

**UNIDADES DE NEGOCIO ALTERNATIVAS PARA LA GENERACION DE
VALOR AGREGADO EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE
SALUD**

ERIKA ALEXANDRA PEREZ BOHADA

HUGO ALFONSO MORA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
BUCARAMANGA**

2005

**UNIDADES DE NEGOCIO ALTERNATIVAS PARA LA GENERACION DE
VALOR AGREGADO EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE
SALUD**

ERIKA ALEXANDRA PEREZ BOHADA

HUGO ALFONSO MORA

**Monografía para optar por el título de
Especialista en Alta Gerencia**

Director

HERNAN PABON

Ingeniero Industrial

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
BUCARAMANGA**

2005

AGRADECIMIENTOS

La constante en continuar en el desarrollo y finalización de este proyecto se ancla en aquellas personas que con sus sabios aportes permitieron el alcanzar la meta propuesta.

Al Ingeniero Hernán Pabón y a nuestros padres que con su apoyo y colaboración nos impulsaron a llevar a feliz término este proyecto.

A nuestros padres, y hermanos que con su ejemplo nos han enseñado que la perseverancia no conoce barreras, a Dios por ser la fuerza interna que nos impulsa cada día a ser mejor, y por último a todas aquellas personas que con su esfuerzo y dedicación permitieron la culminación exitosa del presente proyecto.

Erika Alexandra Pérez, Hugo Alfonso Mora

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: SISTEMA DE FINANCIACION ACTUAL DE LAS IPS	14
1.1 DESCRIPCIÓN	14
1.1.1 Formulación	16
1.2 OBJETIVO GENERAL	17
1.2.1 Objetivos específicos.	17
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
1.4 ALCANCE	19
1.5 METODOLOGIA	20
2. MARCO DE REFERENCIA	22
2.1 MARCO CONTEXTUAL	22
2.2 MARCO CONCEPTUAL	31
2.3 MARCO TEORICO	42
2.3.1 Regímenes en salud	43
2.3.2 Reforma del sistema de seguridad social	45
2.3.3 Modelos de contratación	47
2.3.4 Conceptualización de la estructura del sistema	49
2.3.5 Niveles de atención	57
2.3.6 Prestación de Servicios	57

2.4	MARCO LEGAL	58
2.4.1	Dirección del Sistema de Salud	67
2.4.2	Normatividad	67
2.4.3	Modelos de Prevención en Salud	69
3.	GASTOS HISTORICOS EN SALUD	70
3.1	GASTO EN SALUD PER CAPITA	71
3.2	GASTO EN SALUD POR REGÍMENES	76
3.3	ECONOMIA DEL SECTOR SALUD	80
4.	ANALISIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	82
4.1	PRODUCTIVIDAD APLICADA A LAS EMPRESAS DEL SECTOR	82
4.2	LA GLOBALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	85
5.	ANALISIS PILOTO DE LA SITUACION FINANCIERA DE IPS DE II NIVEL	90
5.1	ESTADOS FINANCIEROS DE IPS DE II NIVEL	90
6.	PROPUESTA DE UNIDADES ESTRATEGICAS GENERADORAS DE VALOR AGREGADO	93
6.1	PROPUESTA PILOTO PARA LA IMPLEMENTACION DE UNIDADES ESTRATEGICAS GENERADORAS DE VALOR AGREGADO	96
7.	CONCLUSIONES	101
8.	RECOMENDACIONES	104
9.	BIBLIOGRAFÍA	106

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Estructura Funcional	15
Figura 2. Ruta UPC	15
Figura 3. Fuentes de Ingreso Alternativas	17
Figura 4. Gasto per cápita en salud pesos constantes del 200 y dólares	71
Figura 5. Gasto en salud como porcentaje del PIB	72
Figura 6. Gasto en salud pesos constantes del 2000	73
Figura 7. Gasto en salud principales componentes	73
Figura 8. Gasto per cápita en salud	74
Figura 9. Gasto en salud como porcentaje del PIB – Principales Componentes	75
Figura 10. Comparativo gasto en salud 1993 – 2002	76
Figura 11. Gasto en salud Regimen Contributivo del 2000	77
Figura 12. Gasto en salud La caída de las EPS públicas en el 2000	78
Figura 13. Gasto en salud por Regimenes de Seguridad Social	78
Figura 14. Gasto en salud cuatro grandes componentes	79

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Distribución valores por unidades funcionales Valor de Capitalización por usuario I Nivel: 8.670	49

SUMARY

TITULO: UNIDADES DE NEGOCIO ALTERNATIVAS PARA LA GENERACION DE VALOR AGREGADO EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD*

AUTORES: ERIKA ALEXANDRA PEREZ BOHADA
HUGO ALFONSO MORA TRUJILLO**

PALABRAS CLAVES

POS (Plan Obligatorio de Salud)
UPC (Unidad de Pago por Capitación)
Ley 100 de 1993
Valor Agregado Financiero

DESCRIPCIÓN

El objetivo de la monografía es plantear diferentes unidades de negocio que generen valor financiero a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de I y II nivel de complejidad en razón a garantizar su sostenibilidad y permanencia en el mercado empresarial. Para ello se proponen servicios complementarios que actualmente no estén siendo ofertados por las IPS para la generación de nuevos ingresos frente a la demanda existente, optimizando los recursos en cuanto a infraestructura física, tecnológica y de talento humano disponible en las IPS buscando generar diferenciación y posicionamiento de los servicios prestados. Esto implica Identificar las Unidades de Negocio que mejor se ajustarían al I y II nivel de complejidad de las IPS.

Una de las principales responsabilidades del Gerenciamiento de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, es la de cumplir con los diferentes objetivos, sociales y financieros propuestos para lograr el crecimiento sostenido de la Compañía y el cumplimiento de su misión como Institución al servicio de la comunidad.

El alcance de este trabajo es presentar la existencia de otras alternativas de ejecución de negocios relacionados con la prestación de servicios de salud con los más altos estándares de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad que puedan lograr que los rendimientos financieros sobre las inversiones existentes en instalaciones, equipos, recurso administrativo y capacitación del recurso asistencial involucrado en el proceso, se vean expresados en valores significativos muy por encima de la tasa de oportunidad aceptada en el Sector.

Como resultado se propuso la creación de Unidades Alternativas de Negocio, acordes a la infraestructura y áreas que se encuentran en funcionamiento buscando garantizar la mejor utilización de los recursos de la IPS. Es así como se sugiere la implementación de una mezcla de 3 Unidades (Medicina Alternativa, Visión Láser. Consulta Especializada) capaces de generar valor económico financiero, optimizando el aprovechamiento de los recursos físicos, tecnológicos y humanos, sin incurrir en inversiones extras para su implementación; donde el ingreso esté directamente asociado al número incremental de usuarios que demanden el servicio.

* Monografía

** Facultad de Ingenierías Fisicomecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Especialización en Alta Gerencia. Director Ingeniero Hernán Pabón

SUMMARY

TITLE: ALTERNATIVE UNITS OF BUSINESS FOR THE GENERATION OF VALUE-ADDED SERVICES IN HEALTH INSTITUTIONS*

AUTHORS: ERIKA ALEXANDRA PEREZ BOHADA
HUGO ALFONSO MORA TRUJILLO**

KEY WORDS

POS (Obligatory Plan of Health)
UPC (Unit of Payment by Capitation)
Law 100th of 1993
Financial-added Value

DESCRIPTION

The objective of the monograph is to raise different business units that generate financial value to the Health Service Institutions of 1st and 2nd level of complexity in order to guarantee its sustainability and permanence in the enterprise market. For this, complementary services are proposed. Those services, that at present are not being offered by the IPS for the generation of new income against the existing demand, optimizing the resources as for physical, technological and human resource infrastructure available in the IPS trying to generate differentiation and positioning of the given services. This implies identifying the Units of Business that would adjust the best to the 1st and 2nd level of complexity of the IPS. One of the main responsibilities of managing a Health Service Institution, is the one to fulfil the different social and financial objectives proposed to obtain the maintained growth of the Company and the fulfilment of its mission as Institution to the service of the community.

The scope of this work is to present the existence of other alternatives of execution of businesses related to the offering of health services with the highest standards of quality, efficiency and effectiveness that can be obtained and that the financial yields on the existing investments in facilities, equipment, administrative resource and qualification of the involved welfare resource in the process, are expressed in significant value highly over the rate of opportunity accepted in the Sector. As a result, the creation of Alternative Units of Business was proposed, according to the infrastructure and areas that are in operation and guarantees the best use of the resources of the IPS.

It is this way as the implementation of a mixture of 3 Units is suggested (Alternative Medicine, Laser Vision, Specialized consultation) that are able to generate financial economic value, optimizing the advantage of the physical, technological and human resources, without incurring extra investments for its implementation; where the entrance is directly associate to the incremental number of users who demand the service.

* Monograph

** Faculty of Fisicomecánicas Engineerings. School of Industrial and Enterprise Studies. Specialization in High Management. Engineer Director Hernán Pabón

INTRODUCCIÓN

Colombia está ubicada en la región norte de América del Sur, tiene una población aproximada de 42 millones de habitantes, con una expectativa de vida al nacer de 68.1 años para varones y 74.1 años para mujeres con una mortalidad infantil de 25 por mil nacidos vivos.

El Producto Interno Bruto (PIB) es de 2.140 dólares per cápita, y el gasto en salud per cápita asciende al 9,3% del PIB.

El país atraviesa una situación de violencia social que involucra: guerra de guerrillas, narcotráfico, y grupos paramilitares; con repercusiones económicas que inciden en el índice de desocupación creciente. Estos factores han influido profundamente en la articulación social de la población, y han otorgado características particulares a los indicadores de morbilidad y mortalidad de los colombianos.

A partir de la entrada en vigencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100/93), se transforma el esquema de la prestación y aseguramiento de los servicios de salud permitiendo, además del incremento de la cobertura la participación en el mercado de nuevos agentes económicos (EPS, ARS Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA) que desarrollan las actividades de afiliación, recaudo y prestación del servicio de salud.

Analizando las circunstancias que rodean las instituciones pertenecientes al sector salud, se encuentra que internamente el exceso de reglamentación, la centralización de toma de decisiones, el predominio del control directo, la ausencia de una cultura organizacional (que premie el rendimiento y la productividad) y externamente, los cambios en la tecnología (sea blanda o dura), el proceso de globalización, las crecientes restricciones presupuestarias, los cambios en el patrón epidemiológico y demográfico (que implican cambios cualitativos y cuantitativos en la demanda de servicios de salud), y los nuevos requerimientos de inversión, constituyen aspectos que indican la necesidad de que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) exploren otras actividades estratégicas y de alto valor agregado para el cliente y la organización misma.

Para efectos del presente trabajo y teniendo en cuenta las limitaciones internas y los nuevos desafíos que configura un entorno donde se vuelve necesario fortalecer los programas existentes y promover nuevas modalidades de participación del sector privado y mixto en la prestación de servicios de salud, se plantea ilustrar otras posibilidades de ingreso a través de: Unidades de Negocio Alternativas para la Generación de Valor Agregado en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: SISTEMA DE FINANCIACION ACTUAL DE LAS IPS

1.1 DESCRIPCIÓN

El Sistema de Seguridad Social en Salud funciona con base en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definió para cada grupo etáreo (Clasificación por edades y género de la población).

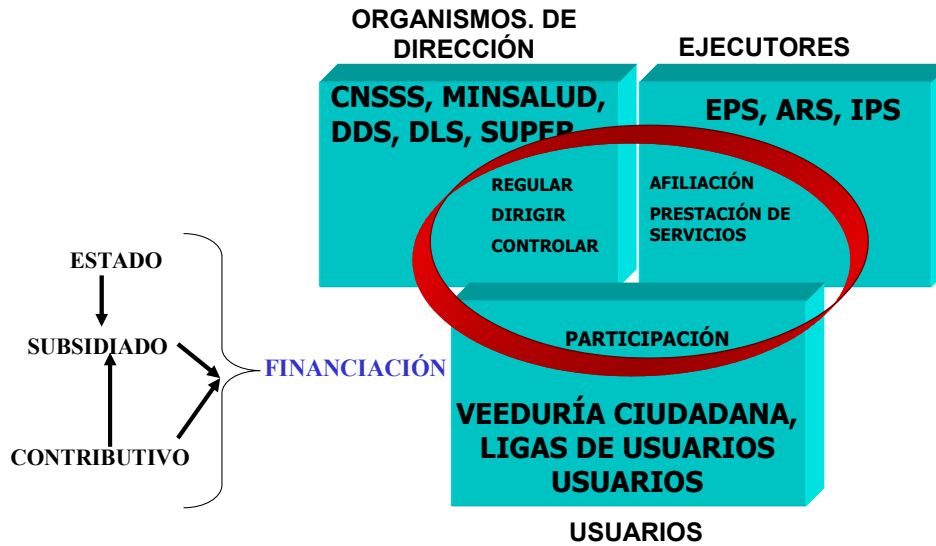
Este valor es transferido por el Gobierno Central en su totalidad a las EPS y esta a su vez, traslada un porcentaje a la IPS producto de la negociación que realiza, la cual se caracteriza por la debilidad en el poder de negociación de la IPS frente a la EPS. (Véase figura 1)

Todo este panorama conlleva a que la IPS no obtenga una rentabilidad económica que le permita el sostenimiento y viabilidad financiera en el mercado acorde con la inversión, el riesgo y la responsabilidad asumidos en la contratación con la EPS.

COLOMBIA



ESTRUCTURA FUNCIONAL



FUENTE: SUPERSALUD 2002

11

Figura 1. Estructura Funcional

Del análisis de la relación existente de la UPC y las finanzas del sector se desprenden lineamientos y decisiones en la forma de generar servicios de óptima calidad, operatividad y cobertura de los mismos, así como la definición del retorno de las inversiones privadas y públicas de los prestadores y de los aseguradores. (Véase figura 2).

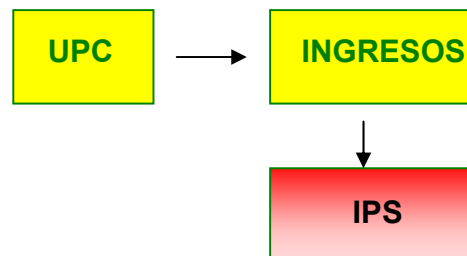


Figura 2. RUTA UPC

Es por ello que cuando se plantean mecanismos de rentabilidad en la generación de ingresos por la prestación de servicios asistenciales, se propone como alternativa el desarrollar herramientas que le permitan a las diferentes IPS lograr nuevas fuentes de ingresos mediante la creación Unidades de Negocios Alternativos.

1.1.1 Formulación. Actualmente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean privadas o públicas (Empresas Sociales del Estado), de todos los niveles de complejidad, obtienen sus ingresos de manera exclusiva de la UPC proveniente de la cancelación de contratos de prestación de servicios en las modalidades de capitación, eventos o mixtas lo que amenaza la subsistencia y mantenimiento en el mercado de las IPS.

Esta situación económica ha llevado a que muchas de estas instituciones fracasen en su intento por sobrevivir en un mercado cada vez más competido, toda vez que los costos de funcionamiento son mayores a los ingresos que se reciben por parte de las EPS que presentan mayores argumentos para no cancelar de manera justa la labor desempeñada o retardando la cancelación por glosas o auditorias.

Ante este panorama se plantea como alternativa de solución buscar nuevos “FACTORES DE GENERACIÓN DE VALOR AGREGADO EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD “a través de otras formas de ingresos económicos además de la UPC, para lo cual se propone la utilización de la infraestructura física y el talento humano existente y muchas veces subutilizado, para el desarrollo de otras actividades comerciales lícitas de salud, acorde con los requerimientos de mayor bienestar físico, mental y espiritual de la sociedad actual, como es el caso de la tendencia en estética y la medicina alternativa entre otras. (Véase figura 3).

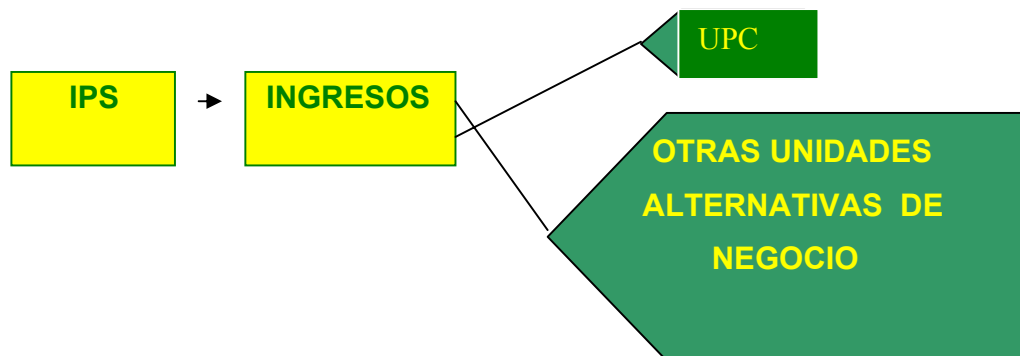


Figura 3. FUENTES DE INGRESO ALTERNATIVAS

Bajo este esquema planteado, se mejora los ingresos de las IPS para su mantenimiento y rentabilidad económica y social, además de satisfacer una demanda en crecimiento.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Plantear diferentes unidades de negocio que genere valor financiero a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de I y II nivel de complejidad en razón a garantizar su sostenibilidad y permanencia en el en el mercado empresarial.

1.2.1 Objetivos específicos.

- Proponer servicios complementarios que actualmente no estén siendo ofertados por las IPS para la generación de nuevos ingresos frente a la demanda existente en el mercado.
- Plantear diferentes formas de optimización de recursos en cuanto a infraestructura física, tecnológica y de talento humano disponible en las IPS,

buscando generar diferenciación y posicionamiento de los servicios prestados.

- Identificar las Unidades de Negocio que mejor se ajustarían al I y II nivel de complejidad de las IPS.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Una de las principales responsabilidades del Gerenciamiento de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, es la de cumplir con los diferentes objetivos, sociales y financieros propuestos para lograr el crecimiento sostenido de la Compañía y el cumplimiento de su misión como Institución al servicio de la comunidad.

El equilibrio financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud es frágil. Mientras que los ingresos al sistema son de difícil gestión y control (dependientes de tasa de afiliación de diferentes sectores de la población que se dan simultáneamente y se espera sean equilibradas, y del control de la evasión y elusión) los egresos se dan automáticamente (compensación, atención) sin lugar a esperas. Esto implica que, en la práctica, el ejercicio del cálculo del equilibrio financiero del sistema es tremendamente difícil y permite poco control de gestión sobre el mismo.

Esta labor se desarrolla a través de una gestión administrativa y asistencial que busca otorgar beneficios monetarios para cada uno de los accionistas y participantes en todo el proceso de la prestación de dichos servicios.

Dada la complejidad y relevancia que significa para las empresas del Sector de la Salud, disponer de estructuras técnicas y financieras que garanticen modelos de contratación, que den como resultado final el retorno de excedentes sobre la

prestación de actividades asistenciales, se hace necesario desarrollar opciones alternas de generación de ingresos sin desviar a la institución de su labor misional dentro del Sector de la Salud.

La gestión estratégica de la Alta Gerencia debe garantizar que la incorporación de estos modelos de generación de ingresos no afecte la articulación con las contrataciones vigentes llámese por Capitación, Evento, Paquete o Mixtas, es decir que lo anteriormente propuesto no genere alteraciones en la prestación de servicios y por ende en el retorno financiero esperado, logrando que estas decisiones le permitan a la Gerencia llevar a la compañía a la vanguardia de los avances en la prestación de servicios asistenciales, a mercados nuevos demandantes de opciones de servicios especializados y complementarios a los contemplados en el Plan Básico de Salud otorgado a través de las EPS .

Es de resaltar que la adopción e implementación de éste modelo incide directamente en la estructura de costos, equipo médico, sistema de auditoría y facturación, sistema de venta y mecanismos de operación de la Institución, las cuales se deben ajustar y complementar dentro de las políticas que rigen a las empresas del Sector.

1.4 ALCANCE

El Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, puede funcionar dentro de un marco de viabilidad financiera, pero para ello hay que fortalecer su proceso de implementación y los instrumentos de gestión de su transición. Más que pensar en reformas fundamentales a la ¹Ley se deben centrar esfuerzos en su desarrollo armónico y en el logro de los principios fundamentales: La equidad con

¹ . LEY 100 de 1.993. La Seguridad Social en Colombia. Ministerio de Salud. Impreso en Dupligráficas Ltda. Bogotá D.C. 1.994.

solidaridad, la eficiencia y la calidad. Ello requerirá necesariamente más estudios periódicos de este estilo donde se puedan monitorear a todos los participantes del sistema para señalar, no tanto problemas viejos y evidentes, sino nuevas maneras de enfrentarlos, solucionarlos y progresar.

No se puede desconocer que el desarrollar propuestas innovadoras encaminadas a la generación de valor agregado financiero, se agrava ante una dificultad y limitación práctica: La ausencia y/o deficiencia de información en el Sector Salud colombiano que permita que la investigación orientada a crear nuevos productos y servicios para el manejo del usuario y los diferentes diagnósticos médicos, sea una estrategia de difícil implementación a la hora de buscar nuevos escenarios que puedan mejorar los ingresos y fortalecer la situación financiera de las IPS.

El alcance de este trabajo es presentar la existencia de otras alternativas de ejecución de negocios relacionados con la prestación de servicios de salud con los más altos estándares de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad que puedan lograr que los rendimientos financieros sobre las inversiones existentes en instalaciones, equipos, recurso administrativo y capacitación del recurso asistencial involucrado en el proceso, se vean expresados en valores significativos muy por encima de la tasa de oportunidad aceptada en el Sector.

1.5 METODOLOGIA

La propuesta se desarrolló basada en el método investigativo, mediante la utilización de información recolectada de fuentes secundarias que arrojaron datos relevantes, lo cual permitió sustentar la propuesta de Unidades de Negocio capaces de generar valor agregado financiero.

Se utilizaron estadísticas generadas por IPS del Departamento de Santander (IPS Clínica Villa de San Carlos Servir S.A., Protecsalud y EPS Solsalud), donde

se visualizaron los diferentes indicadores desarrollados para la contratación vigente de servicios. Se tomó como herramientas adicionales los análisis realizados por IPS nacionales sobre las contrataciones por *evento* y *capitación*, acorde a las poblaciones aseguradas y a la identificación plena de los grupos etéreos para su manejo financiero y asistencial.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO CONTEXTUAL

Luego de un período inicial caracterizado por la formulación y el debate de propuestas, en el país se ha iniciado la ejecución de algunas acciones y proyectos que permitan llevar a la práctica la reforma del sector salud. Uno de los modelos que se propone mejorar la reforma sectorial es el relacionado con el financiamiento; en el que, el análisis de costos y la evaluación del costo-efectividad de las prestaciones de salud tiene significativa importancia toda vez que se estima necesario, por una parte, optimizar la formulación, ejecución, control y evaluación de los presupuestos y, por otra, valorar la efectividad de las intervenciones de salud.

Las políticas y la administración de los servicios de salud tienen en el análisis de costos y el de costo-efectividad herramientas técnicas para definir en forma objetiva los recursos necesarios y valorar las intervenciones que les permitan cumplir adecuadamente con los objetivos propuestos; en otras palabras, tienen un instrumento que aporta información para conocer, por una parte, el valor económico de las prestaciones y, por otra, el impacto de las mismas.

Es importante recordar y añadir que en la ¹reforma del sector salud y la modernización del Estado, el planteamiento de desconcentración y descentralización de los recursos demanda estar preparados para Gerenciar adecuadamente los escasos recursos disponibles, pero además, que la

¹ Blanco JH y cols. Fundamentos de la Salud Pública. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín. Colombia 1.997.

participación social en espacios como la planificación, programación, control y evaluación de las acciones de salud a nivel local demanda información auténtica y oportuna para hacer objetivos los planteamientos.

Ante el requerimiento de optimizar la formulación e implantación de políticas de financiamiento,¹ se debe perfeccionar, ajustar y actualizar la información financiera, las normas y procedimientos internos, estandarizar y simplificar las acciones, la integración y coordinación entre la producción y el gasto incurrido, la definición de modelos equilibrados de financiamiento que incorporen decisiones reales para instituir políticas de subsidios, copagos y la definición de tarifas, el optimizar la forma como se asignan, distribuyen y usan los recursos para el sector salud, eliminando la tentación de recurrir al gasto histórico como fuente de información para la planificación y asignación de prioridad al gasto o la inversión. En general, desde la perspectiva de financiamiento apoyar la factibilidad y sustentabilidad de las acciones.

Pero más allá de los aportes involucrados al requerimiento de racionalizar los modelos de financiamiento, sin duda, las unidades de salud tienen en el análisis de estas variables y metodología el apoyo para mejorar la calidad de las prestaciones, sus niveles de eficiencia, eficacia y efectividad, optimizar su capacidad resolutive y ampliar la cobertura.

Es importante señalar que los estudios sobre el costo-efectividad de las prestaciones de salud generalmente utilizan como metas de resultado las pérdidas

¹ Currie L y cols. Bases de un programa de fomento para Colombia. Banco de la República. Talleres Editoriales de la Librería Voluntad. Bogotá. Colombia 1.951.

de salud cuantificadas a partir de los índices de mortalidad, morbilidad, sobrevida o períodos libres de enfermedad.

En general se estima que es posible evitar entre el 35 al 50% de las pérdidas de años de vida potencialmente saludables cuando se modifica la calidad de los servicios de salud examinada a través de la eficiencia y eficacia. Queda implícito el hecho de que las ganancias de salud demandan también la presencia de costos incrementales, es preciso mejorar el presupuesto destinado para la salud, las remuneraciones del personal, la dotación, renovación y mantenimiento de equipos (existen unidades de salud en las cuales el personal utiliza sus equipos personales (diagnóstico, fonendoscopio para desarrollar su trabajo), la entrega de insumos, suministros, reactivos, medicamentos, etc. El deterioro de las condiciones de vida es indudablemente uno de los determinantes de mayor significación ante las pérdidas de salud de la población. Junto con el mejoramiento de la calidad de los servicios es imprescindible introducir políticas sociales que permitan mejorar la capacidad de acceso de la población al consumo de los bienes y valores que permitan su recuperación. Mientras la comunidad no disponga de servicios de infraestructura básica (agua potable, alcantarillado, energía eléctrica, sistemas de recolección de basuras), alimentación adecuada, educación, vivienda, vestido, recreación, trabajo, etc.; las pérdidas en salud no podrán disminuir más allá de lo que las prácticas curativas de los servicios pueden apoyar.

Como se ha señalado varios y significativos son los aportes que los estudios de costos y de efectividad entregan, en este caso, al sector salud; sin embargo, quedan planteados algunos interrogantes a los cuales es necesario dar respuestas, entre otros:

- ¿Es posible mejorar la calidad de los servicios y la efectividad de las intervenciones con los recursos actualmente disponibles?

De inicio se observa que es preciso incrementar la asignación de recursos.

El costo incremental por intervención es sensiblemente alto, pero, las ganancias en salud medidas a través de los años de vida saludables logrados con el incremento de las asignaciones pueden ser también importantes.

- ¿Se podrá, por lo menos, mantener el mismo nivel de los servicios y las intervenciones cuando la crisis del país y del sector salud están provocando una reducción en la cantidad y calidad de las remuneraciones del personal, los suministros, insumos, medicamentos, equipos e infraestructura que utilizan los servicios?

Las unidades de salud no están funcionando adecuadamente, pero es posible mejorar si se optimiza la eficiencia y eficacia en la provisión de prestaciones, la asignación y distribución de recursos.

- ¿Es posible modificar la estructura del gasto y la asignación de recursos para la salud?

Existen serias deficiencias en ello. El mayor porcentaje del gasto en salud proviene de los hogares, el Estado, en su obsesión de encontrar la estabilidad macroeconómica prioriza las políticas de ajuste y limita las sociales (entre ellas las de salud). Los presupuestos se asignan considerando el gasto histórico. Es imprescindible mejorar el sistema de asignación de recursos incorporando criterios como el costo de las prestaciones y los resultados obtenidos por el servicio.

- ¿Es posible establecer un nuevo sistema de pago a los proveedores de los servicios de salud?

Existe una serie de modalidades de contratación y vinculación del personal a las unidades de salud; las remuneraciones incorporan una serie de componentes salariales que dificultan su administración y la estimación del costo de las intervenciones. El definir un sistema de unificación permitiría fijar el pago por los servicios entregados.

- ¿Es posible controlar el costo, la efectividad y el costo - efectividad de las intervenciones?

Es necesario, existen situaciones en las que no se hace un uso adecuado de los recursos, el establecimiento de políticas que permitan su uso racional puede derivar en un mayor aprovechamiento de las existencias.

Ante la necesidad de promover un ordenamiento del financiamiento sectorial, se estima que el¹ Ministerio de Protección Social (como parte de su rol de rector en el sector salud) debe asumir la responsabilidad de establecer las políticas para garantizar tanto el financiamiento como la complementariedad de sus fuentes o variantes, ejercer un control sobre el proceso, analizar permanentemente las fuentes, flujos, el gasto y costo de las intervenciones, todo ello para facilitar el acceso equitativo de la población a servicios de salud de calidad. Es preciso tener presente que existe una gran cantidad de actores con fuentes propias de financiamiento para la salud, los cuales por estar fragmentados restan posibilidades a la urgente necesidad de optimizar el uso de los recursos existentes. La ausencia de instancias que permitan armonizar la disponibilidad de recursos para las intervenciones en salud determina la duplicidad y multiplicación

¹ Ordoñez A. Informe al Honorable Congreso de la Republica. Imprenta del Instituto Nacional para programas especiales de Salud. Bogotá. 1.969.

innecesaria durante su aplicación. ¹Se recomienda que " el gasto en salud pública puede ser asignado por prioridades a las acciones más costo-eficientes con base en estudios sobre la carga relativa de la enfermedad"

Son muchas las opiniones que ha generado la Seguridad Social. Han transcurrido casi 10 años desde su implementación y se hace necesario evaluarla, puesto que, de ello depende la salud de los colombianos. Existen algunos hechos que a juicio permiten ya proponer modificaciones. Los hechos son analizados con la comparación. Por supuesto que al hacerlo se debe tener en cuenta el contexto en el que suceden. En este caso, la Seguridad Social se compara con el Sistema Nacional de Salud, por ser éste el modelo previo.

Vale la pena mencionar que el Sistema Nacional de Salud concebía a esta como un servicio para el ser humano, como un bien social en donde el "derroche" económico se traduce en bienestar. Evidentemente la Seguridad Social ve la salud como un producto comercial. Como tal, el producto es evaluado según las leyes comerciales, donde la rentabilidad financiera cobra un valor inmenso. Ello establece una gran diferencia. Mientras un modelo concibe la salud con un eje central social, el otro la concibe con un eje económico . Ello es algo que debe definir nuestro gobierno. O bien siguen girando en torno a la visión económica o bien vuelven hacia una concepción social.

Por otro lado, existen algunos hechos que deben ser analizados y contestados por el actual modelo de Seguridad Social. ¹Si bien es cierto que a partir de 1993, con

¹ Manual de procedimientos de planeamiento del hospital. Asociación Americana de Hospitales. 1.959.

la aprobación de la Ley 100, ha habido un aumento muy importante en los aportes dedicados a la Salud (4.8 del % del PIB en 1997 comparado con 1.3 que se destino en 1993), esto no se ha reflejado en el incremento de coberturas de los servicios medidos en tasas, tal como debiera esperarse, puesto que la estructura que se ha creado ha absorbido estos mayores ingresos sin beneficiar a la comunidad. Ello "cuestiona" el manejo financiero que se le ha dado. Gastamos más en la "forma" que en el fondo, queriendo decir con esto que lo lógico es que a más recursos, más prestación (máxime si se necesita), pero lo que ha sucedido es que gastamos más en "administración" que en ofrecer salud.

Hechos que confirman la anterior aseveración (gastamos más y damos menos) son los resultados obtenidos al comparar algunos indicadores:

1. Disminución de las camas disponibles para hospitalización. Comparando 1972 con el año 2000.
2. Disminución de los programas de nutrición. Comparando 1972 con el año 2000.
3. Disminución de las consultas personas año. Comparando 1993 con el año 2000.
4. Disminución de la cobertura de vacunación del año 1990 al año 2000.
5. Incremento de los casos de malaria y dengue de 1990 a 1997.

¹ Mazuera ME., Epidemiología Básica. Tercera Edición. Impreso en L. Vieco e Hijas Ltda. Medellín. 1.998.

Grave es que la prestación se disminuya cuando se necesita. ¹En 1993 se hacían diecisiete millones de consultas y había un millón setecientos mil egresos para pacientes pobres en el país. Hoy, al comparar estas cifras por persona, no llegamos al cubrimiento previo. Pero lo más grave, es que en Prevención y Promoción se ha producido un deterioro marcado, medido en niveles de vacunación y en el actual aumento de las enfermedades infectocontagiosas endémicas en nuestro país. La cobertura del actual sistema presenta cifras muy bajas, al compararse con las alcanzadas previamente, ello con las implicaciones de salud correspondientes para la población colombiana.

Por lo tanto y con un ánimo de construcción, se han propuesto los siguientes puntos para ser tenidos en cuenta para analizar la estructura actual de servicios de salud, partiendo de la base que ésta pertenece a un sector social y no a una parte del aparato financiero y mercantilista del país:

1. El Plan Obligatorio de Salud debe ajustarse anualmente de acuerdo con los perfiles epidemiológicos del país y los recursos financieros disponibles.

El cubrimiento en salud debe darse con lo que se tiene y con lo que se puede. Si se proponen "ideales" que no se pueden cumplir, entonces se permite que surjan dos fenómenos: por un lado el "engaño", por otro, la percepción de fracaso. Ambos son nocivos para un país.

¹ . Banco mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1.993. Invertir en salud, Indicadores del desarrollo mundial. Washington D.C. 1.993.

2. Que las EPS no se conviertan en prestadoras de servicios.

Las EPS no pueden ser juez y parte en un sistema de prestación. Ellas no pueden convertirse en monopolios, ya que al hacerlo, lo financiero puede "subyugar" a la prestación, dejando desamparado al paciente.

3. La red pública debe ser vigorizada para prestar sus servicios al plan subsidiado.

Todo prestador debe cumplir con unos requisitos mínimos para prestar los servicios. Estos deben ser "reales" y no ideales y se les deben exigir a todos.

4. La red de prestación pública deberá competir con las redes privadas, permitiendo que sea el usuario, a través de la libre escogencia, quien decida a donde acudir.

El sector público debe competir con el privado en la calidad de la prestación. Solo así se mantendrá el estímulo para mejorar. El paciente debe ser el juez en estos casos, a través de la libre escogencia.

5. Las EPS serán entidades exclusivamente aseguradoras del plan contributivo con unos gastos máximos de administración del 7 por ciento.

La administración debe estar “limitada” en relación con sus costos. Esos límites deben ser exigidos a lo público y a lo privado. Cuando la administración gasta más, se da menos prestación.

6. Debe haber tarifas únicas establecidas por el Ministerio de Salud para la prestación de servicios, las cuales no serán negociables.

Las tarifas deben ser únicas y no negociables. ¿Cómo negocia una IPS con una EPS cuando necesita el contrato?

7. El sistema de información será único y entregado por el Estado.

El sistema de información debe ser simple, sencillo y universal. El Estado debe dar instrucciones sencillas de su uso. Su complemento le corresponde a los entes respectivos.

En síntesis, el planteamiento debe acercarse a la concepción de la salud como un servicio social y no como un negocio. Incluso bajo el esquema de la Seguridad Social se puede llegar a esta concepción.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Con el fin de enriquecer el presente documento, a continuación se exponen los diferentes términos utilizados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para facilitar su comprensión y análisis.

GLOSARIO

Accesibilidad

Condición variable de la población de poder utilizar los servicios de salud. Tiene diferentes categorías como accesibilidad geográfica, económica, cultural, organizacional o funcional.

Administradora de Régimen Subsidiado

Es la Entidad que Administra los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud la cual puede ser empresa Solidaria de Salud, Caja de Compensación Familiar, o Entidad Promotora de Salud, de naturaleza pública, privada o mixta que cumple con los requisitos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud

Afiliación

Es el acto mediante el cual los trabajadores quedan afiliados a una entidad que administra Pensiones, Salud o Riesgos Profesionales y a través de la cual los patronos aportan un porcentaje de dinero para garantizar en el futuro una pensión y la salud de sus trabajadores.

Afiliación al Régimen Contributivo

La afiliación al Régimen Contributivo se efectúa a través del pago de una cotización individual y/o familiar, o con un aporte económico previo; financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador.

Afiliación al Régimen Subsidiado

La vinculación al Régimen Subsidiado se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total, o parcial con recursos fiscales o de solidaridad y que tiene como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables junto con sus grupos familiares que no tienen capacidad para cotizar.

Afiliados

Son afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado o sean personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliados Beneficiarios

Son los miembros del grupo familiar del cotizante

Afiliados Cotizantes

Son las personas empleadas o trabajadores independientes que mediante el pago de una cotización obligatoria se afilian con sus familiares directos al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliaciones Irregulares

Es la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, argumentando relación laboral inexistente o con ingresos no justificados.

Auditoría Médica

Es la evaluación sistemática de la atención en salud con el objetivo de mejorar los servicios de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Calidad en Salud

Está relacionada con la satisfacción total de las necesidades de aquellos que más necesitan el servicio, al menor costo de la organización y dentro de los límites fijados por las autoridades superiores.

Calidad Del Cliente

Que esperan los clientes de los servicios de salud.

Calidad Gerencial

Si los servicios de salud se ofrecen de la forma más eficiente y con un uso productivo de los recursos. Se ve la calidad desde el punto de vista de los gerentes o administradores, los cuales deben proveer servicios que satisfagan las necesidades y demandas tanto de los pacientes como de los profesionales. Los administradores son responsables por la asignación de recursos, supervisión y la gerencia de recursos humanos, financieros y logísticos.

Calidad Técnica (Profesional)

Es la medición que se hace para conocer si los servicios de salud satisfacen las necesidades que han sido definidas bajo estándares profesionales.

Cobertura

Proporción de personas con necesidades de servicios de salud que reciben la atención para tales necesidades. Indica si el servicio de salud está llegando a la población que más lo necesita.

Contratos

Un acuerdo escrito entre un proveedor (unidad de salud) para proveer servicios dentro de ciertas estipulaciones dadas al comprador de los servicios (Dirección).

CNSSS

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Compensación

Es el procedimiento mediante el cual se descuentan de las cotizaciones recaudadas, los recursos que el Sistema reconoce a las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y demás beneficiarios del sistema.

Copagos

Son los aportes que corresponden a una parte del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a subsidiar el sistema, estos pagos son realizados solo por los beneficiarios del cotizante.

Cuotas Moderadoras

Son pagos adicionales, que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud, estimulando su buen uso y promoviendo en los afiliados la inscripción en los Programas de Atención Integral desarrollados por las Empresa Promotora de Servicios.

Cotización

Es el pago que hacen los empleadores a las Entidades Administradoras, representado en su aporte al sistema de seguridad social, y en los pagos que hacen a sus trabajadores.

CTSSS

Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

Contrarreferencia

Respuesta que la IPS receptora da a la IPS remitente

Equidad

Asegurar la imparcialidad y la no discriminación en el acceso a la salud. Velar porque aquellos que más necesitan el servicio lo reciban.

Estructura

Especifica la provisión de recursos. Pueden referirse al personal, equipos, suministros, edificios, políticas, procedimientos, sistemas de información y sistemas de financiamiento.

EMP

Empresa de Medicina Prepagada

Empresa Solidaria de Salud – ESS-

Es la Entidad de naturaleza Solidaria, Mutual o Cooperativa habilitada para la Administración de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cumple con los requisitos exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

Empresa Social del Estado

Es una categoría especial de Empresa Pública descentralizada.

Glosas

Son las observaciones de tipo administrativo y técnico, realizadas a las cuentas de salud presentadas por las IPS a las EPS, mediante las cuales se objetan ciertos valores cobrados.

IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud)

Se constituye como el módulo ejecutor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del cual se suministran los servicios de salud en favor de los beneficiarios, ya sean del Régimen Contributivo o Subsidiado. Su naturaleza puede ser pública, mixta o privada, y podrá constituirse a través de una persona jurídica o persona natural de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio.

Libre Escogencia

Es el derecho que tienen los usuarios a escoger su Entidad Promotora de Salud.

Mapipos

Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del POS definido en la resolución 5261 del 94.

Normas

Especificaciones sobre como deben ser cumplidos los procedimientos o los tratamientos clínicos. No dan mucha libertad para actuar.

Presupuesto

Expresión de los resultados esperados en términos numéricos de costo.

Priorización

Proceso mediante el cual se procede a la solución de problemas desde los más graves a los menos importantes. Los escasos recursos disponibles obligan al equipo de salud a seleccionar prioridades aplicando diferentes criterios.

Programa

Secuencia de actividades que deben llevarse a cabo para cumplir con los objetivos y metas propuestos, considerando el tiempo requerido para su realización. Implica la integración de recursos humanos, materiales, físicos y financieros necesarios para su ejecución.

Protocolos

Un plan ordenado, preciso y detallado para seguir un proceso, por ejemplo para la gerencia de una condición clínica. Un protocolo implica requerimientos más estrictos que las guías.

PAB

Plan de Atención Básica, definido como paquete de servicios de salud pública con énfasis en Promoción y Prevención, es responsabilidad del Estado (Entes Territoriales) siendo complementario al POS, al atender problemas de salud pública de gran impacto de la comunidad y de acuerdo al perfil epidemiológico de la región. Es gratuito para toda la población.

PAC

Planes de Atención Complementarios, contiene servicios (Actividades Procedimientos, Intervenciones) adicionales a los que compone el POS.

Pago Por Evento

Modalidad de Contratación mediante la cual un asegurador paga a una IPS una tarifa diferenciada para la atención de actividades y procedimientos específicos en salud.

PAI

Programa Ampliado de Inmunización.

POS

Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto básico de Servicios de Atención en Salud a que tiene derecho todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social de Salud, garantizado por la Empresa Promotora de Salud y Administradora del Régimen Subsidiado.

Promoción y Prevención

Conjunto de acciones que tienen como fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológico del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue ocasionando daños mayores o secuelas inevitables.

Referencia

Remisión de usuarios por la IPS, a otras instituciones de salud para su atención o complementación diagnóstica en razón al grado de complejidad requerido.

Recursos

Insumos o bienes que se utilizan para producir y proveer los servicios. Incluyen el potencial humano, materiales, equipos, infraestructura y financieros. Todos ellos se pueden traducir en términos monetarios para fines administrativos.

Requisitos Mínimos Esenciales

Son aquellos requisitos técnicos logísticos y humano que debe presentar la IPS para su funcionamiento a un ente territorial.

Servicio de Salud

Todos los servicios diseñados para mejorar la salud. Existen diversas categorías de servicios los cuales están basados según el orden lógico de las actividades y decisiones que hace el proveedor de servicios con los usuarios. (Ejemplo: consulta externa, hospitalización).

Sostenibilidad

Se logra cuando con la experiencia, el compromiso y la asignación de recursos suficientes se puede aplicar, adaptar, continuar y desarrollar el enfoque de Garantía de Calidad en la organización, sistema o sector sobre una base independiente.

UPC Adicional

Son aquellas personas que no hacen parte del grupo familiar básico del cotizante y que se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por un valor adicional cancelado por el cotizante.

Vinculados

Es aquella persona que por motivos de incapacidad de pago, y mientras logra ser beneficiada del Régimen Subsidiado tendrá derecho de los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contratos con el Estado.

2.3 MARCO TEORICO

La ley 100 de 1993 por la cual se crea el ¹Sistema de Seguridad Social Integral decreta, que la Seguridad Social es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, del que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los programas y planes que el Estado y la Sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El Estado asume como una responsabilidad los servicios de salud, financiándolos a través del presupuesto. El sector salud trabaja en un conjunto de medidas dirigidas a lograr mayor eficiencia en la prestación de dichos servicios, preservando la equidad, efectividad y accesibilidad, en una situación de recursos limitados. Recordando así que equidad no es lo mismo que igualdad, pues supone aportar a cada cual proporcionalmente con sus intereses.

Se puede ² afirmar que el Sector de la Salud en Colombia, en los últimos cincuenta años se ha caracterizado por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia en cuanto a la aplicación de los principios científicos de la medicina.

La carencia de universalidad se expresa principalmente en la insuficiente cobertura de la protección en salud, las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales que se hacía a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes, sin canales de

¹ Restrepo G y cols. Sistema nacional de salud. Políticas, objetivos, estrategias y estructura. Ministerio de Salud Pública. Bogotá D.E. 1.974.

² . Orjuela R. Informe al honorable congreso de la republica. Imprenta del Instituto Nacional de Salud. Bogotá. 1.977.

financiación que permitieran la ayuda entre afiliados y mucho menos en la población pobre, que quedaba fuera de cualquier subsistema y finalmente era ineficiente por la insatisfacción de los usuarios.

2.3.1 Regímenes en salud. En Colombia había un modelo de asistencia pública donde la mayoría de la población pobre recibía unos servicios de caridad o de beneficencia que estaban restringidos a la capacidad de los recursos fiscales, los cuales no les garantizaban a los habitantes una cobertura integral de sus servicios.¹ De otra parte se contaba con un sistema como el Seguro Social y las Cajas de Previsión cuya restricción consistía en un derecho adquirido exclusivamente por el hecho de ser trabajador (empleado), discriminando así a los demás ciudadanos colombianos, que en proporción aproximada alcanzaban un 80% de la población desprotegida.

Así mismo las Cajas de Compensación Familiar otorgaban un subsidio a los familiares de los trabajadores, por quienes los patronos (empleadores) giraban a la Caja el porcentaje legal que les correspondía. Como se puede observar, la cobertura era exclusiva y “privilegiada” para el mismo “estrato” de empleados, y el subsistema ofrecía servicios medico-asistenciales y complementarios a precios cómodos respecto a los ofrecidos por los particulares.

El Sistema de Salud en Colombia era inequitativo, insolidario y desarticulado con la función social y comunitaria, además ineficiente de baja cobertura y selectivo por capacidad de pago. Las reformas contempladas en la Ley 12 de 1986, el Decreto 077 de 1987, la Ley 10 de 1990, precipitaron cambios conceptuales e institucionales importantes, dado que introdujeron el concepto de Sistema de Salud, con características multisectoriales y de concertación.

¹ Restrepo G cols. Desarrollo de la Salud Pública y de la Seguridad Social en Colombia. Innosalud Ltda. Orión Editores. Santa Fé de Bogotá D.C. 1.998.

Sin embargo, a tan solo un año de vigencia de esta ley, en 1991, por precepto constitucional,¹ se redefinió a la salud como un servicio público y un derecho social.

Ampliando el concepto de seguridad social e integrándolo con el de asistencia pública, aparece el concepto de seguridad social como un servicio público y obligatorio que debe ser orientado, dirigido y garantizado por el Estado con los criterios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y además como un derecho irrenunciable de todos los colombianos.

Igualmente se garantizó a todos los ciudadanos de cualquier condición económica y social, el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, servicio público a cargo del Estado quien lo dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla, con la alternativa de que en su prestación pueden concurrir entes públicos y privados.

Como instituciones orientadas a la prestación de servicios complementarios a los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) se abren camino las entidades de Medicina Prepagada conforme al decreto reglamentario 1486 de 1994 para atender directa o indirectamente servicios incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado donde los elementos principales son:

- Usuario, beneficiario o afiliado
- Entidad adscrita

¹ Constitución política de Colombia de 1.991. Décimo primera edición corregida. Editorial Unión. Santa Fé de Bogotá 2.000.

- Profesional adscrito
- Contratante
- Contrato de servicios

La Superintendencia Nacional de Salud calificaría como contratos de Medicina Prepagada y se tendría como tales para los efectos legales, aquellos que contemplen uno o más de los siguientes servicios:

- Consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y Terapéutica
- Hospitalización
- Urgencias
- Cirugía
- Exámenes de diagnósticos
- Odontología

2.3.2 Reforma del sistema de seguridad social. En concordancia con la Carta Fundamental surge la Ley 100 de 1993 como proyecto estructural que cambia y reorganiza el sistema de prestación de servicios de salud fortalecida presupuestamente por la Ley 60 de 1993.

Tanto la Ley 10/90 de descentralización administrativa, como la Ley 60/93 que fija competencias y recursos para el Sector, se constituyeron en los pilares del nuevo modelo de organización del Sector Salud más descentralizado, con mayor participación comunitaria y solidaria, con el propósito de lograr la cobertura total de la población; de otra parte esta Ley establece una reforma al Sistema de Seguridad Social en pensiones y en salud.

La meta principal es encontrar complementación e interacción entre los Sistemas de Salud públicos y privados que hoy existen en el país y que dan la opción al usuario para escoger entre las diferentes entidades que ofrecen dichos servicios.

El nuevo ¹sistema fortalece los mecanismos de solidaridad a través de la accesibilidad de todos los colombianos a un plan de protección integral de su salud y se perfila como aquél capaz de superar las restricciones e ineficiencias de los sistemas descritos. Es así que se conforma una organización mixta constituida por dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, que tienen la condición nacional y el financiamiento por canales del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga creado en los artículos 218 a 224 de la misma Ley 100 cuyos propósitos generales son , universalidad , solidaridad e integralidad.

Para lograr la universalidad, la reforma se basó en la obligatoriedad de los asalariados para afiliarse al Sistema e incluir a sus familias como beneficiarios y para aquellos que no tienen capacidad de pago, el Sistema otorga subsidios totales o parciales para asegurar su vinculación.

El ²propósito de la solidaridad parte de la transferencia de fondos nacionales a los entes territoriales o municipales, así como la de recursos otorgados por el Fondo de Solidaridad y Garantía que pasan a dar a cada beneficiario recursos potencialmente iguales, independiente de si puede aportar o no, creándose la Unidad de Pago por Capitación “UPC”

La integralidad del sistema es un aspecto de gran importancia en la solidaridad del Sistema, puesto que implica la atención a todas las personas, todas las patologías y la inclusión en todos los niveles del Plan Obligatorio de Salud (POS).

En las condiciones actuales, tanto la infraestructura como las potencialidades acumuladas en los profesionales médicos, técnicos y gerentes, apenas se utilizan

¹ Yopez L, Francisco J. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud. Tomos I y II. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Editorial Presencia Ltda. Bogotá D.E. 1.990.

² Parra F, Leyla y cols. Evaluación del Proceso de descentralización de Colombia en Salud con énfasis en los Departamentos de Antioquia, Cundinamarca y Quindío de 1.986 a 1.996.

eficientemente en función de incrementar la calidad y la eficiencia a un menor costo de los servicios de salud.

Ante la presente necesidad de privilegiar la inversión privada y pública en salud y buscando hacer realidad dicho propósito, el sector ha iniciado un trabajo continuo orientado a generar valor agregado en la prestación de los servicios que igualmente cause generación de valor agregado financiero sobre dicha inversión, demostrado esto en una voluntad gremial para lograr cambios favorables que se continúen ejecutando.

Considerando la calidad en su acepción más simplificada, como la atención media que produce la mayor mejoría prevista para el estado de salud sin derroche de recursos y con alta eficiencia, considerando eficiencia como el análisis de 3 componentes básicos:

- ❖ Social
- ❖ Médico
- ❖ Económico.

Se busca ampliar el fin antes expuesto, mostrando sus elementos fundamentales para evaluar los resultados económicos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el ánimo de implantar un sistema de costos que permita su utilización como una herramienta de dirección, arrojando como resultado una eficiencia en la prestación de sus servicios que llevara a la generación de EVA a todos sus accionistas.

2.3.3 Modelos de contratación.

Sistema de Contratación por Capitación. Esta modalidad de contratación consiste en el pago de una suma fija por cada usuario afiliado a las diferentes EPS

junto con su grupo familiar, la cual incluye de manera general servicios de primer nivel de atención. El riesgo incurrido por la EPS en éste tipo de contratación es trasladado a la IPS, la cual asume la diversificación del riesgo en el volumen de usuarios para el control de los gastos en la prestación de los servicios. (Véase Tabla 1)

Se aprecia un ejemplo de un pago realizado a una IPS por el concepto de capitación, en donde el ente asegurador, traslada a la al prestador un valor fijo mensual, para garantizar el acceso a los servicios de salud de I Nivel.

El valor a cancelar por usuario es de \$ 8.670 en donde dicho valor se distribuye a en las diferentes Unidades Asistenciales para establecer el ingreso por usuario.

UNIDAD FUNCIONAL	VALOR	PORCENTAJE
URGENCIAS		
Consulta	772	8.9 %
Laboratorio	95	1.1%
Rayos X	121	1.4%
Ecografías	9	0.1
Medicamentos	321	3.7%
UNIDAD FUNCIONAL	VALOR	PORCENTAJE
AMBULATORIO		
Consulta Externa	1.179	13.6%
Gineco/Pediatría	572	6.6%
Laboratorio	624	7.2%
Rayos X	217	2.5%

Ecografías	208	2.4%
Medicamentos	2.289	26.4%
Odontología	1673	19.3%
Pequeña Cirugía	113	1.3%
Promoción y Prevención	329	3.8%
Laboratorio de II Nivel	104	1.2%
Rayos X II Nivel	43	0.5%
TOTALES	8.670	100%

**Tabla 1. Distribución valores por unidades funcionales
Valor de Capitación por usuario I Nivel: 8.670**

Contratación por Actividad o Evento. Esta modalidad consiste en la concertación de precios. Es una negociación del precio por cada procedimiento realizado a los diferentes usuarios afiliados a la EPS.

Contratación por Paquetes. Finalmente, ésta opción consiste en la contratación de procedimientos establecidos en el manual tarifario ISS que incluye el acto quirúrgico junto con la estadía mínima hospitalaria y algún grado de complicación propia del procedimiento.

2.3.4 Conceptualización de la estructura del sistema. Para la materialización de la concepción anteriormente planteada, se han trazado una serie de lineamientos entre los que se destacan el perfeccionamiento del Sistema Gerencial a tal nivel y desarrollo económico que se ve íntimamente vinculado a todo el engranaje sectorial.

En las condiciones actuales, tanto la infraestructura como las diferentes potencialidades acumuladas en los profesionales, médicos, paramédicos y gerentes, apenas se utilizan en función de incrementar la eficiencia a un menor costo de los servicios de salud.

Por otra parte está presente la necesidad de privilegiar la atención primaria de la Salud para hacer realidad el propósito de¹ Salud para Todos, por ello las diferentes IPS trabajan en su fortalecimiento, demostrando una vez más el desequilibrio de recursos en el que se ha caído y el cual es necesario analizar.

Cuando se plantea en una Institución Prestadora de Servicios la modalidad de contratar por el sistema de Capitación, anteriormente expuesto se requiere que se trabaje al máximo en la prevención de enfermedades. Fundamentalmente en aquellas que puedan llegar a generar elevados costos de atención por concepto de atención especializada y suministro de medicamentos, ya que los valores asignados por usuario capitado deben administrarse de forma prudente para generar excedentes en su contratación.

Lo anterior siempre estará unido a factores tales como los grupos etéreos capitados y el volumen de la población asignada para repartir entre el número de usuarios sanos y jóvenes el costo por atención de usuarios con diagnóstico crónico.

La implantación de un sistema de costos mide como se utilizan los recursos, lo cual constituye un objetivo de todos los Directivos del Sistema de Salud, en la búsqueda de la eficiencia, pues resulta una herramienta importante para la toma de decisiones. El costo resume la contabilidad y la vincula con la actividad médica y otras más.

¹ Página Web del Ministerio de Salud. 30 de Junio de 2.001.

Los criterios fundamentales sobre los cuales se puede llegar a eficiencia económica en la actividad de salud son:

Utilización de Capacidades Instaladas. Hace referencia al aprovechamiento de espacios físicos y adecuada utilización de materiales en los diferentes procedimientos realizados. Su uso óptimo disminuye la compra de los mismos por parte de la IPS y a la vez incrementa los servicios de salud a la población con los recursos disponibles. En este caso se pueden citar como ejemplos negativos los pisos clínicos y hospitalarios cerrados, consultorios no habilitados, insuficiencia de materiales clínicos, lo cual atenta contra el servicio que merece y espera el paciente.

Recursos Materiales y Equipos no utilizados. Es imposible lograr una adecuada eficiencia económica si hay adquisiciones en exceso, y/o equipos no aprovechados al 100% de su capacidad por la baja atención de usuarios.

Control Interno de los Recursos Humanos y Materiales Financieros. Es la base para alcanzar la eficiencia económica que se manifiesta en el cumplimiento estricto de normas y procedimientos en todo lo relativo a bienes materiales, financieros y recursos humanos.

Sumado a lo anterior también se deben definir no sólo aspectos de tipo administrativo si no esquemas de contratación.

Los servicios de salud según la Ley 100, especificados en el Manual de Actividades y Procedimientos, Intervenciones del POS (El Mapipos), clasifica los servicios en 4 niveles de complejidad, dando la oportunidad a Instituciones Prestadoras de Servicios IPS de contratarlos de diferentes formas así:

contratación por capitación, contratación por evento, es decir por cada servicio prestado o por paquetes.

Es por ello que su implementación permite conocer por unidad de medida el gasto, es decir, cuanto cuesta la actividad escogida, lo cual se explica ya que costo es igual a los gastos dividido entre el número de actividades (cantidad de consultas, laboratorios etc). Los beneficios de conocer y realizar un acertado análisis de las posibles formas de contratación acorde a la estructura operativa y sumado al análisis de costos permite:

- ◆ Que los pequeños subsistemas de la institución se engranen y trabajen idóneamente.
- ◆ Indicar si es aconsejable iniciar o continuar con una actividad desde el punto de vista económico.
- ◆ Medir la eficiencia económica y administrativa e identificar las reservar sin explotar.
- ◆ Lograr ahorros de manera ágil y técnica.
- ◆ Conducir al aprovechamiento óptimo de los recursos.
- ◆ Medir la eficiencia médica y social.
- ◆ Identificar los recursos potenciales de racionalizar, sin afectar indicadores de salud, ni la calidad de la atención médica.

Todo lo anteriormente planteado se puede llevar a un escenario viable siempre y cuando se visualicen claramente cada una de las variables en las que se debe incidir para que el resultado final sea el esperado y el proyectado desde el inicio.

Por ello no se puede dejar de observar y controlar aspectos como:

- ◆ El costo médico en el que se incurre, para que sea el ejecutor de la mejor política resolutive y no esté en contra de la demanda de servicios por la misma causa, es decir que la calidad en la atención médica deber ser la que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud sin derroche de recursos y con una alta eficiencia.
- ◆ El seguimiento a los costos por cada actividad establecida en el modelo de contratación.
- ◆ La utilización de recursos para servicios semejantes empleados en forma desigual y deficiente.
- ◆ El establecimiento de relaciones proporcionales entre los servicios prestados y los costos incurridos.
- ◆ Las diferentes conductas médicas, las cuales deben ser ajustadas al modelo de contratación sin afectarse la calidad.
- ◆ La medición del beneficio no obtenido, para ajustar dicha contratación.
- ◆ El ajuste y contención de servicios con el fin de tener presente los preceptos éticos.

Se deduce que el aprendizaje de elementos básicos de contratación por el ejecutor de dichas políticas se gana de forma práctica con la discusión viva de los resultados, que permitan el avance del universo teórico práctico.

Pero todo lo anteriormente expuesto se ve afectado por un único valor y es el de la ¹UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION (UPC) la cual parte de la postulación de supuestos de un punto intermedio entre aquellos utilizados por el Ministerio de Protección Social (calificados por muchos como optimistas) y otros utilizados por el Ministerio de Hacienda.

Su análisis se centra principalmente en el equilibrio financiero del régimen Contributivo.

Metodológicamente, su estudio define como ingresos al Sistema de Salud las cotizaciones de los usuarios y como egresos la UPC fijada por el mismo Sistema. Para determinar ingresos y egresos, maneja un alto nivel de desagregación en la información, lo cual facilitará hacia el futuro efectuar modificaciones en los supuestos y generar así diferentes escenarios. Las principales variables consideradas en su desarrollo son:

- ❖ Tamaño familiar: se asume una definición estricta legal de núcleo familiar, diferente a aquellas empleadas tradicionalmente en estudios del sector. Es así como el Sistema define para efecto de los cálculos y proyecciones un total de 3 integrantes por grupo familiar.
- ❖ Población objetivo: desagrega en detalle los diferentes subgrupos de la población (formal, no formal, independiente, público y otros), sus probabilidades independientes de afiliación al Sistema y su número de cotizantes. Realiza proyecciones de crecimiento a 10 años.

¹ Currie L. Ensayos sobre planeación. Ediciones Tercer Mundo. Bogotá. 1.963.

- ❖ Salario promedio: revisa diferentes fuentes de información para su determinación y define un nivel intermedio. Asume un control efectivo de la evasión para los deciles más altos y realiza proyecciones a 10 años.

La inmensa responsabilidad que tienen las diferentes IPS ante el individuo, su familia y la comunidad en general, la complejidad de su manejo, los avances técnicos y científicos y los modernos conceptos de Gerencia, dirección o administración, han sido los principales factores para emprender la difícil tarea de lograr elementos fundamentales de juicio, para lograr una aproximación al prototipo de las IPS eficientes.

En un momento importante como el que vive el mundo moderno, cuando las grandes empresas – Y las IPS deben ser unas de éstas- se mueven dentro del contexto de la calidad, eficiencia, efectividad, aumento de la producción y permanencia en el mercado, como estrategias para el éxito y se abren paso los conceptos de Gerencia Estratégica, Planeación Estratégica , Administración por Resultados; entonces surge el reto de colocar a las Instituciones de Salud dentro de éstos ámbitos, por la necesidad de hacerlas confiables y capaces de responder a las crecientes expectativas generadas por la necesidad que tiene el individuo, de garantizar su salud dentro de la órbita del desarrollo progresivo, para lo cual el individuo sano es un factor determinante.

El concepto de Institución Prestadora de Servicios de Salud, ha variado notablemente en las últimas décadas, en parte como resultado del papel que se le ha asignado dentro del Sistema de Salud, en parte también como consecuencia de la necesidad de supervivencia institucional en momentos en que la demanda de servicios es creciente, los costos de atención exageradamente altos y los presupuestos gubernamentales para la salud son desproporcionadamente bajos. Esta última circunstancia ha significado que las IPS de alguna forma deban

transformarse a instituciones autosuficientes desde el punto de vista económico, para lo cual el parámetro de calidad es la única compuerta que le abre paso hacia la competencia.

¹La Organización Mundial de la Salud, define a las IPS como “Una parte integrante de la organización médica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo, alcanza a la familia en el hogar: Las IPS son también centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial”.

La gestión de las IPS modernas, implican unas características diferentes a la de los hospitales de antaño, toda vez que éstas instituciones se conciben como empresas prestadoras de servicios de salud, en disposición permanente de atender a cabalidad las expectativas y demandas de un cliente, el usuario, así mismo dispuestas a funcionar en un mundo de competencia con base en la calidad.

Esta competencia, se debe establecer sobre los pilares de la capacidad instalada, planeación, objetivos, metas, Gerencia Estratégica y presupuestos. Todo lo anterior dispuesto en una permanente retroalimentación.

Definida la capacidad positiva de acción, para acometer el propósito, la parte siguiente consiste en responder: Cómo lo hago, a cómo lo hago, cuándo, dónde, con qué, y para qué, lo que significa un estudio a fondo que lleve a una consciente respuesta a dichos interrogantes.

¹ Bersh D. Manual del vigia de la salud. Ministerio de Salud. Ministerio de Educación. I.C.B.F. OPS – OMS. UNICEF. 1.985.

2.3.5 Niveles de Atención. Los servicios médicos se clasifican en cuatro (4) niveles de atención médica:

El Primer Nivel, caracterizado por instituciones de menor tamaño donde asiste el médico general para dispensar atención ambulatoria y hospitalaria principalmente de consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia para entidades de menor severidad.

El Segundo Nivel, constituido por IPS de mayor tamaño y donde se prestan servicios relacionados con la atención médica: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Psiquiatría.

El Tercer Nivel, caracterizado por la prestación de servicios médicos con la presencia de subespecialistas del área de medicina Interna: Cardiología, Neumología, Nefrología, Dermatología, Endocrinología, etc., o bien del área quirúrgica: Cirugía Cardiovascular, Cirugía Pediátrica, Cirugía Maxilofacial, etc.

Y por último el Cuarto Nivel de máxima complejidad, constituido por técnicas de óptimo desarrollo tanto en el campo quirúrgico: Transplantes y Microcirugía, como en el campo de las Imágenes Diagnósticas, Escáner, Resonancia Magnética Nuclear, Radiología Digital, y en el campo del laboratorio clínico: Técnicas de Inmunoensayo.

Teniendo en cuenta lo anterior, las diferentes Instituciones de Salud pueden ser clasificadas de acuerdo con el nivel de complejidad en atención que brinden. De ésta manera, el núcleo central estaría compuesto por dos (2) componentes: “Atención Médica” y “Saneamiento Básico”.

2.3.6 Prestación de Servicios. En cuanto a la atención médica, las Instituciones se pueden clasificar teniendo en cuenta:

- a) Las áreas básicas de atención: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Psiquiatría, Trauma y Rehabilitación, contemplando en cada una de ellas los (4) niveles de complejidad antes mencionados.

- b) Los servicios de apoyo tanto en el campo diagnóstico como en el campo terapéutico, donde se destacan: Electromedicina, Endoscopia, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnósticas, Anatomía Patológica, y Atención Ambulatoria, tanto en su componente de Consulta Externa, como en el de los servicios de Urgencias.

2.4 MARCO LEGAL

El Ministerio de la Protección Social es por excelencia un ente regulador y fija normas y directrices en materia de Protección Social. En razón a lo anterior, relacionamos la normatividad vigente desde los Acuerdos emanados del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como las últimas Resoluciones expedidas por la entidad en el cual basamos el presente trabajo.

➤ **LEY 100 DE 1993**
(DICIEMBRE 23)

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

CAPITULO I PRINCIPIOS GENERALES

ARTICULO 1.- Sistema de Seguridad Social Integral.

El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

ARTÍCULO 2.- Principios.

El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación:

a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

b. UNIVERSALIDAD. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

c. SOLIDARIDAD. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el Sistema de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

d. INTEGRALIDAD. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley.

e. UNIDAD. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f. PARTICIPACION. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

PARAGRAFO.- La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.

ARTICULO 3.- Del Derecho a la Seguridad Social.

El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

ARTICULO 4.- Del Servicio Público de Seguridad Social.

La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con respecto al Sistema General de Pensiones es esencial sólo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.

**CAPITULO II
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

ARTICULO 5.- Creación.

En desarrollo del artículo 48o. de la Constitución Política, organizase el Sistema de Seguridad Social Integral cuya dirección, coordinación y control estará a cargo del Estado, en los términos de la presente ley.

ARTICULO 6.- Objetivos.

El Sistema de Seguridad Social Integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos:

1. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.
2. Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente ley.
3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio

constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

El Sistema de Seguridad Social Integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente ley.

ARTICULO 7.- Ámbito de Acción.

El Sistema de Seguridad Social Integral garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios, en los términos y bajo las modalidades previstos por esta ley.

ARTICULO 8.- Conformación del Sistema de Seguridad Social Integral.

El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley.

ARTÍCULO 9.- Destinación de los recursos.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

➤ **DECRETO 806 DE 1998**

(Abril 30)

Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de la contenida en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, literal k) del artículo 1o. de la Ley 10 de 1990, los artículos 154, 157 y 159 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 23 de la Ley 344 de 1996, DECRETA:

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1o. OBJETO Y AMBITO DE APLICACION. El presente decreto tiene por objeto reglamentar la Seguridad Social en Salud, en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de particulares o del propio Estado, el tipo de participantes del Sistema, la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y los derechos de los afiliados.

En consecuencia, obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas para participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando la prestación o prestando uno o varios de los beneficios de que trata el presente decreto, así como a la población afiliada y vinculada al Sistema

➤ **ACUERDO NÚMERO 282 DE 2004**

Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2005 y se dictan otras disposiciones.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD,

en ejercicio de las facultades legales, conferidas en los numerales 3, 4, 5, 8 y 12 del artículo 172, el artículo 182 y el artículo 222 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

Que para el efecto deberá tener en cuenta el perfil epidemiológico de la población relevante, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio, en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, de acuerdo con la tecnología disponible en el país;

Que en cumplimiento del artículo 52 de la Ley 812 de 2003 el Ministerio de la Protección Social solicitó, recibió, procesó y analizó la información enviada por las EPS y las ARS tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado;

Que se adelantó una evaluación del equilibrio financiero de las subcuentas de Compensación y de Promoción del Fosyga, que permite proyectar el déficit o superávit de las subcuentas del Fosyga, según el comportamiento de las diferentes variables consideradas;

Que de conformidad con los factores de ponderación de la estructura diferencial de UPC y la población por grupo etareo que se ha venido compensando durante el 2004, se genera un gasto en la subcuenta de compensación del Fosyga que se estima en un factor de 1,033 cuantificado en aproximadamente \$12.067 percápita/año 2005 adicionales, que impactaran sobre la subcuenta de compensación.

Que el Ministerio de la Protección Social ha recomendado incluir el trasplante hepático en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y el procedimiento de Colposcopia con biopsia en el Régimen Subsidiado por ser ambos procedimientos muy costo efectivos. Que en el caso del procedimiento de Colposcopia con biopsia este complementa la integralidad de la prestación que ya se otorga por el régimen subsidiado a la atención del cáncer y permite diagnósticos tempranos, y en el caso del trasplante hepático, este se ha convertido en un procedimiento que impacta en los recobros al Fosyga.

Que de acuerdo con el estudio del Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología – Asesor del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a fin de mejorar la integralidad del POS – S se hace necesario incluir en el Plan Obligatorio de Salud – Subsidiado, el procedimiento de determinación de la Carga Viral para VIH, y el dispositivo stent intracoronario no recubierto y su inserción.

Que teniendo en cuenta las recomendaciones del Comité Técnico Asesor de Medicamentos y Evaluación de Tecnología del CNSSS, en cumplimiento de sus funciones y previo estudio de las solicitudes de inclusión de medicamentos procedentes de diferentes actores del sistema, se hace necesario modificar el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social

en Salud adoptado mediante los Acuerdos 228 y 236 de 2002 incluyendo el listado de medicamentos que se relaciona en la parte resolutive de este acuerdo.

Que por lo señalado anteriormente y de conformidad con el análisis financiero realizado por el Ministerio de la Protección Social revisado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se consideró posible financieramente incluir los procedimientos, actividades y medicamentos antes enunciados en los planes obligatorios de salud del régimen contributivo y subsidiado;

Que teniendo en cuenta lo anterior y el análisis de sostenibilidad POS – UPC para cada uno de los regímenes, es procedente reconocer como incremento de la UPC el incremento del índice de precios al consumidor causado en el año 2004 más un incremento de 0.5 puntos porcentuales;

Que la subcuenta de Promoción presenta excedentes de periodos anteriores, lo que permite disminuir la proporción que se asigna del I.B.C. sin afectar el valor que de la subcuenta se reconoce a las E.P.S. para el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención en el Régimen Contributivo la cual se mantendrá en el valor vigente para el año 2004.

Que el presente acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social, por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al Acta correspondiente.

2.4.1 Dirección del Sistema de Salud. A partir del año 1993 el Sistema de Salud en Colombia adoptó una reforma a través de una Ley del Parlamento denominada "Ley 100" que centró el objetivo en la modificación de los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud considerando como referencia deseable al modelo de Chile, que a esa fecha llevaba más de diez años de experiencia. La percepción existente en ese momento en el ambiente sanitario y político del país, era que se estaba gastando excesivamente y en forma anárquica en el Sistema de Salud, y que se necesitaba un cambio drástico.

Es interesante recordar que en 1992 Colombia renegoció su deuda externa con el Fondo Monetario Internacional, y que los fondos necesarios para las reformas determinadas en la "Ley 100" fueron provistos por organismos multilaterales de crédito.

2.4.2 Normatividad. La Ley 100 define que el objetivo básico de la reforma es permitir el acceso de toda la población a la salud, independientemente de la situación económico-social individual. El modelo de financiamiento se articula sobre la base de una contribución específica por cada trabajador asalariado que se recolecta en ocasión del pago del salario por organismos descentralizados sin relación alguna con las organizaciones de trabajadores (2/3 partes de la contribución es abonada por el empleador; y 1/3 parte es abonada por el empleado). La contribución originada por cada afiliado es girada a una Entidad Promotora de Salud (**EPS**) que recibe los dineros y los administra contratando para la prestación de los servicios a una Institución Prestadora de Salud (**IPS**).

Este es un modelo de recaudación descentralizado, administrado por organizaciones privadas no estatales; regulado y monitoreado por el Fondo de

Solidaridad y Garantía (**FOSYGA**), organismo público que maneja un fondo de compensación entre las diferentes EPS.

Además el FOSYGA administra los fondos que el Estado aporta mensualmente para cubrir la atención de la población desempleada y sin aportes. Los fondos para la atención de esta última franja de la población son administradas a través de Aseguradoras del Régimen Subsidiado (**ARS**) que contratan como un cliente mas a las IPS para la prestación del servicio asistencial requerido.

En consecuencia, los mecanismos de financiación se han modificado de manera radical en todo el Sistema de Salud de Colombia, tanto en el ámbito público como en el privado. Se ha abandonado el tradicional subsidio de la oferta vigente mientras el sistema se sostenía de los aportes del presupuesto del Estado colombiano a través de rentas generales, para introducir el concepto de subsidio a la demanda. Este cambio en el financiamiento ha introducido la necesidad de una drástica modificación tanto en la estructura como en la gestión de los hospitales públicos e instituciones privadas, provocando la aparición del concepto de “mercado” en la gestión de los servicios públicos de salud. Paralelamente se ha producido una progresiva y marcada reducción de los fondos aportados por el Estado desde rentas generales con el objetivo de promover la autonomía económica de los efectores institucionales. En este esquema han resultado beneficiados los hospitales e instituciones de alta complejidad de las grandes ciudades, y sobre todo aquellos que prestan servicios de elevado costo. Como efecto indeseado se ha dificultado la gestión de las pequeñas instituciones urbanas y rurales con escasa infraestructura tecnológica que asisten a la población rural y urbana del país.

2.4.3 Modelos de Prevención en Salud. Las acciones preventivas (vacunación, programas sanitarios de infraestructura, etc.) han quedado en manos del Ministerio de Salud, son financiadas de forma centralizada y ejecutadas como planes propios. La condición de aquellas franjas de población fuera del circuito del Sistema de Salud debiera mejorar dado que al acompañar la asignación de fondos al paciente, cualquier habitante del país podría, en teoría, asistirse en cualquier efector del sistema sea éste de gestión estatal o privada. El analfabetismo, y las escasas vías de comunicación han impedido que las franjas más pobres de la población hicieran uso pleno del "derecho" al consumo de servicios sanitarios. Algunos conceptos regresivos se han instalado en el Sistema de Salud colombiano tales como el copago (que se exige y retiene en forma compulsiva del salario mensual del trabajador estatal hasta la cancelación total). Estos copagos se aplican a nivel de todas las instituciones públicas y privadas, y efectivamente actúan como una barrera a la accesibilidad al Sistema que ha provocado diferencias de uso de los servicios sanitarios sobre todo en las áreas urbanas pobres y en las zonas rurales del país.

El examen comparativo y el análisis de los indicadores efectuado en forma directa, y a través del estudio del Reporte de Salud (2000) publicado por OMS muestran datos interesantes acerca del desempeño global de los sistemas sanitarios. Aunque para tener una visión más concluyente deba analizarse la realidad sociopolítica del país en la última década.

3. GASTOS HISTÓRICOS EN SALUD

El Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Protección Social en conjunto con el Departamento Nacional de Planeación, han dado a conocer una versión preliminar de las Cuentas de Salud, es allí donde se advierte que estos resultados están sujetos aún a revisión y ajustes.

Aún sin estos posibles últimos ajustes, especialmente relacionados con las dificultades para establecer con precisión el gasto privado o directo de los ciudadanos a partir de las encuestas nacionales del DANE, las cifras muestran con crudeza la realidad que es preciso asumir y que destacamos en los siguientes gráficos elaborados por Salud Colombia.

En primer lugar, el gasto per cápita en salud ha venido creciendo en pesos corrientes ininterrumpidamente, con excepción del año 2000, donde se notaron los efectos de la crisis económica y el ajuste de las EPS públicas.

Al traducir los pesos corrientes a dólares, se observa que el gasto en salud aumentó notoriamente, de 112 a 269 dólares en el periodo 1993-1997 y que desde ese año viene reduciéndose hasta alcanzar los 157 dólares per cápita en 2002.

Desde luego la curva en dólares se ve afectada por los fenómenos de revaluación y devaluación del peso.

3.1 GASTO EN SALUD PER CAPITA

Al traducir los pesos corrientes a dólares, se observa que el gasto en salud aumentó notoriamente, de 112 a 269 dólares en el periodo 1993-1997 y que desde ese año viene reduciéndose hasta alcanzar los 157 dólares per. cápita en 2002. Desde luego la curva en dólares se ve afectada por los fenómenos de reevaluación y devaluación del peso. (Véase figura 4).

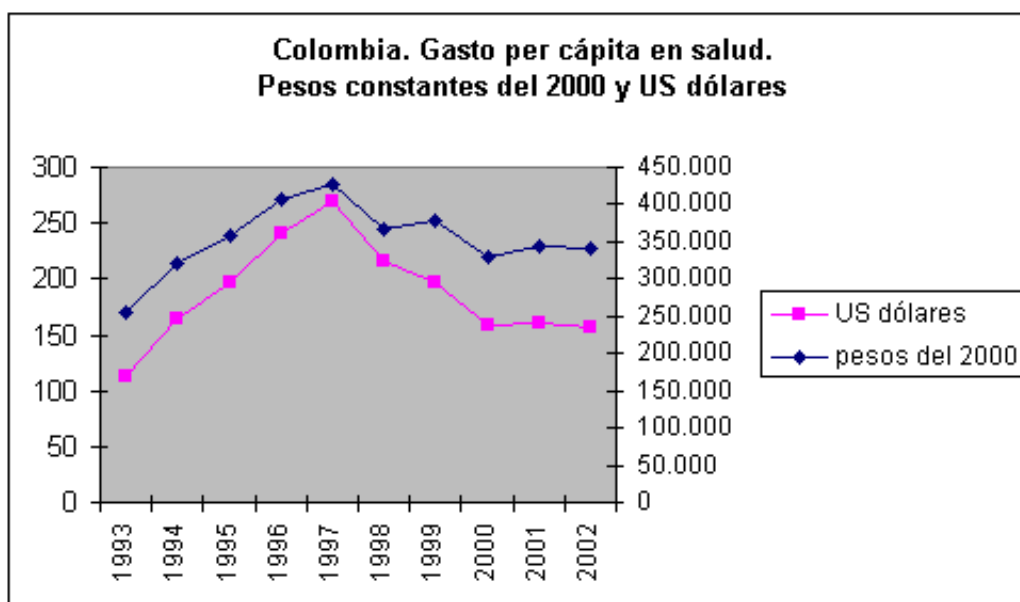


Figura 4. Gasto Per Capita en Salud Pesos Constantes del 2000 y Dòlares

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

Por ello la mirada en pesos constantes es más relevante desde el punto de vista del análisis nacional del gasto en salud. El resultado en valor constante fijado en el estudio en pesos del año 2000, es igualmente un importante incremento entre 1993 y 1997, de 255 mil a 425 mil pesos, es decir un incremento del 66 por ciento

en estos cuatro años, que no se logra sostener, especialmente por dos grandes caídas, la primera en 1998 y la segunda en el año 2000.

El gasto privado, descende desde un 4% sostenidos entre los años 94 y 97 al 1,7 % en el año 2002. Este descenso ha sido en realidad sostenido desde 1994, al menos en términos porcentuales, pero no resulta razonable una caída de 1.6 billones de pesos (corrientes) en 1.998. (Véase figura 5).

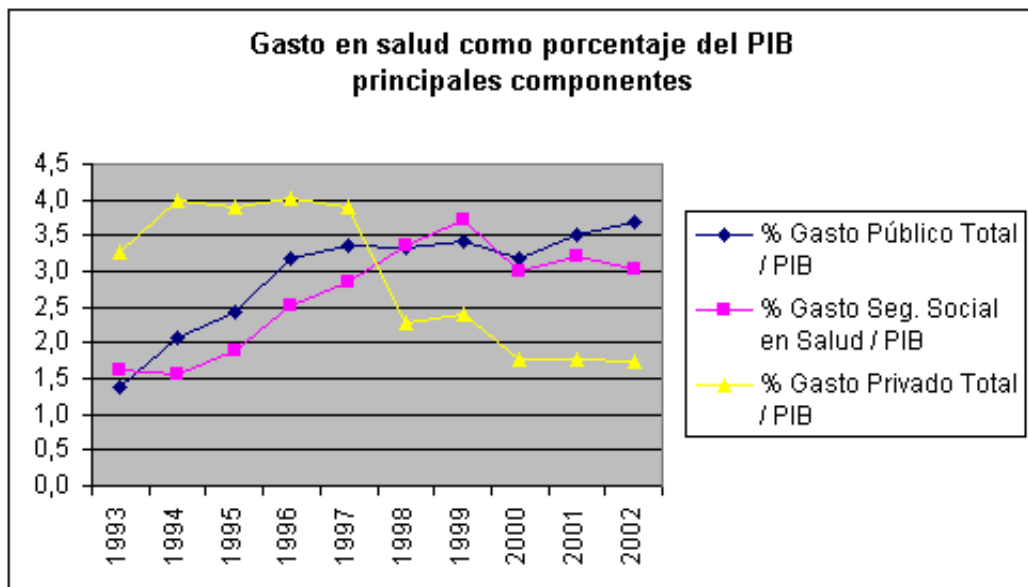


Figura 5. Gasto en Salud como porcentaje del PIB

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

Tanto en pesos constantes como en dólares se observa que el gasto se estabiliza los últimos años en aproximadamente 345.000 pesos per cápita y US 158 dólares.

(Véase figura 6)

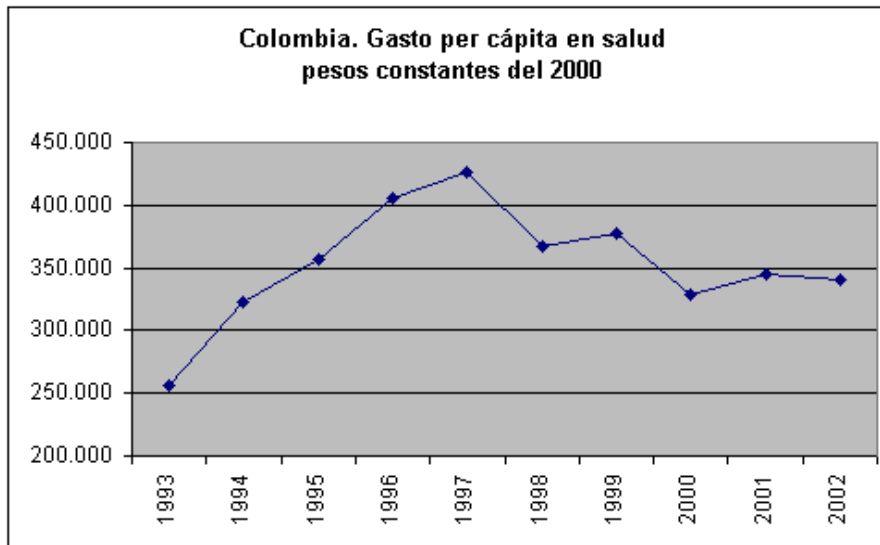


Figura 6. Gasto en Salud en Pesos Constantes

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

El gasto en salud, como proporción del Producto Interno Bruto del país, ascendió del 6.2 al 10.1 entre 1993 y 1997 e igualmente muestra dos grandes caídas en 1998 y 2000, para estabilizarse en 8,5% en 2001 y 2002. (Véase figura 7).

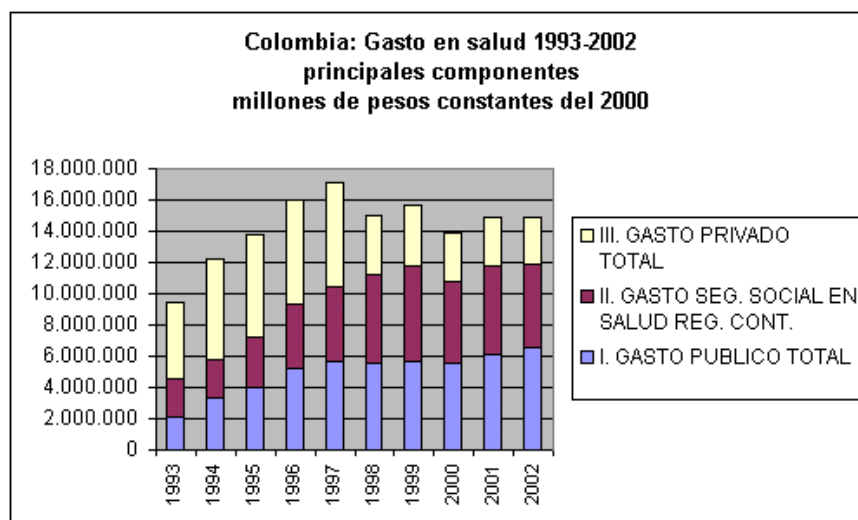


Figura 7. Gasto en Salud Principales Componentes.

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

El gasto en salud, en pesos constantes del 2000, ascendió un 80% entre 1993 y 1997, desde 9.5 billones hasta 17 billones. Posteriormente muestra los descensos de 1998 y el año 2.000, para estabilizarse cerca de los 15 billones en 2001 y 2002. (Véase figura 8)

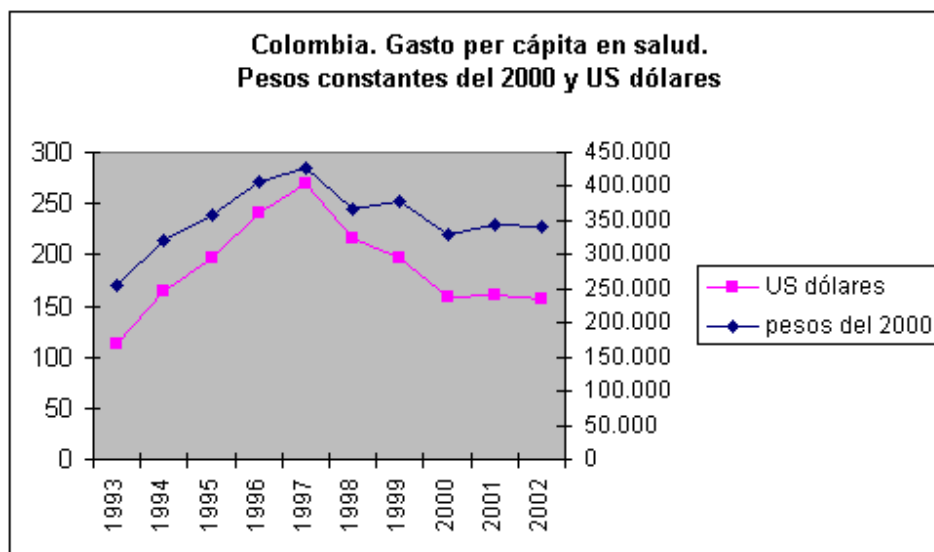


Figura 8. Gasto Per Capita en Salud

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

Al desagregar el gasto en salud en sus principales componentes se observa que el rubro que más se reduce es el del gasto privado, integrado por seguros privados, medicina prepagada, planes complementarios, SOAT y el gasto directo o de bolsillo. Es este último el que más se afecta, pero también resulta la cifra más dudosa del análisis, pues mientras en este estudio se señala un gasto de bolsillo reducido, de 2.92 billones en 1998 y 1999, el estudio de cuentas nacionales difundido en 2001 por el DNP mostraba un gasto de bolsillo para los mismos dos años de 4.2 billones.

Al observar los grandes componentes por separado, se ve que el gasto en Seguridad Social, Régimen Contributivo (incluye regímenes especiales) es el que más ha crecido, al pasar del 1,6% del PIB en 1993 al 3.7% en 1999. Muestra una caída importante en el 2000 y posteriormente se estabiliza alrededor del 3% del PIB. (Véase figura 9).

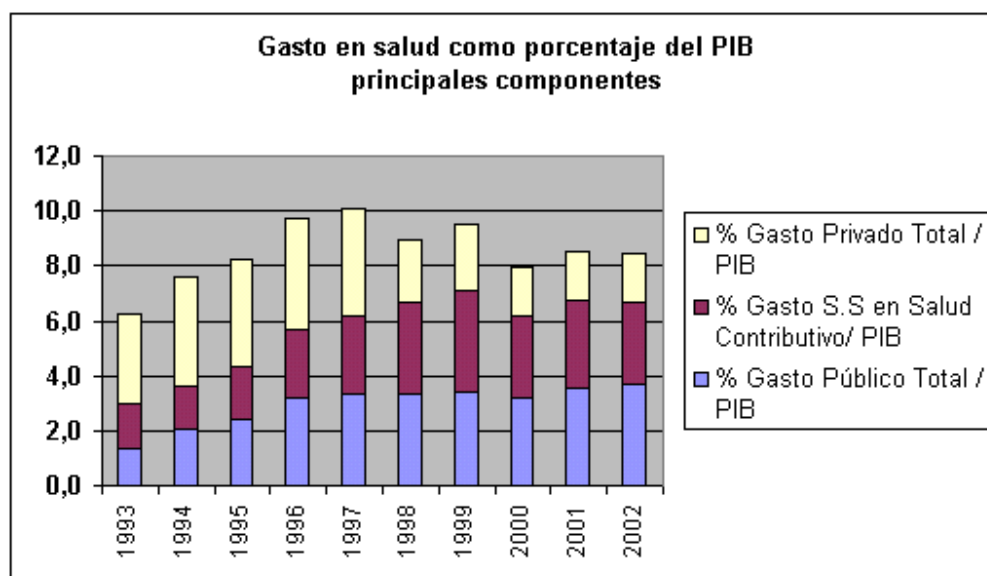


Figura 9. Gasto en Salud como Porcentaje del PIB Principales Componentes

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

El gasto público (incluye todos los gastos de la Dirección del Sistema y entidades adscritas como también todos los gastos de las direcciones seccionales y locales de salud e incluso el Régimen Subsidiado) creció del 1,4% al 3.4% en el mismo período, desciende ligeramente en el año 2000 y vuelve a crecer los últimos años para alcanzar el 3.7%.

En la gráfica de áreas en la (figura 10,) calculada en pesos constantes del 2000, se observa el crecimiento permanente del gasto público total y el gasto en seguridad social, junto con el fuerte descenso en importancia del gasto privado.

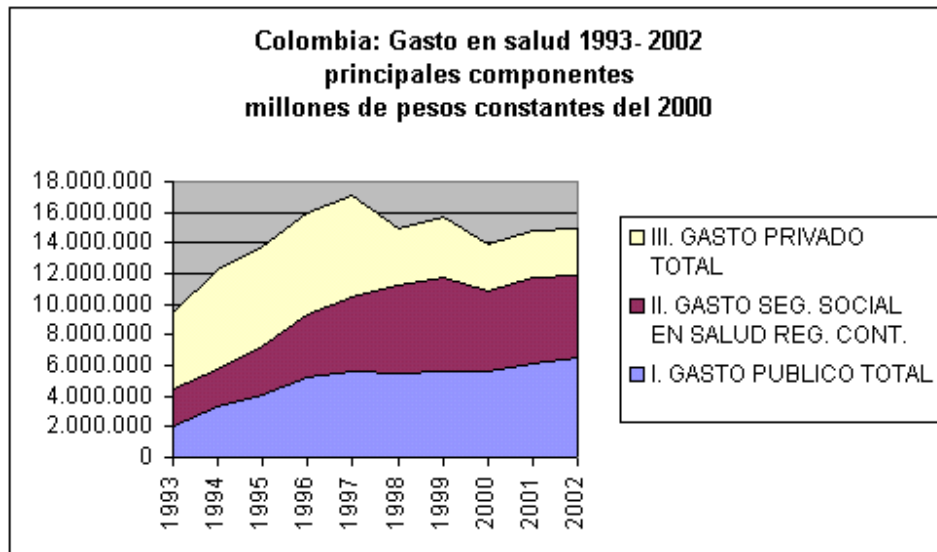


Figura 10. Comparativo Gasto en Salud 1993-2002

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

Del estudio es posible separar el comportamiento de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y observar la gran diferencia de recursos entre ambos.

3.2 GASTO EN SALUD POR REGÍMENES

Es notoria en las cifras la caída del gasto de las EPS públicas en el año 2000, sólo parcialmente compensada por el incremento en las EPS privadas, lo que explica la caída del rubro global del Régimen Contributivo en este año. (Véase figura 11).

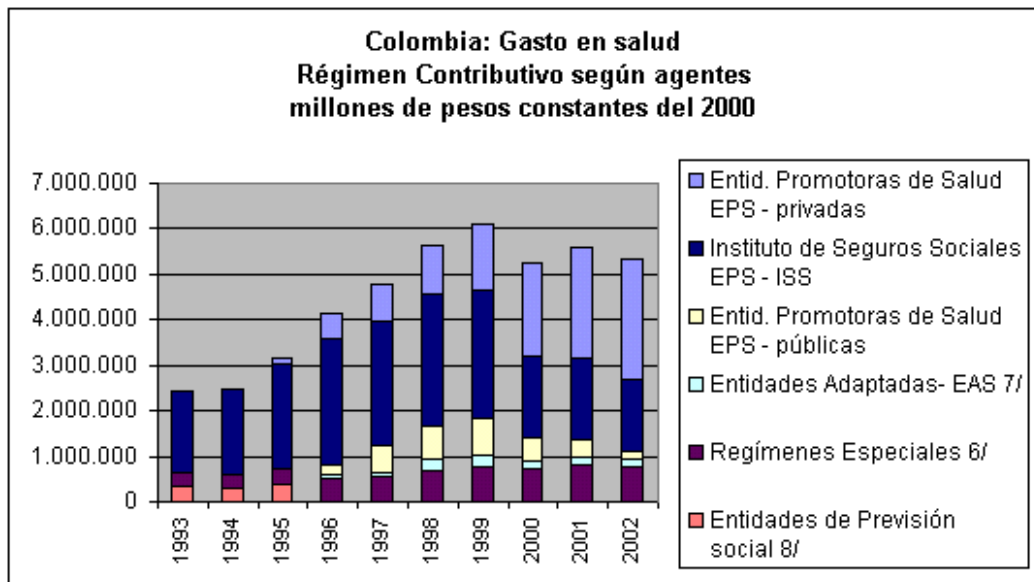


Figura 11. Gasto en Salud Régimen Contributivo 2000

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

Por otra parte, se observa que el gasto en salud de las Direcciones departamentales y municipales de salud creció notoriamente entre 1993 y 1997, fundamentalmente con base en los ingresos corrientes de la nación originados en la Constitución de 1991. Después se observa una estabilidad relativa de estos recursos, que incluyen financiamiento hospitalario y del PAB, así como las Direcciones de Salud. Comprenden todos los gastos de funcionamiento e inversión. No incluyen el Régimen Subsidiado estos cuatro años, que no se logra sostener, especialmente por dos grandes caídas, la primera en 1998 y la segunda en el año 2000. (Véase figura 12).

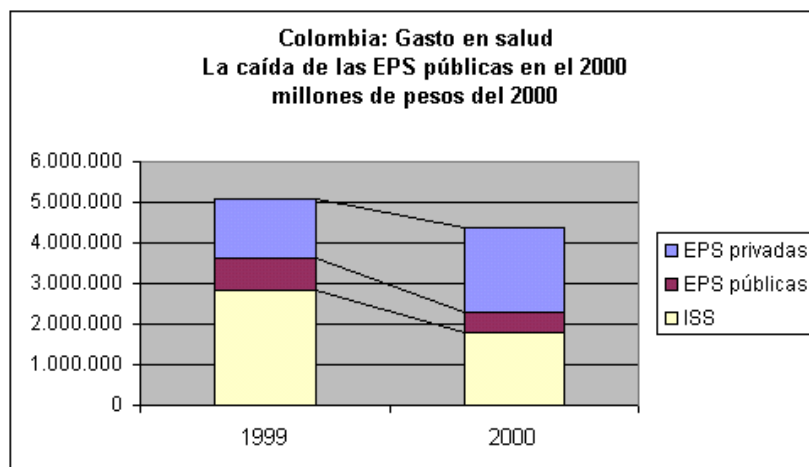


Figura 12. Gasto en Salud Caída de EPS Públicas en el 2000

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

En el gráfico se observa el peso relativo en el gasto de los diversos agentes, con el gran crecimiento de las EPS privadas en este Régimen y la reducción de las públicas y adaptadas. (Véase figura 13).

Sin embargo, debe aclararse que en las cifras del Contributivo se incluyen también los Regímenes Especiales.

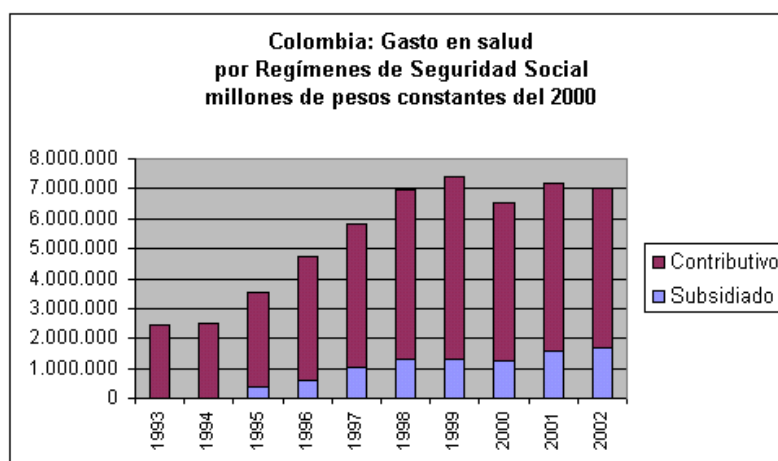


Figura 13. Gasto en Salud por Regímenes de Seguridad Social

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

Los cuatro principales gastos, aislados del gasto de la Dirección del sistema y sus entidades adscritas, se resumen en el gráfico mostrado en la figura 14. En el se observa claramente el crecimiento del gasto en seguridad social, la estabilidad del restante gasto público y la reducción notoria del gasto privado y de bolsillo.

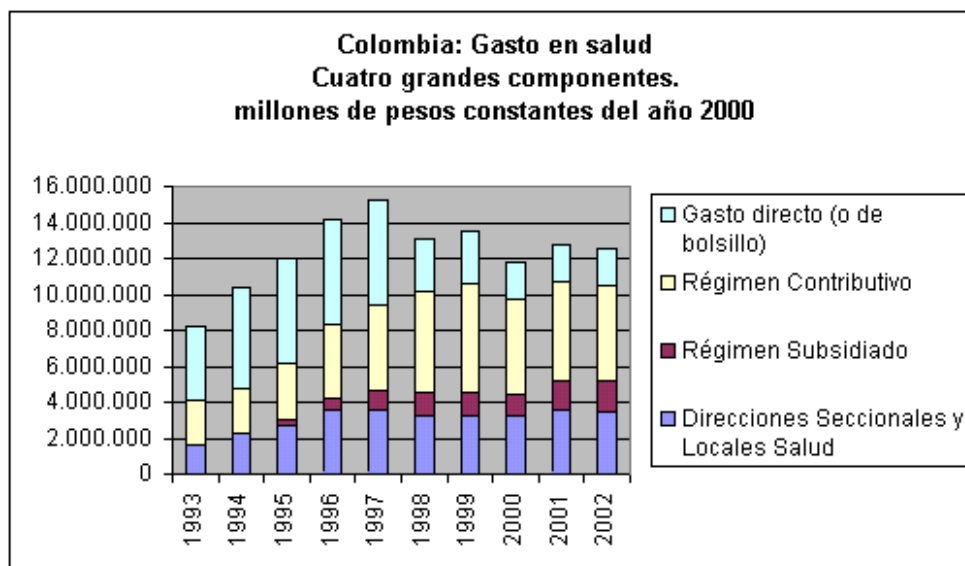


Figura 14. Gasto en Salud Cuatro Grandes Componentes

Fuente: Proyecto Cuentas de Salud. PARS. DNP/MPS

Al convertir la gráfica de estos cuatro componentes a porcentajes, se observa con claridad que el gasto privado ha descendido desde el 50% del total del gasto hasta un 18%, mientras que el gasto total del Estado a través de las Direcciones departamentales y municipales de salud ascendió del 20 al 40% en peso porcentual y la seguridad social contributiva incrementó su participación del 30% hasta un 42%. Si se considera el Régimen Subsidiado el incremento llega al 54%.

3.3 ECONOMIA DEL SECTOR SALUD

Se sabe que un país con una base poblacional relativamente sana, tiene mayores probabilidades de desarrollo integral.

Desde hace muchos años, la misma economía ha tenido diversas corrientes que estudian en esencia la economía de la salud. Los conocimientos generados han aportado mucha información sobre los aspectos de los gastos médicos y su incidencia en los indicadores macroeconómicos ayudando a comprender mejor el impacto de la actividad médica y las medidas de salud pública en un país.

Hoy en día existe la economía del servicio, expresada como valor de información (economía de la información) y está en pleno desarrollo, para lo cual el Sector salud juega un importantísimo papel por ser en si mismo basado en la información del paciente, entre las empresas y con la sociedad.

Un primer aspecto se refiere al valor de las empresas de servicios para la economía. Hoy en día los economistas modernos prácticamente no clasifican las industrias en sectores como se hacia antes: Primarios, Secundarios y Terciarios. Hoy en día existe una sola industria en el mundo y es la industria del servicio. Es así como la industria de servicios (educación, SALUD, vivienda, recreación etc.) se le ha clasificada como actividad Terciaria o podríamos interpretar en la tercera categoría en importancia para los economistas y es bastante difícil creer que el sector servicios sea de tercera categoría para la producción económica de los países.

Desde los años cincuenta, el señor PETER F. DRUKER, había vaticinado que las industrias que clasificaban los economistas como “terciarias” serían las que más desarrollo económico producirían. Igualmente, el reconocido autor de mercadeo THEODORE LEVITT, quien escribió el artículo la “Miopía del Mercadeo”, en el que

describe el descalabro empresarial de la industria del transporte aéreo que estaba en pleno crecimiento y no la consideró como fuerte competidor ni la vio como una oportunidad de expansión del negocio base, que era el transporte, dijo en 1962 que: “No existen cosas tales como empresas de servicios, solamente hay industrias cuyos componentes de servicio son mayores o menores que en otras industrias.

Esta aseveración no refleja la verdadera dimensión del concepto de servicio. Es decir, es un concepto en el cual todo producto físico debe llevar implícito un valor agregado de servicio reflejado en la garantía, el servicio post-venta, acompañamiento, suministro de elementos de reparación, soporte técnico, etc.

En los servicios de salud, el servicio lo es todo. Es muy difícil hacerlo tangible y reducirlo a un aspecto material, como si se puede hacer con todos los productos físicos. Lo único tangible es la persona con la que se establece la comunicación. Luego, hacer más tangible y perceptible esa comunicación como un producto “empacado” es mucho más difícil. Tal vez por esta característica, que parece tan simple, es que ha sido difícil para los economistas tradicionales clasificar las empresas de salud o al sector salud como una “industria”.

Además, existe un aspecto muy bien conocido por la sociedad y es la importancia de los avances del sector salud tanto en las medidas de salud pública como en el avance científico y tecnológico, porque se producen impactos importantes para la sociedad en la mejora de la calidad de vida y en la recuperación de la población económicamente activa para seguir siendo productiva en la sociedad.

4. ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

4.1 PRODUCTIVIDAD APLICADA A LAS EMPRESAS DEL SECTOR

Se podría decir en esencia, que siempre que los seres humanos compran algo, compran una EXPECTATIVA. Este aspecto, es mucho más fácil de satisfacer y de estandarizar para las empresas de productos físicos, que para las empresas de servicios de salud. Debido a que las expectativas no son un bien físico o no son fácilmente expresables en un tangible físico, le es más difícil al Sector Salud acercarse a lo que el cliente tiene en mente para acoplarse a su expectativa.

Sin duda, no se genera la misma expectativa en una persona cuando está comprando por ejemplo una película, los víveres, un plan de viaje, una casa, etc., que una cirugía, una consulta médica, una prueba de VIH o una biopsia para diagnosticar cáncer. Estos aspectos de salud van íntimamente ligados a lo más profundo del ser humano que es la vida misma, y que puede verse amenazada en un determinado momento.

Por ello, los aspectos que rodean la relación con el paciente cuando hay que comunicarle estas situaciones o cuando cree esperarlas, generan muchas variables que lo hacen a él y a su familia altamente sensibles a todo lo que hagamos o digamos y cualquier falla nuestra en esa comunicación, será o puede ser grave para el paciente.

También se genera expectativa al momento de comprar un seguro de salud, por las coberturas que este ampare o por las exclusiones que tenga en los períodos de carencia (entiéndase por periodo de carencia, un tiempo en el cual el afiliado paga para posteriormente obtener derecho a un servicio determinado).

Pero lo que más expectativa genera un seguro de salud, es lo que muy popularmente se conoce como la letra menuda. Es decir, una serie de condiciones que bien el cliente nunca leyó en el contrato o no se las informaron. Esto sucede con los seguros porque son un producto complejo, que no se utiliza a diario y cuando es el momento de usarlo, aparece las expectativas del cliente. Es claro en este punto que para nuestras empresas de salud, es más complejo llenar las expectativas del cliente, porque estas están profundamente ligadas a su vida a diferencia de muchas otras industrias en donde con mejoras físicas y visibles de los productos puede ser suficiente para satisfacer al cliente.

Toda medición de resultados en entornos micro o macro, debería responder objetivamente a interrogantes en términos de eficacia y eficiencia, cuyas definiciones implican en contexto ciertas premisas:

- Eficacia: Resolución satisfactoria de necesidades vinculadas a la prevención y terapia de patologías. Medición con componentes positivos (efectividad, cantidad y calidad, etc.) pero también perspectivas normativas como utilidad, bienestar, preferencias, diferencias entre calidad objetiva y percibida, etc.

- Eficiencia: es la medida en que las soluciones eficaces logran alcanzar óptimos, cumpliendo tres objetivos definidos como:
 - a) la producción de aquellos bienes y servicios que la gente mas valora y necesita.
 - b) La generación de los mayores resultados plausibles al menor costo
 - c) El no desperdicio de recursos.

Una noción de estas diferentes vertientes de análisis, permite ver el problema con una visión más amplia del concepto, que concluye en la definición de productividad como: Los bienes producidos / Recursos utilizados.

El estudio científico de la productividad aplicada a empresas se origina en el Taylorismo aunque hoy todas las mediciones sobre productividad de las empresas generalmente se basan en el concepto de Valor Agregado:

Valor Agregado = Valor de los bienes producidos - Valor de componentes y materias primas empleados (al realizar esta diferencia lo único que quedaría es el Valor Agregado producido en la prestación del servicio de no generarse el resultado sería igual a cero)

De esta forma se puede concluir que:

Productividad del Capital Invertido = Valor Agregado / Dinero Invertido = Valor Agregado del Capital Invertido

Y del mismo modo, La productividad del trabajo = Valor Agregado por trabajador / trabajadores

Al restar la contribución del capital adicional del $\Delta\%$ anual de Valor Agregado por trabajador, se obtiene el cambio en la productividad generado sin inversión de capital debido a mejores conocimientos, aprendizaje y capacidades, métodos de gerenciamiento, motivación laboral, liderazgo, etc.

La medición de la productividad se ha transformado en la mejor práctica, en indicadores industriales de variaciones en las capacidades de construir casas o autos en un determinado tiempo, por un menor número de trabajadores; o inversamente, las capacidades para construir más bienes en el mismo tiempo por una cantidad fija de trabajadores.

La pregunta de Solow respecto a los motivos por los cuales algunos países se convierten en más ricos y otros en más pobres, surge en la explicación de una

mejor combinación total de factores relacionados, tales como mejor gerenciamiento, mejor capital humano y mejor tecnología (enfoque multifactorial).

Es importante observar que en todas las organizaciones existen recursos subutilizados y aún desperdiciados (incluyendo la energía de sus trabajadores), que cuando son correctamente identificados, movilizados y empleados, se constituyen en factores de crecimiento de la productividad conjunta de las organizaciones. Uno de los mejores modos de entender el problema, es entonces el desarrollo de un análisis sistémico de la productividad.

La salud es un bien superior, y mientras mayor es el ingreso per cápita, mayor es el porcentaje del ingreso que se va a destinar a salud.

En todo el mundo comienzan a formarse las redes de atención médica, donde mantienen un control del flujo de prestaciones, es decir más que un simple registro del gasto, realizan una verdadera administración coherente de las prestaciones. Estas son las redes médicas, donde la relación entre los diferentes actores que interactúan en torno al paciente son cada vez más sofisticadas.

4.2 LA GLOBALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La lucha de las organizaciones por ser cada día mejores, complementada por situaciones favorables como la caída de las barreras arancelarias, la poca o nula intervención estatal en los asuntos económicos, el desarrollo de una tecnología increíble, obliga a que estas organizaciones, sean públicas o privadas definan estrategias que garanticen la supervivencia en el mercado mundial.

Tres son los factores que se consideran determinantes en la competitividad de una organización:

1. Su capacidad de innovación tecnológica.
2. La calidad de sus productos.
3. Su productividad.

Lo novedoso en esta era de la globalización es el surgimiento de una nueva relación de la organización con sus trabajadores como factor de productividad.

La necesidad de mejorar la productividad es apremiante en América Latina y los Gerentes tiene la obligación de preparar sus organizaciones para que tengan presencia, permanezcan y crezcan en el mercado mundial.

Diversos instrumentos se utilizan para alcanzar las metas en la productividad, por ejemplo las Normas ISO 9000 que se han convertido en las más populares de cuantas han sido adoptadas. Pero hay que entender que en la búsqueda de la Calidad Total o de la Excelencia no es que un sistema se implanta y todo queda resuelto, sino que es un camino sin fin, de progreso, desarrollo, mejora continua y de crecimiento de las personas que son el inicio y el objeto final de todo cambio.

Para el desarrollo de la producción y los servicios es importante el cuidado, mantenimiento y la preservación de equipos, maquinaria y herramientas; y por supuesto el ser humano, con una mayor connotación en un sistema como el latinoamericano, pues en sentido genérico es lo máspreciado de la sociedad. Por lo tanto no cabe la menor duda que en el proceso de producción hay que prestarle una especial atención a la salud desde dos ópticas: aspecto humano- social y en la repercusión económica.

A pesar de tratarse de un servicio no transable (no sujeto a competencia internacional) y por tal motivo no sujeto en forma directa a los efectos de la globalización, los servicios de salud se ven sometidos a importantes presiones producto de los elevados costos de los insumos, los altos costos financieros, la excesiva sobresaturación burocrática producto de las exigencias de las numerosísimas obras sociales, a lo cual debe agregarse los problemas de pagos por parte de estas, y sumado a todo ello está la necesidad imperiosa de prestar cada día mayores y mejores servicios.

Así pues dentro de este entorno, y en la búsqueda de adecuados niveles de rentabilidad, solvencia y liquidez, se hace imperiosa la búsqueda de opciones que permitan no sólo una correcta evaluación, sino además la obtención de resultados concretos y satisfactorios.

El punto de partida para el mejoramiento es reconocer la necesidad de este. Si no se reconoce ningún problema, tampoco se reconoce la necesidad de mejoramiento.

El objetivo es que los trabajadores utilicen no sólo sus manos sino también su cerebro y esto comprende la utilización sistemática e interrelacionada de una serie de actividades e instrumentos que tienen por objetivo incrementar los niveles de rentabilidad de la organización administrándose la calidad, la cantidad, los tiempos de entrega, la seguridad y el costo de dicha prestación sin olvidar que todo se enmarca en el principio de la moralidad de quien lo ejecuta.

Igualmente es importante la calidad de los insumos y para ello se persigue reducir el número de proveedores (llegar a uno por línea de insumos) a los efectos de asegurar la calidad (evitando los costos de verificación de cantidad y calidad), la entrega justo a tiempo y en la cantidad solicitada; así también es importante la calidad del personal asistencial (un recurso humano sin los suficientes

conocimientos o no apto para la tarea implicará costos por falta de productividad, alta rotación, y costos de capacitación). Esta calidad del personal al igual que la calidad de los insumos o materiales incide tanto en la calidad de los productos, como en los costos y niveles de productividad.

La calidad no es menos importante en áreas tales como Créditos y Cobranzas. La calidad de ello es fundamental para la continuidad de la empresa. De poco sirve producir buenos productos o servicios y venderlos si luego hay dificultades en el cobro, o estos son realizados a un alto costo.

La mecanización se ocupa de las cosas, mientras la especialización se ocupa de los recursos humanos. La combinación efectiva de las personas y los recursos físicos es competencia de la Alta Dirección. Podemos tener instalaciones similares y gente parecida, pero según como dirijamos estos dos factores, los resultados pueden ser bastante diferentes. Dos empresas pueden producir el mismo tipo de bienes o servicios, con instalaciones y equipos prácticamente idénticos y con un número de trabajadores parecido. Según la empresa, no obstante, los productos o servicios pueden ser bastante distintos en lo referente a calidad, costo y productividad.

Existen tres tipos de actividades o procesos:

1. Los que aportan Valor Agregado.
2. Los de apoyo sin Valor Agregado.
3. Los que no aportan Valor Agregado.

Deben eliminarse todas aquellas actividades que no agregan valor, en tanto que las de apoyo deben ser simplificadas y/o reducidas. Además hay que tener en cuenta los nuevos sistemas de costeo vinculados:

- Costeo por Objetivo
- Costeo Justo a Tiempo
- Costeo Basado en Actividades
- Ingeniería de Valor y Análisis de Valor
- Modelación de Costos

El modelo de costos merece especial atención por la importancia que tiene en las decisiones para la adquisición de bienes y servicios. Entre los 5 principios claves para su consecución se tiene:

1. Identificar los generadores de costos, no sólo los elementos de costo.
2. Construir modelos específicos para cada producto o servicio con el fin de resaltar los generadores de costos claves.
3. Considerar el impacto del coste total de adquisición
4. Empezar de la manera más sencilla y hacerlo más complejo según la necesidad.
5. Considerar datos reunidos para mejorar precisión y confianza.

5. ANALISIS PILOTO DE LA SITUACION FINANCIERA DE IPS DE II NIVEL

5.1 ESTADOS FINANCIEROS DE IPS DE II NIVEL

BALANCE GENERAL		
	2003	2004
ACTIVO		
ACTIVO CORRIENTE		
DISPONIBLE	2.830	104.032
INVERSIONES	2.916	7.116
DEUDORES	958.034	797.725
INVENTARIO	42.562	40.897
DIFERIDOS	945	11.803
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	1.007.287	961.573
ACTIVO FIJO		
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	1.091.520	1.050.057
OTROS ACTIVOS	911	965
TOTAL ACTIVO FIJO	1.092.431	1.051.022
TOTAL ACTIVO	2.099.718	2.012.595
PASIVO	-	-
PASIVO CORRIENTE		
OBLIGACIONES FINANCIERAS	4.018	9.644
PROVEEDORES	242.178	171.541
CUENTAS POR PAGAR	316.292	276.557
IMPUESTOS TASAS Y GRAVAMENES	17.986	7.180
OBLIGACIONES LABORALES	51.443	43.582
ANTICIPOS Y AVANCES RECIBIDOS	352	825
INGRESOS RECIBIDOS PARA TERCEROS	205.367	220.514
TOTAL PASIVO CORRIENTE	837.636	729.843

PASIVO LARGO PLAZO		
OBLIGACIONES FINANCIERAS	124.917	63.333
TOTAL PASIVO LARGO PLAZO	124.917	63.333
TOTAL PASIVO	962.553	793.176
PATRIMONIO		
CAPITAL SOCIAL	370.600	370.600
SUPERAVIT DE CAPITAL	186.961	189.165
RESERVAS	37.272	44.720
REVALORIZACION DEL PATRIMONIO	490.855	558.546
UTILIDAD (PERDIDA) DEL EJERCICIO	28.731	11.469
UTILIDAD (PERDIDA) DE EJERCICIOS ANTERIORES	22.746	44.919
TOTAL PATRIMONIO	1.137.165	1.219.419
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	2.099.718	2.012.595
ESTADO DE PERDIDAS Y GANANCIAS		
INGRESOS OPERACIONALES		
Ingresos Servicios Hospitalarios	1.511.099	1.360.536
Devoluciones y Rebajas en Ventas	-	(822)
TOTAL INGRESOS OPERACIONALES	1.511.099	1.359.714
Costo de Venta por Servicios	(1.250.267)	(1.129.430)
UTILIDAD BRUTA	260.832	230.284
Gastos Unidad Administrativa	(157.536)	(182.033)
UTILIDAD OPERACIONAL	103.296	48.251
Ingresos no operacionales	38.241	42.382
Gastos no operacionales	(94.820)	(71.984)
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	46.717	18.649
Provisiòn Impuesto de Renta	(17.986)	(7.180)
UTILIDAD	28.731	11.469

Los estados financieros comparados muestran una utilidad bastante disminuida por los menores ingreso del 2004 respecto al 2003, lo cual generalmente se debe

a la pérdida de contratos con las EPS, originada entre otras razones porque las Empresas Promotoras de Salud están retomando el manejo de sus usuarios para controlar el costo en la prestación de los servicios creando sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Otra razón es la negociación con otras IPS de valores de servicios muy por debajo de los estipulados por el Ministerio de Protección Social lo cual crea una competencia desleal que afecta la calidad de las negociaciones y en última instancia la calidad del servicio prestado. Por último el aumento en las tasas de desempleo influye en que haya una disminución en el número de aportantes al régimen contributivo desacelerando el crecimiento de las EPS lo cual hace imposible el mantener tarifas cuando el volumen de usuarios no cumple las expectativas de ingresos.

Aunque no hubiera una reducción de los ingresos por los servicios en atención que se prestan, igual la utilidad percibida y esperada año tras año no justifica el inmenso esfuerzo que realizan los accionistas y la misma dirección administrativa para mantener funcionando en condiciones óptimas una entidad de orientación social ya que aunque los salarios año a año se ajustan, los insumos aumentan su costo y en términos generales los gastos en que se incurre para el normal funcionamiento aumentan, no sucede en proporción similar con la Unidad por Capitación y los pagos o tarifas por evento.

6. PROPUESTA DE UNIDADES ESTRATEGICAS GENERADORAS DE VALOR AGREGADO

A continuación se exponen modelos de negocio sugeridos para el desarrollo y generación de alternativas que incidan en el aumento de valor agregado financiero para las IPS objeto del presente trabajo de investigación:

UNIDAD DE NEGOCIO No. 1

Medicina Alternativa

Medicina que de acuerdo a los avances en investigación y desarrollo plantean la obtención de curas a través de métodos naturales y en el manejo de puntos neurálgicos en los pacientes que se identifican y apoyan las mejoras en salud por este método.

Los usuarios pueden obtener la opción de escoger como alternativa de tratamiento la medicina alternativa donde reciban soluciones medicinales a través de métodos de acupuntura, asesoría nutricional, fitness y yoga.

UNIDAD DE NEGOCIO No. 2

Cobertura de Visión Láser

Buscando la optimización de la red instalada en el área de influencia de las IPS, se plantea el desarrollo de programas que en asociación con entidades especializadas en el tratamiento de patologías visuales, para que se realicen jornadas tanto asistenciales como quirúrgicas para procedimientos de corrección visual con rayos láser, a tarifas reducidas donde se de una participación a la IPS responsable de la atención de los usuarios y se genere

atención que redunde en la calidad de vida sin incrementar los costos de la misma.

UNIDAD DE NEGOCIO No. 3

Servicios de Farmacia en Línea

Generación de alianzas especiales con Laboratorios Farmacéuticos para la dispensación de medicamentos de pacientes especiales y afiliados al servicio de la IPS, quienes podrán diligenciar sus prescripciones en línea con un 50% de descuento en sus copagos, si su beneficio de medicamentos lo permite y se percibe éxito en el seguimiento del tratamiento asignado.

UNIDAD DE NEGOCIO No. 4

Servicios de Salud Preventiva

La IPS anima a sus miembros a llevar un estilo de vida más saludable mediante una variedad de programas de bienestar, incluyendo:

- **Descuentos en Clubes de Fitness.**

Ofrecimiento a sus usuarios zonificados descuentos en los centros de fitness y clubes de tenis en el área de influencia de la IPS.

- **Programa de auto-ayuda para los usuarios que quieren dejar de fumar:**

El programa incluye un paquete educativo completo durante un año incluyendo llamadas telefónicas de apoyo de parte de un especialista en dejar de fumar.

- **Información de Bienestar:**

La IPS proporciona asesoría y literatura útil en una serie de temas, que incluyen cuidado prenatal, cuidado de bienestar del niño, salud de los senos, menopausia y control de peso. Además, el ofrecimiento a los usuarios de consejos sobre cómo promover el bienestar y el control de las enfermedades por medio de un sitio Web y la publicación de boletines de prensa informativos sobre asuntos relacionados a la salud y sobre nuevos avances en medicina.

- **Cómo vivir saludablemente con condiciones crónicas**

Este programa educa y faculta a las personas con condiciones crónicas a administrar mejor su salud y bienestar mediante el uso de un curso de Auto Administración de Enfermedades Crónicas, desarrollado por instituciones reconocidas de la zona (Universidades importantes o Centros educativos reconocidos).

- **Programas de Administración de Enfermedades**

Ofrecimiento de programas para ayudar a los usuarios a administrar su enfermedad y mejorar la calidad de su vida:

- Programa para el asma
- Apoyo para la diabetes
- Programa para la artritis

**6.1 PROPUESTA PILOTO PARA LA IMPLEMENTACION DE UNIDADES
ESTRATEGICAS GENERADORAS DE VALOR AGREGADO**

BALANCE GENERAL		
	2004	2005
ACTIVO		
ACTIVO CORRIENTE		
DISPONIBLE	2.830	490.480
INVERSIONES	2.916	7.116
DEUDORES	958.034	797.725
INVENTARIO	42.562	40.897
DIFERIDOS	945	11.803
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	1.007.287	1.348.021
ACTIVO FIJO		
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	1.091.520	1.050.057
OTROS ACTIVOS	911	965
TOTAL ACTIVO FIJO	1.092.431	1.051.022
TOTAL ACTIVO	2.099.718	2.399.043
PASIVO		
PASIVO CORRIENTE		
OBLIGACIONES FINANCIERAS	4.018	9.644
PROVEEDORES	242.178	171.541
CUENTAS POR PAGAR	316.292	276.557
IMPUESTOS TASAS Y GRAVAMENES	17.986	155.962
OBLIGACIONES LABORALES	51.443	43.582
ANTICIPOS Y AVANCES RECIBIDOS	352	825
INGRESOS RECIBIDOS PARA TERCEROS	205.367	220.514
TOTAL PASIVO CORRIENTE	837.636	878.625
PASIVO LARGO PLAZO		

OBLIGACIONES FINANCIERAS	124.917	63.333
TOTAL PASIVO LARGO PLAZO	124.917	63.333
TOTAL PASIVO	962.553	941.958
PATRIMONIO		
CAPITAL SOCIAL	370.600	370.600
SUPERAVIT DE CAPITAL	186.961	189.165
RESERVAS	37.272	44.720
REVALORIZACION DEL PATRIMONIO	490.855	558.546
UTILIDAD (PERDIDA) DEL EJERCICIO	28.731	249.135
UTILIDAD (PERDIDA) DE EJERCICIOS ANTERIORES	22.746	44.919
TOTAL PATRIMONIO	1.137.165	1.457.085
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	2.099.718	2.399.043

ESTADO DE PERDIDAS Y GANANCIAS

INGRESOS OPERACIONALES		
Ingresos Servicios Hospitalarios	1.511.099	1.655.184
Devoluciones y Rebajas en Ventas	-	(822)
TOTAL INGRESOS OPERACIONALES	1.511.099	1.654.362
Costo de Venta por Servicios	(1.250.267)	(1.028.630)
UTILIDAD BRUTA	260.832	625.732
Gastos Unidad Administrativa	(157.536)	(191.033)
UTILIDAD OPERACIONAL	103.296	434.699
Ingresos no operacionales	38.241	42.382
Gastos no operacionales	(94.820)	(71.984)
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	46.717	405.097
Provisiòn Impuesto de Renta	(17.986)	(155.962)
UTILIDAD	28.731	249.135

UNIDADES ESTRATEGICAS GENERADORAS DE VALOR AGREGADO FINANCIERO

MEDICINA ALTERNATIVA	
CONCEPTO	DATOS
Sueldo Médico Homeópata	1.500
Número de casos atendidos/hora	3
Horas/día	2
Días/Mes	22
Número de horas de atención a usuarios/Mes	22
Valor consulta	30
Comisión sobre medicamentos	15%
Gasto promedio en medicamentos/usuario	30
Número de usuarios atendidos	66
Ingreso mensual por Medicina Alternativa	4.554
Gasto mensual por Medicina Alternativa	750
Ingreso Neto	3804

COBERTURA VISION LASER	
CONCEPTO	DATOS
Número de Usuarios/Jornada	30
Número de jornadas/mes	4
Valor del paquete para el usuario	100
Costo del paquete para la IPS	70
Ingreso mensual por Cobertura Visión Láser	12.000
Gasto mensual por Cobertura Visión Láser	8.400
Ingreso Neto	3600

CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA	
CONCEPTO	DATOS
Programa: Autoayuda para dejar de fumar	
Número de usuarios mes	100
Valor mensual/usuario	20
Ingreso mensual Programa: Autoayuda para dejar de fumar	2.000

Programa: Cómo vivir saludablemente con condiciones crónicas	
Número de usuarios mes	100
Valor mensual/usuario	30
Ingreso mensual Programa: Cómo vivir saludablemente con condiciones crónicas	3.000
Programa para el asma	
Número de usuarios mes	100
Valor mensual/usuario	30
Ingreso mensual Programa para el asma	3.000

Al incorporar unidades alternativas de negocio capaces de generar valor económico financiero sin que ello implique grandes inversiones en infraestructura, equipos, y gasto en honorarios sino, por el contrario aprovechando los recursos disponibles y el conocimiento y entrenamiento de personas con la capacitación adecuada en temas y servicios de interés para los usuarios se puede lograr ingresos antes no contemplados donde la participación del gasto es mínima, es decir, donde un alto porcentaje del ingreso facturado sería neto para la empresa mejorando ostensiblemente sus utilidades.

Como proyecto piloto se sugiere que las unidades de negocio sean acordes a la infraestructura y áreas que ya están en funcionamiento; es así como se propone como prueba piloto para la IPS del ejercicio implementar una mezcla de tres unidades de negocio como son Medicina Alternativa, Cobertura Visión Láser y Consulta Medicina Especializada, en las cuales el ingreso está directamente asociado al número incremental de usuarios que demanden el servicio.

Lo anterior permite visualizar que existen mecanismos para aumentar los ingresos de las IPS con servicios complementarios y afines a su labor misional descentralizando la obtención de los recursos financieros, es decir ya no habría una sola fuente de ingresos sino que también se generarían por la demanda de los pacientes particulares dispuestos a pagar valores adicionales por recibir servicios acordes a sus necesidades.

La herramienta financiera diseñada, consiste en el modelaje de 3 Unidades de Negocio Alternativas para las IPS de I y II Nivel, en donde se pueden observar los costos asociados a la implementación y desarrollo de cada unidad de negocio, así como los ingresos que se obtendrían como resultado de las cantidades de servicios que se podrían ejecutar, mes tras mes de acuerdo a la capacidad de servicio que se determine.

Para ello se establecieron los parámetros y variables de cada modelo que serían objeto de ser modificados de acuerdo a la sensibilidad que quiera proyectar.

Esto se pudo modelar en una hoja electrónica, gracias a la utilización de fórmulas que facilitan la realización de los cálculos, así como la inclusión de estos resultados obtenidos en los Estados Financieros: Balance y Estado de Pérdidas y Ganancias.

7. CONCLUSIONES

1. La salud en Colombia y en sus regiones se encuentra en una encrucijada. Los recursos que genera el sistema son insuficientes para garantizar el cubrimiento total de la población y tampoco para garantizar que dicho cubrimiento se dé en las mejores condiciones en términos de la calidad y oportunidad de los servicios.

Es por ello que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, están llamadas a crear e implementar alternativas generadoras de recursos que le permitan su sostenibilidad y permanencia en el sector y en el mercado.

2. La creación de Unidades Alternativas de Negocio, acordes a la infraestructura y áreas que se encuentran en funcionamiento garantizará la mejor utilización de los recursos de la IPS, es así como se propuso la implementación de una mezcla de 3 Unidades (Medicina Alternativa, Visión Láser. Consulta Especializada) capaz de generar valor económico financiero, optimizando el aprovechamiento de los recursos físicos, tecnológicos y humanos, sin incurrir en inversiones extras para su implementación; donde el ingreso esté directamente asociado al número incremental de usuarios que demanden el servicio.
3. Las Unidades de Negocio propuestas, permitieron visualizar la existencia de mecanismos que permiten obtener el aumento en los ingresos de las IPS con la prestación de servicios complementarios, permitiendo la descentralización de la fuente generadora de los recursos financieros, en este caso el ente Estatal

4. Es así que las soluciones que generalmente se consideran, resaltan por la falta de profundidad con que se abordan, o por la ausencia, de dos temas íntimamente relacionados: La mejora permanente de la oferta de tratamientos médicos, para optimizar los servicios a través de su constante renovación; y el análisis financiero, como soporte al avance y desarrollo de éste tipo de instituciones. Vale decir que la inversión en mejorar los servicios está mediada por grandes riesgos e incertidumbres que aunque no se cuenta con información precisa sobre el comportamiento de esta inversión, es probable que haya decrecido.
5. Es de anotar que el sistema no ha ganado lo suficiente en productividad, o las ganancias logradas no se quedan o expresan suficientemente en el sistema, sino que se transfieren, en buena parte, probablemente al sector farmacéutico y al de equipos médicos transnacionales; y al sistema de financiación de la salud, ya sea como utilidades o como pago de sus propias ineficiencias.
6. Las condiciones de competencia en el sector, que son la base del modelo para ganar eficiencia no parecen ofrecer un panorama apropiado. Han entrado al sistema IPS que no reúnen los requisitos necesarios para garantizar tratamientos óptimos, pues se rigen por un criterio de precios bajos para ser favorecidas por las EPS, y no por un criterio de atención óptima al paciente, con todas las dificultades y costos que este criterio implica. En este sentido, se presenta una competencia inconveniente para los pacientes y el sistema en general.
7. Como consecuencia de lo anterior, se observa una guerra de precios desatada por la entrada de éstas nuevas entidades, y una dinámica de rapiña de pacientes entre las IPS con base en la reducción de precios que ha obligado a realizar un ajuste a las instituciones con mayores capacidades de atención, lo que implica que la actualización tecnológica y científica bien se encuentre

restringida o se asuma con inmensos riesgos de incertidumbre, o que se terminen cerrando varias de éstas tanto públicas como privadas. Esto por supuesto, afecta la atención de los servicios , genera inconformismo en los usuarios y tiende a agravar el problema en los futuros años.

8. RECOMENDACIONES

1. Para lograr soluciones, se deben abordar diversas alternativas como son: la prevención para reducir los costos del sistema de forma que sus ingresos se puedan redistribuir mejor, la regulación en torno a los medicamentos para reducir sus costos, la legislación sobre las relaciones entre EPS, IPS, médicos y pacientes que en su conjunto ayuden a mejorar el sistema como es deseable. Es necesario que éste proceso sea liderado por el Ministerio de Protección Social en aras de alcanzar beneficios para todos los actores participantes del sistema.
2. Si se desea alcanzar la eficiencia en el sistema actual de salud, es necesario ajustar los procedimientos administrativos que han caracterizado el proceso, e incluso complementarlos con sistemas orientados a la productividad de la medicina como tal, es decir, la orientación social de los servicios de salud está implícita en el ejercicio diario de las IPS y ha demostrado que se hace necesario, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, optimicen la disponibilidad de los recursos, pero nunca castigando la calidad de los servicios prestados; y en última instancia será esto lo único que hará sostenible en el tiempo la existencia de dichas entidades al ser reconocidas y preferidas por los usuarios frente a otras ofertantes de los mismos servicios.
3. Al no ser claro si el país estará en capacidad de contar con los mejores servicios médicos mediante procesos de renovación persistente, como sería deseable o si por el contrario se continuará ampliando la brecha tecnológica, con respecto a los avances internacionales como un efecto no previsto de la Ley 100, es necesario que se le de apertura a un escenario de análisis y discusión de la misma Ley en donde participen activamente los representantes del Sector Salud, junto al ente legislador (Congreso), ente auditor

(Superintendencia Nacional de Salud), y ente rector (Ministerio de Protección Social).

4. Como consecuencia de la situación financiera de las IPS, la Alta Dirección debe poner a prueba su creatividad, diseñando e implementando fórmulas efectivas para generar ingresos adicionales con los recursos tanto físicos como humanos con los que cuenta, de tal forma que se garantice el logro del incremento en los ingresos a causa de una mayor facturación por servicios generadores de valor agregado tanto económico como social. Dicha situación será visible mes tras mes al analizar los estados financieros resultados del ejercicio, lo cual permitirá hacer los ajustes pertinentes sobre la marcha con miras a lograr los objetivos propuestos por cada IPS en lo concerniente a la calidad del servicio y a la rentabilidad financiera.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Bersh D. Manual del vigia de la salud. Ministerio de Salud. Ministerio de Educación. I.C.B.F. OPS – OMS. UNICEF. 1.985.
2. Boletín informativo PAI. Programa ampliado de inmunización. Año XXII, Número 6. Diciembre de 1.999. OPS Washington D.C.
3. Constitución política de Colombia de 1.991. Décimo primera edición corregida. Editorial Unión. tSana Fé de Bogotá 2.000.
4. Currie L. Ensayos sobre planeación. Ediciones Tercer Mundo. Bogotá. 1.963.
5. García E. Planeamiento de hospitales. Ministerio de Salud. División de Atención Médica. Bogotá D.E. 1.971.
6. Las condiciones de salud en las américas 1.981 – 1.984. OPS – OMS.
7. Orjuela R. Informe al honorable congreso de la republica. Imprenta del Instituto Nacional de Salud. Bogotá. 1.977.
8. Página Web del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). 30 de Junio de 2.001.
9. Página Web del Departamento Nacional de Planeación. (DNP) 1° de Julio de 2.001.
10. Página Web del Ministerio de Salud. 30 de Junio de 2.001
11. Parra F, Leyla y cols. Evaluación del Proceso de descentralización de Colombia en Salud con énfasis en los Departamentos de Antioquia, Cundinamarca y Quindío de 1.986 a 1.996.

12. Primer congreso colombiano de salud pública. Sociedad Antioqueña de Salud Pública. Editorial Bedout. Medellín 1.962.
- 14 Programación de salud. Programas conceptuales y metodológicos. OPS – OMS. 1.965.
15. Programa para 40 distritos integrados de salud. Anexo 3. Ministerio de Salud Pública. Bogotá D.E. 1.962.
16. Restrepo G cols. Desarrollo de la Salud Pública y de la Seguridad Social en Colombia. Innosalud Ltda. Orión Editores. Santa Fé de Bogotá D.C. 1.998.
17. Restrepo G y cols. Sistema nacional de salud. Políticas, objetivos, estrategias y estructura. Ministerio de Salud Pública. Bogotá D.E. 1.974.
18. Rey J., Método Epidemiológico y salud de la comunidad. Editorial Interamericana – McGraw Hill. Primera re-impresión Madrid. 1.992
19. Situación nutricional de la población colombiana en 1.977 - 1.980. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá D.E. 1.982.
20. Trabajo de Grado de Gerencia en Salud. Escuela de Medicina Juan N. Corpas. Santa Fé de Bogotá D.C. 1.998.
21. Yopez L, Francisco J. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud. Tomos I y II. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Editorial Presencia Ltda. Bogotá D.E. 1.990.