciendo enfermedades. Es que fácilmente se pueden detectar las razones comunes por las que ingresan los pacientes o las causas principales de mortalidad, son este tipo de indicadores los que arrojan luces sobre las áreas

¹²³ Ibíd. Pág. 7.

convenientes para iniciar desarrollos en el campo donde más abultados están las cifras con el fin de revertir las tendencias.

De lo anterior extraemos que los segmentos de la salud (aquellos que se consideran prioritarios por el aumento los casos atendidos) son los que deben llamar la atención y no las grandes tendencias internacionales de investigación, aunque en el evento de desear una expansión de prestación de servicios al extranjero convendría que las líneas de investigación fuesen reclamadas por la comunidad científica fuera de la nación y ello conllevaría a una estandarización del perfil epidemiológico entre los países, algo que para nada es real.

Otra característica aparte de seleccionar los mayores segmentos de la población enferma como focos que incentivan iniciativas que suplan sus necesidades o generadores de ventaja competitiva pues amplían la demanda en caso de presentarse un adelanto en la prestación de sus tratamientos; esta la posibilidad de tener consumidores que al encontrarse cubiertos por un seguro se vuelvan insensibles a los costos y por ello reclamen más servicios de salud de los que necesitan, aunque este es un claro incentivo para explicar el aumento de la demanda se debe tener cuidado y restringir en estos casos el uso del sistema por tratarse de circunstancia que pueden poner en peligro la viabilidad financiera del sistema, y es que enfrentados ante una insuficiencia de recursos se debe de procurar atender al mayor numero de personas y no sobre atender a un grupo poblacional, evitar incluso la iatrogenia.

Para contrarrestar estos inconvenientes éticos, las entidades Prestadoras de Salud (EPS) han decidido restringir los tratamientos prestados y presionan a los médicos para que no remitan a los pacientes a niveles de mayor complejidad; otra medida interpuesta por el sistema y regulada por el

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es los co-pagos para prevenir la desmesurada demanda de servicios. Estas barreras de acceso pueden generar inequidades en el momento que se estimulen sobre tratamientos de característica inelásticos al ingreso y la población con menos recursos no pueda adquirirlo.

Distinto que la composición, pero no sin ser menos importante ésta la inquietud por la manera como crece y el tamaño relativo que tiene la demanda dentro del sector, a lo anterior se podría trasladar el cambio sufrido por la salud para cubrir más población y aumentar la cobertura que en la actualidad rodea en términos generales en le Area Metropolitana de Bucaramanga el 69% de su población formando parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra con una cobertura superior a la del total nacional, principalmente resaltamos el volumen poblacional con seguridad socia que tiene Bucaramanga donde el 87% de su población esta afiliada al sistema; aunque el resto de los municipios se hallan en niveles aceptables, también se puede decir que están por debajo del promedio nacional que rodea el 50% de la población¹²⁴.

Estos aumentos de la población afiliada es un claro incentivo para que se empiece a construir nuevos centros de atención para cubrir la nueva demanda; es lo que se ha realizado desde no hace muchos años, dando origen solo en la zona céntrica del área metropolitana a nuevos centros de atención ubicados en sitios donde se potencializan el numero de pobladores. En función de ello se puede analizar que las zonas apartadas de la geografía

¹²⁴ CARVAJAL, Orlando. Información del Sisben no es confiable en un 65%. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (6, Mayo, 2003). N° 29608; Pág. 4A. Tras un estudio de confiabilidad del Sisben en Bucaramanga hecho por la personería local, se informo que no era confiable en un 65%. Las inconsistencias del estudio se evidenciaron en un mayor porcentaje en los factores demográfico, 31% y de educación, 25,18%. En vivienda y patrimonio un 6,5% y 3,8% respectivamente. Los factores demográficos y educacionales son los que más inciden en el puntaje al momento de elaborar la ficha técnica del Sisben.

y donde los grupos poblacionales no son tan grandes, la oferta no se ha incentivado de la misma manera.

Esta nueva demanda también se puede interpretar como potenciales usuarios de las futuras importaciones de tecnología; en la medida que los asegurados o los suscritos al sistema sean independientes y libres en sus elecciones se incentivan para que los servicios que se prestan sean mejores, la tendencia que se aprecia al caso particular de Bucaramanga es crear centros asistenciales de carácter exclusivo para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) creando estructuras de integración vertical y aparte incentivando las economías de escala en el sector para la prestación de servicios. Ante todas estas características surge la necesidad de extender las reestructuraciones de las instituciones más débiles o menos adaptadas al nuevo esquema que son las que pertenecían a la red pública.

3.2.2 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS (IPS) COMO

AGENTES DEMANDANTES DE SERVICIOS: Tras haber pronunciado algunas consideraciones entendibles desde la óptica del consumidor demandante y como ya se había anunciado en el inicio del apartado, se da paso para apreciar algunas conductas de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) como agentes demandantes de insumos para su funcionamiento. En este punto se debe recordar el papel que desempeñan como compradores de equipos y tecnología para prestar servicios con calidad y eficiencia tratando de superar restricciones que encuentra en los factores; “el sistema de prestación de asistencia sanitaria que existe en Estados Unidos, en gran parte privado y descentralizado, ha representado una gran ventaja para los proveedores de equipos y consumibles médicos, al estimular constantemente la innovación. La privatización de las empresas

públicas las estimula a preocuparse más de la mejora en función de compras”¹²⁵.

De las sensatas decisiones para seleccionar equipos y minimizar los costos en estas transacciones depende la competencia que puedan desempeñar en su entorno. Ante estas circunstancias se suman posiciones para que los comités evaluadores de tecnología tengan más importancia dentro de cualquier institución; en un sistema como el colombiano, el gobierno ésta en la obligación de garantizar una vigilancia a estos temas. Explicación de lo anterior es que tras la expansión de la demanda es posible que la incorporación de tecnología no necesaria, o con amplia oferta entre a generar sobrecostos en la facturación que realizan las prestadoras de servicios, que a toda costa intenta sufragar sus inversiones.

En esta etapa de reacomodación del sistema, dado que no se logran aun las metas de cobertura, el aumento de la rivalidad local obliga a las instituciones a convertirse en eficientes manejadoras de los recursos y minimizadoras de costes lo que las lleve a un estado de goce de credibilidad en la prestación de servicios de calidad, en este sentido a partir de los buenos resultados obtenidos con la prestación de servicios incentiva para que se adelanten procesos de innovación, mientras las que no logren los objetivos de sobrellevar sus estructuras estarán propensas a desaparecer con la tendencia a disminuir los recursos girados por la nación.

En este componente también se incluyen los sectores conexos a la salud de los cuales se tratara más detenidamente en el siguiente apartado y por ahora no cabe más que abrir las expectativas de lo que se espera quede entendido más adelante. Claro que cabe reseñar algo de lo que se puede considerar dentro de la competencia de la industria farmacéutica respecta, por mantener

¹²⁵ PORTER, Michael. (1991). Op. Cit. Pág. 135.

sus monopolios en el sector; esto corresponde a una tendencia de la globalización de la cual ya se han pronunciado la comunidad internacional para restringir el poder del monopolio, concedido por las patentes en las que han invertido las empresas de medicamentos. De la explotación de medicamentos se induce a los médicos por medio de muestras gratis para que recomienden a sus pacientes y de la misma forma al capital nacional solo se le permite participar en las cadenas de distribución.

3.3 SECTORES CONEXOS Y AUXILIARES:

Tras haber confirmado algunas fuentes de ventaja competitiva que se hallan en la existencia de factores avanzados en el área circundante al sector, y así mismo, las características que se originan desde las condiciones de la demanda para guiar al sector rumbo a un desarrollo rápido; se intenta expresar la manera en que los proveedores del sector salud y las ramas afines colaboran con el proceso de garantizar a la población de la región mayores niveles de salud. La importancia que puede tener contar con fortalezas en estos sectores (nacionales) favorece mucho más a las empresas que contar con proveedores extranjeros, por razones culturales y el tipo de relaciones directas que se pueden suscitar para beneficio mutuo, pues no se atiende con tanto cuidado a las filiales de una empresa que a la propia percepción que tienen la empresa matriz. “Contar con sectores proveedores afincados en el propio país y competitivos es preferible, con mucho, a tener que depender de proveedores extranjeros por muy calificados que estén”¹²⁶.

Aunque ya se había hecho mención de los factores de producción cabe aclarar que entre los proveedores también se cuenta con una amplia gama

¹²⁶ Ibíd. Pág. 152.

de servicios prestados y actividades complementarias; si bien en el caso de la salud, los servicios de educación al personal, sector de confección de uniformes y calzado, artículos accesorios para las habitaciones como sábanas, cortinas y colchones; equipos de rehabilitación de pacientes, software y en alguna medida medicamentos o equipos médicos. Se pueden encontrar con cierta importancia a nivel regional; en su mayoría la gran competencia contra empresas transnacionales en producción de estos artículos genera una dependencia de carácter internacional.

3.3.1 EL SECTOR DE OFERTA EDUCATIVA: Siguiendo una tendencia en el tiempo se debe precisar que el incremento en la oferta de instituciones y programas en áreas de salud, coincide con la promulgación de la Ley 30 de 1992. “En 1999 existían en el país 270 instituciones de educación superior registradas en las estadísticas del Instituto Colombiano para la Educación Superior (ICFES). De éstas, 83 instituciones, equivalentes al 30.7%, ofrecían programas de salud. Su naturaleza jurídica se encontraba distribuida de tal forma que 34.9% era del sector oficial (29 instituciones) y 65.1% del sector privado (54 instituciones). En el caso de la educación no formal, para 1999, 67 instituciones ofrecían programas de educación no formal en salud; 65 de ellas (97%) era del sector privado y 2 (3%) del sector oficial”¹²⁷.

Con más precisión hay que apreciar el conjunto que aporta la educación en el sector, por ello se convierte en una variable altamente influyente en el futuro del sector; si este se plantea como un posible generador de desarrollo regional con más razón se deben incluir las capacidades humanas como sinónimo de disposición por apoyar este tipo de iniciativas, en este sentido se profesa una gran tendencia de la población por educarse en la rama de la salud. Explicado por las razones de tipo económico y de relativa facilidad

¹²⁷ RUIZ, Fernando; CAMACHO, Salvador y OTROS. (2001). Op. Cit. Pág. 74.

para encontrar ubicación laboral, el prestigio que profesan las profesiones medicas en la región también es un fuerte incitador para que la elección de este tipo de áreas sean las preferidas por los futuros profesionales; sumado a esto están las calidades de los planteles que ofrecen los programas en pregrado, y la oferta de cupos que no es menor y se ha incrementado en los últimos años.

CUADRO 12. Oferta de cupos en el área de salud en Santander.

	Cupos en sector primer curso	Medicina cupos	Medicina solicitudes	Medicina matriculados
1990	663	101	101	101
1991	940	180	1693	102
1992	665	160	1202	98
1993	1.067	160	981	98
1994	1.178	26	855	100
1995	1.286	103	760	103
1996	1.887	171	665	170
1997	2.194	310	1030	445
1998	3.893	455	1.022	324
1999	2.315	391	1.117	243

Fuente: MALDONADO, Carlos y JIMENEZ, Edwin. La educación superior y el sector industrial en Santander en los noventa: Un análisis a través de indicadores como base para la formulación de una política de articulación regional. Tesis de grado. UIS. 2002.

Como es posible observar de la tabla anterior la oferta de cupos en áreas afines a la salud se ha incrementado sustancialmente en la década de los noventa y explicado tal vez por la revolución educativa que inicialmente ofrecía 663 cupos en 1990, frente a los 2.315 cupos ofrecidos en 1999; suscitando nuevas ofertas educativas más accesibles para los potenciales compradores del producto, en este caso los recién egresados del bachillerato; con esta tendencia también parece corresponderse la apetencia que se presenta por la medicina en particular, donde los estudiantes que

solicitan ingresar a este programa (1.117 en 1999) superan con demasía a los que logran ingresar a cursar el primer nivel (243 en 1999).

3.3.2 BUSCA DE POTENCIALES SECTORES CONEXOS: Anteriormente se mencionaba la falta de estímulo que existe por impulsar proyectos que potencialicen la existencia de sectores proveedores, en la actualidad y con toda certeza se puede asegurar que en la medida que se establezcan diálogos entre los proveedores existentes o algunos ambiciosos inversionistas; se conocerán los requerimientos del sector y adelantar procesos que puedan facilitar la prestación de servicios y productos con excelentes características. De igual forma se puede aprovechar las posibilidades que brinda la cercanía de localización para acrecentar los canales de información y comercialización, del mismo modo como se disminuirían los costos de transporte de los productos generados. De esta manera se producen propuestas para acelerar el desarrollo del sector y la comunidad en general.

Por otro lado los sectores conexos a la salud “son los que las empresas pueden coordinar o compartir actividades de la cadena del valor cuando compiten, o aquellos que comprenden productos que son complementarios”¹²⁸; en la región tienen algunas iniciativas por adelantar procesos en campos como la farmacéutica pero con cierta timidez pues los grandes empresas multinacionales tienen completamente explotado los mercados y son fuertes inversoras.

De otro lado existen gran cantidad de laboratorios dedicados al análisis de pruebas, que constituyen una gran fortaleza de servicios alternos para el bienestar de los usuarios. En algunos casos el funcionamiento de los

¹²⁸ PORTER, Michael. (1991). Op. Cit. Pág. 154.

laboratorios que debe hacerse con equipos especializados, se presta en clínicas como la Carlos Ardila Lülle, significando en esto que las fuertes inversiones para importación de tecnología se hallan en este recinto pero no se desarrollan de manera articulada con las preocupaciones del sector, sino que obedecen a imperativos de la ola tecnológica que se adquiere.

Otro sector conexo que tiene representantes en la salud son las confecciones de uniformes y equipos de dotación para las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) ; de la misma forma que los equipos para enfermos. Sin que estos tengan algún grado de importancia en el total de los rublos de investigación si pueden ser subsectores que tengan una alta representatividad en cuanto a generación de empleo y desarrollo de capacidades alternas al sector salud. En este caso se encuentran pequeñas excepciones como los esfuerzos llevados a cabo por la Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano por explorar nuevos mercados en los que pueda participar con cierta ventaja y aplicar los conocimientos en la practica que extrae de las labores cotidianas (Ver sección 3.1.1).

Para resaltar otro problema se hace mención a la medicina alternativa que ha cobrado gran fuerza en los últimos años, aunque algunos tratamientos no cuentan con la completa certificación; su fuerte promulgación por características netamente culturales en las que algunas porciones de la población prefieren atender este tipo de tratamientos antes que someterse al cuidado de la medicina científica; incluso por escuchar las recomendaciones mal infundadas de otras personas, se retiran del tratamiento que les realizaban para luego de un tiempo regresar. Pero con la nueva legislación el control debe irse implementando para tratar de perfeccionar los procedimientos y las drogas que se suministran a la comunidad.

Es necesario regresar a la discusión de los sectores conexos, su presencia “incrementa también las probabilidades de que se detecten nuevas oportunidades en el sector”¹²⁹; las nuevas conversaciones estarían dadas para crear nuevos productos y hacer más competitivos los ya existentes.

Aunque la salud es un sector llamado a brindar siempre mejores garantías para el mejor vivir de la población debe conservar siempre la fraternidad entre sus partes componentes, por el contrario las condiciones que se hallan en el sector actualmente son de una total pugna por el poder y no permite la aparición de concertaciones que lleguen a desarrollar el sector y a potencializarlo; pero existen una gran potencialidad para ampliar la tecnificación y la particular especialidad que se halla en el estudio de la medicina, que se lograría incrementando el dialogo entre agentes conexos, de esta manera se difundirá la información de una forma más ágil pero también se crea una atmósfera que puede soportar las perdidas de una investigación dado que se posibilita un intervención conjunta de recursos; por otra parte resulta más fácil atender las necesidades más apremiantes cuando se conciben diferentes puntos de vista.

Como gran conclusión se percibe la necesidad de inversión en sectores conexos en la región, a diferencia de lo que sucede en la educación no se han incentivado otros rublos, que aunque no primen tanto en el proceso de desarrollo del sector y se faciliten para incrementar el acervo de innovación; también son generadores del entorno fértil que espera conseguirse para que la salud en el Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. siga su camino de ascenso. De otra forma se puede afirmar que se están desaprovechando gran cantidad de conocimientos en la practica diaria de la salud si se trata de un proceso programado para impulsar las compras en los alrededores,

¹²⁹ *Ibíd.* Pág. 155.

esperando que estas se incrementen, se dará paso a una rápida especialización de las ventajas existentes y la aparición de otras.

3.4 ESTRATEGIA, ESTRUCTURA Y RIVALIDAD DE LAS EMPRESAS:

Hasta hace pocos años en la historia económica de Colombia el hecho de poseer una empresa era de exclusividad de un grupo limitado de personas, por lo general con vínculos familiares fuertes; las familias se organizaban en torno a un oficio heredado en ocasiones tras generaciones; acompañado con la fuerte protección a las barreras de ingreso de mercancías por parte del gobierno, se mantenía el negocio a salvo de las incursiones de productos importados. Tras la ola modernizadora del Estado y la nueva constitución, creada en primera instancia para remodelar las estructuras gubernamentales y modernizar el papel de la nación, se ha dado cabida a la inclusión de nuevas formas de organización y estructuras de propiedad.

3.4.1 MODELO GERENCIAL INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS (IPS) Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (ESE): De acuerdo con lo expresado anteriormente, el sector salud por tradición manejado por el Estado queda transformado a una competencia regulada; y se advierte para la región dos características primordiales, en cuanto al capital constitutivo y a la forma de dirección; de un lado la dirección de las Empresas Sociales del Estado (ESE), con una reciente autonomía de manejo según la Ley 10 y 100, pero en aquellas donde se han acogido a reestructuraciones, la gerencia ésta formada por un grupo de personas bastante heterogéneo (Anexo 7). De otro lado las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que tienen la cualidad de ser constituidas con capitales mixtos, y con una función social, actúan sin ánimo de lucro, pero impulsadas y dirigidas por algunas de las familias más representativas de la región.

“No hay un sistema de dirección que sea universalmente apropiado. Las naciones tenderán a alcanzar el éxito en sectores en los que las prácticas directivas y las formas de organización propiciadas por el entorno nacional sean más adecuadas para las fuentes de ventaja competitiva de los sectores”¹³⁰. De cierta manera las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de más renombre a nivel del área metropolitana tienen la característica de tener un estilo gerencial que es unifamiliar, tal como se ha heredado y mantenido en las costumbres nacionales.

Pero también se puede inferir que el mantener estructuras familiares en la dirección, incentive al enfrentamiento por manejar el orgullo familiar; pero este se vera reflejado en el deseo de mejorar las actividades cotidianas del sector, así como también, obtener el reconocimiento, como por ejemplo manteniendo amplias ramas de investigación que brinden satisfacciones recurrentes. Este ha sido el panorama de las empresas santandereanas a lo largo del tiempo y confirma con esto que las tradiciones sociales o culturales influyen en la manera como se gestionan las empresas. “La investigación de Chandler ofrece todavía más ilustraciones del papel de la tradición y los factores sociales en la forma en que se gestionan las empresas y el *modus operandi* de éstas”¹³¹.

En la estructura de propiedad y en las actividades en busca de objetivos, se ven reflejados las particularidades que se presentan a la hora de prestar servicios, exhibiendo en las entidades sin ánimo de lucro un decidido interés de los propietarios y de la gerencia por desempeñar labores cuya finalidad es impulsar los procesos de innovación.

¹³⁰ Ibíd. Pág. 158.

¹³¹ Ibíd. Pág. 973.

En otro espectro se hallan las motivaciones propias de los directivos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) que intentan sobrellevar las actividades que cotidianamente celebran cada institución y las estructuras que han desarrollado con el paso de los años heredadas de las clientelas y la burocracia; de ninguna manera queriendo decir que la labor social que estas entidades realizan son perjudiciales a la población, sino que no mantienen una voluntad que propicie adelantos en sentido de mejorar las ventajas que habitan en el entorno; claro está, que las prioridades que manejan sus directivas o los objetivos que se plantean van más enfocados en un sentido social desperdiciando en ocasiones las oportunidades de propiciar procesos innovadores que beneficien al sector.

3.4.2 LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD REFLEJADA DESDE LA ÓPTICA DE LOS EMPLEADOS: Desde otra perspectiva se puede apreciar que la estructura del sector a partir de hace algunos años a modificado su manera de operar gracias a la tecnificación y practica de la medicina con ayudas de la mecanización y la tecnología, lo cual implica una industrialización de la practica medica, ello ocasiona una proletarización de la profesión medica, o la perdida de la propiedad de los medios de producción ó en su defecto la imposibilidad de tener acceso a las tecnologías y por lo tanto se desencadena que el medico se vea obligado a vender su mano de obra; ya es imposible practicar la medicina exclusivamente con el maletín que caracterizaba al galeno hasta hace algunos años.

El conocimiento de la población le exige unas condiciones mínimas para prestar el servicio, esas condiciones son las que día a día se complican más para alcanzarlas; los topes de inversión o entrada al sector para nada se disminuyen como puede suceder en algunos sectores de la producción de

bienes, pues en la medicina imperan normas que obligan a mantener unas condiciones de calidad necesarias.

Las condiciones de acceso a los puestos de trabajo se complican dada una mala distribución del personal calificado por región geográfica y lo que es peor en ocasiones enfrenta a la situación en la que acceden a remuneraciones que denigran la integridad y reconocimiento de la profesión. Los empleados que se mantienen de épocas anteriores ven disminuidas sus prebendas laborales y constantes incumplimientos en los pagos de lo adeudado; desencadenando en un mal ambiente laboral ilustrado por las constantes manifestaciones de inconformismo, como los ceses de actividades ya argumentado (Ver Anexo 4).

Todo el ambiente adverso que transmite el sector se convierte a la postre en un desincentivo para captar la mano de obra necesaria para mantener procesos de innovación, pues se requiere de las mejores actitudes en los profesionales, hechos como los descritos antes puede hacer perder importancia el estudio de la medicina, así como el surgimiento de nuevas ramas atractivas por las condiciones laborales que ofrecen y el prestigio que ostenten sus profesionales.

Para satisfacer los deseos de los consumidores o demandantes es necesario que exista un buen grupo de empresas que ofrezcan los servicios necesarios y que los demandantes las conozcan y distinguan entre las mejores; la capacidad de elección en ocasiones en la salud transmuta en una inducción de demanda por parte del médico, quien condiciona el tipo de tratamientos que se demandaran. Pero también se conoce que en el evento que exista una mayor posibilidad de elección, la percepción de lo que se puede conseguir se amplía por parte de los interesados en las intervenciones; la manera en que serán más fructíferas estas percepciones de la demanda, es

en la medida que exista una fuerte rivalidad entre empresas locales con deseos de mantener los mejores niveles de tecnificación.

Pero la rivalidad entre las empresas no solo reclamara mayores niveles de innovación o procura de mejores estándares de calidad¹³², sino que impulsara para que la especialización en ramas de la salud sea más profunda y llegue a particularizarse tanto los adelantos que ninguna otra empresa seguirá el paso, este tipo de segmentación se presenta con mayor frecuencia en los sectores que son de reciente presentación en una localidad, pues en los sectores ya maduros los deseo por extenderse a nuevos centros antes desatendidos no es tan atractivo.

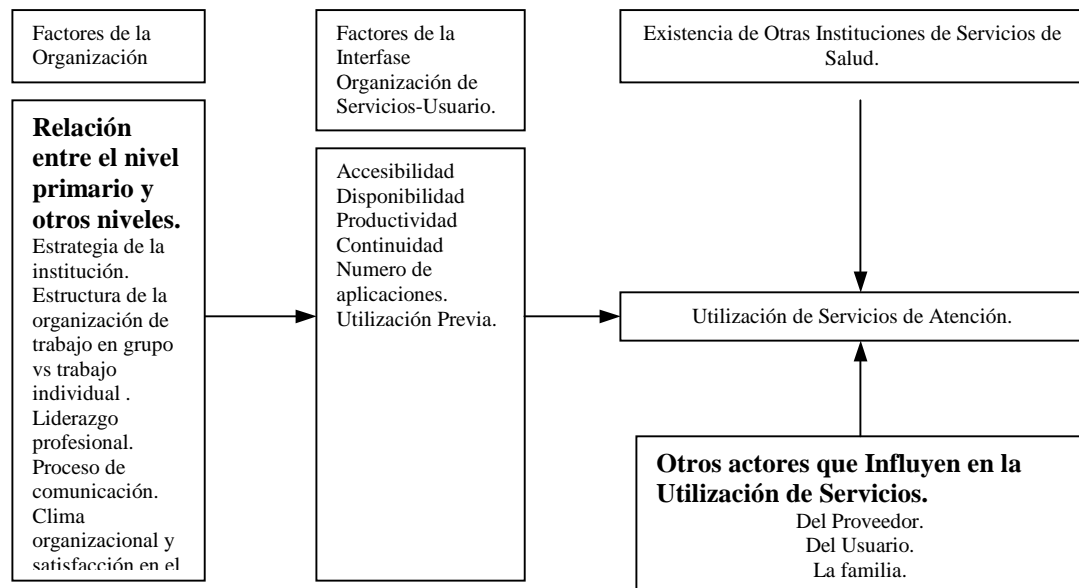
Al hacer referencia a la estructura del sector parece que se menciona sin entrar en detalle aspectos tan importantes, como la manera en que se organizan los instituciones al interior, aparte de tratar los esquemas directivos no se ha profundizado en la manera como la organización puede determinar los niveles de utilización que correspondan a la población. Con esto se menciona la posibilidad que pueden tener las instituciones prestadoras de servicios en el momento que transformen sus estructuras internas para satisfacer de mejor manera la demanda que se pueda desprender en su cercanía. “Si la institución es rígida, la institución variara de acuerdo a sus características pasivamente, pero si el servicio es inteligente (tiene capacidad de auto-modificación) podra reforzar la importancia de los factores no organizativos (de los proveedores, los usuarios) hasta alcanzar los niveles de utilización que considere adecuados”¹³³.

¹³² *Ibíd.* Pág. 171. La rivalidad entre empresas domesticas frecuentemente trasciende de lo pura mente economico y pude entrar en un terreno puramente emotivo o incluso personal. El orgullo y induce a los directores y los trabajadores a ser extremadamente sensibles a la actuación de otras compañías.

¹³³ DE LA REVILLA, Luis. (1991). *Op. Cit.*, Pág. 40.

Para incluir el ámbito en el que se desenvuelve las instituciones incluimos un esquema no completo y utilizado para servicios de atención en el primer nivel, pero que se puede generalizar sin distorsionar el análisis.

FIGURA 4. Factores Organizacionales que Influyen en la Utilización de Servicios.



Fuente: DE LA REVILLA, Luis. Factores que Intervienen en la Utilización de los Servicios de Salud. Ed. DOYMA. España, 1991. Pág. 41.

Para iniciar la explicación de la figura anterior se considerara de suma importancia el contemplar que en el entorno existan otras instituciones de salud ya sean complementarias o sustitutas, para que no crear falsas expectativas al creer que cualquier tendencia que se siga sera la acertada,

sino que hay que tener en cuenta la posibilidad que en otras instituciones se percaten de las mismas estrategias o que se neutralicen las que se decidan tomar. De otra parte también es conveniente tener en cuenta otros aspectos que son exógenos a la institución pero que deciden en la cantidad de demanda que pueden atender, entre ellos se menciona la familia, el usuario y los proveedores; pues en la percepción que tengan estos y la forma como acudan a solicitar servicios explicara los niveles de utilización que tenga este.

Merece mención y aunque no aparece en el esquema, el tener en cuenta la incidencia de las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) que aparecen en el marco legislativo como de fundamental papel al desenvolverse como las visibles organizadoras de la prestación de servicios; tienen a su cargo el recaudo del dinero necesario para su propio funcionamiento y una parte importante con la que cuenta el sistema de salud, de igual manera en éstas entidades se maneja la regulación y verificación de las condiciones en que se prestan los servicios de salud para la población, y la mas importante de todas sus funciones es asegurar a la población que las escoja.

En el área metropolitana tienen presencia las siguientes Entidades Prestadoras de Salud (EPS); Asmed Salud, Colmena Salud, Coomeva Salud, Coopesander Ltda., Coopservioriente, Coosolidaria, EPS Comfenalco, EPS Humana Vivir, Only Salud Integral E.U., Salud Total, Salud Coop, Saludvida, Seguro Social, Solsalud, Susalud. Dentro de las practicas que realizan habitualmente podemos encontrar que desde la implantación del nuevo modelo de prestación de servicios iniciado con la puesta en funcionamiento de la Ley 100 de 1993, se han procurado la extensión de la oferta de Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) encontrándose entre las más resaltables el caso de Coomeva salud, que en la actualidad presta servicios en las unidades básicas ambulatorias distribuidas por toda la el área metropolitana, de la misma manera que los hacen otras en su especialidad

como Salud Coop y Cafesalud A.R.S.; ello con el fin de disminuir sus costos en la atención de pacientes y tratando de restringir el poder que puedan desempeñar en algún momento las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), con ellas solo se suscribirán contratos para que presten los servicios de más alta complejidad.

Para pasar a la parte principal del grafico falta mencionar los factores más estudiados por investigaciones y ellos tienen que ver con la manera como los factores dependientes inciden o reflejan los niveles de utilización de las instituciones de salud. Se trata de los niveles de acceso y disponibilidad con que puede contar una población en el momento de hacer una reclamación de un servicio, así mismo con la productividad y calidad en la prestación del tratamiento que tienen las instituciones en el caso de que estas existan.

Los otros tipos de factores que tiene en cuenta el grafico anterior y sobre los cuales se centra el estudio son de tipo interno a la organización; cuando menciona el nivel de relación con otros servicios de salud, hace mención a la posibilidad de mantener relaciones entre las distintas capas de la salud para que la necesidad sea atendida por la más indicada de acuerdo con la complejidad en el tratamiento que se requiera, para evitar la subutilización de personal y equipo.

En cuanto a la estructura de la organización ya se menciono en líneas anteriores en este mismo apartado, dando preponderancia a los procesos impulsados por lideres y sus motivaciones propias, tal vez en este se haga referencia más por el deseo de mantener una estructura en la que la atención se discuta entre grupos de profesionales y de esta manera buscar que se escoja el mejor tratamiento y se disminuyan las citas de seguimiento, sin necesidad de acudir a las cartillas de manejo o protocolos, dándose más una concertación entre especialistas para decidir la conveniencia de un

tratamiento. Camina de la mano este tipo de estrategias con la conveniencia que al interior de la institución se mantengan especialistas de renombre que sean los líderes al momento de recomendar los procedimientos a seguir, buscando una estandarización de los tratamientos y un control de las prescripciones medicas entre los mismos colegas. Pero el proceso no sera bien tomado por los médicos salvo en el momento que se pueda presentar en la mejor de los ambientes de comunicación que debe ser propiciado por los líderes y el personal administrativo de la entidad.

3.5 CASUALIDADES:

El papel que se otorga a los sucesos fortuitos es de carácter totalmente importante y relevante para el funcionamiento del sistema; el caso del sector salud en el Area Metropolitana de Bucaramanga, se pueden enumerar hechos como el apoyo de los gobiernos locales por que el sector esté en un lugar encumbrado, de la misma manera aparece un impedimento que en total nacional está causando problemas y no solamente al sector salud sino en general, es el particular de las tasas de crecimiento las que reflejan el comportamiento de la economía en general, en la ultima década no han sido las más espléndidas y reflejan las crisis que se viven al interior del país.

Hechos como el constante desempleo y la violencia se reflejan en las cifras arrojadas por los indicadores como el Producto Interno Bruto (PIB), pero sus efectos en la población son distintos y los golpeados con estas tendencias son los más pobres, si tenemos en cuenta las disparidades en los ingresos al interior de la nación. Las metas de afiliación no se han alcanzado por la falta de garantías para ingresar al sistema de las personas independientes y de los empleadores que prefieren subdeclarar los empleados que mantienen

trabajando, o simplemente por que los niveles de empleo en la economía no son los adecuados para que el sistema de salud se mantenga a flote.

En resumen las condiciones macroeconómicas de la nación no han sido las más adecuadas para que el sistema de salud, cuente con el respaldo de la población y logre alcanzar el principio de universalidad con que fue planteado; contándose en ocasiones con percepciones en la cual los aportes son percibidos por la población como un impuesto regresivo que restringe las posibilidades de utilización de los ingresos en alimentos y vivienda, antes que una posibilidad de estar resguardado para eventuales enfermedades, por eso creen que la necesidad de asegurarse no es tan apremiante.

Para poder dar paso a los análisis de lo sucedido a la población pobre con la implementación de la Ley 100 de 1993, debemos resaltar que el panorama general no ha sido el mejor, pues las situaciones se han mostrado difíciles y pueden presagiar dificultades para que a la población pobre se le garantice en algún momento la totalidad en el acceso a los servicios de salud.

CAPITULO 4. SEGUIMIENTO A LAS DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

La salud de la población en general corresponde a factores como; entorno físico y social, comportamiento de cara a la salud, servicios de salud y la genética en un futuro no muy lejano; además aparecen los servicios de atención que en ultimas no representan gran parte de la salud de las personas, en su mayor parte la salud se proporciona en un dominio popular (entre 70% y 90%)¹³⁴, aunque el profesional de la ciencia medica intenta atraer la demanda, en él no ésta la mayor fuente de curación. Con lo anterior se quiere decir que el concepto de la salud es algo que interrelaciona bastantes campos de la sociedad y por ello se justifica la su acción en un ámbito que vincula a ramas diferentes a la medicina.

La contribución de la legislación como es el caso de la Ley 100 de 1993, es ejemplo de un instrumento normativo que sirve como base para que el Estado, contribuya de manera atenta al logro de condiciones más justas para el acceso y disfrute de los bienes y servicios de salud. En la ley se reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹³⁵.

¹³⁴ ALLEYNE, George. La Equidad y la Salud: Una Meta para Todos. En: Busca de la Equidad. 1995-2002 (OPS). Pág. 217.

¹³⁵ BOLIS, Monica. Legislación y Equidad en Salud. En: Revista Panamericana Salud Publica. 11(5/6). 2002. Pág. 444-448. Las dimensiones con que debe contar una ley para permitir la disminución de las desigualdades son; en primer lugar, la definición del bien salud a proteger; traducir el anhelo para alcanzar metas u objetivos fijados por la sociedad en la salud, debe privilegiarse al bien común por el bien particular y adaptarse las normas políticas a las necesidades de la cambiante sociedad. Adicionalmente debe también contemplarse algunas características particulares de la salud, para resolver vacíos que pueden resultar de la aplicación de la ley y en la practica puedan causar desajustes entendiendo que el tema es bastante amplio. Finalmente para que la Ley 100 tenga las condiciones de igualdad, se requiere que la sociedad cuente con los medios necesarios para exigir que los valores asociados a la salud sean preservados.

Lo que se intenta disponer con la puesta en funcionamiento de la nueva legislación es que la justicia social es marco referente para lograr mayor equidad en salud; de esta manera al atacar y disminuir las inequidades de orden social se puede propiciar un panorama más alentador a la población para que alcancen mayores oportunidades y capacidades en el plano de la salud. De igual forma lo expreso el director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) George A. O. Alleyne al solicitar de las políticas públicas reducción de las desigualdades y citando a Amartya Sen, “las desigualdades de salud que tienen orden social son injustas e injustificadas porque representan la distribución de los recursos de la sociedad de tal manera que ciertos grupos no disponen de oportunidades o libertades humanas básicas”¹³⁶.

Los principios que sustenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son la Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación. Apreciamos entonces que la universalidad aparece en segundo lugar y es algo que vale la pena resaltar, por las implicaciones que ello tiene en la búsqueda de equidad en el interior del sistema, de esta manera al dar garantía a los principios básicos queda confirmado el deseo del gobierno por permitir a la totalidad de la población tener acceso a un sistema básico de servicios de salud a los cuales alcanzara sin importar su capacidad de pago. “La equidad en materia de salud debería significar que todos tienen iguales oportunidades para la preservación de la salud y, por extensión, que las diferencias irreducibles de salud entre los individuos y los grupos de personas deberían ser mínimas”¹³⁷.

En la búsqueda por garantizar el principio de universalidad y otros; el gobierno decide organizar una serie de instrumentos y formular políticas con

¹³⁶ ALLEYNE, George. (1995-2002). Salud Demorada es Justicia Negada. Op. Cit., Pág. 642.

¹³⁷ ALLEYNE, George. (1995-2002). La Equidad y la Salud: Una Meta para Todos. OP. Cit., Pág. 216.

el fin de regular el mercado de salud, evitando que se presten para limitar las libertades que deben gozar los miembros de la sociedad colombiana; las regulaciones van dirigidas a controlar los fallos que se pueden presentar en los campos donde quedo abierta la competencia, todo con el fin de garantizar el buen funcionamiento del sistema.

Al mismo tiempo es conocida la descentralización de las actividades del sistema y por ello la formación de entes reguladores como; Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional en Salud, Ministerio de Salud y Agencias Territoriales de Salud. De otro lado se encuentran vigilando por la eficiencia del sistema las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes se encargan de supervisar los correctos procedimientos en la atención de sus afiliados.

En un comienzo se debe hacer la precisión, si tal vez no quedo claro que la salud en nuestro país tiene la característica de ser tratada como un bien meritorio o bien esencial; es decir que debe ser prestada con carácter obligatorio a la totalidad de las personas residentes, sin importar la capacidad de pago; de esta manera se justifica que sea reclamada por la totalidad de la población teniendo en cuenta que nos encontramos en una democracia liberal.

Para alcanzar el cubrimiento total de la población, que es algo que en ocasiones es imposible dadas las dificultades en el presupuesto o limitaciones en el acceso por dificultades de dispersión geográfica u otros aspectos que imposibilitan el cumplimiento de mandato constitucional; ***entonces encontramos que aparecen inequidades suceso que se puede presentar ante las diferencias entre “condiciones y necesidades de***

salud de una población, de un lado, y en la prestación de los servicios de salud para responder a dichas necesidades, de otro lado”¹³⁸.

Para tratar la primera parte de la cita es conveniente hacer el contraste entre los diferentes grupos poblacionales definidos dadas sus características geográficas, económicas, sociales, demográficas o culturales. Entre ellos existirán diferencias en la manera como evalúan una situación y definen que su estado de salud no es igual al habitualmente presentado; de esta manera se concibe que hay diferencias en la concepción de las necesidades de ser atendidos por el sistema de salud. De otra parte los segmentos sociales, tras realizar el juicio para entender que se hallan enfermos, tienen diferentes referentes para tomar decisiones de acceder a los servicios o utilizarlos. Los factores que se mencionan como características de los grupos poblacionales pueden ser intervenidos a través de políticas de salud, y de desarrollo social y económico, en general; excepto los factores relacionados con el orden biológico.

En el sentido antes mencionado se logra la equidad en la salud cuando las oportunidades para equiparar las condiciones de vida se pueden generar con la distribución de los frutos del crecimiento social y económico, evitando que se creen desventajas para la población. Entonces se trata de un tema totalmente diferente con la equidad referida a la prestación de servicios de salud definida a partir de “igual acceso a los servicios de salud para igual necesidad, igual uso de servicios para igual necesidad e igual calidad de la atención para todos”¹³⁹.

¹³⁸ CÉSPEDES, Juan Eduardo; JARAMILLO, Iván; MARTINEZ, Rafael y OTROS. Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia y Efectos Sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. No. 8. (Marzo 2001); Pág. 12.

¹³⁹ Ibíd. Pág. 13.

Para entrar en detalle, la equidad en la prestación de servicios, se halla en el potencial existente en una región para solucionar las necesidades de prestación de servicios médicos creados por la población, sin importar la solvencia económica para sufragar los costos de los tratamientos. **“Se dice que un sistema de salud es equitativo si todas las personas tienen igual oportunidad de obtener servicios de salud cuando así lo requieran, sin importar su capacidad de pago; igual utilización de servicios de salud entre diferentes niveles de ingreso, así como el establecimiento de iguales costos para todos”¹⁴⁰.**

De manera que al aclarar que se pueden suscitar diferentes clases de inequidades en la salud de la población (condiciones y prestación de servicios), también se puede afirmar que para el propósito de este capítulo se utilizara por conveniencia el estudio de las inequidades en las necesidades de prestación de servicios médicos. Aunque no se había hecho mención, el propósito es esclarecer las posibles inequidades en el acceso de la población del Área Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. en el transcurso de lo que lleva la implantación de la reforma a la salud.

La definición que más nos acerca al tema es la última en presentarse (equidad en la prestación de servicios de salud) por considerar que ante las condiciones que ofrece la legislación y las características que se otorga a la salud como un bien de acceso general; se convertiría en una muestra de inequidad la falta de condiciones para acceder a los servicios de salud.

Es necesario aclarar que en el análisis no se profundiza en la utilización de servicios médicos, que vendría a confirmar más certeramente que existen inequidades entre grupos de afiliación al sistema; pero el tipo de información que requería tal propósito sería más precisa, como la suministrada tras una

¹⁴⁰ Ibíd. Pág. 14.

encuesta. Considerando el tamaño de la muestra se hace necesaria la utilización de una población bastante grande, lo que convertiría su manejo en muy engorroso, dadas las dimensiones del trabajo.

En esta ocasión se prefirió manejar cifras de carácter oficial; de esta manera se otorgo credibilidad a las cifras suministradas por la Secretaria de Salud Departamental. Se intentara esclarecer los niveles de cobertura de la población afiliada al sistema de salud y al mismo tiempo determinar en que medida se están presentando inequidades en el acceso de la población; tratando mejor de demostrar la lenta evolución de la cobertura del sistema en el área metropolitana; hecho que posibilita las inequidades en el acceso de la población al sistema de salud.

La serie de tiempo a que se tuvo disponibilidad corresponde a los años 2000 a 2003 y entre las cifras se encuentran deficiencias en la información; como la concerniente a los datos suministrados para el régimen contributivo, pues en el periodo de tiempo comprendido, la actualización de las cifras se realiza tan solo en dos ocasiones (2000-2001); de igual manera aunque la población del Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. se incrementa en cada año el sondeo que determina la población con características suficientes para aspirar al régimen subsidiado (Sisben) no se ha actualizado y se manejan datos estáticos. Para el análisis de la información se trabaja con las ciudades que conforman el área metropolitana, para luego dar paso a las particularidades que habitan en el conjunto.

Entonces podemos afirmar que en Bucaramanga la capital de Santander y ciudad más importante de toda el área, se concentra más de la mitad de la población total (558.748) en el año 2003, lo que corresponde a el 54,64% del total, de los cuales el 83,94% están afiliados a el sistema; y el 13,7% de la población total se hallan afiliados al régimen subsidiado.

CUADRO 13. Bucaramanga Cifras de Cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.

AÑO	POBLACIÓN DANE	% NBI	Población SISBEN Niveles 1 2 3	Población Total Afiliada (Según Bases)	Población Afiliada Régimen Contributivo	Total Población Afiliada al Sistema	Población con NBI	% Cobertura del Régimen Subsidiado al Sisben	% del Régimen subsidiado a la Población total	% de la Población Afiliada al Sistema Frente a la Población Total
2000	530.320	17,90	174.888	59.281	60.232	119.513	94.927	33,90	11,18	22,54
2001	539.805	17,90	174.888	69.745	392.465	462.210	96.625	39,88	12,92	85,63
2002	549.263	17,90	174.888	74.423	392.465	466.888	98.318	42,55	13,55	85,00
2003	558.748	17,90	174.888	76.527	392.465	468.992	100.016	43,76	13,70	83,94

* Las cifras del 2001 corresponden al corte de 29 de Enero de 2002. Las del 2002 al a base de datos existente el 22 de Agosto del 2002. Las del 2003 pertenecen al corte del 28 de Octubre del 2003.

Fuente: Secretaria de Salud Departamental. Santander. Cálculos del autor.

Las tendencias de la afiliación de la población en cuanto a la extensión de la cobertura partiendo de la población sisbenizada era del 33,9% en el año 2000 y se paso al 43,76% en el 2003; lo cual haría pensar que se extendió la cobertura en casi 10%; pero en realidad contando con el aumento poblacional paso del 11,7% al 13,7% lo cual representa solo un 2% en todo el periodo. Algo que representa que por lo menos en Bucaramanga el régimen subsidiado ésta incrementando los niveles de vinculación de la población al régimen subsidiado pero que los aumentos poblacionales no se han tenido en cuenta. Aunque en las cantidades que presenta el Índice de Necesidades Insatisfechas (NBI) en Bucaramanga corresponde al valor más bajo (17,9%).

Detrás de estas cifras pueden aparecer fenómenos de migración fuertes, como los de las comunidades desplazadas por la violencia, y que en los últimos años se ha incrementado; también la aparición de nuevas personas en las condiciones de pobreza necesarias para que se incluyan en las estadísticas como población necesitada de cubrimiento de la seguridad social prestada por el gobierno. De pronto un estudio más riguroso reflejaría que cantidad de población ha perdido el privilegio ofrecido por el Estado en materia de seguridad social, tras haber mejorado su calidad de vida y que están desangrando el sistema cuando ya pueden acceder a él por otra vía (régimen contributivo).

Para el caso de Floridablanca, la situación que se presenta es la siguiente, la población total en el año 2003 representa el 24,3% del total del Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. y es de 248.568 personas, de las cuales el 42,81% tiene acceso al sistema de salud, pero solo el 12,13% ésta en el régimen subsidiado.

CUADRO 14. Floridablanca Cifras de Cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.

AÑO	POBLACION DANE	% NBI	Población SISBEN Niveles 1 2 3 (Planeación)	Población Total Afiliada (Según Bases)	Población Afiliada Régimen Contributivo	Total Población Afiliada al Sistema	Población con NBI	% Cobertura del Régimen Subsidiado al Sisben	% del Régimen subsidiado a la Población total	% de la Población Afiliada al Sistema Frente a la Población Total
2000	233.653	16,20	98.563	23.190	18.115	41.305	37.852	23,53	9,92	17,68
2001	238.602	16,20	98.563	24.448	76.283	100.731	38.654	24,80	10,25	42,22
2002	243.568	16,20	98.563	27.336	76.283	103.619	39.458	27,73	11,22	42,54
2003	248.568	16,20	98.563	30.141	76.283	106.424	40.268	30,58	12,13	42,81

* Las cifras del 2001 corresponden al corte de 29 de Enero de 2002. Las del 2002 al a base de datos existente el 22 de Agosto del 2002. Las del 2003 pertenecen al corte del 28 de Octubre del 2003.

Fuente: Secretaria de Salud Departamental. Santander. Cálculos del autor.

En cuanto a las tendencias de cobertura se analiza que del 23,53% de la población que tenía acceso en el sondeo del Sisben para el año 2000 se pasó a tener el 30,58% en el 2003; pero como existieron aumentos poblacionales en realidad la cobertura del régimen pasó del 9,92% del total de la población en 2000 al 12,13% del total de la población; lo cual representa una variación del 2,21% y no un 7,5%, contando con que en el periodo no se hayan mejorado las condiciones de la población en un número mayor del que aparece como nueva población.

A su vez en Piedecuesta el aumento poblacional es de 6.870 personas entre el 2000 y el 2003, lo que corresponde una variación del 6,84% al pasar de 93.797 personas al principio del periodo a 100.687 en el final, y esto representa un 9,84% del total de la población en el año 2003 en el A.M.B. de toda esta población el 44,43% tiene acceso a los beneficios de la seguridad social para el último año de la serie comprendida y solo el 14,39% de esta cifra ésta en el régimen subsidiado.

CUADRO 15. Piedecuesta Cifras de Cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.

AÑO	POBLACION DANE	% NBI	Población SISBEN Niveles 1 2 3 (Planeación)	Población Total Afiliada (Según Bases)	Población Afiliada Régimen Contributivo	Total Población Afiliada al Sistema	Población con NBI	% Cobertura del Régimen Subsidiado al Sisben	% del Régimen subsidiado a la Población total	% de la Población Afiliada al Sistema Frente a la Población Total
2000	93.797	23,50	69.050	11.721	6.853	18.574	22.042	16,97	12,50	19,80
2001	96.073	23,50	69.050	13.104	30.247	43.351	22.577	18,98	13,64	45,12
2002	98.366	23,50	69.050	13.212	30.247	43.459	23.116	19,13	13,43	44,18
2003	100.687	23,50	69.050	14.485	30.247	44.732	23.661	20,98	14,39	44,43

* Las cifras del 2001 corresponden al corte de 29 de Enero de 2002. Las del 2002 al a base de datos existente el 22 de Agosto del 2002. Las del 2003 pertenecen al corte del 28 de Octubre del 2003.

Fuente: Secretaria de Salud Departamental. Santander. Cálculos del autor.

De acuerdo con las cifras manejadas el aumento de la cobertura de la población registrada ante el Sisben es del 16,97% en el 2000 y pasa al 20,98% en el 2003, lo que acumula una variación total de 4,01%. Pero enfrentada en el total de la población y contando con que esta sufrió un aumento en el periodo registrado por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), la cobertura de la población beneficiaria del régimen subsidiado de salud paso del 12,5% en el 2000 al 14,39% en el 2003; lo cual representa una extensión en la cobertura del 1,89%.

En el ultimo lugar tenemos que analizar al municipio de Girón en el cual habita el 11,19% del total de la población del área metropolitana, de esta manera se puede decir que el aumento poblacional entre el 2000 y el 2003 es de 9.215 personas y un 8,04% de variación en el periodo; del total de la población 114.522 en el año 2003 del cual el 46,64% tiene acceso al sistema de salud, pero tan solo un 17,78% de la población en este año se beneficia del régimen subsidiado.

CUADRO 16. Girón Cifras de Cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.

AÑO	POBLACION DANE	% NBI	Población SISBEN Niveles 1 2 3 (Planeación)	Población Total Afiliada (Según Bases)	Población Afiliada Régimen Contributivo	Total Población Afiliada al Sistema	Poblacion con NBI	% Cobertura del Régimen Subsidiado al Sisben	% del Régimen subsidiado a la Población total	% de la Población Afiliada Frente a la Población Total
2000	105.307	24,00	40.560	15.567	6.046	21.613	25.274	38,38	14,78	20,52
2001	108.338	24,00	40.560	17.081	33.049	50.130	26.001	42,11	15,77	46,27
2002	111.406	24,00	40.560	19.210	33.049	52.259	26.737	47,36	17,24	46,91
2003	114.522	24,00	40.560	20.361	33.049	53.410	27.485	50,20	17,78	46,64

* Las cifras del 2001 corresponden al corte de 29 de Enero de 2002. Las del 2002 al a base de datos existente el 22 de Agosto del 2002. Las del 2003 pertenecen al corte del 28 de Octubre del 2003.

Fuente: Secretaria de Salud Departamental. Santander. Cálculos del autor.

La tendencia de la cobertura ha sido el aumento en cada año, de acuerdo con el seguimiento de la variable cobertura del régimen subsidiado al Sisben las cifras que maneja esta encuesta; pasa del 38,38% de la población con la identificación de beneficiario al 50,2% de la población, lo que representa adelantos fuertes en materia de cobertura de la base poblacional que se halla como necesitada, pero como esta base no se ha actualizado en el periodo, en el total de la población el aumento de la cobertura del subsidio a la demanda solo ha logrado extenderse al un 3% de la población pues se pasa de un 14,78% en el principio del periodo al 17,78% al final. Adicionalmente se debe registrar que el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es el más alto entre los municipios que conforman el área metropolitana (24%).

Tras haber enunciado el transcurrir en los municipios por separado, se abordara el tema en su conjunto tal y como lo requiere el análisis propuesto

por la hipótesis de trabajo, de esta manera se deben concretar los números para comprender las tendencias en un mayor ámbito.

CUADRO 17. Area Metropolitana de Bucaramanga Cifras de Cobertura del Sistema de Salud en Seguridad Social 2000-2003.

AÑO	POBLACION DANE	% NBI	Población SISBEN Niveles 1 2 3 (Planeación)	Población Total Afiliada (Según Bases)	Población Afiliada Régimen Contributivo	Total Población Afiliada al Sistema	Población con NBI	% Cobertura del Régimen Subsidiado al Sisben	% del Régimen subsidiado a la Población total	% de la Población Afiliada al Sistema Frente a la Población Total
2000	963.077	20,40	383.061	109.759	91.246	201.005	196.468	28,65	11,40	20,87
2001	918.818	20,40	383.061	124.378	532.044	656.422	187.439	32,47	13,54	71,44
2002	1.002.603	20,40	383.061	134.181	532.044	666.225	204.531	35,03	13,38	66,45
2003	921.845	20,40	383.061	141.514	532.044	673.558	188.056	36,94	15,35	73,07

* Las cifras del 2001 corresponden al corte de 29 de Enero de 2002. Las del 2002 al a base de datos existente el 22 de Agosto del 2002. Las del 2003 pertenecen al corte del 28 de Octubre del 2003.

Fuente: Secretaria de Salud Departamental. Santander. Cálculos del autor.

De la misma manera se puede apreciar en la tabla que la cobertura del sistema ha aumentado en el periodo y pasa de 20,87% de la población en el 2000, al 73,07% en el 2003; dentro de las cifras se aprecia que le año en que más aumento fue entre 2000 y 2001 con un incremento del 44,57% respecto al año anterior alcanzando un 71,44%. De la misma forma la población aumento en el periodo comprendido pero no fue uniforme su tendencia y se presenta que entre 2000 y 2002 aumento pasando de 963.077 el primer año a 1.002.603 en el ultimo; para luego decaer la cifra hasta ubicarse en 921.845 personas habitando el área metropolitana.

Como la población identificada ante el Sisben no varia el porcentaje de la cobertura del régimen aumenta en toda la serie, pasando del 28,65% en el

2000 al 36,94% en el 2003; lo que demuestra que en la zona en ningún año se han dejado de ampliar el componente de las afiliaciones al régimen subsidiado como principio rector necesario para cumplir lo dispuesto por la Ley 100 de 1993. De la misma forma lo que representa el régimen subsidiado en toda la población es apenas entre el 11,4% y el 15,35%, demostrando que el segmento más representativo se halla entre las personas afiliadas ante el sistema por el régimen contributivo, y de la misma manera se puede inferir que el componente más importante entre este rublo serán las familias de los cotizantes, ya que estos comprenden una parte más que importante del total de las personas que se han visto incluidas en el sistema. También aclarando que en las cifras no se halla del todo una certeza y es que durante tres años no se ha actualizado la base de datos del régimen contributivo, reflejando con esto una mala administración de la información, para quien la solicita (Secretaría de Salud) como para quien la suministra.

Ante las cifras del Sisben se debe decir que; no se realiza ninguna aclaración acerca de las movilizaciones de la población al interior de las capas poblacionales, de esta manera la información alcanza una particular desinformación, al no reportar que al interior de la población existen quienes han mejorado su nivel de vida; pero también quienes han caído en desgracia o se han mudado a los municipios huyendo de la violencia. A lo que se hace mención acá es a los típicos cambios en los ingresos de las personas, así como de los líderes del hogar que no siempre son los mismos; con lo cual el sistema de información por no actualizarse en periodos de tiempo más cortos deja de percibir tendencias que habitan entre la población. Al tratarse de las cifras del Sisben no posibilitan amplias maneras de generalizar las tendencias ambiguas, como lo podría desempeñar un índice; que es lo que nos representa el (NBI), el cual puede permanecer estático por varios años mientras varíe el número de pobladores.

En líneas generales se diría que el sistema ha avanzado y que el acceso es más equitativo en la actualidad que hace cuatro años, ante ello se debe destacar los esfuerzos realizados por el régimen contributivo como la parte que más personas cobija dentro del sistema. No obstante la tendencia que muestra el régimen subsidiado y es allí donde se encuentran las dificultades no son las optimas, pues no se supera el 50% de la población que debería estar cobijada por este régimen según cifras del Sisben ya que es menos del 20% del total de la población; por lo cual es posible dar paso a la afirmación que los avances por mejorar la situación de la población menos favorecida no se han desempeñado de la mejor manera y que es en este punto es donde están presentando las mayores inequidades en el acceso.

CAPITULO 5. CONCLUSIONES

El esquema presentado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 de 1993, es un nuevo esfuerzo por articular los agentes responsables de la salud y la población; la manera de garantizar la universalidad se halla en la financiación de los subsidios pero a la demanda y no a la oferta como anteriormente se llevaba a cabo. La competencia se lleva a cabo por captar población en las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), para garantizar la libre competencia el Estado creó organismos de control como, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), la Superintendencia de Salud y los entes territoriales pertinentes al tema.

En el interior del sistema se pueden presentar problemas de financiamiento que se originan de tres dimensiones diferentes; en primer lugar desde el régimen contributivo se aprecia un aumento de la densidad familiar de 2,48 en 2000 a 2,51 en 2001, paralelo a este evento existen desincentivos para que se declaren los verdaderos ingresos de quienes contribuyen alternándose con falta de estrategias para congregarse más afiliados en el sistema; al mismo tiempo las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) no presionan para que la información sea más precisa y confiable; con el compromiso por mejorar la información del sistema desde el Ministerio de Salud se han iniciado estrategias de depuración de la base de datos y por ello si en 1998 habían 16.433.463 afiliados, en 1999 en el régimen se alcanzaban a 13.245.836 personas lo que representa una disminución del 19,39% de los afiliados. Otro problema de grandes dimensiones es el desempleo y el subempleo ante el cual no encuentra estrategias el sistema para que la población considere razonable la obtención de la seguridad

social, pues en la mente de cada familia apremian problemas más urgentes como la alimentación y la vivienda antes que el resguardarse contra una enfermedad. Los problemas del régimen contributivo, repercuten en el sistema completo por que comprometen el recaudo del 1% de solidaridad y garantía destinado para el régimen subsidiado.

Otra dimensión que compromete el financiamiento es el Estado, que incumple con los giros para la salud, no otorga los rublos requeridos; el compromiso existente en la Ley 100 de 1993 reconocía que el rublo concerniente a las transferencias del gobierno podría ser equivalente o superior al 1% de solidaridad con el régimen contributivo a partir de 1997 hecho que no se ha mantenido; según la Ley 715 del 2001 especifica que los aportes de la nación serán del 25% del punto de solidaridad del contributivo.

Los incrementos en los recursos destinados a la salud del régimen subsidiado están en continua evolución y han alcanzado un incremento del 53,45% en el periodo de 1997 al 2001; el incremento más fuerte en el periodo se descubre entre los años 1997 y 1998 donde se incrementaron las fuentes de financiamiento del régimen subsidiado en 28,88%; seguido por el aumento entre el año 2000 y 2001 donde el crecimiento de las fuentes de financiación fue de 27,4%. En el resto del periodo se manejaron incrementos moderados. La cifras que más peso relativo tienen son las de los Ingresos Corrientes de la Nación y el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que cubren el 75,35% del total en 1997 y para el 2001 el 61,18%; el decrecimiento en el peso relativo de estas cuentas ésta representado por el incremento en los valores del Situado Fiscal, pues en el 2001 ya representaba el 24,74% del total de los recursos.

De otra parte existe ambigüedad de destinos y fuentes de los ingresos que recibe la nación y son de uso exclusivo de la salud, llegando a ser necesario

que recorran seis y siete diferentes destinos los dineros antes de llegar a las instituciones que prestan los servicios. Aunque la promulgación de la Ley 715 del 2001 es un intento por organizar el sistema de transferencias; se manejan todavía presupuestos históricos que no permiten una discusión a nivel regional y contrarían la búsqueda de mayor convergencia en los niveles de salud entre territorios.

La tercera dimensión que dificulta la financiación adecuada del sistema concierne con los problemas de las Empresas Sociales del Estado (ESE), que han retrasado sus transformaciones, soportan cargas pensionales muy grandes y tienen que depender de los recursos que otorga el Estado a la salud para sobrellevar sus problemas, la dependencia no se ha olvidado y falta crear conciencia para mejorar los resultados en prestación de servicios y dinámica de organización. Dentro de los principales pacientes que acuden a recibir atención en estos centros hospitalarios son vinculados y los dineros que recogen las instituciones por prestar esos servicios son de difícil recaudo pues son girados desde el gobierno central.

Al quedar comprendidas el desenvolvimiento del sistema de salud implantado desde la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, que procura nuevas maneras para llevar la salud a la población y aclarando que en la actualidad se encuentran retrasadas las metas de universalidad que el año 2000 tenía una cobertura de 22.756.402 personas, y las dificultades en el financiamiento del sector en los dos regímenes. Es conveniente extraer las conclusiones que se aprecian de analizar el entorno de la competencia del sector expuesto desde la metodología de los diamantes de Porter para concretar en el área metropolitana como influyen estas tendencias nacionales.

El esquema del diamante de Porter permite concluir que en el Área Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. las ventajas competitivas se han

formado en torno, a instalaciones con alta tecnología de segunda generación e importada, y la educación que direcciona excelente capital humano para investigación, y el desempeño de buenos estándares de calidad.

El desenvolvimiento de la reestructuración de las Empresas Sociales del Estado (ESE) ha sido bastante dispar en el Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B., aunque hay experiencias que arrojan buenos indicadores como el caso de Floridablanca; también existen casos contrarios como en Girón y Piedecuesta donde los escándalos son más grandes en la actualidad (Hospital San Juan de Dios de Girón tras una estudio de la contraloría se encontró el incumplimiento en el pago de aportes parafiscales por el orden de los \$208,598 millones, así como el traslado de \$41,322 millones, por concepto de estampillas pro-UIS, Pro-Desarrollo y Pro-Hospitales, deficiencias en el desarrollo del Plan de Atención Básica y el Plan de Promoción y Prevención, la cual le hizo regresar 47 millones no invertidos) que en el modelo de atención al usuario con subsidios a la oferta, manejado antes de la promulgación de la Ley 100 de 1993.

Apremiante si parece considerar la solución de una manera diferente al estado en el que se encuentra el Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV); conociendo que en el año 2003 termino con un saldo en rojo de \$2 mil millones, además de los \$12 mil millones que le debe el Estado por pago a la atención de la población vinculada. Esta situación se aprecia teniendo el conocimiento que en este centro asistencial se forma a gran parte de la oferta laboral del ramo y de la misma manera los indicadores de gestión están por encima del promedio nacional (satisfacción del usuario fue de 75%, y las tres principales áreas fueron; urgencias 91,5%, hospitalización 91% y servicios ambulatorios 89%, disponibles por cama son de 1,98, la mortalidad intrahospitalaria 3,1%, cirugías canceladas 5.07% y más).

La misión de incursionar en mercados competitivos corre de cuenta de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) privadas, quienes aparte de actuar como promotoras de la investigación, también han tomado el compromiso de incursionar en nuevos mercados hecho que es primordial para descubrir nuevas ventajas competitivas y ampliar las existentes. Pero aun les falta incluir en sus modelos de atención a la población vinculada, la cual no tiene acceso a la medicina de alto nivel tecnologico por el incumplimiento en los plazos de pago de las deudas por parte del gobierno; queda al descubierto entonces que se convierte como imperativo la consecución de rentabilidad en el negocio antes que cumplir con una labor humanitaria. Excepción de la FOSCAL con su programa “Salud Integral Siglo XXI”.

En la mayoría de las oportunidades las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que se encuentran en el Area Metropolitana de Bucaramanga corresponden a consultorios abarcando el 67% del total de la cantidad de instituciones con 1.136 instalaciones, seguido por el centro de servicio de salud o centro de salud con unos haberes del 12% con un total del 201. Los hospitales y clínicas están repartidos, 16 para los de carácter público y 19 de carácter privado y sumando las 3 de carácter mixto, completan el 2% del total de la oferta de instituciones del área. En estas cifras se encuentra unos distractores, ya que no se esta garantizando o entrando a precisar las condiciones en que se prestan los servicios. También estas cifras no pueden dar precisión acerca de que las camas ofrecidas por las instituciones sean las adecuadas o las cantidades necesarias para suplir los requerimientos de la población.

En relación al recurso humano que es la segunda fuente de ventaja competitiva, los nuevos cupos en la universidad se han aumentado en la ultima década en 1.652; al pasar de 663 en 1990, hasta 2.315 en 1999,

comprobando la diversificación de la carrera, apertura de nuevas universidades proporcionando facultades novedosas en el área; pero la apetencia por el área de la medicina parece no haber disminuido en estos años e incluso ha aumentado, es así como las solicitudes en esta área comenzaron en la década de 1990 con 101 inscritos y la terminaron con 1.117, hechos que no reflejan los desincentivos que existen en la profesión en la actualidad y que hace una década no eran evidentes, como es el caso de la pérdida del poder de decisión del médico con los protocolos de manejo y la pérdida de prestigio de la carrera con los paros y huelgas que frecuentemente libran los profesionales de esta área para que se cancelen sus sueldos y mantener algunas prebendas laborales.

Es resaltable el hecho de mantener recurso humano con alta especialización al interior del Área Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. que se ha convertido en el motor de los procesos de investigación en el cluster de salud, y se resalta la cooperación entre instituciones educativas, Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y empresas alternas, que han apoyado proyectos que rápidamente dan resultados y mejoran la imagen de la salud.

Además del tema de recurso humano también se debe tratar el tema de las inversiones en tecnología de equipos importados y es importante aclarar, que es substancial mantener una coherencia de las compras con los requerimientos de la población, es decir que se deben buscar estrategias para que en la evaluación de equipos mejoren los rendimientos de las inversiones y no comprar equipos por atender a la ola de tecnología que se ofrece.

La demanda de la población debe reconocer que intervienen aspectos tan distintos como la cultura regional y estatus económico; estos aspectos incluidos en la reforma que extendió los afiliados al sistema hasta tener

cobertura del 73,07% de la población del área metropolitana en el año 2003; son causantes de un consecuente aumento en la demanda. Dentro del esquema de Andersen presentado como esquema para representar los factores que influyen en la necesidad de servicios de salud, ésta claro que el reconocimiento del quebranto de salud y la solicitud del servicio, no son los únicos aspectos que justifican la necesidad de servicios, también se necesita que el reclamo sea atendido antes de pasar a la efectiva atención; con ello queriendo decir que no es suficiente tener la enfermedad y solicitar la atención si el sistema no atiende a las reclamaciones y las soluciona.

En los corolarios de los sectores conexos, es de suma importancia el incentivar procesos que beneficien la extracción de nuevas ventajas competitivas, no obstante reconociendo el poder que ya ha influido la educación en esta rama. Salvo contadas excepciones la búsqueda de abarcar nuevos mercados potenciales es apremiante para desarrollar nuevas y sustentables ventajas en el entorno, y recopilar las enseñanzas que a diario suministra el sector salud en la región. Casos concretos son los que se hacen en la FOSCAL donde con nuevos departamentos de producción se impulsan iniciativas por incursionar en sectores relacionados con la salud; pero el llegar a una propuesta concreta en este ramo necesita del dialogo entre los inversionistas del sector privado, los centros asistenciales y organismos de investigación, para que conjuntamente creen nuevas empresas.

Los incentivos que pueda tener el líder de la Institución Prestadora de Servicios (IPS), forma el carácter de la institución y es en esta medida que las instituciones arraigadas en la región han encontrado un modelo gerencial en el que los lideres pertenecientes a ilustres familias se empeñan para que la institución triunfe; por ello empeñan el orgullo y su nombre para que las actividades llevadas a cabo tengan retribuciones, tanto en beneficios

monetarios como reconocimiento por su gestión, adelantos en la técnica e investigación; lo que traerá beneficios para su propio nombre. Mientras en el modelo de gestión en las Empresas Sociales del Estado (ESE) las juntas de administración tienen prioridades más apremiantes, como mantener las cuentas de la institución en niveles aceptables y cuidar para que de alguna manera se cancelen los salarios de los empleados y evitar los ceses de actividades; antes que incentivar modelos de gestión que busquen la innovación de la ciencia medica.

El papel del Estado y las casualidades no es de asombrar que sea uno de los más importantes, pero de alguna manera también constituye la parte más difícil en la que se pueda gestionar alguna transformación, por ello la continuidad de las políticas implantadas desde la Ley 100 de 1993 está todavía en camino a la consolidación; los factores como la suerte, rumbo de la economía y la guerra interna de la nación no han mostrado buenos desempeños en el nivel macro retrasando la consecución de metas; contando estos factores, periodo de transición tendría menos duración y traería menos estragos en las capas más desfavorecidas de la población.

Para enfocar el análisis de inequidades, el estudio se sesgo a las inequidades concernientes con el acceso y se comprobó que aun se mantiene el 26,03% de la población del Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B. fuera del sistema de salud. El problema ésta en que el cubrimiento del régimen subsidiado es el que más dificultades ha tenido para aumentar sus cifras y del 2000 al 2003 tan solo ha crecido en cobertura en un 8,29% llegando al 36,94% en el 2003, según la base de datos del Sisben, pero esta no ha sido actualizada en la serie de tiempo utilizada.

El régimen subsidiado cubre en total el 15,35% de la población en el área metropolitana, según las proyecciones de la base de datos del Sisben se ha

pasado del 28,65% en el 2000, al 36,94% en 2003; significa que el 63,06% de las personas (241.547) que en el año 2000, tenían las características para acceder al subsidio no cuentan en el 2003 con asistencia en salud, salvo los servicios que se le prestan como personal vinculado que atienden en los hospitales anteriormente publicos. Aun así el gobierno quiere desconocer los servicios que prestan estas instituciones a la comunidad, incumpliendo los pagos.

Los adelantos en la cobertura del sistema que tienen alguna importancia, parten de la extensión de la afiliación a las familias de los contribuyentes. En ese ramo es donde más se ha ampliado la cobertura al pasar en el 2000 del 20,87%, hasta un 57,71% en el 2003, es decir un incremento en la cobertura del 36,84% en el periodo frente a un escaso 3,95% del régimen subsidiado en el total de la población. Cabe resaltar que las cifras no son las indicadas pues la actualización de la base de datos del régimen contributivo no se realiza desde el 2001.

El municipio con más dificultades de toda el Area Metropolitana de Bucaramanga A.M.B., es Floridablanca en cuanto a consecución de resultados en la afiliación de la población beneficiaria del sistema pues en el 2003 cuenta con un cubrimiento del 42,81% del total de la población y una cobertura del régimen subsidiado del 30,58% de las cifras que maneja el Sisben; seguido por Piedecuesta con el 44,43% de la población total afiliada al sistema de salud y una cobertura del régimen subsidiado de tan solo el 20,98% del total de la población inscrita en la encuesta del Sisben, siendo esta la más baja del total del área metropolitana. Es decir que el peor desempeño en afiliación se esta suscitando en Piedecuesta aunque la cobertura del sistema es peor en Floridablanca.

Al apreciarse las mejores cifras en Bucaramanga del total del área metropolitana, ya que el 83,94% de la población tiene afiliación en el sistema y el 43,76% de la población registrada ante el Sisben, de la base de datos del 2000, ésta afiliada ante el régimen subsidiado; también por ser en esta ciudad donde se concentra el mayor numero poblacional (558.748 personas en el 2003 el 60,61% de la población total del área metropolitana), entonces las cifras jalonan para que en el total del área se manejen mejores coberturas del sistema.

En conclusión final el análisis al cluster de salud del Area Metropolitana de Bucaramanga, presenta dualidades en su conformación, existiendo instituciones excelentes y pujantes en contraste con otras que son gestionadas para sobrevivir; personal medico que esta muy bien educado, que investiga en nuevas formas de ofrecer salud a la población y tiene alta especialización; pero que desmejora en su condiciones laborales a cada instante. Escasa inversión en sectores conexos aparte de la educacion; igualmente también esta el desequilibrio financiero por parte del gobierno que no alcanza a garantizar que el total de la población tenga el acceso a la salud. Con un panorama como este el sector ésta en condiciones bien difíciles que retan la estructura actual y a la ves se avistan prometedoras expectativas para el futuro; más bien reclama una mayor equidad en las funciones de organización, para brindar la salud al total de las personas del área.

BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, Betancur Maria Cristina. De los Roles del Estado, el mercado y la Sociedad Civil en Salud. En: Cartilla de seguridad Social. Colombia. No. 6, 1999; Pág. 74-81.
- ALCORTA, Ludovico; BUSTAMANTE, Jorge. Otros. Política Industrial y Desarrollo Tecnológico: Lecciones para el Caso Colombiano. En: Colección Problemas de Desarrollo. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, 1995.
- ALLEYNE, A. George. A Quest for Equity. En Busca de la Equidad. Selección de Discursos 1995-2002. OPS, 2002.
- Análisis al Sector Salud en Distrito Capital 1990-1998. Secretaria de Salud, Alcaldía Mayor Santa fe de Bogotá. 1998.
- ARDILA, Rueda Euclides. Mañana, los trabajadores del Hospital definirían 'hora cero' de posible paro. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (4, Enero, 2004); Pág. 4A.
- ----- . Alerta Amarilla por el Paro de la Salud. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (29, abril, 2003). No. 29602; Pág.5A.

- ARROYABE, Iván Darío. Formulación Preliminar de un Modelo Racional de Finanzas para los Hospitales Públicos. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Vol. 19 No. 2 (Julio-Diciembre 2001); Pág.101-109.
- BOLIS, Mónica. Legislación y Equidad en Salud. En: Revista Panamericana de la Salud Pública. 11(5/6), 2002.
- BORJA, Jorge Jayk. Análisis de la Cadena Productiva del Aceite de Palma de la Zona Central. En: Informe de Coyuntura Económica Regional. Bucaramanga. Primer trimestre, 2001; Pág. 40-53.
- CARO, Jaime. Evaluación de Tecnología en el Sistema de Salud Colombiano: ¿Lujo o Necesidad?. En: Vía Salud: Gestión Calidad y Logros. No.24, 2003; Pág. 17-21.
- CARVAJAL, Orlando. Información del Sisben no es confiable en un 65%. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (6, Mayo, 2003). No. 29608; Pág. 4A.
- -----. El Paro de la Salud Termino en Veremos. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (1, Mayo, 2003). No. 29604; Pág. 5A.
- CASALET, Mónica. La Cooperación Interempresarial: Una Opción para la Política Industrial. En: Banco Nacional de Comercio Exterior. Comercio Exterior. México. VOL 47, No.1, 1997; Pág. 8-15.
- CASAS-ZAMORA, Juan Antonio. Salud, Desarrollo Humano y Gobernabilidad en América Latina y el Caribe a Inicios del Siglo XXI. En: Revista Panamericana de la Salud Pública. 11(5/6), 2002.

- CASTAÑO, Yépez Ramón Abel. Modelos de Atención: ¿Más Salud por el Mismo (o Menos) Dinero?. En: Vía Salud: Gestión Calidad y Logros. Colombia No. 24, 2003. Pág. 6-13.
- -----; ARBELAEZ, José; GUIDEON, Ursula; Morales Luis Gonzalo. Evolución de la Equidad en el Sistema Colombiano de Salud. En: Financiamiento del Desarrollo CEPAL. Santiago de Chile. (Mayo, 2001).
- -----. Medicina, Ética y Reformas a la Salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión medica. Bogotá-Colombia: ECOE, 1999.
- CÉSPEDES, Juan Eduardo; JARAMILLO, Iván; MARTINEZ, Rafael y OTROS. Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia y Efectos Sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Bogotá. N° 8, (Marzo 2001); Pág. 8-34.
- CHAVEZ, Blanca Myriam G.. La Responsabilidad de las Aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Vol. 19 No. 2, (julio-Diciembre 2001); Pág.89-100.
- CURREA-LUGO, De Lugo. Cuando se Enferma la Gente pero se Alivia el Mercado. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Bogotá. No. 7 (Agosto 2000); Pág. 9-33.
- DE LA REVILLA, Luis. Factores que Intervienen en la Utilización de los Servicios de Salud. España: DOYMA, 1991.

- Diagnostico Componente Socioeconómico y Cultural Plan Integral de Desarrollo Metropolitano- Corplan. Mimeo.
- Economic Review. Private Medical Insurance in the U. K. En: Economic review. U. K. Vol. 18, No. 2, (Noviembre 2000); Pág. 32,33.
- El Desarrollo de las Tecnologías en Salud en América Latina y el Caribe. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. OPS, OMS. Junio, 1998.
- Hospital Universitario Ramón González Valencia sigue en la cuerda floja. En: El Tiempo. Bogotá. (5, Enero, 2004).
- ESGUERRA, Maria del Pilar; ACOSTA, Olga Lucía; NIGRINIS, Mario. Señales de Alerta en el Sector Salud. En: Debates de Coyuntura Social. 1996. Pág. 7-18.
- ESPINOZA, Echavarría Karem; RESTREPO, Zea Jairo Humberto; RODRÍGUEZ, Acosta Sandra. Producción Académica en Economía de la Salud en Colombia, 1980-2002. En: Borradores del CIE. Medellín-Colombia. Agosto, 2003.
- ESSER, Klaus. HILLEBRAND, Wolfgang. MESSNER, Dirk. MEYER-STAMER, Jörg. Competitividad Sistémica: Nuevo Desafío a las Empresas y a la Política. En: Revista de la CEPAL. Santiago de Chile. No. 59, 1996; Pág. 39-52.
- FILHO, Alberto Pellegrini. Inequidades a La Información e Inequidades en Salud. En: Revista Panamericana de la Salud Pública. 11(5/6), 2002.

- FRANCO, G. Álvaro. La globalización de la Salud: Entre el Reduccionismo Economico y la Solidaridad Ciudadana. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Vol. 20, No. 2 (Julio-Diciembre 2002); Pág. 103-118.
- FUCHS, Víctor. El Futuro de la Economía de la Salud. En: Lecturas de Economía. Medellín. Nº 55, (Julio– Diciembre 2001); Pág. 8-30.
- GALEANO, Nelson; OICATÁ, Alejandro y LAMBULEY, Germán. De Promover Exportaciones a Promover la Competitividad Global: Instrumentos del Siglo XX Adaptados al Siglo XXI. En: Economía Colombiana y Coyuntura Política. No. 289, (Abril 2002);Pág.43-49.
- GALLEGO, Acevedo Juan Miguel. El Corazón Teórico de la Economía de la Salud. En: OIKOS. Medellín. Nº 13, 2000. Pág. 51-64.
- GIACOMETTI, Rojas Luis Fernando. La Empresarización de los Hospitales Publicos. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Bogotá. No. 7, (Agosto 2000); Pág. 4-8.
- ----- . La Gestión de Recursos Tecnológicos en Salud, Más que una Estrategia de Contención de Costos. En: Salud TAD. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Bogotá. No. 3, (Julio 1998); Pág. 20-30.
- GUTIÉRREZ, Roberto; MARTINEZ, Claudia; Otros. Retos para el nuevo Milenio en América Latina. Desarrollo Sostenible Competitividad y Reformas de Segunda Generación. Colombia: Tercer Mundo, 1998.

- HENAO, Myriam; QUEVEDO, Emilio. (Coordinadores). Salud para la Calidad de Vida, Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Colciencias. Colombia, 1993.

- HIRSCHMAN, Albert O. La Estrategia del Desarrollo Económico. México: Fondo de Cultura Económica, 1981.

- Acuerdo Nacional de Competitividad para la Cadena de Maíz Amarillo, Sorgo, Yuca, Soya, Alimentos Balanceados, Avicultura y Porcicultura. Segundo trimestre. Informe de Coyuntura Económica Regional. Bucaramanga-Colombia, 2001. Pág. 37-43.

- JARAMILLO, Sofi. Viabilidad del HURGV Está en Veremos. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga (19, Julio, 2003). No. 29682; Pág. 4A.

- -----. Anthoc Instauro una Acción de Cumplimiento Contra el Estado. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga (3, julio, 2003); Pág. 4A.

- -----. Sigue la Incertidumbre en el Hospital. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga (5, Junio, 2003). No. 29638; Pág. 4A.

- -----. Embargo a Cuentas del HURGV Agrava la Crisis. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga (28, Mayo, 2003). No. 29630; Pág. 4A.

- -----. Santander, Pionero en Cirugía. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga (3, Mayo, 2003). No. 29605; Pág. 4A.

- -----. Critica Radiografía de los Hospitales del Area. En: Vanguardia Liberal. (3, Febrero, 2003); Pág. 4A.

- KARL, Claudio Rene. Incidencia del Gasto Publico en Salud 1990-1999. En: Boletín de Divulgación Económica. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Bogotá-Colombia (Junio, 2000).
- KORZENIEWICZ, Roberto Patricio. Una Visión Alternativa: Las Cadenas Mercantiles Globales. En: Investigación Económica. México. No. 214, (Octubre–Diciembre, 1995); Pág. 15-30.
- La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la accion. OPS, OMS. Washington, 2002.
- LABONOTÉ, Ronald; RESTREPO, Helena E. Incidencia en la Salud Pública de la Globalizacion del Comercio y las Inversiones. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Vol. 20 No. 2, (Julio-Diciembre 2002); Pág. 83-98.
- Ley 715 de 2001. Diciembre 21. por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- Ley 100 de 1993. Diciembre 23. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Ley 60 de 1993. Agosto 12. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen los recursos según los

artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

- Ley 10 de 1990. Enero 10. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- LIZARAZO, Rosalba V. HURGV termina el año “con saldo en rojo”. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (20, Diciembre, 2003). No. 29836; Pág. 4A.
- -----. Trabajadores Bloquean HURGV por Mora en Pago de Salarios. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga (19, Noviembre, 2003). No. 29.805; Pág. 5A.
- LLIESTERRI, Juan José. Competitividad y Desarrollo Economico Local Nuevas Oportunidades Operativas. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible. España. Marzo, 2002.
- LÖSCH, August. Teoría Económica Espacial. Argentina: El Ateneo, 1957.
- LONDOÑO, De la Cuesta Juan Luis. Salud hacia el 2001. En: Debates de Coyuntura Social. Colombia, 1996; Pág. 34-38.
- LOTERO, Jorge C. Industria Competitividad Regional: Elementos para una Estrategia en el Occidente Colombiano. En: Lecturas de Economía. Medellín. No. 42. (Enero- Junio, 1995); Pág. 72-105.
- MALDONADO, Carlos y JIMENEZ, Edwin. La educación superior y el sector industrial en Santander en los noventa: Un análisis a través de

- ----- . Financiamiento del Seguro de Salud en Colombia. Medellín. Año 2, No. 4, (Junio, 2002).
- O'MEARA, Gloria Bautista; RUIZ Fernando y OTROS. Estrategias de Producción y Mercado para los Servicios de Salud. CENDEX. Bogotá: CEJA, 2001.
- ORDÓÑEZ, Sara. Evolución de la Reforma en Salud. En: Debates de Coyuntura Social. Bogotá, 1996. Pág. 39-43.
- OREJUELA, De Deeb Norman. El Premio Calidad en Salud Colombia: El Camino de la Excelencia. En: Vía Salud: Gestión Calidad y Logros. Colombia. No. 18, 2001; Pág. 5-11.
- PALACIOS, Betancourt Diego. Colombia: Hacia un Sistema de Protección Social. En: Vía Salud: Gestión Calidad y Logros. Colombia. No.24, 2003; Pág. 24-29.
- PAREDES, Nelcy. Logros de la Reforma. En: Debates de Coyuntura Social. Bogota, 1996; Pág. 27-33.
- PATIÑO, José Félix. (Coordinador). Foro Permanente Sobre la Calidad de Atención de la Salud. Academia Nacional de Medicina de Colombia. Colombia, 2002.
- PÉREZ. Francisco Calle. La Autofinanciación de los Hospitales Públicos, Los Subsidios de Salud: de Oferta a Demanda. En: Planeación y Desarrollo. Colombia. Vol. XXXVIII, No. 1, (Enero-Marzo, 1997). Pág. 123-142.

- PETRELLA, Ricardo y Otros. ¿Sostenible? Tecnología Desarrollo Sostenible y Desequilibrios. Universidad Politécnica de Cataluña. España, 1997.
- PINTO, José Luis Paredes. El uso del Análisis Coste Efectividad en el Establecimiento de Prioridades Sanitarias, Valores Sociales Incluidos y Excluidos. En: Papeles de Economía Española. España. N° 76, 1998; Pág. 148-157.
- PLATA, Beatriz; GIEDION, Ursula; MORALES, Gonzalo; BLOOM, Eric. La Evasión de Aportes Obligatorios al Sistema de Salud en Colombia. FEDESARROLLO. Colombia, 1999.
- -----; BARONA, Ana Beatriz. Afiliación de Población Pobre al sistema de Salud: El Caso Colombiano. FEDESARROLLO. Colombia, 1999.
- PORTER, Michael E. Estrategia Competitiva, Técnicas para el Análisis de los Sectores Industriales y de la Competencia. México: Continental S.A., 1998.
- ----- . La Ventaja competitiva de las Naciones. Argentina: Vergara, 1991.
- PORTOCARRERO, Julio. Sobre la Adopción de Nuevas Tecnologías. En: Vía Salud: Gestión Calidad y Logros. Colombia. No. 24, 2003; Pág. 4-5.
- RAMÍREZ, Gómez Manuel; CORTES, Cortes Darwin; GALLEGO, Acevedo Juan Miguel. El Gasto en Salud en los Hogares Colombianos: Un Análisis Descriptivo. En: Lecturas de Economía. Medellín. No. 57, (Julio-Diciembre, 2002); Pág. 88-125.

- RAMOS, Miguel; DIRVEN, Martín. Otros. Apertura y (Des) Encadenamientos Productivos. CEPAL. Santiago de Chile. 2001.
- RESTREPO, Zea Jairo Humberto; ARANGO, Arango Monica Andrea; CASAS, Bustamante Lina Patricia. Estructura y Conducta de la Oferta del Seguro de Salud en Colombia. En: Lecturas de Economía. Medellín. No. 56, (Enero-Junio, 2002); Pág. 32-71.
- RUIZ, Clemente Durán; DUSSEL, Enrique Peters. Presentación; Surgimiento de las Cadenas Mercantiles Globales. En: Investigación Económica. México. No. 214, (Octubre-Diciembre, 1995); Pág. 9-13.
- RUIZ, Fernando G. La Crisis en el Régimen Subsidiado: ¿Falla regulatoria o Falla del Mercado?. En: Debates de Coyuntura Social. Colombia, 1996; Pág. 19-26.
- -----; CAMACHO, Salvador y OTROS. Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance Competencias y Prospectiva. Bogotá-Colombia: CEJA, 2001.
- SACHS, D. Jeffery. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Economico. OMS. Canadá, 2002.
- Salud Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. OPS, OMS y CEPAL. Washington D.C., 1997.
- SÁNCHEZ, Alfonso J. G. Servicios de Salud. Técnicas Avanzadas de Marketing y Planificación Sanitaria. España: DOYMA, 1991.

- SCHNEIDER, Maria Cristina; CASTILLO-SALGADO, Carlos; BACALLAO, Jorge y OTROS. Métodos de Medición de las Desigualdades de Salud. En: Revista Panamericana de la Salud Pública. 12(6),2002.
- SOJO, Ana. Reformas de Gestión de Salud en América Latina. En: Revista de la CEPAL. No. 74. Agosto, 2001.
- SUESCUN, Clara Stella Sáenz. Promotores de Cardiología en Santander. En: Informe de Coyuntura Económica Regional. Bucaramanga. Primer Trimestre, 2001; Pág. 36-39.
- URIBE, Claudia; ARDILA, Javier; GONZALES, Iván; MARIÑO, Sara. Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud. En: Vía Salud: Gestión Calidad y Logros. Colombia. No. 24, 2003; Pág. 33-39.
- URRUTIA, Miguel. Lineamientos para una Política de Privatización. En: Lecturas de Economía. Medellín. No. 32- 33, (Mayo-Diciembre, 1990); Pág. 101-119.
- Isabu y Unab garantizan que el Hospital Local del Norte atienda las 24 horas del día. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (28, Octubre, 2003). No. 29783; Pág. 5A.
- Min-Protección destino \$550 millones a la salud. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (24, Octubre, 2003). Pág. 11A.
- Salud con alto nivel científico nuestro servicio, 30 años HURGV. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (29, Agosto, 2003); Pág. 2B.

- En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (16, Mayo, 2003). No. 29618; Sección D.
- Jalón de Orejas para el Hospital. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (7, Mayo, 2003). No. 29609; Pág. 6A.
- En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (13, Abril, 2003). Pág. 10A.
- VARGAS, Jorge Enrique. Descentralización de los Servicios de Salud en Colombia. En: Planeación y Desarrollo. Colombia. Vol. XXVIII, No. 1, (Enero-Marzo, 1997); Pág. 143-198.
- VÁZQUEZ, Antonio Barquero. Globalización, Dinámica Económica y Desarrollo Urbano. En: Papeles de Economía Española. España. No. 80, 1999; Pág. 220-230.
- VÁSQUEZ, Caro Mauricio. Ensayo Metodológico. Reflexiones sobre el Proceso para la consolidación de cluster de medicina en Medellín. Centro de ciencia y Tecnología de Antioquia. Mimeo.
- Fundación Cardiovascular del Oriente Colombiano: ¡DEL SUEÑO A LA PRACTICA!. En: Vía Salud: Gestión Calidad y Logros. Colombia. No. 18; Pág. 24-29.
- VILLAMIL, Liliana. Contraloría Hallo Malos Manejos en el Hospital.
- YENDES, Nilia Escobar y OTROS. Ética Medica y Economía de la Salud. En: Revista Cubana de Salud Publica. Cuba. No. 23 (1), 1998; Pág. 5-10.

- YEPES, Delgado Carlos Enrique. Equilibrio Financiero del Sistema de Salud y la Crisis de los Hospitales Publicos. En: Cartilla de Seguridad Social. Colombia. No. 6, 1999; Pág. 62-73.

WWW.mincomex.gov.co

WWW.minproteccion.gov.co/legislación/

WWW.eclac.org

WWW.FCV.org.co

WWW.Fiscal.com.co

WWW.dnp.gov.co

WWW.banrep.gov.co/estadisticas/

WWW.cgh.org.co

WWW.worldbank.org

WWW.oms.org

ANEXO 1

Artículo 162 de la Ley 100 de 1993. El Plan Obligatorio de Salud; permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema. El paquete incluye un rublo especial en el costo del denominado “Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POSS), el cual está cubierto por la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S), equivalente a 50% de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC). Ese menor valor corresponde a un cubrimiento de un menor número de procedimientos y enfermedades en el (POSS), que los que están cubiertos en el (POS). La Ley 100 contempla un proceso de incremento gradual de la (UPC-S) hasta igualar el valor de la (UPC) antes del año 2001. Fecha en la cual el contenido del plan de beneficios del régimen subsidiado se igualaría al del régimen contributivo”¹⁴¹.

¹⁴¹ MORA, Álvarez Humberto. Riesgo del Aseguramiento en el Sistema de Salud en Colombia en 1997. En: Serie de Financiamiento del Desarrollo CEPAL. Santiago de Chile. (Mayo 2000); Pág. 7.

ANEXO 2

Según los artículos 177-184 de la Ley 100 de 1993. Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), tienen en su contenido ser quienes enlacen todo el sistema, siendo las responsables de la afiliación y registro de sus miembros, así mismo llevan a cabo el recaudo de las cotizaciones de sus afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Las funciones básicas irán desde organizar y garantizar, directa e indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio (POS) a los afiliados y, girar la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor correspondiente a las Unidades de Pago por Capitación (UPC) al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Buscara la afiliación de grupos de población no cubiertos por la Seguridad Social, establecer procesos para que sus afiliados puedan recibir atención en cualquier parte del país, presentar la información laboral de sus afiliados ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA); es muy importante la labor que deberán cumplir en cuanto al control de la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Como una condición presente, se necesita considerar la posibilidad que ante la presencia de seguros y empresas aseguradoras o Estado que garantice la salud de su población, se dispare la demanda por servicios, entonces se delega el poder para que las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) racionalicen la demanda y evitar un eventual aumento en los costos de operación del sistema, por lo tanto se otorgan herramientas como; contratación y pagos tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, todo con el fin de cuidar aumentos no convenientes en los costos. Los riesgos que puede acarrear este tipo de acciones es una baja en

la prestación de servicios, dado que los médicos se sienten presionados para atender a los pacientes sin remitirlos a tratamientos costosos pues actuaría en contra de su racionalidad económica. Es decir que la calidad y en algunos casos la eficiencia podrían trastornarse por restricciones presupuestales. Algo más conveniente que pueden hacer las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para mitigar el riesgo es contar con grandes agrupaciones de población o adquirir contra seguros para tratamientos costosos. La Superintendencia Nacional de Salud acreditará las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que cuenten con los requisitos que a bien ella considere.

ANEXO 3

Según el artículo 172 de la Ley 100 de 1993. El Consejo Nacional de Seguridad Social; cuenta con una secretaria técnica para el asesoramiento en los estudios técnicos que se requieran para la toma de decisiones; dentro de las funciones que debe llevar a cabo están las de definir el Plan Obligatorio de Salud (POS), al mismo tiempo que identifica los medicamentos esenciales y genéricos con que contara; puntualizar los montos a que ascenderán las cotizaciones de los afiliados y los valores que regirán para los copagos (valores que se imponen sobre servicios de demanda elástica frente al precio, para garantizar que no se altere la demanda y poder cuidar los costos), de igual forma los valores que se dispondrán para las Unidades de Pago por Capitalización (UPC), el valor por beneficiario del régimen subsidiado y los criterios para la selección de los beneficiarios de estos recursos; delimitar el régimen bajo el cual se atenderán los reconocimientos por incapacidad; especificar medidas necesarias para evitar selección adversa (consiste en mantener empleados sanos entre sus filas de afiliados y excluir las personas que tengan enfermedades graves y costosas) entre las Entidades Prestadoras de Salud (EPS); ejercer funciones de consejo administrativo del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA); por último recae sobre él presentar informes anuales al Senado y Cámara acerca de la evolución del sistema.

ANEXO 4

Según artículo 233 de la Ley 100 de 1993. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud que puede hacer uso de los siguientes procedimientos para cumplir los objetivos que se le encomiendan; interrogar bajo juramento a cualquier persona cuyo testimonio pueda ser útil para esclarecimiento de los hechos; imponer sanciones hasta de 1000 salarios mínimos legales, cuando las instituciones desobedezcan sus ordenes. Entre sus funciones ésta el emitir la orden de suspender practicas ilegales o no autorizadas y que inmediatamente se adopten las correspondientes medidas correctivas; vigilar para que las instituciones que la entidad supervisa, suministren información que facilite el juego del mercado a favor de la libre escogencia a que tienen derecho las personas que desean ingresar o están en el sistema; publicar información que demuestre la situación de las entidades sometidas a control y la del sector en su conjunto; practicar visitas a las entidades vigiladas, Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) para saber la situación financiera, manejo del negocio o aspectos especiales que se requieran.

ANEXO 5

Tras hacer un seguimiento en los casos de cese de actividades por parte de los empleados hospitalarios y las causas por que lo hacían, se encontró:

La protesta del 5 de Junio 2003 por el reclamo de el pago de cuatro meses de salarios y la prima de navidad que le adeudaban¹⁴².

La protesta liderada por la Asociación Nacional de Trabajadores y Empleados Hospitalarios y Clínicos (Anthoc) el 19 de Noviembre 2003, que reúne a 830 miembros, los mismos que se les adeudan 2 meses de salario, prima desde el año pasado, incremento salarial, recargo de dominicales y festivos y 5 dotaciones¹⁴³.

El día 5 de Enero del 2004, a las 7:30 a.m., en una asamblea extraordinaria, los empleados del Hospital Universitario Ramón González Valencia (HURGV) definirán acciones a seguir tras el sorpresivo recorte de los derechos convencionales de los que fueron "víctimas" en los últimos días. Al interior del Hospital rechazamos la negligencia de las directivas, quienes a través de la resolución No 0023 optaron por recortar los derechos, pues esto representa un recorte de \$800 millones al presupuesto del centro asistencial, a los empleados se les disminuyen sus ingresos en un 25%¹⁴⁴.

¹⁴² JARAMILLO, Sofi. Sigue la Incertidumbre en el Hospital. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (5, Junio, 2003). No. 29638; Pág. 4A.

¹⁴³ LIZARAZO, Rosalba V. Trabajadores Bloquean HURGV por Mora en Pago de Salarios. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (19, Noviembre, 2003). No. 29.805; Pág. 5A.

¹⁴⁴ ARDILA, Rueda Euclides. Mañana, los trabajadores del Hospital definirán 'hora cero' de posible paro. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga (4, Enero, 2004); Pág. 4A. Redacción el Tiempo. Hospital Universitario Ramón González Valencia Sigue en la Cuerda Floja. En: El Tiempo. Bogotá. (5, Enero, 2004).

ANEXO 6

Los reconocimientos alcanzados por la Fundación Cardio Vascular del Oriente Colombiano son suficientes para atestiguar los altos niveles en la prestación de servicios que se alcanzan en la institución, de la misma forma que respaldan el proceso continuado de mejoramiento e investigación, que origina tecnificación en la ciencia medica; entre ellos cabe mencionar:

Premio Calidad Salud Colombia 2002 - Categoría Bronce - otorgado por el Centro de Gestión Hospitalaria. Mención Honorífica en el área clínica a la investigación médica 2002 otorgado por la Academia Nacional de Medicina. El Premio Nacional de la Calidad en Salud y la Asociación de Radiólogos Especializados fue distinguida por sus investigaciones a nivel latinoamericano, también se cuenta entre sus profesionales a los propiciadores de la investigación “evaluación ecocardiografica de las repercusiones cardiacas de diferentes modalidades deportivas en atletas de alto rendimiento” quien gano el premio Nacional de Medicina Interna, donde también se obtuvo el segundo lugar con la investigación “Estudio neuro epidemiológico en una comunidad como Piedecuesta”¹⁴⁵. Mejor trabajo de Residentes y Mejor presentación de trabajo Póster premio concedido en el Congreso XVII de Medicina Interna 2002. Premio Calidad Salud Colombia 2001 - categoría Bronce - otorgado por el Centro de Gestión Hospitalaria. Premio Aventis otorgado por la Academia Nacional de Medicina por el proyecto de investigación MAFALDA - 2001. Premio Pfizer a la Investigación Clínica (ICIB - Instituto de Investigaciones FCV) - 2001. Premio conferido en el Concurso Iberoamericano de Investigación en Oxido Nítrico (ICIB) -2001.

¹⁴⁵ NIÑO, O. Julio Cesar. Investigación Medica en Santander Obtiene Dos Nuevos Premios. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. (2, Noviembre, 2002); Pág. 4A.

Mención especial de reconocimiento por el esfuerzo en el mejoramiento de la gestión y la calidad institucional, otorgado en el IX Foro Internacional Centro de Gestión Hospitalaria. Primer puesto en la categoría libre del Premio "Fernando Zambrano", otorgado por la Asociación Colombiana de Epidemiología en la IX Jornada Nacional de Epidemiología, 1998. Primer puesto al trabajo presentado durante el XII Congreso Nacional de Instrumentación Quirúrgica en Medellín, 1998. Premio Baxter a la Perfusión, expuesto en el Congreso Nacional de Perfusión en Medellín, 1998. Mejor trabajo de investigación, presentado en el XV Congreso Colombiano de Medicina Interna en Cartagena, 1998.

Primer puesto Premio de Investigación en Enfermería, otorgado en el Congreso Nacional de Cardiología en Santa fe de Bogotá, 1997. Premio Nacional de Cardiología "Ramón Atalaya", otorgado por la Sociedad Colombiana de Cardiología en Santa fe de Bogotá, 1997. Investigador Joven "José Ignacio Cháves", durante el XVII Congreso Interamericano de Cardiología en Puerto Rico, 1997. Premio a la Excelencia Empresarial y premio de Investigación, otorgados durante el II Congreso Internacional de Ingeniería Industrial, organizado por la UIS y la Universidad Pontificia Bolivariana el 11 de Octubre en Bucaramanga¹⁴⁶.

¹⁴⁶ Información extraída de WWW.FCV.org.co fecha de 10 de Dic 2003.

ANEXO 7.

Según la Ley 10 de 1990, Artículo 19. La manera como serán elegidas las direcciones de las Empresas Sociales del Estado (ESE), sera conformada por una junta directiva, precedida por le jefe de la administración seccional o local o su delegado, integrada en el primer nivel de atención –hospitales ocales centros y puestos de salud- por los organismos de participación comunitaria, en los términos que lo determine el reglamento. En las entidades de los niveles secundarios y terciarios de atención –hospitales regionales, universitarios y especializados- se integrara la junta, en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio de estos representantes del sector científico de la salud y un tercio de ellos representen el sector político-administrativo. Un director científico, con calificación en el área de la salud y la administración.