

Carlos Alberto Ángel Urueña • Helen Mercedes Mendoza Rubio • Aura Herminda López Salazar



Bases para la construcción de un plan del salvamento del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.

Dos miradas: 2015-2016 y 2019



Programa  editorial

RESUMEN

El Hospital Universitario del Valle no ha sido ajeno a los cambios operativos enmarcados en contextos de transformaciones de gobierno y legislativas. En este documento, se presenta la evolución de estos elementos donde se conjugan actores, recursos (físicos y financieros), estructuras orgánicas y regulativas que hacen posible la existencia de un modelo determinado por subsistemas complejos que obligan a los Estados a repensar y revisar, en forma permanente, las diferentes variables que son pieza fundamental para el éxito en la cobertura, pertinencia y calidad del servicio de salud. Bajo una mirada multidimensional que consideró un análisis financiero, los grupos focales, análisis de contenido de documentos y observación participante es posible concluir que el Hospital Universitario del Valle, para afrontar los desafíos que presenta, es necesario generar mecanismos de choque (corto plazo) y acciones de fortalecimiento a mediano y largo plazo con el fin de cerrar las brechas (venas rotas), mejorar el flujo de recursos y estabilizar la prestación de servicios de alta complejidad con calidad en materia de salud. La prestación de servicios públicos de salud deben pensarse como mecanismos en los que su gestión (como institución que presta servicios de prioridad para gran parte de la población caleña y vallecaucana) se plantee como un sistema de mejora continua para prevenir situaciones de crisis a futuro.

Bases para la construcción de un plan del salvamento del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.

Dos miradas: 2015-2016 y 2019






Colección Ciencias de la Administración
Informes de Investigación

Ángel Urueña, Carlos Alberto
Bases para la construcción de un plan de salvamento del Hospital Universitario del Valle Evaristo García ESE. Dos miradas: 2015-2016 y 2019. / Carlos Alberto Ángel Urueña, Hellen Mendoza, Aura Herminda López Salazar
Cali : Universidad del Valle - Programa Editorial, 2022.
274 páginas ; 21.5 cm -- (Colección : Ciencias de la Administración)
1. Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV) - 2. Análisis estratégico - 3. Planificación estratégica - 4. Ventaja competitiva - 5. Estudios prospectivos
658.4012 CDD. 22 ed.
A581
Universidad del Valle - Biblioteca Mario Carvajal

Universidad del Valle Programa Editorial

Título: Bases para la construcción de un plan de salvamento del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García ESE".
Dos miradas: 2015-2016 y 2019

Autores:  Carlos Alberto Ángel Urueña,  Helen Mercedes Mendoza Rubio,
 Aura Herminda López Salazar

ISBN-PDF: 978-628-7566-30-9

DOI: 10.25100/peu.682

Colección: Ciencias de la Administración- Informes de Investigación

Primera edición

Rector de la Universidad del Valle: Édgar Varela Barrios
Vicerrector de Investigaciones: Héctor Cadavid Ramírez
Director del Programa Editorial: Francisco Ramírez Potes

© Universidad del Valle

© Los autores

Diseño y diagramación: Danny Stivenz Pacheco Bravo
Corrección de estilo: Anabel Correa Hernández

Esta publicación fue sometida al proceso de evaluación de pares externos para garantizar altos estándares académicos. El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión del autor y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad del Valle, ni genera responsabilidad frente a terceros. El autor es el responsable del respeto a los derechos de autor y del material contenido en la publicación, razón por la cual la Universidad no puede asumir ninguna responsabilidad en caso de omisiones o errores.



Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (BY-NC-ND)
Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Cali, Colombia, octubre de 2022

Carlos Alberto Ángel Urueña • Helen Mercedes Mendoza Rubio • Aura Herminda López Salazar

Bases para la construcción de un plan del salvamento del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.

Dos miradas: 2015-2016 y 2019



Colección Ciencias de la Administración
Informes de Investigación

Aura Herminda López Salazar

Contadora Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Ciencias Financieras y de Sistemas de la Universidad Central, DEA en sociedad de la información y del conocimiento de la Universidad Oberta de Catalunya - España, Magister en sociedad de la información y del conocimiento de la Universidad Oberta de Catalunya, Especialista en Docencia Universitaria de la Universidad de San Buenaventura, Especialista en Derecho Público de la Universidad Autónoma de Colombia, Candidata a Doctor en Administración Financiera de la Atlantic International University, 30 años de experiencia en el sector real, sector público y en la academia.

Carlos Alberto Angel Urueña

Profesor nombrado del Departamento de Contabilidad y Finanzas de la Facultad de Ciencias de la Administración, Universidad del Valle. Contador Público de la Universidad del Valle, Especialista en Gerencia Tributaria de la Universidad Libre, Estudiante de Maestría en Políticas Públicas, con trabajo de grado terminado en evaluación, Consultor y Asesor en temas de Costos, auditoría, emprendimiento, contabilidad, presupuesto público y privado, gestión organizacional, interventoría en entidades públicas y privadas, con experiencia administrativa en el ejercicio de cargos en Univalle como Director de Extensión, Vicedecano Académico de la Facultad de Ciencias de la Administración, Director del Programa Académico de Contaduría Pública y representante de los Docentes ante el Comité del Programa Académico de Contaduría Pública, Dirección y Coordinador en la ejecución de proyectos de extensión en Univalle y el desarrollo del Plan de Salvamento del HUV, Director del Grupo de Investigación de Costeo Integral FCA, Ponente Internacional en eventos sobre temas de Costeo Integral-Costeo por Actividades, Director de trabajos de grado en temas de costos y presupuestos, Par Académico del Ministerio de Educación Nacional para programas académicos de pregrado (Contaduría Pública) y Posgrado (Especialización en Gerencia tributaria).

Helen Mendoza Rubio

Médico Cirujano, Universidad del Norte. Especialista en Auditoría de Servicios de Salud Universidad Simón Bolívar. Maestría en Administración de Empresas, y Maestría en Prospectiva y Estrategia (C), Universidad del Valle. Amplia experiencia tanto en el sector asegurador como en el prestador de salud, en planeación estratégica, modelos de atención en salud, en los aspectos clínico, de auditoría, administración en salud y administración de empresas. Consultora del Instituto de Prospectiva, Innovación y Gestión del Conocimiento de la Universidad del Valle. Vicepresidenta Prospectiva y Estrategia S.A.S.

CONTENIDO

Introducción	9
Planteamiento del problema	13
Objetivos	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	19
Metodología	21
Antecedentes	23
Los sistemas de salud en el mundo y su incidencia en Colombia	23
Avances y dificultades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 1991-2011	32
Hospital Universitario del Valle Evaristo García E. S. E.	49
Análisis estratégico	59
Análisis Interno	59
Recursos y capacidades físicas	93
Recursos y capacidades técnicos o de producción	113
Recursos y capacidades directivas	113
Recursos y capacidades-marketing	118
Recursos y capacidades del potencial humano	123
Recursos y capacidades tecnológicas	128
Análisis sectorial y competitivo	135
Análisis estructural del sector	136
Participantes potenciales, riesgo de nuevas instituciones	147
Poder de negociación del cliente	148
Presión proveniente de los productos sustitutivos	152
Poder de negociación del proveedor	153
Intensidad de rivalidad entre competidores actuales	154

Análisis de entornos	165
Entorno económico.	166
Entorno demográfico.	168
Entorno legal.	171
Entorno político	174
Entorno social y cultural.	176
Entorno Ambiental	183
Matriz de análisis DOFA.	185
Cruce matriz DOFA.	189
Diseño y análisis de escenarios	193
Generalidades	193
Situación actual.	195
Antecedentes	196
Escenario actual –insostenibilidad financiera y administrativa– Inminente ingreso a proceso de reestructuración económica - Ley 550	199
Desarrollo de perfiles de escenarios	202
Escenario hospital en Ley 550 / intervención económica.	206
Consecuencia del fracaso del proceso de estabilización y reestructuración con la Ley 550	208
Una universidad sin hospital – un hospital sin universidad	210
Escenario de Intervención.	211
Escenario de reestructuración	212
Desarrollo del Escenario.	212
Estrategias de estabilización.	225
Roles de los actores involucrados frente al proceso de estabilización	228
Una mirada prospectiva a los 30 meses de este estudio	231
Línea de tiempo del hospital y del proceso de reestructuración de pasivos	232
Los cambios mas relevantes-desempeño financiero 2016-2018	235
Los cambios mas relevantes-servicios 2016-2018	238
Conclusiones	241
Programa en el corto plazo	242
Referencias.	261
Anexos	269

INTRODUCCIÓN

El sector salud históricamente ha tenido cambios significativos enmarcados en la legislación y el modelo que cada gobierno lidere. En ese sentido, este documento procura mostrar las condiciones que han afectado la operatividad del Hospital Universitario del Valle (HUV), y que, de alguna manera, son causa de lo que es hoy la institución. En la organización de los sistemas de salud de los diferentes países se conjugan actores, recursos (físicos y financieros), estructuras orgánicas y regulativas que hacen posible la existencia de un modelo determinado por subsistemas complejos que obligan a los Estados a repensar y revisar, en forma permanente, las diferentes variables que son pieza fundamental para el éxito en la cobertura, pertinencia y calidad del servicio.

Aunque se desarrollan antecedentes del sector salud en Colombia y en el HUV, es innegable que el marco legal más cercano corresponde a la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones posteriores, entre ellas la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 que define dos regímenes de afiliación en salud: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio. También la Ley 100 creó una categoría denominada “vinculados”, que, en virtud del artículo 113 de la Ley 715, debía desaparecer toda vez que en las metas sectoriales se estableció el reto de la cobertura universal.

El Régimen Contributivo se basa en el esquema de seguridad social para trabajadores vinculados laboralmente, que a partir de la citada Ley 100 de 1991 introdujo modificaciones fundamentales, entre otras:

- El trabajador, que era el único beneficiario aportaba el 6% de su salario por el servicio de salud; se decide aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud al 12% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos. Cuatro de estos puntos serían pagados por el trabajador y ocho por el empleador.
- Aumenta la cantidad de colombianos con acceso al Régimen Contributivo. Entran las empresas privadas a competir con el Seguro Social, buscando con

esto que la libre competencia regule la calidad del mercado, tal y como lo planteó Adam Smith en su teoría de la mano invisible del mercado. Estas empresas se denominaron Empresas Promotoras de Salud (EPS), para finales de 1996 se encontraban en funcionamiento 30 de ellas.

- Se determina que exista un valor único promedio por persona/por año (unidad per cápita o UPC) que será reconocido a cada EPS para la atención en salud de sus afiliados.
- Se crea una cuenta de compensación en un fondo especial que recibe mensualmente los aportes que provienen del 12% de los salarios de los trabajadores, y es de esta cuenta que se reconoce a cada administradora cada mes, 1/2 del valor de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) por cada beneficiario/mes.
- Dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios, quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares, constituyéndose en lo que hoy se conoce como régimen de excepción o régimen especial.

Por otro lado, el Régimen Subsidiado buscaba asegurar a la población sin capacidad económica para pertenecer al Régimen Contributivo. Una parte de la financiación de este Régimen se realizó a través de la dedicación de uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores a un fondo de solidaridad. Asimismo, el Estado contribuyó con la destinación de impuestos. En este sentido, se hace la transición entre los que anteriormente eran conocidos como hospitales públicos que operaban con recursos a la oferta (el paciente llegaba al hospital a ser atendido, la atención era gratuita para el usuario, y la cuenta era asumida en el hospital gracias a los recursos pregrados por el Estado) a recursos a la demanda (cada atención debe ser cancelada por el sistema de salud al cual se encuentre afiliado cada colombiano; cancelará de sus propios recursos el que pueda hacerlo, y aquel que a pesar de necesitar atención no se encuentre afiliado a ningún régimen y tampoco tenga capacidad de pago será subsidiado totalmente por el Estado).

A través de estas medidas se buscaba convertir a los antes hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), para que, a través de la venta de sus servicios a las aseguradoras, a clientes particulares y al Estado logran ser autosostenibles. Los recursos que hasta el momento se destinaban a la financiación de los hospitales se convertirían en "seguros adquiridos" para la población realmente pobre sin ningún tipo de protección en salud, reorientándose para lograr el aseguramiento de toda la población pobre colombiana. En cuanto a los servicios incluidos dentro del plan de beneficios, el régimen subsidiado se proyectó para una cobertura del 50% en el régimen contributivo, pero se definió que gradualmente se irían igualando las coberturas, dejando al Estado la responsabilidad de responder por las necesidades no cubiertas, que serían atendidas en los hospitales y posteriormente pasarían la cuenta de cobro. Asimismo, esta ley estableció la creación de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud con el objetivo de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en lo que se refiere a las características de calidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

De este modo, los hospitales (antes públicos y ahora empresas sociales del Estado) se convierten en instituciones con sistemas de costos definidos, con modelos de gestión orientados a la eficiencia y procesos administrativos que le permitan facturar los servicios prestados a los pacientes para lograr los pagos de cada una de las aseguradoras y de los entes territoriales según fuera el pagador de cada usuario. El proceso de transformación no se dio de forma eficaz en algunas entidades, entre estas el Hospital Universitario del Valle; mientras el entorno había virado hacia la autosostenibilidad de todas las empresas otrora públicas, el modelo de gestión del Hospital continuó siendo el mismo que durante años funcionó en un modelo asistencialista y sostenido por el Estado. En este sentido, es necesario destacar que en los estados contables del HUV existen huellas de su pasado para convertirse en ESE y, sobre todo, de haber sido creada con un buen patrimonio,

pero sin capital de trabajo propio ni de mecanismos para fondearse con los “socios o aliados estratégicos”; así como los constantes castigos de cartera por liquidaciones de EPS públicas y privadas y por contratos capitados erróneamente firmados con algunos gobernantes no muy lejanos, al igual que por errores administrativos propios, lo que le ha generado problemas de liquidez casi en los últimos 25 años de su historia reciente.

Este documento, sin embargo, no busca quedarse en la coyuntura presente y en darle valor únicamente a los aspectos internos del HUV, sino en documentar

los diferentes aspectos problemáticos y la influencia que tienen cada uno en la crisis presente, incluyendo el que se trata de un hospital de tipo universitario no reglamentado por la Ley 100, aspecto que también influye al momento de costear y organizar su funcionamiento, por el papel que significa dicho proceso en beneficio de la sociedad colombiana. Además, se exponen las bases argumentativas para el desarrollo de sugerencias de corto, mediano y largo plazo para la estabilización y transformación de la institución con el fin de sostener el patrimonio en salud importante, no solo para el Departamento del Valle del Cauca, sino para todo el sector occidente del país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Universitario del Valle surgió como iniciativa de cobertura a la demanda de salud que existía en los años cuarenta-cincuenta en el Valle del Cauca. Parte de sus prácticas iniciaron con la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, a cargo del doctor Guillermo Orozco, presidente del Colegio Médico del Valle, quien se hizo cargo de realizar la gestión ante las instancias gubernamentales, académicas y gremiales para la creación de una Escuela de Medicina. Este entusiasmo se materializó en la expedición del Decreto 641 de 1950, con el que se creó la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, facultad que inició su docencia clínica tres años después en el Hospital San Juan de Dios. Si bien, la construcción del hospital comenzó en el año 1938 con la Ordenanza No. 20, finalizando la obra en 1940, solo abrió sus puertas para la atención de los pacientes en 1956, siendo trasladadas las prácticas clínicas que se realizaban en el San Juan de Dios al nuevo Hospital.

Durante muchos años, el Hospital fue una institución de carácter público, financiada completamente por el Estado colombiano, que vivió momentos de auge, como muchas otras instituciones en el país, especialmente entre los años 1975 y 1984 cuando el sistema de salud tuvo un importante desarrollo, traducido en el crecimiento e inauguración de hospitales y centros de salud (durante los gobiernos de los doctores Alfonso López Michelsen, Julio César Turbay, y los dos primeros años de Belisario Betancourt). Vale la pena resaltar que en 1980, ante la disminución de la recaudación de los ingresos fiscales motivado por la caída fuerte de los precios internacionales del café, el presidente Turbay usó como estrategia una intensiva inversión pública a expensas del endeudamiento externo.

En 1983, en el gobierno de Belisario Betancourt se da un viraje a la política económica y se aprobó un paquete tributario que incrementaba el recaudo, además de recortar el gasto público, lo que se denominó política de austeridad. Esto contribuyó a que se presentara la crisis fiscal de 1984, en la que, entre otras medidas, el Gobierno decidió reducir los aportes Estatales para la salud, bajando del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos, llevando esto a que la cobertura efectiva en salud quedara frenada indefinidamente.

Para ese momento en Colombia aproximadamente solo el 27% de la población tenía acceso a la salud ofrecida en los hospitales públicos, otro 15%, conformado por trabajadores públicos que contaban con el cubrimiento de sus riesgos por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), aproximadamente otro 5% de la población conformada por Magisterio, Fuerzas Militares y Cajas de Compensación obtenían cobertura en salud. Solo unos pocos contaban con los recursos para acceder a la salud privada (Salud en Colombia, 2009). En este contexto, Colombia pasa de un proceso centralista a la descentralización política, administrativa y fiscal, expresada a través de la elección popular de alcaldes en junio de 1988. El Gobierno Nacional con la Ley 10 de 1990 estableció la forma de llevar a cabo el proceso de descentralización en el sector salud, y transfirió a las Entidades Territoriales la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud. Esta Ley se define con base en la necesidad de que los hospitales implementen un sistema de contabilidad de costos y que dispongan de mecanismos de control de gestión, los anteriores como requisitos para recibir recursos financieros (Guerrero *et. al.*, 2014).

En 1991, en el gobierno del expresidente César Gaviria (1990-1994), se modifica la Constitución Política Colombiana, donde se encuentra la base de los antecedentes de la Ley 100. Posteriormente, en diciembre de 1993 se expide en Colombia la Ley 100, que busca transformar al sistema de salud imperante en ese momento (de corte asistencialista, estatal y caracterizado por una organización vertical) en un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este SGSSS tiene como bases el aseguramiento, la competencia de administradores del servicio (ARS¹, EPS) y los prestadores del servicio (IPS²). Es un sistema originalmente pensado para combinar la solidaridad en los subsidios con la apertura de la prestación de los servicios de salud a un libre mercado, procurando proveer al usuario (ahora cliente) una libre elección de su prestador, y, además, estimular a que las IPS propendieran por la excelencia con miras a persistir en el mercado.

¹ ARL: Administradora de Riesgos Laborales.

² IPS: Institución Prestadora de Salud.

Entre las innovaciones institucionales más importantes esperadas para el sector hospitalario público se encontraban:

- Iniciar un nuevo sistema de asignación de los recursos públicos, donde se reemplazará gradualmente el presupuesto (recursos a la oferta) por un sistema de pago relacionado con el tipo y la cantidad del servicio ofrecido a la población asegurada.
- Convertir a los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado; categoría especial de entidad pública ya que es descentralizada, que cuenta con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; y, lo que es más importante, es autosostenible.

La Ley 100 tiene como macro objetivo garantizar la prestación de atención en salud a todos los colombianos, tanto aquellos que tienen capacidad económica para afiliarse al sistema como a aquellos que carecen de esta. Para tal fin llegan las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a competir con el Instituto de Seguros Sociales (ISS), buscando que la libre competencia regule la calidad del mercado, donde a cada una se le reconocería un valor único promedio por persona por año (UPC) para la atención en salud de sus afiliados. A su vez, las EPS (y, posteriormente, las ARS) contratarían con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y los hospitales públicos (ahora Empresas Sociales del Estado -ESE-) las atenciones de sus afiliados, en una dinámica de libre mercado, donde existe las dinámicas de oferta y demanda. En este proceso, algunos hospitales públicos cambian su estrategia de operación: pasan de operar con recursos públicos a recursos a la demanda³.

En cuanto a los servicios incluidos dentro del plan de beneficios, el régimen subsidiado se proyectó para una cobertura del 50% de la incluida en el

³ En esta modalidad la atención debe ser pagada por el sistema de salud al cual se encuentre afiliado cada colombiano; cancelará de sus propios recursos el que pueda hacerlo, y aquel que a pesar de necesitar atención no se encuentre afiliado a ningún régimen y tampoco tenga capacidad de pago será subsidiado totalmente por el Estado.

régimen contributivo, pero se definió que gradualmente se irían igualando las coberturas, dejando al Estado la responsabilidad de responder por las necesidades no cubiertas, que serían atendidas en los hospitales y posteriormente pasarían la cuenta de cobro. Además, esta Ley estableció la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud con el objetivo de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en lo que se refiere a las características de calidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Y en esta dinámica, los hospitales, antes públicos, ahora empresas sociales del estado, debían ser instituciones con sistemas de costos definidos, con modelos de gestión orientados a la eficiencia y con procesos administrativos lo suficientemente maduros que les permitieran facturar los servicios prestados a los pacientes y lograr los pagos de cada una de las aseguradoras y de los entes territoriales según fuera el pagador de cada usuario.

A través de estas medidas se buscaba convertir a los antes hospitales públicos en empresas que, a través de la venta de sus servicios a las aseguradoras, a clientes particulares y al Estado logaran ser autosostenibles. Los recursos que hasta el momento se destinaban a la financiación de los hospitales se convertirían en “seguros adquiridos” para la población realmente pobre sin ningún tipo de protección en salud, reorientándose para lograr el aseguramiento de toda la población pobre colombiana. En el caso del Hospital Universitario del Valle el proceso no se dio; mientras el entorno había virado hacia la autosostenibilidad de las empresas públicas, el modelo de gestión del Hospital continuó siendo el mismo que durante años funcionó en un modelo asistencialista, sostenido por el Estado.

Mientras todo funcionaba igual la normatividad seguía cambiando. A finales de 1996, con la Ley 344, se ordena el retiro gradual de los presupuestos a los antes hospitales públicos en los siguientes cuatro años, y se dispuso que estos recursos debieran ser utilizados para aumentar el aseguramiento de la población pobre en el régimen subsidiado. A partir de ese año las Empresas Sociales del Estado reciben del Estado subsidios a la demanda, esto es, por

venta de servicios a EPS y ARS, de tal manera que debían ser competitivos. Las Empresas Sociales del Estado (ESE), financiadas con recursos del presupuesto nacional y territorial, no ajustaron a tiempo sus modelos de gestión, no implementaron estrategias de eficiencia, eficacia y efectividad en el manejo y estructura de sus costos y gastos, situación que las puso en desventaja frente a las IPS privadas nuevas que tienen modelos administrativos más competitivos en términos de cargas sindicales, manejo de plantas de personal y pasivos laborales; los usuarios y los aseguradores empezaron a optar por comprar servicios en instituciones más atractivas en términos de servicios.

Lo anterior dio inicio a un deterioro en la situación financiera de las ESE. Para 1997-1998, las ahora ESE facturaron cifras muy por debajo de las que antes les eran asignadas por el Estado. En esto influyen procesos de facturación incipientes, que dejaban sin cobrar (o cobrando en forma inadecuada) gran cantidad de actividades y procedimientos, pobres procesos de gestión de cartera, una baja demanda de servicios secundaria a la baja carnetización de afiliados al Régimen Subsidiado y a la disminución en la demanda por parte de pacientes y aseguradores y, por último, la morosidad en los pagos de las ARS y los Entes Territoriales.

El Plan de Desarrollo del Gobierno aprobado por Ley, ordena que los Hospitales Públicos reestructuren sus plantas de personal, flexibilicen su sistema de contratación, mejoren su gestión, y adecuen los servicios que prestan para garantizar sostenibilidad y competitividad. Algunos hospitales se cerraron temporal o definitivamente, generándose una gran crisis nacional en la atención en salud que afectó severamente a buena parte de la población. El Gobierno continuó con la insistencia en que las ESE reduzcan el personal y los gastos para lograr el equilibrio y tan solo aporta nuevos recursos para pagar los despidos de trabajadores (estrategia portuaria de reducción de costos a expensas de mano de obra), aunque frente a esto vale la pena anotar que existían hospitales nivel I con solo dos puertas y quince porteros, y con solo una ambulancia y diez conductores.

En 2006 se expiden el Decreto 1011, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (deroga los Decretos 11 de 1997 y el Decreto 2309 de 2002) y la Resolución 1043, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones; del citado Decreto se resalta el contenido del artículo cuarto, por el hecho de haber establecido dos sistemas de calidad: el sistema de habilitación, (requisitos mínimos) y el sistema de acreditación (alta calidad).

En 2007 se expide la primera gran reforma a la Ley 100, a través de la Ley 1122; entre los principales cambios que esta ley trajo al sector salud se destacan:

- a) Creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), a la que, por disposición expresa de esta Ley, se le asignaron competencias relativas a la revisión y actualización del POS, revisión y modificación de listas de medicamentos esenciales, actualización de la UPC, subsidios parciales, cuotas moderadoras, incapacidades y propuestas de ajuste regulativo
- b) Incrementa el monto de la cotización para los empleadores al 8.5%.
- c) Establece destinación de los diferentes flujos de recursos del régimen subsidiado —le adiciona reglas.
- d) Reorganiza el sistema de aseguramiento.
- e) Ratifica la cotización obligatoria de independientes.
- f) Retoma los conceptos de calidad ya establecidos.
- g) Ordena el seguimiento y liquidación de contratos del régimen subsidiado.
- h) Prioriza la contratación de las EPS del régimen subsidiado con las ESE públicas.
- i) Establece nuevos lineamientos de salud pública.

Posteriormente, el Decreto 4747, reglamentario de la Ley 1122, regula algunos aspectos sobre las relaciones entre prestadores y entidades responsables del pago, asignándoles responsabilidades y competencias. Así mismo, también a que las entidades del

sector salud se evalúen con base en indicadores de gestión y resultados y obliga a implementar y cumplir planes de mejoramiento en casos necesarios. Estas normas y las posteriores modificaciones, así como las más recientemente emitidas, hablan de un Estado que busca mejorar cada vez más la calidad prestada a los pacientes, exigiendo a las IPS importantes esfuerzos, no solo en el diseño de procesos sino también en infraestructura y dotación.

Esta orientación, por demás beneficiosa que sea para los pacientes, ha sido difícil de administrar para las IPS, ya que, si bien las inversiones son cada vez mayores, las tarifas no son ajustadas con la regularidad necesaria y los pagos que desde las aseguradoras deben realizarse a los prestadores son cada vez más demorados y administrativamente más densos, es decir, cada vez es necesario invertir más recursos en procesos no relacionados con la prestación y la demora en los flujos de recursos, se convierte en obstáculo para el mejoramiento de la infraestructura y, por ende, del servicio. La situación de crisis financiera existe hoy en muchas empresas de salud, tanto públicas como privadas, y obedece, como se puede inferir con la reseña histórica arriba expuesta, a una confluencia multicausal, que en algunos casos es más delicado que en otros.

El Hospital Universitario del Valle no escapa a estas realidades; después de haber sido considerado por largo tiempo como la institución formativa y asistencial de mediana y alta complejidad, la más importante del suroccidente colombiano, sitio de referencia nacional e internacional, comprometida con la garantía de la mejor calidad en la atención altamente especializada a toda la comunidad, especialmente la más desfavorecida a la vez que, en conjunto con la Universidad del Valle, escenario para la formación y el entrenamiento con altísimos estándares de calidad para profesionales de la salud en diferentes disciplinas, hoy afronta una de sus más graves crisis financiera, administrativa, de servicios y de gobierno corporativo.

Durante muchos años el HUV fue único en la región, gracias al impulso, acompañamiento y financiación con que contó, desde su fundación, la Facultad de

Medicina, permitió el fortalecimiento de las competencias técnico científicas de los docentes, y se fue desarrollando en el HUV un modelo docente-asistencial que llegó a ser ejemplo para las demás facultades de medicina en Colombia y Latinoamérica. Pero con el paso del tiempo, médicos formados en el HUV y la Universidad del Valle fueron organizando sus propias clínicas privadas, y organizando la prestación de servicios que antes eran exclusivo para el HUV, puede decirse que lo más eminente de la medicina de la región salió del HUV. Si bien esto no afectó de forma importante al Hospital durante algunos años sí lo hizo a partir de la implementación de la Ley 100, cuando estas instituciones que antes eran privadas ahora son la competencia directa de un Hospital que no se preparó para competir con nadie.

A partir de 1993 han sucedido muchas cosas, pero entre las que pueden nombrarse relacionadas en la gesta de la crisis se pueden citar:

- Conversión de institución pública a empresa autosostenible, sin preparación previa.
- Ausencia de modelos administrativos que permitieran el ingreso de los recursos (antes giro, ahora ingreso por servicios prestados).
- Disminución significativa y progresiva del ingreso, incremento de los costos y los gastos.
- Estructura de costos débil que no permite determinar rentabilidad de los productos o servicios prestados.
- Aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado contratan servicios con IPS privadas donde consiguen mejores tarifas y servicios de alta calidad (muchos de los profesionales que trabajan en el HUV también lo hacen en estas IPS privadas).
- Mayor carga de enfermedad que conlleva a un mayor número de pacientes con necesidad de atención de mayor complejidad y por ende más costosa. Este desbalance afecta los estados financieros de las aseguradoras y entes territoriales, debilitando a su vez el flujo de recursos al hospital, a la vez que congestiona los servicios del HUV, especialmente urgencias.

Ya en 2010 la situación financiera del Hospital era complicada, y esto llevó a que en 2011 la Goberna-

ción del Valle del Cauca solicitara un informe conocido como la "Comisión de Alto Nivel Hospital Universitario del Valle –HUV– Evaristo García". En el informe se destacan elementos como el "*todos ponen*" (Nación, Departamento, Municipio, Hospital y Sindicatos) para un trabajo de elementos integrados y sinergias en pro de un mismo objetivo; el análisis uno a uno de las áreas de facturación, recaudo, personal, administración, revisoría fiscal, entre otras; y sus recomendaciones, que aún siguen vigentes. Es llamativo que ante un tan detallado y explícito informe de la Comisión de Alto Nivel, que adicional propone unas estrategias, todas vigentes el día de hoy, no se hubieran tomado las acciones pertinentes para evitar la actual crisis.

Es claro que la situación del HUV no se debe solamente a los cambios del entorno y a las dificultades propias del sistema. El Hospital no atendió a tiempo las recomendaciones generadas, que, a veces, sugerían cambios estructurales a fondo, esto lo llevó a disminuir en forma progresiva los servicios prestados sin controlar los costos y gastos asociados con la misma velocidad, lo que contribuyó a volver aún más delicada la situación financiera de la institución. Lo anterior, sumado a la debilidad en la respuesta del Estado como deudor y como responsable de las acciones de Inspección Vigilancia y Control sobre todos los actores del sistema, ha llevado a que esta Empresa Social del Estado se encuentre en un estado de insolvencia que generó la necesidad de solicitar la Ley 550 como única alternativa para tratar de evitar un proceso liquidatorio.

Podría decirse, luego de todo lo aquí enunciado, que el Hospital Universitario del Valle ha sucumbido a una combinación de fuerzas, en las que se ha permitido la continuidad, entre otras dificultades mayores de:

- Un departamento de facturación con grandes debilidades (no facturación a tiempo ni de la totalidad de los servicios prestados).
- Escasa gestión en objeciones, glosas y devoluciones.
- Departamento de cartera con lenta gestión de recursos.

- Falta de un departamento de mercadeo y convenios.
- Poca claridad en presupuesto de ventas, costos, gastos y compras.
- Cultura organizacional con escasa orientación hacia el plan estratégico de la institución.
- Indicadores de gestión no claros, escaso seguimiento a cumplimiento de los mismos.
- Debilidad en el cumplimiento a tareas por cargo.
- Debilidades en el sistema de información, tanto en *software* como en *hardware*.
- Debilidad en parametrización de contratos, lo que genera altas posibilidades de pérdida por no facturación, glosa o incluso devolución de la cuenta.
- Ausencia de visión periférica que permita alineación organizacional ante los cambios del entorno.
- Baja competitividad frente al mercado local.
- Estructura de costos no clara. No identificable rentabilidad organizacional por unidad estratégica de atención.
- Ventas por servicio no identificables. Se tiene la venta total organizacional.
- Escaso control de horas extras, dominicales y festivos en personal contratado.
- Algunas áreas, especialmente administrativas, conformadas por personal que no cuenta con las competencias necesarias para el desempeño de sus funciones.
- Escaso sentido de pertenencia por alta rotación e ingresos disímiles entre personas con mismo cargo, pero diferente origen de contratación.
- Cultura de incumplimiento en planes, metas y objetivos y en especial del Plan de Salvamento Financiero y Fiscal, que de paso sea dicho es de obligatorio cumplimiento.

Estamos entonces frente al Hospital Universitario del Valle, la institución pública más importante del suroccidente colombiano, lugar donde se genera, en concurso con la Universidad del Valle, la gesta de conocimiento e innovación en salud más significativa de la región, considerado como uno de los mejores en su género a nivel nacional e internacional, destino de elección para estudiantes en salud interesados en hacer parte de sus rotaciones, especialmente en urgencias y cirugía, pero que debido a sus prácticas administrativas y de servicio, lo elevado de sus costos y gastos, lo han llevado a un deterioro administrativo progresivo considerado como el de la mayor crisis de su historia, ubicándolo en un punto de no retorno.

El someterlo a Ley 550 como última alternativa para evitar una liquidación es una medida que, de ser realizada de forma exhaustiva, puede lograr estabilizarlo y salvarlo, pero para esto se necesita del concurso de todos los actores; fallar en este proceso es llevarlo indefectiblemente a una liquidación, con todas las consecuencias que esta tendría para la ciudad, la región y el país.

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar con base en la información existente, un estudio integral de las causas que han originado la actual crisis del Hospital Universitario del Valle, para establecer y proponer alternativas viables para su fortalecimiento o transformación, según sea el caso.

Objetivos Específicos

- a) Realizar un diagnóstico integral del HUV con especial énfasis en la evaluación de los recursos internos como los aspectos financieros, de personal, de recursos físicos, de costos, de estructura organizacional, y en lo externo un análisis comparativo y competitivo.
- b) Realizar el análisis sectorial y competitivo que den cuenta del HUV como uno de los actores del sector.
- c) Proponer acciones y medidas de todo orden para posibilitar en el corto plazo (seis meses) el funcionamiento y sostenibilidad del HUV.
- d) Plantear los lineamientos estratégicos generales para el direccionamiento y organización del HUV a largo plazo.
- e) Proponer alternativas organizacionales de estructura y finanzas que viabilicen la sostenibilidad del HUV a largo plazo y se constituyan en la base de un plan estratégico de desarrollo.

METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó mediante un estudio cualitativo de caso. Para el análisis financiero se hizo del método cuantitativo de investigación. Para la recolección de la información se acudió a tres (3) métodos: grupos focales, análisis de contenido de documentos y observación participante. La ruta metodológica se esquematiza en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Metodología, fase metodológicas y categorías

Objetivos	Fase metodológica	Estrategias o Técnicas	Categoría
Realizar el análisis interno.	Recolección de información existente acerca de las áreas funcionales del Hospital traduciendo esta a la teoría de recursos y capacidades.	Entrevistas a grupos focales. Análisis de contenido de documentos. Observación participante.	Análisis interno de los recursos de la organización.
Realizar el análisis externo.	Análisis de entornos (Demográfico, Económico, Social, Ambiental, Tecnológico, Legal y Cultura). Análisis Competitivo (Factores productivos, Sectores conexos y cadena productiva, Condiciones de la demanda, Estrategia y estructura de las empresas del sector).	Análisis de contenido de documentos de diagnóstico. Análisis de contenido de documentos del sector en el país y la región. Entrevista a grupos focales.	Análisis de los macro entornos. Análisis sectorial (Fuerzas competitivas de Michel Porter).
Formular la matriz de análisis DOFA.	Identificación de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas y, a partir de esto las estrategias. Cruce de las variables encontradas para la identificación de potencialidades y desafíos.	Análisis de documentación primaria, recolección de información existente y observación participante.	Cruce y análisis de la matriz DOFA.
Análisis de opciones estratégicas.	Diseño de perfiles de escenarios.	Ejercicio focal de presentación de resultados y opciones estratégicas y validación experta.	Perfiles de escenarios de futuro para el Hospital Universitario del Valle.
Formular los lineamientos estratégicos básicos para el diseño y ejecución de estrategias de mediano y largo plazo.	Análisis de perspectivas, objetivos estratégicos, indicadores y metas.	Ejercicio focal de direccionamiento estratégico.	Planteamientos estratégicos a corto mediano y largo plazo.

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, se realizó una entrega de información por parte del HUV, que se utilizó para dar cuenta de los objetivos planteados (ver Tabla 147: Índice de referencias-comunicaciones recibidas por parte del HUV). Esta información se tomó como referencia para mostrar estados de avance, contabilidad, tesorería, y otras dependencias relacionadas al funcionamiento de la entidad.

ANTECEDENTES

Los sistemas de salud en el mundo y su incidencia en Colombia

Como referente conceptual en el tema se trae a colación lo descrito por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos -OCDE- (1998), donde refiere que “sus Estados miembros continúan enfrentándose a dificultades persistentes con la financiación, la prestación y la actuación de sus sistemas sanitarios, a pesar del éxito de la puesta en práctica de nuevas políticas desde mediados de los años 70” (Dye *et. al.*, 2013, p. 11). La OCDE y la OMS, además plantean una serie de objetivos propios de los sistemas de salud, a saber:

- Adecuación e igualdad en el acceso a los servicios de salud: asistencia mínima accesible y pertinente.
- Protección de la renta: al respecto la OMS plantea “el acceso a la protección contra los riesgos económicos como la posibilidad de tener acceso a los servicios requeridos sin correr el riesgo de ruina económica” (2013, p. 23).
- Eficacia Macroeconómica: el gasto sanitario debe guardar armonía con otros gastos (inversiones) sociales como un porcentaje adecuado del PIB.
- Eficacia Microeconómica: los riesgos económicos del sector salud, surgen como consecuencia de nuevas patologías catastróficas o ruinosas (SIDA, cáncer, leucemia, epilepsia, lupus, entre otros), pandemias, epidemias, modificaciones en la pirámide poblacional, cuando se acentúa en adultos mayores, o la presencia acentuada de determinantes sociales de la salud.
Para la OCDE, el uso de los gastos de salud debe observar: “eficiencia de asignación” es decir, guardar coherencia con los recursos disponibles “eficiencia técnica y de costes” lo que se traduce en la optimización y el uso racional de los recursos sin detrimento de la calidad.
- Libertad de elección: en el caso colombiano elección de EPS, IPS, médico tratante y adecuados sistemas de portabilidad.
- Autonomía apropiada para proveedor de servicios: el médico tratante debe medicar de acuerdo con los resultados diagnósticos y la patología establecida sin restricciones que coarten su autonomía.

El escenario descrito anteriormente permite inferir que los países miembros de la OCDE, reconocen como uno de los riesgos la incapacidad de los Estados para dar cobertura financiera al servicio de salud ante cambios extremos de sus determinantes sociales, razón por la cual, se describe a continuación el modelo de financiamiento del sector salud, en el que se puede circunscribir el sistema colombiano y sus implicaciones presupuestales a la luz de la situación actual.

Según Reid (2010), los sistemas de salud en el mundo básicamente se han configurado alrededor de cuatro modelos, a saber:

a) Modelo Bismarck: modelo de seguridad social. Aseguradores y Prestadores son privados y se paga conjuntamente por empresas y empleados con un descuento de la nómina que es obligatorio por ley. Los países que lo aplican son Alemania, Japón y Suiza.

b) Modelo Beveridge: es un sistema público financiado por impuestos y pagado desde el presupuesto nacional. Los hospitales son públicos y el personal de salud es empleado o contratista del Estado. Inglaterra y España son los sistemas de referencia.

c) Modelo Nacional de Aseguramiento en Salud: es un modelo con un esquema de aseguramiento regulado por el Estado que debe ser pagado por todos los ciudadanos, en el que los prestadores de servicios son privados. El Estado como único pagador tiene un alto poder de negociación (o una gran debilidad política). El acceso al sistema y, por lo tanto, el costo del mismo es controlado por el Estado; Canadá, Australia, Taiwán y Corea son ejemplos.

d) Modelo de pago de bolsillo: los ciudadanos pagan la salud de su presupuesto personal. En China, India y Egipto la mayoría de la población no cuenta con seguro. En Estados Unidos el 15% de la población no posee ningún seguro.

Tabla 2. Modelos de referencia internacional del sector salud tomados para la construcción del modelo colombiano

Modelo	Servicio	Financiación y pagos	Otras características
Bismarck	Fondos administradores contratan hospitales, médicos de familia, etc., para proveer los servicios a los asegurados mediante contratos de aseguramiento.	Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos, financiación pública de atención básica.	Tiene sistemas de reembolso y algunos copagos por parte de usuarios. Atención a la población pobre mediante primas y recursos públicos. Se originó en la industrialización y las reclamaciones sindicales.
Beveridge	Acceso universal. Médicos asalariados o por capitación, control gubernamental, hay gestión Estatal en las diferentes etapas y componentes del servicio.	Los recursos son provistos mediante rentas de manera progresiva; quien más tiene más paga y, el resto de la financiación del sistema, se complementa con los impuestos sobre el valor agregado y otros gravámenes que se aplican a determinados productos.	Sistema nacional de salud. Se basa en la solidaridad o en el principio redistributivo y posibilita el acceso universal, bajo control del Estado.
		Pago: capitación (GP), salarios (especialistas), honorarios (seguros privados).	A diferencia de Bismarck, adiciona el carácter de Universalidad e Integralidad de la salud.
Seguros Privados (voluntarios)	Sustitutivos: cubren grupos de población excluidos del sistema público o permitidos para salirse del sistema público.		
	Complementarios: cubren servicios excluidos de los planes obligatorios de salud.		
	Suplementario: cubren acceso rápido y mayor elección de proveedores del sistema público o del sistema privado (preago).		

Continúa

Modelo	Servicio	Financiación y pagos	Otras características
Pago por derecho a servicios (HMOs) ⁴	Planes complementarios.	Recursos propios o institucionales (medicina prepagada).	Acceso de élite.
Mixtos:	Un sistema con cobertura universal, ofrece un plan básico de salud.	Financiado por impuestos progresivos según capacidad de pago. Pago mediante contratos mixtos (capitación-evento-concurrencia).	Contratos tripartitos Estado, prestadores y profesionales. Mecanismo de control por pacientes y contribuyentes.
Bismarck-Beveridge			Población pobre subsidiada.

Fuente: Reid (2010), y complementado con OCDE (2014, p. 10).

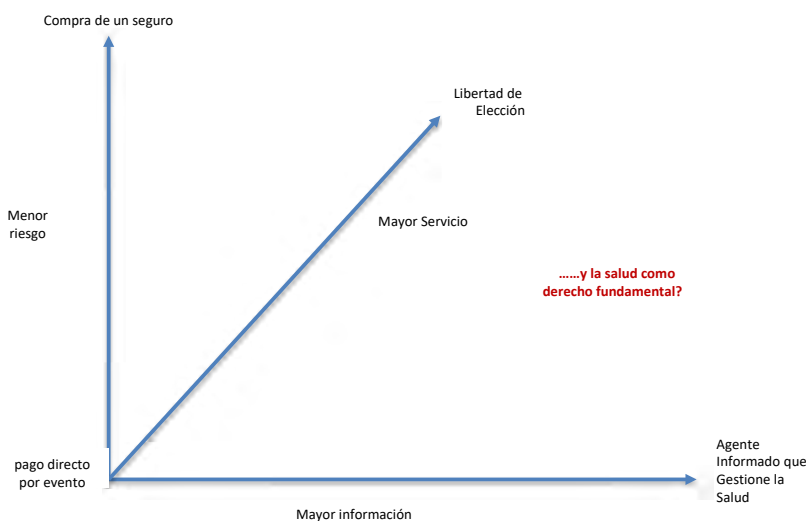


Figura 1. Evolución del Sistema de Salud.

Fuente: Centro de Estudios en Economía Sistémica (ECSIM), (s. f.).

El sistema de salud colombiano se circunscribe en una mixtura de los modelos Bismarck-Beveridge, con presencia de gastos de bolsillo y programas de medicina prepagada. Los pilares sobre los cuales subyace el modelo presente en nuestro país son: un sistema de aseguramiento, con planes de beneficio, servicio a través de Entidades Promotoras de Salud Públicas y Privadas (EPS), que actúan como intermediarios y contratación de la prestación del servicio con instituciones públicas (Empresas Sociales del Estado) y privadas IPS. El modelo de

aseguramiento se divide en los siguientes regímenes (ver Figura 2).

La regulación colombiana, por medio de la Ley 1438 de 2011 conceptualiza la prestación de servicios de salud a un grupo poblacional denominado población pobre y vulnerable no afiliada, que, en los últimos años a pesar de su reducción, sigue pesando en el presupuesto nacional a través del programa de subsidio a la oferta manejado por las gobernaciones y por los distritos.

⁴ HMO: planes de atención médica administrada por sus siglas en inglés.



Figura 2. Regímenes del modelo de aseguramiento del sistema de salud en Colombia.

Fuente: elaboración propia.

El contexto del servicio de salud

La política pública se materializa en el sistema de protección social, entendido como el conjunto de instituciones construidas, inserta en un régimen de acumulación, que desborda el mero problema de la sostenibilidad financiera y se sitúa en el terreno de la política, pues se decide cómo se reconstruye el tejido social y los lazos de solidaridad que sustentan una sociedad. Si bien no se va a realizar un recuento histórico de la política en Colombia, sí se debe comprender que los hospitales y su misión han sido parte integral de ella, y como tal son actores fundamentales de cualquier dinámica social.

Históricamente la política social la podemos observar en tres grandes periodos: los comienzos precapitalistas de la política social (siglos XVIII y XIX hasta 1920), un periodo de urbanización y salarización donde el Estado asume la resolución de la cuestión social, y un tercer momento determinado por la globalización financiera, las políticas de ajuste y la privatización de derechos e instituciones (Corredor, 2001, p. 16).

En ese sentido, la trayectoria de los hospitales transcurre de la caridad al asistencialismo para concluir

en un sistema capitalista de mercado, lo que conlleva todo un cúmulo de conceptualizaciones que van a determinar la práctica médica y la forma de evaluarla. No se pretende abarcar un análisis profundo de los cambios acaecidos en Colombia en los últimos siglos, simplemente se deja de manifiesto la articulación en la construcción de sociedad de la política pública con los sistemas de protección social y de ellos con los hospitales públicos. Es decir, ampliar el rango de análisis de la práctica médica más allá que la simple prestación del servicio a la consolidación de una idea de ciudadano.

El sistema de salud ha ido cambiando en elementos tan esenciales como a quién se le brinda la atención. Los pacientes han pasado de ser pobres y particulares a convertirse en afiliados o beneficiarios (clientes), es decir, ahora deben ser parte del sistema de seguros para que puedan ser atendidos, donde la responsabilidad se asume de acuerdo a la atención prestada por parte del ente asegurador. Asimismo, los hospitales deben ser autosuficientes mientras prestan un derecho social, en otras palabras el servicio médico se debe prestar (generando costos y gastos) sin que exista oportunidad o seguridad en la retribución (ingreso).

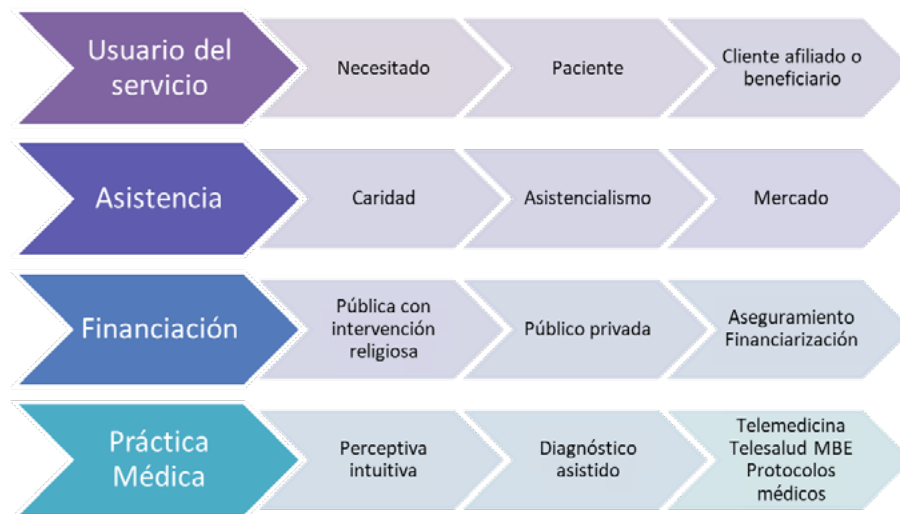


Figura 3. Evolución de la organización hospitalaria

Fuente: elaboración propia.

En estudio realizado por la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl en Medellín, cuyos resultados se han plasmado en tres ediciones del libro *Hospital-Empresa*, la última del año 2008, destaca, entre otros, la característica particular de las instituciones hospitalarias en el sentido de tratarse de una institución no monetarista, no busca generar dinero sino *bienestar*, lo que busca la organización hospitalaria:

Que la aplicación de sus recursos produzca el máximo bienestar por unidad aplicada. Obviamente, para esto es necesaria la satisfacción del miembro de la organización y su identificación con un propósito común, que debe ser el mismo de la empresa, adicionalmente, debe disponer de las herramientas apropiadas y de los recursos económicos suficientes. (Restrepo, 2008, p. 17)

La crisis de los hospitales en Colombia

A partir de la Constitución Política de 1991, el derecho a la salud en Colombia se transforma en servicio público y un derecho fundamental, dando espacio a la conjugación de actores, recursos, competencia regulada y un nuevo régimen: aseguramiento. Este nuevo escenario ha traído consigo una serie de deficiencias propias de una economía de mercado, que ubicó a los hospitales públicos en una disyuntiva de alta competitividad, pero sin las herramientas para competir con los grandes emporios financieros que

en la actualidad y a pasos agigantados tienen la mayor cobertura de afiliación (Empresas Prestadoras de Salud-EPS) y atención (Instituciones Prestadoras de Salud-IPS).

Una de las consecuencias más lesivas para las Empresas Sociales del Estado (ESE), ha sido su debilitamiento financiero, producto de la reducción de sus ingresos, lo elevado de sus costos, las deficiencias tecnológicas y de infraestructura y lo anacrónico de los procesos de apoyo a la misión. La anterior afirmación se corrobora en la Resolución 1893 de 2015, donde se categoriza el riesgo de los hospitales de acuerdo con: "sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud (...). (Ley 1438 de 2011⁵)." En dicha evaluación se presenta el siguiente estado del riesgo (ver Tabla 3).

Con corte de información al año 2014 y de acuerdo con las resoluciones emitidas en mayo de 2015, solo el 52% no presentan riesgo, porcentaje que ratifica cada vez más, la escasa participación o disminución progresiva de las ESE en los servicios de salud.

⁵ Artículo 80 de la presente Ley.

Tabla 3. Categorización de riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2015.

Categorización de riesgo según Resolución 1893 de 2015	Nivel de complejidad del servicio			Total	%
	1	2	3		
Riesgo alto	146	21	3	170	17.84%
Riesgo alto por no reportar información	14	0	0	14	1.47%
Riesgo bajo	144	25	0	169	17.73%
Riesgo medio	52	8	1	61	6.40%
Sin riesgo	453	66	20	539	56.56%
Totales	809	120	24	953	100.00%

Fuente: elaboración propia con base en la Resolución 1893 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

En un esquema altamente competitivo solo pueden sobrevivir las organizaciones que tienen liderazgo en costos, tienen productos y servicios diferenciadores, toman decisiones rápidas y controlan la organización con base en información en línea, conocen el mercado, las potencialidades y debilidades de la competencia. Por lo anterior y desde la óptica financiera como variable decisiva de la calificación, vale la pena adentrarse en aquellas variables (indicadores) que diferencian los hospitales en alto riesgo y aquellos calificados sin riesgo, pero que corresponden al

mismo nivel de complejidad con el fin de establecer posibles aspectos críticos que requieren acciones consecuentes para evitar un eventual proceso de intervención para administrar o liquidar como consecuencia del deterioro financiero recurrente.

Conforme a las siguientes tablas, se puede ver la preocupante situación de hospitales de nivel III y especialmente algunos indicadores del HUV que son los menos favorables.

Tabla 4. Análisis indicadores hospitales públicos Nivel III.

Hospital	Costo/Ingreso Servicios		Gastos/Ingreso		Ingreso/Activo	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
Año						
Hospital General de Medellín	76%	72%	65%	46%	42%	48%
Tunal Bogotá	79%	75%	25%	28%	103%	108%
Simón Bolívar Bogotá	83%	81%	42%	33%	69%	59%
Universitario Caldas	67%	73%	31%	27%	85%	96%
E. Meoz	70%	64%	26%	26%	63%	72%
Samaritana	78%	77%	17%	21%	93%	96%
HUV	94%	86%	86%	51%	39%	39%
Promedio	78%	75%	421%	33%	71%	74%

Fuente: Contaduría General de la Nación (2015).

- a) *Costo de venta*: (costo del servicio/ingresos por servicios), en mercados regulados como la salud, la cobertura de mercado se gana con calidad y con precio; para poder dar un buen precio es necesario racionalizar el costo, toda vez que este resulta concluyente en la determinación del precio. En el grupo de hospitales nivel III analizado, se observa que por cada peso de ingreso, el costo fluctúa entre 67¢ y 83¢, mientras que para el HUV es de 94¢.
- b) *Costo de transacción*: (gastos administrativos/ingresos por servicios), con una amplia dispersión del resultado, habida cuenta de presentar una fluctuación entre 17¢ y 86¢ de gasto por cada peso de ingreso; si se excluye el HUV de la muestra la media es de 34¢ por cada peso, lo que indica que existen sólidas probabilidades de racionalización del gasto para fortalecer el servicio.
- c) *Rotación del activo*: (ingresos por servicios/activo total), expresa la capacidad de la organización para generar ingresos dada una inversión en activos. En este caso se da mayor eficiencia a un mayor valor del indicador. Para los hospitales analizados, se observa que por cada peso de activo se generan entre 39¢ y 103¢, con un leve descenso en promedio para el año 2015.
- d) *Endeudamiento*: (pasivo/activo), los indicadores oscilan entre 9¢ y 53¢ financiados por terceros por cada peso del activo, que son indicadores relativamente bajos, excepto por la baja rotación del efectivo que restringe la capacidad de pago. Con excepción del HUV los demás hospitales analizados mantienen u optimizan el nivel de endeudamiento.
- e) *Retorno de Cartera*: (deudores servicios/ingresos servicios), mide la agilidad para recuperar la cartera, en su mayoría lenta, como producto de la complejidad en los esquemas de acturación-radición-auditoria-glosas, devoluciones y pagos.

- f) *Niveles de atraso en el pago*: se omite el análisis dado lo disperso de los resultados y la diversidad de criterios en el manejo.

Lo descrito anteriormente pone de manifiesto que existen organizaciones hospitalarias públicas más eficientes que otras y, por lo tanto, se requieren planes de optimización de recursos que contrarresten la falta de eficiencia y de eficacia en la administración de los recursos con miras al fortalecimiento del servicio.

En este contexto, la supervivencia de los hospitales ha estado supeditada a un esquema de productividad de los servicios prestados (ingreso operacional-costos de operación-gastos) y competitividad con las IPS privadas, por lo que las estructuras anacrónicas y el desgüeño administrativos de algunos hospitales, difícilmente puede competir en un escenario de moderna tecnología, y alta calidad en la atención a costos racionalizados. Aunado a lo anterior, los esquemas regulativos, han dejado entrever una serie de fisuras en su aplicación con desventaja hacia los hospitales públicos por lo que no pueden llegar a tener las ventajas competitivas requeridas para sobrevivir en un mercado agresivo y altamente competitivo.

El impacto social surgido como efecto de la presencia de los hospitales antes y después de sus transformaciones, pone de manifiesto, que estas organizaciones han traído consigo ventajas competitivas, pero también factores críticos que debilitan su potencial permanencia en el mercado; pasaron de tener una demanda asegurada como factor de supervivencia a un esquema de competitividad donde deben repensarse las estructuras para sobrevivir. A manera ilustrativa se traen a colación algunos factores críticos que pueden representar el éxito o el fracaso de una organización hospitalaria:

Tabla 5. Análisis de aspectos generales de los hospitales.

N°	Aspecto	Comentario
1.	Productividad y competitividad	<p>Factor de supervivencia, toda vez que la demanda del servicio ya no está garantizada, el usuario puede elegir, comparar y decidir, exceptuando Población Pobre No Asegurada (PPNA).</p> <hr/> <p>Las organizaciones de calidad optimizan los recursos y orientan el esfuerzo a la fidelización del usuario.</p>
2.	La naturaleza de "lo público"	<p>El imaginario colectivo se orienta a catalogar las entidades públicas como "entes sin doliente", ineficientes, obligadas a prestar un servicio de caridad o beneficencia, que además se convierten en fuente de recursos para muchos.</p> <hr/> <p>Los cargos de libre nombramiento y remoción, a nivel directivo, hacen que la rotación sea alta con impacto negativo en el proceso y por ende en el servicio, toda vez que buena parte del tiempo se dedica al conocimiento de la entidad, luego a la planeación y cuando pueden implementar nuevos planes se acaba el mandato.</p>
3.	Cultura organizacional	<p>Características visibles en los recorridos por hospitales:</p> <hr/> <p>Mínimo compromiso institucional, todos son culpables menos el entrevistado.</p> <hr/> <p>Abuso de la protección sindical.</p> <hr/> <p>La cultura de la disculpa para no hacer las cosas.</p> <hr/> <p>Cultura de rechazo a la medición asertiva (indicadores).</p> <hr/> <p>Deficiencia en las comunicaciones.</p> <hr/> <p>Deficiencia en la construcción y uso de la información.</p> <hr/> <p>No se percibe cultura de control y autocontrol.</p> <hr/> <p>Ausencia de mística en el trabajo y sentido de pertenencia institucional.</p> <hr/> <p>Resistencia al cambio.</p> <hr/> <p>Hablar mal del otro y atacar la institucionalidad con el propósito de defender intereses personales.</p> <hr/> <p>Caos y anarquía generado por la posición dominante.</p> <hr/> <p>Intención de cogobernar sin responsabilidad.</p> <hr/> <p>"Que me importismo" dominante en los procesos.</p> <hr/> <p>Corrupción. Politiquería.</p> <hr/> <p>Incapacidad de ejercer el poder coercitivo desde la alta dirección.</p> <hr/> <p>Incumplimiento de los perfiles para ejercer los cargos.</p> <hr/> <p>Cultura de incumplimiento de la norma.</p>
4.	El concepto de lo tecnológico (hospital inteligente)	<p>Las organizaciones modernas basan sus procesos y decisiones en información, conocimiento y uso de la tecnología (sociedad red).</p> <hr/> <p>Podría decirse que los esquemas de telemedicina, medicina basada en evidencia, apoyo diagnóstico en línea, lectores digitales de huella, Health ID, código cromático, habitaciones domóticas, HPN (Health Promotion Network), software de cuidado (Network Care Health), la innovación y robotización de los procesos, medicación en línea (asistida), entre otros, oxigenan los procesos que posibilitan mayor precisión y oportunidad en el servicio y en la administración del mismo dentro y fuera del hospital.</p>
5.	Descentralización de la atención (descongestión). Interrelaciones	<p>Teleasistencia, intercomunicación sanitaria en red o el sistema de diagnóstico asistido, entre otros.</p> <hr/> <p>Sistemas de referencia y contrareferencia automatizados, son requeridos para optimizar el servicio.</p>

Continúa

N°	Aspecto	Comentario
6.	Relaciones contractuales	<p>La mayoría de relaciones contractuales (stakeholders) de las organizaciones hospitalarias, son asimétricas:</p> <hr/> <p>Médico-Paciente: el médico tiene la decisión.</p> <hr/> <p>Alta Dirección-Direcciones operativas y tácticas: sin liderazgo.</p> <hr/> <p>Organizaciones-Sindicatos: relaciones de dominio, más de las organizaciones sindicales que de las Instituciones</p> <hr/> <p>Organizaciones-Asociaciones Sindicales: relación con poder dominante del gremio en un manejo casi monopólico que puede resultar menos oneroso que la planta de personal, pero que genera fisuras propicias para la corrupción.</p> <hr/> <p>Organizaciones-Cliente (contratante /asegurador): el poder dominante lo tiene la EPS, establece el precio y las condiciones de radicación, pago y facturación.</p> <hr/> <p>Organizaciones-Comunidad: riesgo compartido.</p> <hr/> <p>Organización-alianzas estratégicas: pueden ser benéficas, pero dependiendo de la capacidad negociadora y de los sistemas de control, se logrará o diezmará el beneficio.</p>
7.	Usuario	<p>Caracterizado por la ausencia de autocuidado, la impaciencia y la intolerancia propias del entorno, descuidado con lo más elemental</p> <hr/> <p>Nuevas patologías derivadas de los efectos negativos del ambiente, el abuso de la tecnología y los malos hábitos de vida (alimentación, deporte, afectaciones por vicios, entre otros).</p>
8.	Profesionales de la salud	<p>Rechazo a la labor administrativa y la toma de información con la justificación de que “prima la vida del paciente”</p> <hr/> <p>Provisión del recurso humano profesional podría estar rezagada, toda vez que su hábitat de práctica puede estar en los hospitales con deficiencias.</p> <hr/> <p>Problemas éticos, cuando se prestan servicios en la institución y a la vez se tiene negocio propio de prestación del servicio donde hay conflicto de intereses.</p>
9.	Administración en salud	<p>Encargado a profesionales algunas veces sin competencias relacionadas con la administración de los recursos, la dirección hospitalaria y la gerencia pública.</p> <hr/> <p>Débil cultura de medición o de indicadores como punto de partida para el mejoramiento continuo.</p>
10.	Capacidad instalada	<p>Las instituciones deben conocer la relación costo beneficio de sus activos y procurar no solo su mayor rentabilidad, sino su mantenimiento permanente, para su uso en el servicio misional (relación costo beneficio).</p>
11.	El concepto de calidad	<p>En un enfoque sistémico la medida de calidad se da por la transformación en el proceso y la entrega de una salida de calidad (útil, oportuna, pertinente) al siguiente proceso.</p>
12.	Aplicación de la normatividad	<p>La regulación existente presenta debilidades que son aprovechadas por diferentes actores del sistema, afectando con esto los hospitales:</p> <hr/> <p>- No oportunidad para hacer contratos que garanticen al hospital el pago de la prestación del servicio. Este debe ser prestado por necesidad de la población, pero luego se glosan las atenciones por no respaldo contractual, asumiéndolos como hechos cumplidos.</p> <hr/> <p>- En el pasado, se utilizaron contratos capitados cuando corresponden a un alto volumen de prestación de servicios generando por supuesto una diferencia a favor del Hospital que no reconocen posteriormente y afectan los costos de la prestación al tener que provisionarlos y son servicios de salud prestados.</p> <hr/> <p>- Errores en los procesos de referencia y contrareferencia que pueden terminar en ineficiencias en los servicios.</p> <hr/> <p>- Las EPS toman tiempos superiores a los señalados por la norma para realizar los pagos de sus contratos, ponen techos de facturación (expresa prohibición de esta práctica en la circular externa 016 de 2015 Supersalud) y procesos de auditoría previa que están prohibidos por la norma.</p>

N°	Aspecto	Comentario
		- El incumplimiento en el giro directo que menciona debe ser del 50% anticipado al momento de la radicación y, sin embargo, cuando hacen el giro directo, hacen aplicación a vigencias anteriores, ahorrándose lo que deben girar como esfuerzo propio, cuando se trata radicación nueva y desconocimiento del proceso de pago de la cartera pendiente que incluye vigencias anteriores.
		- Una vez se hace el giro directo por parte del Ministerio de Salud, las EPS proceden a aplicarlo a facturas antiguas, que debían haber sido pagadas con el esfuerzo propio de la entidad, alargando así los plazos de pago de sus deudas.
		- El abuso en el manejo de las glosas que más bien parecen procesos dilatorios y que encarecen el servicio presionando la entidad para descontarle partidas en su servicio prestado con oportunidad, abusando de su posición dominante.
		- Laxitud en los entes de control ante el incumplimiento reiterativo por parte de las EPS en lo pertinente a la regulación, como se ha mencionado en los ítems anteriores.
		- El manejo de la Ley 1479 de mayo de 2015 donde se establece que para lo no pos se haga el recobro a través de la Gobernación.
13.	El factor regulativo	La regulación vigente pone en desventaja a los hospitales públicos frente a la obligatoriedad de atención a TODOS los pacientes que soliciten atención independientemente de si tiene capacidad de pago o no, generando incertidumbre de quién paga la cuenta.

Fuente: elaboración propia.

Avances y dificultades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 1991-2011

- La Comisión Constitucional de Seguridad Social creada por el artículo transitorio N.º 57 de la Constitución Política de 1991 estableció que la prestación de los servicios de salud son elementos fundamentales del concepto de seguridad social y para ello es necesaria una división entre la administración (aseguramiento) y la prestación de servicios. (Restrepo y López, 2012, p. 293)
- Con la entrada en vigencia de la constitución de 1991, a través de los artículos 48 y 49, se modifican algunas características del sistema de salud, migrando a un modelo caracterizado por:
 - Modelo de aseguramiento: "Seguridad Social"
 - La salud como servicio público a cargo del Estado y no como derecho humano fundamental conexo a la vida.
 - Garantía de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
 - Se permite la prestación de servicios a entidades privadas.
 - Creación de las Entidades Promotoras de Salud como "entidades que logran intermediar

entre los prestadores de servicios y cada individuo" (Restrepo y López, 2012, p. 294).

- Esquema de mercado estructurado a través de la competencia regulada: con ellos aparece el POS⁶ y la UPC⁷.
- Presencia del régimen subsidiado para personas sin capacidad de pago, con financiación en un esquema de *pari passu*⁸ entre los recursos de solidaridad del régimen contributivo y unos aportes de Gobierno (peso a peso-situación que no se cumplió).

Antes de la reforma de la Ley 100 de 1993, que cambia con el sistema pensional y de seguridad social en salud del país, se tenía un modelo en el que el Estado actuaba a manera de monopolio en la provisión del servicio de salud. Esto llevó a muchos problemas de orden económico, social y que resultó siendo insatisfactorio respecto a los mismos fines de creación. (Páez *et. al.*, 2015, p. 30)

- 1993: se expide la Ley 100, reglamentaria de los artículos 49 y 50 de la Constitución y se institu-

⁶ POS: Plan Obligatorio de Salud.

⁷ UPC: Unidad de pago por capitación.

⁸ *Pari passu*: aporte de \$1 del presupuesto público por cada peso de recaudo vía solidaria.

ye un modelo de aseguramiento público-privado, donde intervienen las EPS e IPS públicas y privadas, responsables del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

- 1994: se realiza la reforma del Ministerio de Salud y fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud. Se expide la Resolución 5261 de 1994, el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (MAPIPOS), en el que están las inclusiones y las exclusiones del POS (aún vigente). Otro hito de recordación se presenta en la expedición del Decreto 1298 del 22 de junio de 1994 por medio del cual se expidió el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud; este decreto fue declarado inexecutable por la corte constitucional el 7 de junio de 1995.
- 1995: en el régimen contributivo se autorizan el primer grupo de Entidades Promotoras de Salud –EPS–, de capital privado cuyo origen se relaciona con empresas de medicina prepagada y de los grupos económicos más fuertes. En este año también el CNSSS expide el Acuerdo 23 por medio del cual se definen la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (...) y se definen que son afiliados al Régimen Subsidiado todas las personas pertenecientes a la población pobre y vulnerable, que no tienen capacidad de cotizar al Régimen Contributivo y en consecuencia reciben subsidio total o parcial para completar el valor de la UPC-S, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto (Comisión Nacional de Salud, 2009-2010, p. 69).
- 1996:

La garantía de los derechos sociales, económicos y culturales fue concebida por el gobierno de Samper como parte de una política social universalista, pero de marcado tinte neoliberal, que le permitiría al Estado ser responsable por todos los ciudadanos, pero con participación de los particulares y con énfasis del gasto público en los más pobres a través de la aplicación de los mecanismos de subsidio a la demanda. (Vega *et. al.*, 2012, p. 69)

En este marco de política pública de salud, se creó el SISBEN para acceder a los programas sociales y a los servicios de salud y se designó la atención a la población pobre no afiliada a las Empresas Sociales del Estado (ESE).

Al finalizar el año se expide una ley que ordena de nuevo y al mismo tiempo cuantifica el retiro gradual de los presupuestos a los Hospitales Públicos en los siguientes cuatro años, recursos que deben permitir aumentar el aseguramiento de la población pobre en el régimen subsidiado. (Comisión de Regulación en Salud [CRES], 2009-2010, p. 50)

Los hospitales en Colombia habían sido financiados desde siempre por el Estado, no estaban acostumbrados a tener responsabilidad residual; este cambio súbito en su forma de operar y sostenerse los perjudica, ya que no están lo suficientemente capacitados para competir con IPS privadas que ofrecen servicios de buena calidad en infraestructuras “de lujo” a precios en disputa; es decir, se les pidió que de la noche a la mañana fueran financieramente autosostenibles, pero sin cambios estructurales en sus organizaciones y modelos de gestión por lo que las dinámicas del mercado los han llevado a ser cada vez menos competitivos.

- 1997: el gasto público en salud como porcentaje del PIB había pasado de 3,5% en 1993 a 5,5% 1999, pero la mayoría de estos recursos se habían quedado atrapados en las ineficiencias de la intermediación y en las redes de corrupción territorial.

Para este año también se destaca el incumplimiento del Gobierno Nacional en el sentido de girar los recursos *pari passu*, por lo que la sentencia de la Corte Constitucional, mediante fallo, “condenó a la Nación a establecer un plan de pagos para saldar una deuda de 531.314 millones de pesos en 1997” (Procuraduría General de la Nación, 2012). Algunas EPS muestran pérdidas muy importantes en el balance de 1996 y frenan la afiliación. Se producen las primeras bajas entre las administradoras, para esta época las EPS privadas ya se han apoderado de un tercio del mercado, permaneciendo en el ISS dos tercios de los afiliados, sin embargo, algunas EPS quiebran.

Las Empresas Sociales del Estado –ESE– (antes hospitales públicos) no logran facturar ni el 30% del dinero que antes les era asignado por el Estado; en esto influyen procesos de facturación incipientes, que dejaban sin cobrar (o cobrando en forma inadecuada) gran cantidad de actividades y procedimientos; una baja demanda de servicios secundaria a la pobre carnetización de afiliados al Régimen Subsidiado; y, por último, la morosidad en los pagos de las ARS y los Entes Territoriales.

A pesar de los problemas el régimen subsidiado, a finales de 1997, alcanza los 7.000.000 de afiliados al finalizar el año, con importantes diferencias en la cobertura de la población pobre en las distintas regiones del país.

- 1998: año de la crisis hospitalaria. El CNSSS aprueba nuevamente el incremento de la UPC a las EPS en el mismo valor del salario mínimo. Cifras posteriores sobre la ejecución presupuestal de los hospitales divulgadas por Salud Colombia revelan que entre 1993 y 1997 el presupuesto de los hospitales de nivel I se había incrementado en pesos constantes un 162%, mientras que el de los hospitales de nivel II creció en un 92% y el presupuesto de ingresos de los hospitales de nivel III tan solo se incrementó en un 53% en el mismo período (Consejo Nacional de Seguridad Social, 2016, pp. 10-16).

Esta descompensación es evidentemente estructural, entre los factores que inciden se cuentan, además de la implementación de la Ley 344 de 1996, las falencias en facturación efectiva y la baja cobertura en carnetización ya mencionadas, la desventaja que con las coberturas del Régimen Subsidiado tienen los hospitales públicos de mediana complejidad (el POS-S cubre atención en el nivel I y IV de complejidad, y solo algunas intervenciones en los niveles II y III –mediana complejidad-); se vuelven entonces insostenibles los hospitales de mediana complejidad, y son estos los que con el tiempo quiebran y deben ser liquidados. La situación de iliquidez de los hospitales se agrava aún más debido a que el periodo promedio de cobro de las cuentas a las aseguradoras se acerca a los seis meses. El Gobierno toma medidas para exigir el pago

oportuno a las aseguradoras, pero no corrige el problema estructural arriba mencionado.

Por otro lado, el Gobierno saliente cumplió su meta de afiliar 12 millones de personas al régimen subsidiado, pero el régimen contributivo no creció debido a la crisis económica y el desempleo, sin embargo, la mayoría de las EPS privadas alcanzan el equilibrio operativo. El Gobierno entrante da a conocer su Plan de Salud, reafirmando que seguirá implementando el SGSSS, sin embargo, no se compromete con cifras y anuncia severos ajustes en el Régimen Subsidiado, refiriendo que en este existen serias irregularidades y anuncia planes para combatir la evasión y la elusión de aportes en el Régimen Contributivo.

En suma, la cobertura de la seguridad social en salud alcanza la mitad de la población colombiana (20 millones de habitantes). Las posibilidades de cubrir al resto de la población se ven lejanas en el régimen contributivo debido a la recesión económica y en el subsidiado por los nuevos recortes en los aportes del Gobierno debido al ajuste fiscal. Se expide el Decreto 806 de 1998, que regula las condiciones de afiliación al sistema de salud, la cobertura familiar del Pos y la movilidad dentro del sistema.

- 1999: entrada en crisis financiera de las EPS públicas. En abierta violación del derecho a la igualdad, el CNSSS decide no aumentar la UPC del Régimen Subsidiado, por lo tanto, el Gobierno reduce sustancialmente los aportes para el financiamiento, al mismo tiempo que frena los giros a los territorios, por presunta corrupción en el mismo, a través de la presencia de afiliados inexistentes (muertos carnetizados, doble vinculación, que incluso eran atendidos y recibían servicios de alto costo). Solicita las bases de datos de los afiliados y los documento de identidad (esto genera un problema social convirtiéndose en una barrera para el acceso de la población más pobre, ya que para ese tiempo mucha de ella no contaba con documento de identidad).

El Plan de Desarrollo del Gobierno, aprobado por Ley, ordena que los Hospitales Públicos reestructuren sus plantas de personal, flexibilicen su sistema de contratación, mejoren su gestión, y

adecuen los servicios que prestan para garantizar sostenibilidad y competitividad, bajo pena de entrar en causal de liquidación.

Algunos hospitales se cierran temporal o definitivamente, generando una crisis en la atención en salud con afectaciones especialmente a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidios a la demanda, el Gobierno insiste en que reduzcan el personal y los gastos para lograr el equilibrio y tan solo aporta nuevos recursos para pagar los despidos de trabajadores (estrategia Porteriana de reducción de costos a expensas de mano de obra), aunque frente a esto vale la pena anotar que existían Hospitales nivel I con solo dos puertas y quince porteros, y con solo una ambulancia y diez conductores.

La baja cobertura y el empeoramiento de los indicadores nacionales en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (control prenatal, mortalidad materno perinatal, mortalidad infantil, coberturas de vacunación, planificación familiar y embarazo en adolescentes, etc.) hace que el Ministerio de Salud norme las actividades obligatorias de Promoción de la Salud y Prevención para los dos regímenes; traslada entonces a las aseguradoras una acción del Estado en el campo de acción de Salud Pública.

Las EPS públicas suspendidas por la Superintendencia de Salud, no pueden incorporar nuevos afiliados ni siquiera para mantener el número mínimo que le asegure el punto de equilibrio, al cierre de 1999, las EPS privadas detentan el privilegio de administrar buena parte de los recursos del régimen subsidiado en detrimento de las EPS públicas y del Seguro Social (ISS).

- 2000: el CNSSS aprueba un incremento de la UPC en los Regímenes Contributivo y Subsidiado que únicamente compensa la inflación del año anterior, debilitando así la financiación del Régimen Subsidiado en el 50% de la UPC del Régimen Contributivo al igual que su Plan de beneficios. Lo anterior, permite inferir que el país se encontraba lejos del propósito de igualar los planes de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y de lograr la cobertura universal de la seguridad social en salud antes del año 2001,

tal y como lo había establecido el artículo 162 de la Ley 100 de 1993: “El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001” (Congreso de la República de Colombia, 1993, p. 72).

En el año 2003 se inició el proceso de liquidación del Instituto de Seguros Sociales, con la escisión de las clínicas de la Entidad Central (Decreto Ley 1750), disminuyendo para estas los recursos provenientes del Estado, de un billón a 400 mil millones de pesos, se crearon en ese entonces siete Empresas Sociales del Estado (ESE) con carácter de entidad pública especializada del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritas al Ministerio de la Protección Social y se llevó a cabo un plan de mejoramiento al ISS, buscando que este aumentara en más de un millón en promedio los clientes susceptibles de atención; además, se modernizaron aspectos relacionados con la distribución y adquisición de insumos y medicamentos, entrega de historias laborales para pensión, plataforma tecnológica, etc., proyectando con esto que las clínicas del ISS se convirtieran en empresas autosostenibles al igual que las EPS.

Sin embargo, al no cumplirse las metas establecidas es liquidado definitivamente el ISS como asegurador entre 2007 y 2008, entrando en funcionamiento la “Nueva EPS” en octubre de 2008; esta nueva empresa está conformada por el Estado con un 49% de participación, y las Cajas de Compensación Familiar (entre las que se encuentran Comfenalco Valle y Comfandi por el Valle del Cauca) con un 51% de participación, quedando convertido en una empresa de predominio privado, con participación minoritaria del Estado.

Las Cajas de Compensación ahora propietarias de la “Nueva EPS”, buscan aprovechar la infraestructura de las otrora clínicas del Seguro Social, y fortalecen no solo la planta física, sino el recurso humano y tecnológico, buscando convertirlas en los lugares de elección para el manejo de los pacientes afiliados a las aseguradoras per-

tenecientes a cada una; un caso específico que puede servir como ejemplo de esto es la antigua clínica Rafael Uribe en Cali, ahora Clínica Corporación Comfenalco-Unilibre; se convierte en una IPS donde confluyen la docencia y la investigación con la prestación de un servicio de salud de altísimo nivel de complejidad y excelente calidad, donde Comfenalco Valle EPS y, por supuesto, la Nueva EPS, orientan la atención de sus usuarios. Esta venta "cautiva" (el direccionamiento de ambas aseguradoras es claro), permite que la IPS cuente con "clientes fijos" que a su vez le proveen unos recursos fijos, frutos de la venta de servicios de salud, en los que se apalanca para continuar su crecimiento.

- 2004: buscando alcanzar un uso controlado y efectivo de los recursos para la prestación de los servicios de salud, y ante el desborde de demanda de servicios, muchos no necesarios, por parte de los afiliados al sistema (un concepto generalizado entre la población era que "como me descuentan tengo que ir al médico, y guardo los remedios), se expide este año el Acuerdo 260, por medio del cual se espera regular la utilización de servicios mediante la implementación del cobro de cuotas moderadoras y copagos a los usuarios el sistema, lo que también permite la captación de recursos para el mismo. Mientras se asegura que la urgencia vital, los programas para manejo de paciente crónico (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal) y de promoción y prevención (control prenatal, crecimiento y desarrollo, atención del adulto, atención del joven, medición de agudeza visual, vacunación, entre otros) no sean sujetos a ningún cobro, las atenciones por consulta externa de medicina general, especializada, odontología, entrega de medicamentos, laboratorios clínicos y ayudas diagnósticas (que no necesiten autorización diferente a la del médico) serán sujetas al cobro de la cuota moderadora, que se establece sobre la base de un porcentaje medido según el nivel del carnet, es decir, el nivel I cancela una cuota muy inferior a la que aporta el afiliado del nivel III.

El copago aplica para algunas ayudas diagnósticas que, por su nivel de complejidad y/o costo deban ser avaladas previamente por

auditoría de la EPS, para las hospitalizaciones y procedimientos quirúrgicos (estos últimos programados). Tanto las cuotas moderadoras como los copagos tienen límites, es decir, un ciudadano no puede pagar más de un dinero preestablecido según el porcentaje arriba citado de tal manera que, si una persona llega al límite definido de pagos, pero necesita continuar realizándose algún tipo de procedimiento que amerite copago estos ya dejarían de aplicar.

El año 2006 se caracteriza por otorgar gran importancia a la calidad en la atención en salud, con la expedición de importantes acuerdos y normas:

- Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; regula entonces la calidad de los servicios de salud, tanto desde la óptica del asegurador como del prestador.
- Resolución 1043 de 2006 (posteriormente modificada por las Resoluciones 2680 de 2007 y 3763 de 2007): se establecen las condiciones básicas en capacidad tecnológica, científica, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad técnico administrativa que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, así como implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Todo lo anterior busca la seguridad en la atención de los usuarios al tratar de minimizar los riesgos prevenibles, al acabar con las "IPS de garaje", aumentando cada vez los estándares de calidad mínimos para la prestación de un servicio de calidad.
- Resolución 1446 de 2006: por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Este define entonces cuáles van a ser los indicadores con los que se medirá el cumplimiento de los estándares de calidad, tales como la pertinencia en la atención de los pacientes, oportunidad para asignar cirugías y se definen también los lineamientos para la vigilancia de los eventos adversos trazadores tanto para las IPS como para los aseguradores. Se trata de desa-

rollar e implementar la gestión de calidad de las organizaciones de salud a través de la autoevaluación y evaluación externa (ICONTEC, en este caso) teniendo como base unos patrones que, además de orientar a una óptima calidad, logren convertirse en un mecanismo de direccionamiento de las IPS en Colombia. Con un adecuado entendimiento y operativización de los estándares en referencia los directivos de las IPS podrían estar en la capacidad de desarrollar, implementar y desplegar las competencias necesarias para orientar su atención a la excelencia, buscando la adaptabilidad a los cambios en el entorno, siempre involucrados en el mejoramiento continuo, pero teniendo la claridad de que existen situaciones en las que es posible que no se deba mejorar lo que nunca debió existir, manteniendo siempre la competitividad en el sector.

- 2007: se expide el Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud en la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Con esto, el Estado busca regular especialmente la relación de pagos entre los prestadores y los aseguradores. Se expide también la Ley 1122 de 2007, la gran Reforma a la ley 100, que redirecciona las áreas de impacto en la salud de los colombianos. Busca reorganizar todo lo relacionado a la inspección, vigilancia y control, dirección, regulación, financiamiento del sistema, saneamiento de cartera y flujo de recursos, pero lo más importante aquí es la reorientación de la prestación de los servicios de salud, la puesta en marcha de nuevos planes de salud pública y los cambios en el aseguramiento de la población (gerenciamiento del riesgo a enfermar).

Se reitera, que esta Ley obligó a aumentar la cotización al régimen contributivo de salud del 12% al 12,5% (el 0,5% está a cargo del empleador) buscando recursos para aumentar la cobertura en salud del Régimen Subsidiado; también orienta a que las Entidades del sector salud se evalúen con base en indicadores de gestión y resultados, y obliga a implementar y cumplir planes de mejoramiento en casos necesarios.

El cambio en el modelo (de netamente intervencionista a un modelo orientado a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad) se observa en el cambio de figura de las Aseguradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quienes dejan de ser meras administradoras del recurso, y se convierten en EPS del Régimen Subsidiado, es decir, que son obligadas a asumir las tareas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, funciones de las cuales habían sido eximidas en el 2001 para ser trasladadas a las Secretarías de Salud de cada ente territorial; al ser evidente que estos últimos no las ejecutaron en forma adecuada (un ejemplo de la no eficiencia de los programas está en el alto número de embarazos en adolescentes, más que manifiesta prueba de la no resolutivez de los programas de planificación familiar administrados por los entes territoriales).

Con la determinación que esta ley establece acerca de la definición de un Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, y que este deba quedar expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo, sumado a lo anteriormente referido, quedan explícitas las bases de lo que se conoce como aseguramiento en salud, que no es más que, la administración del riesgo a enfermarse, implementando medidas costo efectivas para tal fin.

Por otra parte, en su artículo 15, esta Ley busca limitar la integración vertical entre las aseguradoras (EPS) y los Prestadores de Servicios de Salud (IPS) a un máximo del 30% de contratación con red propia, refiriendo que existe riesgo para la competencia entre las aseguradoras porque permite a las EPS obtener posiciones dominantes en el mercado; el texto de la norma señala que:

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar directamente o a través de terceros con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes, dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. (Congreso de la República de Colombia, 1993, art. 15)

Frente al tema de la integración vertical existen varias posiciones tales como: Gal-or (1997 y 1999) en *Journal of Economics & Management Strategy*, y *Journal of Health Economics* (1999) consideran que la integración vertical tiene efectos negativos para la libre competencia, ya que permite a las aseguradoras crear barreras al acceso de otras empresas a ese mercado en particular, a través de contratos de exclusividad con algunos prestadores (Merlano y Gorbanev, 2011, p. 172).

Por otro lado, si nos acogemos a lo referido por la teoría de costos de transacción (Williamson, 1975), el trabajar con una red de prestadores pequeña y propia puede disminuir los costos de transacción, siendo este uno de los puntos a favor expuestos por los aseguradores, el otro tiene que ver con la referencia a garantizar la calidad de la atención teniendo en cuenta que es más fácil monitorear los procesos de calidad siendo el prestador propio.

En Colombia, autores como Restrepo *et al.* (2007) están de acuerdo con la integración vertical, porque consideran que se pueden obtener mayores beneficios tanto para los aseguradores como para los prestadores en comparación a lo que podrían si actuarán de forma independiente. Algunas de las ventajas que mencionan son: Reduce los conflictos entre aseguradores y prestadores en las relaciones contractuales. Reduce las asimetrías de información en los procesos de producción a cargo del prestador. Gestión del riesgo. Control o contención del gasto médico. Ventajas económicas para los aseguradores. Reduce ineficiencias cuando las prestadoras ignoran los costos de prestación o no tienen políticas de mejora de calidad y optimización de procesos. (Restrepo *et al.*, 2007, p. 292)

Lo evidente es que la tan controvertida integración vertical, atacada por unos y defendida por otros, fue durante mucho tiempo un factor vital para el crecimiento del sector, ya que, algunos aseguradores iniciaron la construcción de clínicas y unidades de atención para el manejo de sus pacientes, incrementando con esto la capacidad de oferta instalada real en nuestro país, especialmente en el sector hospitalario y de alta

complejidad. Esta integración vertical, concebida inicialmente (según lo expuesto por los aseguradores) como una estrategia para garantizar la excelencia en la atención con racionalización de costos (basados en el concepto de (costo efectividad), pasó a desvirtuarse en el transcurso del tiempo, ya que, se adicionó a esta una integración horizontal y un carrusel de presuntos actos de corrupción, motivo por el cual inició la intervención de aseguradores, comenzando por la aseguradora privada más grande del país.

- 2008: Sentencia T-760: si bien es cierto que la Ley 1122 de 2007, que reformó parcialmente a la Ley 100 de 1993, creó un incentivo a las EPS para la autorización pronta de los medicamentos no POS formulados a los pacientes de enfermedades catastróficas tipo cáncer, insuficiencia renal y sida muchos otros medicamentos y servicios no POS se dejan por fuera.

Frente a esto, la Corte Constitucional, en esta sentencia, cambia la Ley (punto 23 de la parte resolutive) al disponer que no se trataba solo de enfermedades de alto costo sino de cualquier tratamiento; que no se trata solo de medicamentos sino de cualquier actividad, procedimiento o intervención que estén explícitamente excluidas del POS, siempre y cuando hubiera sido ordenada por el médico tratante.

Vale la pena anotar que en Colombia, la proliferación de tutelas es asombrosa, además, la gran mayoría de estas son falladas a favor de los pacientes, muchas veces sin tener en cuenta la costo efectividad de lo solicitado. Debido a esto, la posibilidad de que un servicio o producto sea negado por el Comité Técnico Científico (CTC) y posteriormente autorizado por tutela es muy alta. Tal como lo señala la Defensoría del Pueblo, en los informes sobre tutelas, "Las tutelas con mayor favorecimiento en primera instancia fueron las que invocaron el derecho a la salud (82,2%), seguidas por las que incluyeron el derecho a la vida (78,8%) y el mínimo vital (64%)" (Defensoría del Pueblo, 2019, p. 61). En la Tabla 6 se presenta una serie estadística de tutelas detallando la participación de las tutelas en salud, para el periodo comprendo entre 1999 y 2019.

Tabla 6. Comportamiento de las acciones de tutela por reclamación en servicios de salud 1999 -2019.

Año	Tutelas		Participación salud %	Tasa de crecimiento anual %	
	Total	Salud		Total	Salud
1999	86.313	21.301	24,68	-	-
2000	131.764	24.843	18,85	52,66	16,63
2001	133.272	34.319	25,75	1,14	38,14
2002	143.887	42.734	29,7	7,96	24,52
2003	149.439	51.944	34,76	3,86	21,55
2004	198.125	72.033	36,36	32,58	38,67
2005	224.270	81.017	36,12	13,2	12,47
2006	256.166	96.226	37,56	14,22	18,77
2007	283.637	107.238	37,81	10,72	11,44
2008	344.468	142.957	41,5	21,45	33,31
2009	370.640	100.490	27,11	7,6	-29,71
2010	403.380	94.502	23,43	8,83	-5,96
2011	405.359	105.947	26,14	0,49	12,11
2012	424.400	114.313	26,94	4,7	7,9
2013	454.500	115.147	25,33	7,09	0,73
2014	498.240	118.281	23,74	9,62	2,72
2015	614.520	151.213	24,61	23,34	27,84
2016	617.071	163.977	26,57	0,42	8,44
2017	607.499	197.655	32,54	-1,55	20,54
2018	607.308	207.734	34,21	-0,03	5,1
2019	620.257	207.368	33,43	2,13	-0,18
Total	7.574.515	2.251.239	29,72		

Fuente: adoptado de Defensoría del Pueblo Colombia (2019).

Visto gráficamente se observa que el crecimiento de las tutelas totales y las que invocan el derecho a la salud es creciente, salvo dos excepciones en cada caso, en igual forma los datos evidencian que en promedio el 30% de las tutelas interpuestas corresponden a salud, sin contar con que algunas tutelas que invocan el derecho a la salud, guardan relación directa con la salud; la tendencia de estas variables, es decir, tutelas totales y tutelas en salud se observa en la Figura 4.

Por lo anterior, para la EPS es más benéfico autorizar todo lo solicitado por el médico tratante con el CTC, para asegurar así el recobro del 100% al Fosyga (si lo solicitado es negado por CTC, pero posteriormente autorizado por tutela, el asegurador solo podrá recobrar el 50%, mientras que si es autorizado por CTC el asegurador puede hacer recobro por el 100%). Este es un estímulo perverso, ya que se pierde la razón fundamental del CTC, que es el analizar con datos y evidencia científica la real pertinencia de lo solicitado

por el médico tratante. Esta, teniendo en cuenta la teoría de juegos, era la respuesta esperada a la sentencia de la corte. Como consecuencia de esto, el crecimiento de los recobros entre 2012 y 2019, presenta pendiente positiva, con un incremento anual promedio del 19%, tal como se observa en la Figura 5. Entre 2012 y 2019 se recobraron 23 billones de pesos de 28.1 billones solicitados, es decir que se aprobó el 82% de las solicitudes.

La Corte abre las puertas a un POS ilimitado que debe ser asumido por unos recursos limitados, pero no garantiza la fuente de financiación de su

sentencia; es más, en su artículo 127 prohíbe al Gobierno de forma expresa utilizar recursos que pudiesen obtenerse con nuevos impuestos. De ser estos creados, "deberán ser dirigidos en su totalidad a la red pública hospitalaria y a garantizar el derecho a acceder a los servicios de salud de aquellas personas que se encuentran en el régimen subsidiado o tan solo vinculadas al sistema de salud" (Resolución 3797 de 2010). Es decir, la Corte no le permite al Gobierno utilizar estos recursos para cubrir el déficit creado por ella misma.

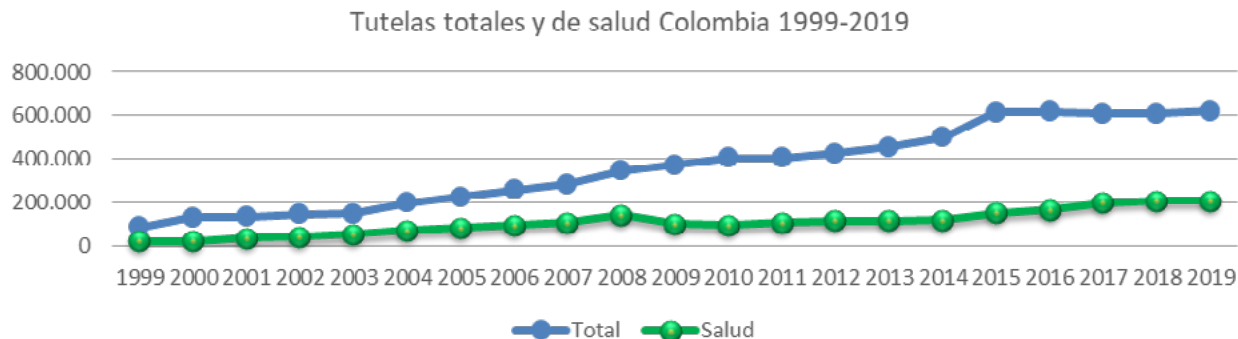


Figura 4. Tendencias del número de tutelas totales y de salud.

Fuente: elaboración propia.

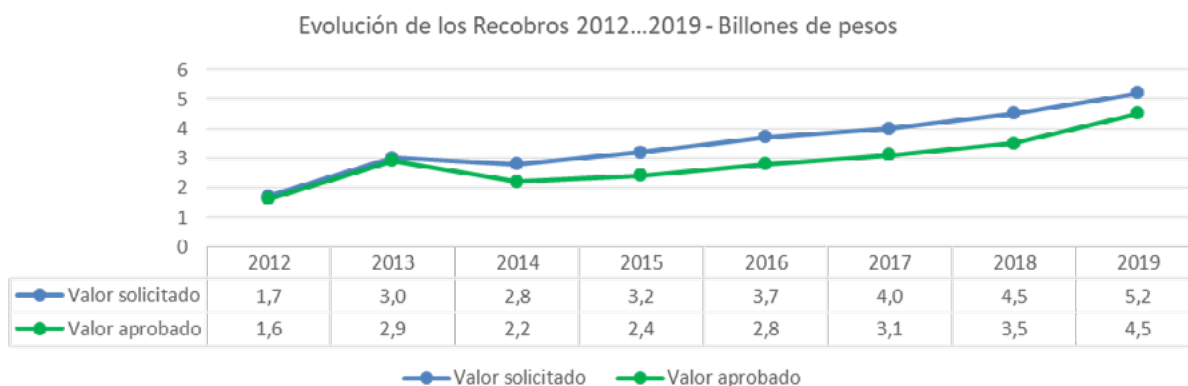


Figura 5. Evolución de los recobros 2012-2019-Billones de pesos.

Fuente: adoptado de Informe Contraloría General de la República, complementado para 2019 con datos de ADRES.

- 2009: en el marco de la convocatoria 469 de 2008 de Colciencias, bajo la dirección del Centro de Estudios e Investigación en Salud perteneciente a la Fundación Santa Fe de Bogotá y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, se procesó un documento cuyo propósito fue la elaboración de una Guía Metodológica para el desarrollo de la Práctica Clínica basada en evidencia, evaluaciones económicas e impacto de la implementación de las Guías en el POS y en la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano; para ser entregado posteriormente al Ministerio de la Protección Social y a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Las Guías Metodológicas para la elaboración de Guías de Atención Integral en el SGSSS se encuentran disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud.

Lo que se busca con esto es que las guías médicas determinen en qué casos se justifica, en términos de costo eficiencia, la utilización de recursos y tecnologías en los tratamientos médicos de las enfermedades contempladas en el POS. Las guías metodológicas para el desarrollo de la práctica clínica basadas en evidencia, se realizaron por el mandato de la sentencia T 760 de 2008, en la que la Corte Constitucional ordena al gobierno a actualizar y unificar la cobertura de los servicios del régimen subsidiado y el contributivo.

Según refieren los expertos, lo que se espera es que este trabajo sirva de sustrato al Ministerio de la Protección Social para que tenga bases para determinar qué y cómo se introducirán nuevos componentes del POS. Adicionalmente contribuirá a mejorar e igualar los estándares de atención médica al igual que el uso más eficiente de los recursos. Una vez este manual sea entregado, el Ministerio tendría que producir las guías y la Comisión de Regulación en Salud decidirá cómo se introducirán en el POS.

- 2010: se expiden los decretos de la denominada "Emergencia Social", que buscan los recursos necesarios para subsanar los déficits del sector salud, para tal fin se plantea que los pacientes paguen por los servicios no incluidos en el POS (denominados como prestaciones excepcionales

en salud en el decreto 128 de 2010) con su patrimonio, bloqueándose incluso las tutelas. El Decreto 128 del 21 de enero de 2010, el mismo decreto tuvo cuatro (4) meses de vigencia, toda vez que el 21 de abril del mismo año fue declarado inexecutable y, por lo tanto, las atenciones no POS que debían ser autorizadas por los *Comités Técnicos de Prestaciones Excepcionales*, se mantienen a cargo de los comités técnico científicos también creados por la norma y ante la falta de respuesta del ya citado CTC, acceden a estos servicios vía tutela y son cubiertos por el sistema de salud. El decreto establece que estas "prestaciones excepcionales deberán ser financiadas, total o parcialmente por los afiliados; a éstos se les haría un estudio acerca de sus ingresos y su patrimonio individual y familiar". Los pacientes que no tengan solvencia económica podrán pagar con sus cesantías, con los ahorros pensionales o incluso con préstamos bancarios. Para ciudadanos con ausencia total de recursos se crea un fondo llamado Fonpres que subsidiaría estos gastos, pero el decreto es claro en afirmar que este cubrirá en la medida en que los fondos alcancen. No obstante lo anterior, se reitera, el Decreto 128 del 21 de enero de 2010, fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional.

El Decreto 131 de 2010 (también declarado Inexecutable) redefine el concepto del POS al priorizar la atención de baja complejidad en medicina y odontología, y definir que solo se remitirá al paciente a la atención especializada cuando "se cuente con la evidencia científica" y no se afecten los costos del sistema de salud. Por otra parte, en este decreto se define que pueden multarse hasta por 50 salarios mínimos mensuales a los médicos u odontólogos que formulen por fuera del POS establecido. Este fue, sin duda, el decreto más polémico, por el que la comunidad médica en pleno marchó por las calles y se manifestó en voz alta, ya que se afecta con esta disposición la libertad del profesional de poder ordenar al paciente lo que considera necesita, al "ser amenazado" con sanciones pecuniarias de no ajustarse al protocolo preestablecido.

- 2011: ante la necesidad de atención en salud y los cada vez más exiguos recursos disponibles,

la inestabilidad normativa en salud, la escasa actualización del POS con la consecuente proliferación exponencial de solicitudes de aprobación de medicamentos y/o procedimientos por el Comité Técnico Científico (CTC); los derechos de petición y/o tutelas para acceder a servicios de salud (siendo en muchas ocasiones la población con posibilidades de pagar atenciones privadas las más beneficiadas por estos procesos debido a su mayor acceso a apoyo legal); la contratación por parte de las aseguradoras (ley del embudo) con tarifas cada vez más bajas a los prestadores que hacen que el margen frente a costos y gastos asociados a la atención sea cada vez menor, con la consecuente disminución de ingresos y calidad de vida de los trabajadores de la salud (reflejado en la calidad y calidez humana de la atención) y el riesgo de que sean utilizados medicamentos, insumos y dispositivos biomédicos de calidad inferior a la deseada; pasando por la no nivelación de coberturas entre el régimen subsidiado y el contributivo; la alta carga de enfermedad; alto número de embarazos en adolescentes; entre otras situaciones que aquejan a los colombianos, hacen que sea cada vez más apremiante la necesidad de revisar, y por qué no, redefinir el modelo de atención en salud en nuestro país.

En enero del 2011 se expide la Ley 1438, con la que se pretende redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); a continuación se describirán los rasgos más importantes de la norma tales como el objeto de la norma, respecto de la población infantil, entre otros.

Objeto de la norma: en su artículo 1º, establece que su objeto es el fortalecer el SGSSS, estableciendo un modelo de prestación de servicio público en salud, que en el marco de la estrategia de atención primaria permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Menciona que se definirán entonces metas e indicado-

res de resultados, a partir de los cuales se hará una evaluación cada cuatro años por parte del Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia de Salud; de encontrarse resultados insuficientes estos determinarán las acciones a seguir. Como mínimo, los indicadores incluirán:

- Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.
- Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.
- Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.
- Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmuno-prevenibles.
- Acceso efectivo a los servicios de salud.

Es así entonces como esta norma busca garantizar:

Con respecto a la población infantil tenemos los Artículos 18 y 19 que consagran la completa atención a los niños, niñas y adolescentes sin olvidar el contexto individual ya sea de una discapacidad o enfermedad de alto riesgo o una situación donde sus derechos hayan sido vulnerados:

- Artículo 18: servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2.
- Estableciendo en el artículo 19: independientemente del régimen a que pertenezcan, y se refiere a rehabilitación integral, tanto física como mental, siempre y cuando sea certificada la situación de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato por una autoridad competente.
- Portabilidad nacional: hasta el momento si un asegurado solicita atención en un sitio diferente al municipio donde se encuentre afiliado solo tendrá acceso a la atención de urgencias. A partir del año 2013 se podrá acceder a cualquier servicio de salud incluido en el plan de beneficios en cualquier sitio del país.
- Protección a mujeres víctimas de violencia física y sexual: en su artículo 54 se ordena que todos los servicios que necesiten las mujeres vícti-

mas de violencia física y/o sexual deberán ser otorgados, sin que medie para ellos ningún tipo de cobro, independientemente del tipo de régimen al que pertenezcan. Todo lo anterior siempre y cuando la condición de maltrato sea certificada por una autoridad competente.

- Multas por inasistencia a las citas médicas: el artículo 55 prohíbe expresamente el cobro de multas. Hasta el momento este ha sido un mecanismo utilizado para evitar las inasistencias, por tanto, las aseguradoras deberán buscar otros mecanismos para estimular la asistencia a los servicios programados.
- Desconcentración: el artículo 118 la Superintendencia Nacional de Salud hará presencia de forma directa o por intermedio de convenios interadministrativos con las direcciones departamentales o distritales de salud en todas las regiones. Con esto se busca mayor efectividad en las actividades de inspección, vigilancia y control, ya que las personas puedan hacer sus denuncias directamente en su región, sin tener que remitirlas a Bogotá.

Sobre la reestructuración de SGSSS

Comité Técnico-Científico de las EPS: se refiere a que si el paciente necesita algún servicio no incluido en el plan de beneficios, su médico tratante deberá someter su prescripción al análisis de un Comité Técnico-Científico (CTC) de la EPS, que deberá pronunciarse en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto. Estos comités deberán ser integrados por médicos científicos y tratantes, garantizando la interdisciplinariedad y la plena autonomía de sus decisiones; no podrá hacer parte del comité personal administrativo de la EPS, así sean médicos.

Atención primaria en salud: Se busca hacer énfasis en la medicina preventiva y no en la medicina curativa; los entes territoriales en conjunto con las EPS deberán generar estrategias para estimular la prevención de enfermedades en la población general, para tal fin deberá existir en cada región, independientemente de si es zona rural o urbana, servicios de atención médica y odontológica resolutivas de alta calidad.

Anti trámites: durante los doce meses que siguen a la expedición de la norma, el Gobierno deberá adoptar un sistema único de diligencias que faciliten al paciente el acceso a medicamentos, tratamientos y citas.

Unificación del POS: para el año 2015 se unificará la cobertura de servicios para los regímenes subsidiado y contributivo.

Plan decenal para la Salud Pública: en su artículo 6° se define que el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de la Salud Pública, que trabajará sobre el marco de la estrategia de atención primaria en salud. En Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, será el Gobierno Nacional el encargado de vigilar el uso de los recursos y los resultados de las actividades que serán realizadas por una red de IPS habilitadas para tal fin.

Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad: en su artículo 14 la Ley estipula que el Gobierno estimulará la Red básica para fortalecer la resolutividad de la baja complejidad.

Requisitos para funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud: en su artículo 24 la Ley establece que el Gobierno Nacional definirá cuál será el número mínimo de afiliados que una EPS deberá tener para poder garantizar las escalas necesarias para la gestión del riesgo y poder contar con margen de solvencia, capacidad financiera, técnica y de calidad necesarias para su óptima operación. Esto va de la mano con lo manifestado por el Presidente de la República frente a la necesaria disminución del número de EPS en el país, para que queden unas pocas muy grandes, con lo que, además de mejorar para ellos los márgenes aquí referidos, será más efectivo el control.

Actualización del Plan de Beneficios: en su artículo 25 establece que este debe ser actualizado en forma integral cada dos años, según los cambios del perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad de la población, y debe ser consultada con las sociedades científicas del país. La primera actualización normada por esta ley debía estar lista antes de primero de

diciembre de 2011, y esto efectivamente se dio, con la puesta en marcha del Acuerdo 029, conocido como "el nuevo POS".

Creación de la Junta técnica científica de pares: en el artículo 27 la Superintendencia Nacional de Salud creará una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, quienes podrán emitir conceptos sobre la pertinencia de las prestaciones ordenadas por expertos acreditados que no se encuentren incluidas dentro del plan de beneficios. Esto con el fin de determinar la real adecuación de los servicios ordenados (hoy las tutelas son falladas por personal no médico; los CTC son aceptados independientemente de su pertinencia por la alta probabilidad de que sean autorizados por tutela los servicios negados por pertinencia y que los costos disminuyan a la mitad).

Permanencia el Régimen Subsidiado: antes de la expedición de la Ley las personas afiliadas al régimen subsidiado que entraban a trabajar salían de este y pasaban al contributivo. Cuando se acababa su vinculación laboral debían volver al subsidiado, pero podían pasar años hasta que pudieran nuevamente entrar al sistema. En el artículo 35 se define que un afiliado al régimen subsidiado puede permanecer en él cuando haya sido vinculado laboralmente; en este caso el empleador pagará los aportes que pagaría al régimen contributivo, y el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas (licencia de maternidad, paternidad, incapacidades).

Si el trabajador tiene una asignación que no alcance un salario mínimo legal mensual vigente, el patrón aportará al régimen subsidiado el pago por proporcionalidad, pero aquí el trabajador no tiene derecho a prestaciones económicas.

Protección de la continuidad en los planes voluntarios de salud: en su artículo 41 la Ley establece que las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir preexistencias nuevas al plan al momento de renovar los contratos como tampoco podrán revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte. Algunas empresas aprovechaban las terminaciones de con-

trato de algunos pacientes para incluir preexistencias adicionales buscando así que los pacientes se retiraran de ese plan voluntario.

Contratación por capitación: durante mucho tiempo se capitaron servicios de salud de alta complejidad; esto atenta en muchos casos contra la calidad de la atención, ya que los porcentajes de la UPC destinados en muchos casos eran muy pequeños y los servicios contratados muchos. En su artículo 52 la Ley establece que solo se podrá contratar por capitación los servicios de salud de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objetos de la capitación.

Pago a los prestadores de servicios de salud: buscando solucionar el hecho de no presentarse flujo de caja ante la demora en los pagos, en su artículo 56, se establece que las EPS deberán pagar a los prestadores de servicios dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes establecidos por el Gobierno nacional, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007, prohibiéndose la obligatoriedad de los procesos de auditoría previo a la presentación de las facturas, o cualquier tipo de práctica tendiente a impedir la recepción.

Trámite de glosas: en su artículo 57 refiere que las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formular y comunicar a los prestadores del servicio las glosas a cada factura. Una vez formuladas las glosas no podrán ser formuladas glosas nuevas a la misma factura, a menos que surjan hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

La respuesta a la glosa por parte del prestador deberá darse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la recepción de la glosa, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la

respuesta decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles el prestador del servicio considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar las causas de las glosas no levantadas y enviar las facturas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores correspondientes a las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas, o su proporción, que no fueron levantadas.

Redes integradas de servicios de salud: En sus artículos del 60 al 64, se establece que se crearán redes integradas de servicios de salud. Estas deberán estar integradas, y se propende por potencializar la capacidad resolutoria de la baja complejidad, además de brindar un servicio de mayor calidad

Emergencias médicas: el artículo 67 establece que el Gobierno deberá desarrollar un sistema de emergencias médicas que responda de manera oportuna a la atención de víctimas de enfermedades o accidentes que necesiten atención médica de urgencias, de tal forma que se garantice la integralidad de la atención de los pacientes, especialmente en los momentos en que son más vulnerables.

Prohibición de prebendas o dádivas a trabajadores en el sector salud: hasta la fecha los profesionales de la salud reciben de los visitantes médicos no solo la muestra del producto a promocionar; es común que se otorgue a los médicos estímulos por formulación, que van desde comidas en restaurantes costosos a viajes al exterior y cupos para asistencia a congresos, entre otros. En su artículo 106 esta Ley establece que ninguna entidad podrá otorgar cualquier tipo de prebendas o dádivas a trabajadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, bien sea en dinero o en especies, independientemente de si son EPS, IPS o la empresa farmacéutica, a menos que esta esté vinculada al cumplimiento de una relación

contractual o laboral formalmente establecida entre la empresa y el trabajador.

Obligatoriedad de audiencias públicas de EPS y ESE: el Estado obligará, en su artículo 109 de la presente Ley, a todas las IPS a dar cuentas de su gestión en audiencia pública, y a tener en cuenta sus opiniones para la generación del plan de gestión siguiente. Adicionalmente deberán publicar anualmente los resultados de los indicadores de calidad que bajo las condiciones que defina el nivel central.

Requisitos para la reclamación por accidente del tránsito ante el SOAT: en su artículo 143 establece que será suficiente la declaración del médico que atienda al herido en el servicio de urgencias, sin perjuicio de la intervención del tránsito (cuando una persona tiene un accidente de tránsito tiene derecho a atención médica que será cubierta por el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), pero la aseguradora requiere un trámite que puede ser dispendioso para una persona que se encuentre herida. Se busca agilizar el proceso de atención con cobertura al SOAT; el croquis, el informe del accidente de tránsito y otros no serán responsabilidad del asegurado sino de la aseguradora. Esto debía ponerse en vigencia en seis meses a partir de la fecha de expedición de la norma, pero hasta el momento (septiembre 2011) no se ha llevado a cabo (Congreso de Colombia, 2011).

En cambio, en contraste con toda la nueva reforma al SGSSS en mayo del mismo año (2011) se desata en el país un escándalo de inmensas proporciones, por lo que se denominó el "carrusel de la salud". La EPS más grande del país, Saludcoop EPS, admirada por unos al constituirse en un modelo de negocio altamente productivo que la llevó a ser considerada una de las empresas más importantes del país; cuestionada por otros debido a su integración vertical persistente a pesar de lo estipulado por la normatividad vigente frente al porcentaje máximo permitido, fue puesta en la palestra por:

Presuntas faltas gravísimas al realizar recobros al FOSYGA por medicamentos, servicios médicos o prestaciones excepcionales en salud no POS y fallos de tutela, utilizando como soporte

el pago de cheques girados, los cuales, según la auditoría forense, no fueron entregados a sus beneficiarios. (Procuraduría General de la Nación, 2012, p. 1)

Ya era conocida su integración vertical tanto hacia adelante como hacia atrás, lo que la había llevado a convertirse en un gran emporio financiero tal y como puede mostrarse en el expediente No. 250002341000201401455-00 del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Primera de la demandante Ana María Piñeros Ricardo:

(...) lo cual es que SALUDCOOP no demostró que esos recursos que prestó para la prestación de los servicios NO POS hayan sido propios, partiendo de la base que no se encuentra acreditado que la empresa haya registrado estas actividades en forma independiente a las actividades propias del objeto social del negocio, como se lo exige el parágrafo del artículo 182 de la Ley 100 de 1993155. Tal y como lo hizo la Contraloría, estos ingresos debían contabilizarse como recursos POS, por cuanto la fuente que los origino eran los recursos del Sistema, de los cuales SALUDCOOP canceló las obligaciones NO POS que luego recobró al FOSYGA. Luego, si la EPS prestó el servicio NO POS con recursos del sistema, al retornar los mismos a la empresa, éstos debían ser restituidos a los recursos parafiscales, y no transformarse en recursos propios de libre destinación como lo pretende la demandante (Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Primera, 2018, p. 256)

La cartera de la EPS con las IPS con que tenía contratados servicios era de grandes proporciones; la Superintendencia vigilaba de cerca esta situación, por lo que la aseguradora en abril de 2011 inicia con los prestadores de su red acuerdos de pago, en los que se compromete a costear sus acreencias en el transcurso del año 2011, situación que dejó satisfecha a la gran mayoría de las IPS, motivo por el cual sus representantes legales firmaron estos acuerdos.

La aseguradora destina los pagos en cheques que serán liberados según se definan las fechas de pago, pero, al diligenciar estos cheques, automáticamente descargan de la cartera estos dineros. Esta "maniobra contable" fue la "gota que rebose el vaso" y llevó a la intervención inmediata de la aseguradora.

En esta acción sorpresa, se encuentran cajas con numerosos cheques que suman las cantidades que fueron ya descargadas de la cartera de la empresa. Según su presidente, Carlos Palacino, esta es "una acción contablemente apropiada, por tanto, no constituye delito".

Las IPS reciben del agente Interventor el mensaje de que los acuerdos de pago que se habían firmado entre las partes no eran válidos, y que la aseguradora estaba siendo evaluada para determinar si sería o no estatizada. Esta situación hace que entren en pánico las IPS, y en la gran mayoría de ellas se cierran los servicios a la EPS, con lo que los millones de afiliados en todo el país se vieron afectados al no recibir atención oportuna.

En julio, se nombra un nuevo agente interventor, quien solicita a las IPS continuar con la atención de los pacientes, diciendo a estas que prontamente entregará un acuerdo de pago con la red de prestadores. Este acuerdo de pago es publicado y socializado durante julio de 2011, volviendo a la normalidad la prestación de los servicios a los afiliados. Sin embargo, con esto solo empieza la investigación de lo que el nivel central denominó el "carrusel de la salud", por lo que se espera nuevos hallazgos de corrupción y utilización no lícita de recursos destinados para la atención en salud de los colombianos amparados bajo el SGSSS.

En el mes de junio frente a la comisión séptima, el alcalde de Barranquilla y el alto consejero para inversión social en el Distrito, expusieron resultados preliminares de lo que se conoce como la "prueba piloto del régimen subsidiado en Barranquilla". Según informan ante la comisión, en términos generales, aumentaron los números de consultas realizadas, así como también las tasas de cobertura en vacunación; por otra parte, reportan disminución de la mortalidad materna e infantil.

Para dar inicio a este proyecto (prueba piloto del régimen subsidiado en Barranquilla) en mayo de 2010, la Administración inició con la reorganización y modernización de la red de IPS del distrito, desde el año 2008, para lo que se comenzó con la liquidación de

la ESE Redehospitales (esta agrupó en el año 2004 todos los hospitales públicos del Distrito de Barranquilla, que hasta ese momento actuaban de forma independiente). Este programa piloto, pionero en el país por tratarse del único que ofrece aseguramiento con cobertura universal e igualación de los planes de beneficios del Pos, está soportado financieramente por recursos propios del Distrito y apoyo a nivel central, ofrece sus servicios en una red hospitalaria ampliada y mejorada en su capacidad resolutive.

Sin embargo, a pesar del éxito en cuanto a cantidad y calidad de la atención prestada a los usuarios del Régimen Subsidiado de Barranquilla, a comienzos de 2011 la cartera de la entidad ascendió a los 25 mil millones de pesos, de los cuales, 19 mil millones correspondían a las EPS que operan el régimen subsidiado en Barranquilla.

Si bien es cierto que una parte de esta cartera está asociada a problemas propios de las IPS (problemas con la facturación, demoras en la radicación de las facturas, entre otros), es importante tener en cuenta que los giros desde el nivel central a las EPS durante lo transcurrido de 2011 no han sido fluidos, por lo que tampoco lo han sido los pagos de las EPS a la red prestadora de servicios. La imposibilidad de pagos oportunos al recurso humano de las IPS, así como la dificultad de comprar insumos y dispositivos biomédicos necesarios para la atención, debilitaron la continuidad de este programa piloto en la capital del departamento del Atlántico.

Para el mes de septiembre se dio a conocer que por hacer pactos para negar tratamientos y medicamentos a sus usuarios, la Superintendencia de Industria y Comercio multó a 14 Empresas Promotoras de Salud (EPS) y a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI).

Entre las EPS multadas están algunas de las más grandes e importantes del país, tales como Colmédica, hoy Aliansalud; Coomeva; Famisanar; Salud Total; SOS; Susalud, hoy EPS y Medicina Prepagada Suramericana; Saludcoop; Cruzblanca; Cafesalud; Sánitas; Compensar; Comfenalco Antioquia; Comfenalco Valle y Humana Vivir. La Superintendencia

refiere que estas EPS “organizaron un acuerdo contrario a la libre competencia, que tuvo como objeto restringir los servicios de salud, afectar la transparencia en el sector y definir de manera indirecta el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” (Sancionadas 14 EPS y ACEMI por la Superindustria, 2011).

Además, un estudio realizado por el Ministerio de la Protección Social y la Universidad Nacional refleja sobrecostos en los servicios de salud que las EPS prestaron a sus afiliados (entre el 2008 y el 2009, las EPS destinaron en un año 81.312 pesos más por afiliado). Esto es riesgoso, ya que el Estado calcula para el siguiente año el dinero que será entregado a las aseguradoras por cada afiliado según la base del dinero realmente utilizado el año anterior. Si existen sobrecostos por supuesto la cifra de dinero a entregar aumenta. De esta manera las EPS, de forma indirecta, logran que la UPC (dinero que se asigna por cada paciente-Unidad Per Cápita) aumente, con lo que por ende aumentan sus ganancias.

Si a este incremento en la UPC se le suma la demora encontrada en algunas aseguradoras para la autorización de servicios y entrega de medicamentos (dilación de servicios) estamos frente a un modelo perverso en el que el más perjudicado es el usuario. En la decisión también se multa a ACEMI. Según la Superintendencia de Industria y Comercio, la asociación sirvió como “instrumento de difusión y coordinación y haber actuado como partícipe del acuerdo contrario a la libre competencia” (Sancionadas 14 EPS y ACEMI por la Superindustria, 2011).

También se ordena sanción a los representantes legales de las EPS, entre ellos Carlos Gustavo Palacino, exrepresentante legal de Saludcoop, y Juan Manuel Díaz-Granados, quien fue representante legal de ACEMI, “por haber ejecutado y/o tolerado las conductas anticompetitivas imputadas a las empresas investigadas”. Frente a esto, ACEMI, mediante comunicado, informa que solicitará la revocatoria de esta Resolución de la Superintendencia de Industria y Comercio, ya que refiere que su actuar se ha centrado siempre en las normas legales vigentes, y que las verdaderas causas de la crisis en la salud son

las "deficiencias de regulación, vigilancia y control", declarando como "infundadas las denuncias realizadas por la Superintendencia" (Sancionadas 14 EPS y ACEMI por la Superindustria, 2011).

Sumado a lo anterior, en la actualidad la situación del Sistema de Salud Colombiano presenta serios percances, desde la necesidad de una reforma de la normatividad; más los escasos recursos disponibles frente a la enorme necesidad de estos para la más que necesaria redefinición del modelo; los altos niveles de siniestralidad, el alto costo presente en algunas EPS secundarias y la casi completa ausencia de medicina preventiva y poco oportuna intervención de la enfermedad en la población a ellos asignada; la complicada situación de la EPS más grande del país por aspectos relacionados con presunta corrupción y malversación de fondos, la también complicada situación de las EPS que se encuentran sancionadas o en proceso de investigación por parte de la Superintendencia Nacional del Salud, —que para el 2015 llegaron a un total de 259 por 39.190.072.300 pesos m/cte (Supersalud, 2015, p. 72).

Además, se debe sumar aspectos ya mencionados anteriormente, como la inestabilidad jurídica; la escasa actualización del pos con la posterior proliferación exponencial de solicitud de aprobación de medicamentos y/o procedimientos por CTC; los derechos de petición y/o tutelas para acceder a servicios de salud; adicionándose, el estímulo perverso de aceptación de medicamentos y servicios no Pos solicitados por CTC ante la más que probable aceptación por tutela y disminución de los ingresos por recobros; por último, la contratación por parte de las aseguradoras con tarifas bajas que hacen que el margen frente a costos y gastos asociados a la atención sea cada vez menor lo que redundará en la calidad y calidez de la atención, es gracias a la conjugación de todas estas vertientes que existe un direccionamiento claro hacia un inminente cierre de los hospitales públicos como el Universitario de Valle y el San Juan de Dios, puesto que, la cartera que le adeudan las aseguradoras no les permiten mantener los niveles de liquidez requeridos para operar y sostenerse en el mercado actual.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA E. S. E.

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E. S. E. (HUV), es una entidad que presta servicios de salud, originada en la Ordenanza No. 20 de junio 3 de 1938 reformada sucesivamente por las Ordenanzas No. 58 de 1942, No. 12 de 1954, No. 9 de 1955. Mediante el Decreto Departamental No. 1807 del 7 de noviembre de 1995, fue transformado en una Empresa Social del Estado, de origen público del orden Departamental, adscrita al Departamento del Valle del Cauca.

El HUV surgió a mediados del siglo XX por iniciativa de líderes empresariales de la comarca que veían la necesidad de tener un hospital moderno que atendiera las necesidades de la comunidad y sirviera de lugar de práctica para los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle. Comenzó a construirse en 1936, se terminó en 1940, pero solo abrió puertas al público en 1956. En la actualidad el HUV es una entidad pública de categoría especial, descentralizada, del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa sometida al régimen jurídico.

La Universidad del Valle ha sido parte de la creación, consolidación y sostenimiento del HUV a lo largo de los años, enfrentando los grandes momentos de su desarrollo y las peores crisis tanto en la época en que era una dependencia de la Secretaría de Salud Departamental, como desde su conversión a Empresa Social del Estado (ESE), mediante decreto departamental 1807 de noviembre de 1995, luego de la expedición de la Ley 100 de 1993.

Sin lugar a dudas, bien puede decirse que a través de la alianza Universidad del Valle-Hospital Universitario, la región cuenta con capital humano cualificado de las ciencias de la salud, que durante los años de análisis (2010-2019), se presenta un número creciente de los graduados en la Universidad Del Valle frente al total de graduados del Departamento. Los graduados en ciencias de la salud provenientes de la Universidad del Valle, cuyo escenario de práctica es precisamente el Hospital Universitario del Valle en promedio entre 2010 y 2019 es del 28% del total con tendencia al alta, hasta lograr en 2019 el 50%. A continuación, se detallan las estadísticas de graduados en ciencias de la salud en el Departamento del Valle y la Universidad del Valle paralos años 2010 al 2019.

Tabla 7. Egresados Ciencias de la Salud Departamento del Valle y Universidad del Valle 2001-2014.

Egresados	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Valle del Cauca	1052	1031	1100	1268	999	1211	1189	1211	1237	632
Univalle	286	307	292	249	311	295	294	297	241	314
%	27%	30%	27%	20%	31%	24%	25%	25%	19%	50%

Fuente: adoptado de Universidad del Valle (2019) y el Observatorio Laboral de Educación Superior (OLE).

La relación entre las dos entidades se ha mantenido a pesar de los cambios que se presentaron en Colombia en los años noventa en diversos frentes tales como el sector educativo y en el de la prestación de los servicios de la salud, que han modificado sustancialmente el funcionamiento de las entidades, y cuyos ajustes no fueron acordes a estas realidades. En este contexto es de importancia mostrar cómo el Hospital ha contribuido al desarrollo regional en su

labor de servicio de salud a la población en condiciones de vulnerabilidad a través de la contratación con el régimen subsidiado en las modalidades con población no cubierta y población afiliada. De acuerdo con las estadísticas del Sistema de Información Hospitalaria del Ministerio de Salud, se observa que el único Hospital público de nivel III en la región, es el HUV y ha sido actor protagónico en la prestación del servicio:

Tabla 8. Producción Hospitalaria 2002-2013 HUV (Cantidad de servicios).

Año	PPNA +NO POS	R. SUBSIDIADO	R. Contributivo	Otros (*)	Total
2002		0	0	17.409.180	17.409.180
2003		0	0	15.412.023	15.412.023
2004		0	0	11.209.092	11.209.092
2005		0	0	12.421.241	12.421.241
2006			0	20.972.180	20.972.180
2007	9.211.191	6.401.804	1.050.487	4.871.613	21.535.095
2008	9.536.283	7.447.753	944.901	4.245.167	22.174.103
2009	13.620.357	11.222.155	1.426.661	1.363.581	27.632.754
2010	11.078.438	12.621.292	1.322.332	1.101.618	26.146.096
2011	9.272.397	13.972.963	1.355.606	1.331.182	25.942.896
2012	4.909.130	16.691.113	1.148.293	514.436	23.262.973
2013	3.678.195	17.778.993	954.850	1.027.486	23.439.524
Total	61.305.992	86.136.072	8.203.129	91.878.798	247.557.156
%	25%	35%	3%	37%	100%

Fuente: SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social.

De alguna manera y como consecuencia de los vaivenes presentados en el sector salud, así como lo asimétrico de su información y las finanzas, las debilidades en el manejo, el Hospital ha ido involucionando desde sus aspectos administrativos y financieros, por lo que, en 2016 en un escenario de crisis, la Junta Directiva aprobó el trámite de ingreso a la Ley 550 de 1999. A finales de 2020 se actualizaron cifras para ver los efectos posteriores a los planes trazados por la Gerencia, la Junta Directiva y la Gobernación del valle tal como se detalla en las Tablas 11 y 12.

Las cifras contenidas en la Tabla 11 permiten evidenciar que a partir del año 2012, el volumen de ingreso presenta deterioro progresivo, donde efectivamente el HUV ha disminuido en los últimos años la participación en el mercado de servicios y por ende en sus ingresos, siendo el año más crítico el 2016, donde el valor de los ingresos por servicios es similar a los del año 2007 (9 años atrás). La Tabla 10 muestra las tendencias de la información financiera del HUV.

A partir de las anteriores cifras podemos obtener los siguientes indicadores (ver Tabla 10).

Tabla 9. Información Financiera del HUV 2006-2018,
cifras en millones de pesos corrientes.

Nombre	Activo	Pasivo	Patrimonio	Ingresos totales	Venta de servicios	Gastos	Costos de ventas y operación
2006	345.431	57.211	288.220	158.899	133.413	95.311	46.147
2007	366.357	69.911	296.446	161.404	154.798	76.833	76.974
2008	395.075	87.337	307.738	192.782	172.240	98.917	83.759
2009	407.795	92.355	315.440	247.448	179.449	132.887	106.879
2010	458.007	131.920	326.087	248.412	184.926	113.270	127.980
2011	458.900	128.297	330.602	245.470	183.036	109.493	131.531
2012	435.875	153.009	282.866	210.820	165.166	130.228	128.338
2013	443.551	154.976	288.575	221.687	168.720	76.767	139.443
2014	475.768	183.438	292.329	255.765	184.207	93.955	158.270
2015	483.878	256.294	227.584	270.601	186.774	160.144	175.268
2016	517.144	317.715	199.428	279.677	154.216	176.531	131.309
2017	733.145	275.233	457.912	383.913	180.199	224.405	162.896
2018	840.194	288.496	551.698	363.681	255.939	102.318	193.628

Nota: Cifras en millones de pesos corrientes.

Fuente: Hospital Universitario del Valle 2006 a 2019.

Tabla 10. Información Financiera del HUV 2006-2018 en indicadores, cifras en millones de pesos corrientes.

Año/indicador	Costo/ingreso servicio	Gasto / ingreso servicio	Pasivo/activo	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo
2006	35%	71%	17%	6%	5,00%
2007	50%	50%	19%	3%	2,10%
2008	49%	57%	22%	3%	2,60%
2009	60%	74%	23%	2%	1,90%
2010	69%	61%	29%	2%	1,60%
2011	72%	60%	28%	1%	1,00%
2012	78%	79%	35%	-17%	-11,00%
2013	83%	45%	35%	2%	1,20%
2014	86%	51%	39%	1%	0,70%
2015	94%	86%	53%	-28%	-13,40%
2016	85%	114%	61%	-14%	-5,40%
2017	90%	125%	38%	-1%	-0,50%
2018	76%	40%	34%	12%	8,10%

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 9.

Los indicadores detallados en la tabla anterior permiten evidenciar que las finanzas del Hospital cada vez están más deterioradas, toda vez que en los últimos diez (10) años sus factores de costo pasaron del 35% al 76% disminuyendo la generación interna de fondos. El volumen de los gastos frente a los ingresos por servicios se ha incrementado del 72% al 86% para el 2014, con algunos periodos de austeridad especialmente en 2013. El nivel de endeudamiento sube desproporcionadamente, toda vez que pasa del 17% en 2006 al 53% en 2015 aunque disminuye este índice para el 2018 con un 34%, esta disminución no representa un aumento en la rentabilidad dado que sigue habiendo un alto nivel de endeudamiento. La rentabilidad del activo pasó del 5% en 2006 a tener un índice del -13% en el 2015, esta cifra ha mejorado un poco para el año 2016 que logró recuperarse y tomar una rentabilidad del 8%.

La situación actual de crisis del HUV no es ajena a la Universidad del Valle y en su solución, la última siempre ha estado presente. Entre aquellos factores que enmarcan su importancia en el desarrollo social regional se cuenta:

- Investigación e innovación
- Experiencia y reconocimiento
- Imagen de marca

El Hospital mantiene una estructura piramidal, con descentralización en gerencias para sus cuatro (4) áreas claves:

- El servicio de salud (procesos misionales).
- La docencia como factor complementario al proceso misional.
- La administración como apoyo al proceso misional.
- Las finanzas.

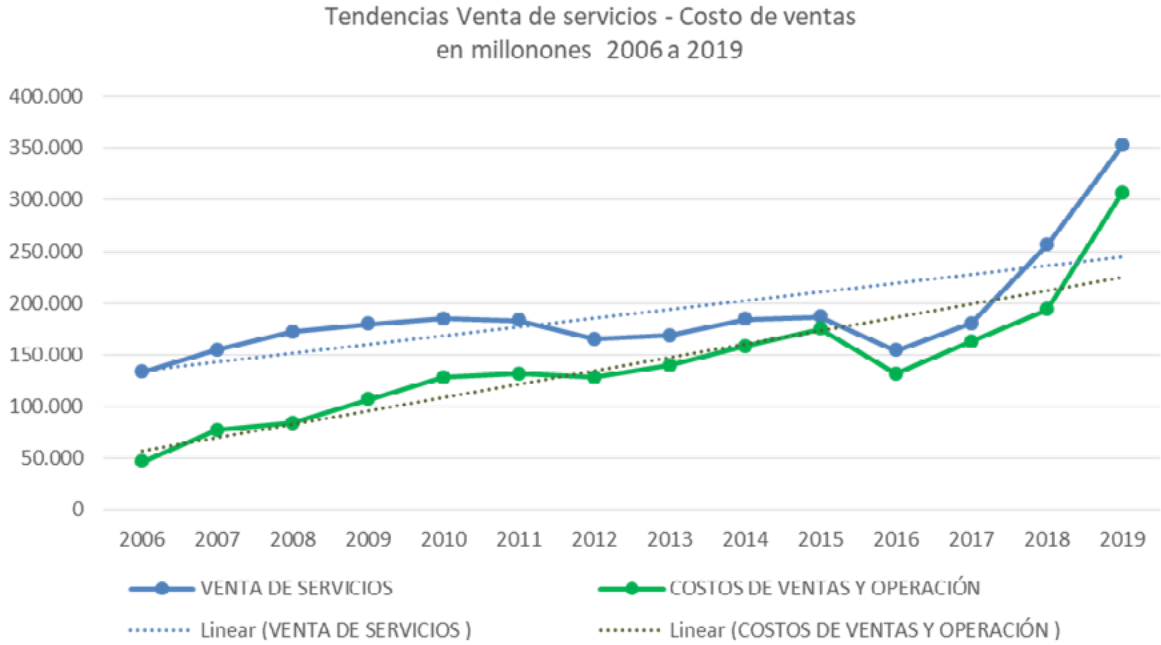


Figura 6. Venta de servicios vs. Costos de operación 2006-2019.

Fuente: elaboración a partir de la Tabla 9.

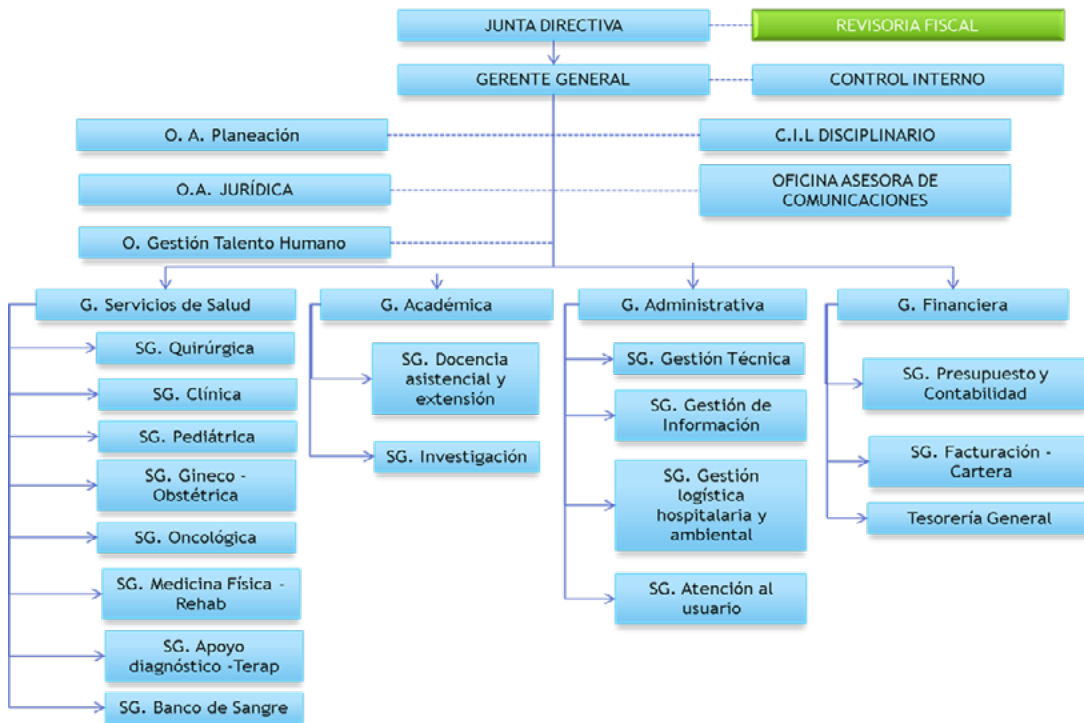


Figura 7. Organigrama HUV.

Fuentes: elaboración propia con base en el Acuerdo 020 del 2016 (Universidad del Valle, 2016, pp. 3 y 5).

La estructura vigente fue concebida a la luz del Decreto 1876 de 1994, tal como se enuncia en el artículo 10 de los estatutos (Acuerdo 003 de 2015). Al momento de la presentación en la Oficina de Talento Humano dejaron en evidencia que a la estructura vigente le faltó la asignación de funciones y que no hay trazabilidad con la planta de cargos.

El modelo organizacional subyace en una estructura rígida, que conserva esquemas de tipo "cacique" y que se caracteriza por la burocracia centrada en líneas de responsabilidad difusas, en esquemas de vistos buenos, conductos regulares y una serie de prácticas que no generan valor agregado al usuario ni al cliente (EPS-Gobernación y particulares).

Difícilmente se puede gestar transformación a estructuras planas centrada en el usuario, propias de los sistemas administrativos contemporáneos, como consecuencia de la desconfianza que reina a todo nivel y la ausencia de sistemas de control automatizados que garanticen el uso efectivo de los recursos. Se observa en las decisiones y en el modus operandi hospitalario una ausencia de liderazgo, donde terceros con intereses personales (sindicatos, asociaciones sindicales, contratistas y otros), toman partido e inciden en decisiones trascendentales (por ejemplo, retiro de funcionarios de alto desempeño).

En organizaciones tan complejas como los hospitales, las líneas de autoridad y los niveles de responsabilidad tienden a volverse difusos, toda vez que no existe una cultura organizacional que propenda por el desarrollo y preservación de la organización. Pareciera ser que prima el interés y el bienestar personal frente al organizacional, ocasionando graves fisuras a los procesos, y comprometiendo la eficiencia en las actividades, entre ellos, los que tienen que ver con la fluidez de los sistemas de información y su

soporte al proceso de facturación como columna vertebral de ingreso.

Por otra parte, la administración pública del país en general constituye un sistema de suma complejidad en sus componente de infraestructura, tecnología y personal. Se puede observar que, dentro de las matrices existe un patrón caótico en el que se hacen identificables algunas variables que suelen ser altamente susceptibles a ser influenciadas por pequeños cambios de forma positiva o negativa.

Sin adentrarnos en un estudio de cultura o clima organizacional, es evidente que no se percibe un compromiso global (del 100% del equipo de trabajo) con el desarrollo institucional a través de mística en el trabajo, sentido de pertenencia y orientación a resultados. Basta con mirar el proceso de recolección de información durante el presente diagnóstico para observar el incumplimiento, la demora y la no entrega de la información por parte de algunos funcionarios. No obstante, es necesario reconocer que también existen personas que le apuestan al HUV, propenden por hacer bien las cosas, pero que, ante las rupturas en los diferentes puntos de la cadena de valor, su trabajo puede volverse etéreo y no cumplir con los objetivos o ser una parte pequeña que no logra incidir en el logro de la misión de la institución.

En último acuerdo consultado, que corresponde al Acuerdo 05 de 2018, se observa que el organigrama se mantiene excepto porque la gerencia o Dirección Académica pasó a ser una oficina de coordinación. Conforme a la información entregada por el área de contratación los servicios generales prestados por el Hospital Universitario del Valle se presentan en la siguiente tabla. (El detalle de ellos será analizado en el análisis interno, en el apartado denominado Recursos y Capacidades Marketing.)

Tabla 11. Portafolio general de servicios HUV 2015-2016 HUV.

PORTAFOLIO GENERAL	2015	2016
▪ Servicios de hospitalización	X	X
▪ Servicios quirúrgicos	X	X
▪ Servicios consulta externa	X	X
▪ Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	X	X
▪ Transporte asistencial	X	X
▪ Procesos	X	X
▪ Otros servicios	X	X
▪ Urgencias (24 Horas)	X	X

Fuente: elaboración propia con base en documentos entregados por el HUV (2015).

Tabla 12. Resumen Información general HUV.

ÍTEM	OBSERVACIONES
Nombre de la Entidad	Hospital Universitario del Valle-Evaristo García Peña
Naturaleza Jurídica	<p>El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E. S. E., es una entidad que presta servicios de salud, originada en la Ordenanza No. 20 de junio 3 de 1938 reformada sucesivamente por las Ordenanzas No. 58 de 1942, No. 12 de 1954, No. 9 de 1955. Mediante el Decreto Departamental No. 1807 del 7 de noviembre de 1995 fue transformado en una Empresa Social del Estado, de origen público del orden Departamental, adscrita al Departamento del Valle del Cauca.</p> <p>En la actualidad el HUV es una "Entidad Pública de categoría especial, descentralizada, del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Art 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, 1876 de 1994, 1757 de 1994, y 2993 de 2011-</p>
Ubicación geográfica de la empresa	Sede principal: Calle 5 entre Carreras 35 y 36-
Objeto social	<p>Prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud y la formación del talento humano en salud.</p> <p>En desarrollo de este objeto adelantará acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, tratamiento, rehabilitación en salud, facilitará el desarrollo de prácticas de formación e investigación en sus instalaciones, así como actividades que busquen el mejoramiento de los diferentes grupos o estamentos que conformen la institución en beneficio de su objeto social (Junta Directiva Hospital Universitario del Valle Evaristo García Peña, 2015, págs. Acuerdo-003 de 2015)</p>
Servicios o productos que ofrecen	<p>SERVICIOS: urgencias, servicios de hospitalización, servicios quirúrgicos, servicios consulta externa, apoyo, diagnóstico y complementación terapéutica, transporte asistencial, procesos, otros servicios.</p> <p>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN: General adultos, General Pediátrica, Unidad de Salud Mental, Cuidado Intermedio Neonatal, Cuidado Intermedio Pediátrico, Cuidado Intermedio Adultos, Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intensivo Pediátrico, Cuidado Intensivo Adulto, Unidad de Quemados Adultos, Unidad de Quemados Pediátricos y Obstetricia.</p> <p>SERVICIOS QUIRÚRGICOS: Cirugía Cabeza y Cuello, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Ginecológica, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Neurológica, Cirugía Ortopédica, Cirugía Oftalmológica, Cirugía Otorrinolaringológica, Cirugía Oncológica, Cirugía Oral, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Estética, Cirugía Vascul (No endovascular) y Angiológica, Cirugía Urológica, Trasplante de tejidos oculares, Trasplante de tejido osteomuscular, Cirugía oncológica pediátrica, Trasplante de piel y componente de la piel, Cirugía de la mano, Cirugía de tórax y Cirugía gastrointestinal.</p>

Continúa

ÍTEM	OBSERVACIONES
Servicios o productos que ofrecen	<p>SERVICIOS CONSULTA EXTERNA: Anestesia, Cardiología Cirugía, Cardiovascular (No endovascular,) Cirugía General, Cirugía Neurológica, Cirugía Pediátrica, Dermatología, Dolor y Cuidados Paliativos, Endodoncia, Enfermería, Estomatología, Gastroenterología, Geriátrica, Ginecobstetricia, Hematología, Infectología, Medicina Familiar, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Nutrición y Dietética, Odontología General, Oftalmología, Oncología Clínica, Optometría, Ortopedia, Ortopedia y/o Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Periodoncia, Psicología, Psiquiatría, Reumatología, Toxicología, Urología, Cardiología Pediátrica, Cirugía de Mano, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía de Mama y Tumores, Tejidos Blandos, Cirugía Dermatológica, Cirugía de Tórax, Cirugía Gastrointestinal, Cirugía Ginecológica, Laparoscópica, Cirugía Plástica y Estética, Cirugía Vascul ar (No endovascular), Cirugía Oncológica, Cirugía Oncológica Pediátrica, Coloproctología, Ginecología, Oncológica, Hematología, Oncológica, Nefrología, Pediátrica, Neonatología, Neumología Pediátrica, Neurocirugía (no endovascular), Neuropediatría, Oncología y Hematología Pediátrica, Ortopedia Pediátrica, Ortopedia Oncológica, Urología, Oncológica, Odontopediatría.</p> <p>APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: Urgencias, Diagnóstico Cardiovascular, Endoscopia Digestiva, Neumología y Fibrobroncoscopia, Laboratorio Clínico de Mediana y Alta Complejidad, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Quimioterapia, Radioterapia, Transfusión Sanguínea, Servicio Farmacéutico, Medicina Nuclear, Laboratorio de Patología, Ultrasonido, Electro diagnóstico, Neumología, Laboratorio, Función Pulmonar, Ecocardiografía, Fisioterapia, Fonoaudiología y terapia del lenguaje, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria.</p> <p>TRANSPORTE ASISTENCIAL Básico Medicalizado.</p> <p>OTROS SERVICIOS: Atención Domiciliaria de Paciente agudo, Sala General de Procedimientos menores.</p> <p>PROTECCIÓN ESPECÍFICA-VACUNACIÓN.</p> <p>PROCESOS Esterilización.</p>
Nombre de la Entidad	Hospital Universitario del Valle-Evaristo García Peña
Naturaleza Jurídica	<p>El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E. S. E., es una entidad que presta servicios de salud, originada en la Ordenanza No. 20 de junio 3 de 1938 reformada sucesivamente por las Ordenanzas No. 58 de 1942, No. 12 de 1954, No. 9 de 1955. Mediante el Decreto Departamental No. 1807 del 7 de noviembre de 1995 fue transformado en una Empresa Social del Estado, de origen público del orden Departamental, adscrita al Departamento del Valle del Cauca.</p> <p>En la actualidad el HUV es una "Entidad Pública de categoría especial, descentralizada, del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Art 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, 1876 de 1994, 1757 de 1994, y 2993 de 2011-</p>
Ubicación geográfica de la empresa	Sede principal: Calle 5 entre Carreras 35 y 36-
Objeto social	<p>Prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud y la formación del talento humano en salud.</p> <p>En desarrollo de este objeto adelantará acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, tratamiento, rehabilitación en salud, facilitará el desarrollo de prácticas de formación e investigación en sus instalaciones, así como actividades que busquen el mejoramiento de los diferentes grupos o estamentos que conformen la institución en beneficio de su objeto social (Junta Directiva Hospital Universitario del Valle Evaristo García Peña, 2015, págs. Acuerdo-003 de 2015)</p>
Servicios o productos que ofrecen	<p>SERVICIOS: urgencias, servicios de hospitalización, servicios quirúrgicos, servicios consulta externa, apoyo, diagnóstico y complementación terapéutica, transporte asistencial, procesos, otros servicios.</p> <p>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN: General adultos, General Pediátrica, Unidad de Salud Mental, Cuidado Intermedio Neonatal, Cuidado Intermedio Pediátrico, Cuidado Intermedio Adultos, Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intensivo Pediátrico, Cuidado Intensivo Adulto, Unidad de Quemados Adultos, Unidad de Quemados Pediátricos y Obstetricia.</p>

Continúa

ÍTEM	OBSERVACIONES
Servicios o productos que ofrecen	<p>SERVICIOS QUIRÚRGICOS: Cirugía Cabeza y Cuello, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Ginecológica, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Neurológica, Cirugía Ortopédica, Cirugía Oftalmológica, Cirugía Otorrinolaringología, Cirugía Oncológica, Cirugía Oral, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Estética, Cirugía Vascul ar (No endovascular) y Angiológica, Cirugía Urológica, Trasplante de tejidos oculares, Trasplante de tejido osteomuscular, Cirugía oncológica pediátrica, Trasplante de piel y componente de la piel, Cirugía de la mano, Cirugía de tórax y Cirugía gastrointestinal.</p>
	<p>SERVICIOS CONSULTA EXTERNA: Anestesia, Cardiología Cirugía, Cardiovascular (No endovascular,) Cirugía General, Cirugía Neurológica, Cirugía Pediátrica, Dermatología, Dolor y Cuidados Paliativos, Endodoncia, Enfermería, Estomatología, Gastroenterología, Geriátrica, Ginec obstetricia, Hematología, Infectología, Medicina Familiar, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Nutrición y Dietética, Odontología General, Oftalmología, Oncología Clínica, Optometría, Ortodoncia, Ortopedia y/o Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Periodoncia, Psicología, Psiquiatría, Reumatología, Toxicología, Urología, Cardiología Pediátrica, Cirugía de Mano, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía de Mama y Tumores, Tejidos Blandos, Cirugía Dermatológica, Cirugía de Tórax, Cirugía Gastrointestinal, Cirugía Ginecológica, Laparoscópica, Cirugía Plástica y Estética, Cirugía Vascul ar (No endovascular), Cirugía Oncológica, Cirugía Oncológica Pediátrica, Coloproctología, Ginecología, Oncológica, Hematología, Oncológica, Nefrología, Pediátrica, Neonatología, Neumología Pediátrica, Neurocirugía (no endovascular), Neuropediatría, Oncología y Hematología Pediátrica, Ortopedia Pediátrica, Ortopedia Oncológica, Urología, Oncológica, Odontopediatría.</p>
	<p>APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: Urgencias, Diagnóstico Cardiovascular, Endoscopia Digestiva, Neumología y Fibrobroncoscopia, Laboratorio Clínico de Mediana y Alta Complejidad, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Quimioterapia, Radioterapia, Transfusión Sanguínea, Servicio Farmacéutico, Medicina Nuclear, Laboratorio de Patología, Ultrasonido, Electro diagnóstico, Neumología, Laboratorio, Función Pulmonar, Ecocardiografía, Fisioterapia, Fonoaudiología y terapia del lenguaje, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria.</p>
	<p>TRANSPORTE ASISTENCIAL Básico Medicalizado.</p>
	<p>OTROS SERVICIOS: Atención Domiciliaria de Paciente agudo, Sala General de Procedimientos menores.</p>
	<p>PROTECCIÓN ESPECÍFICA-VACUNACIÓN.</p>
	<p>PROCESOS Esterilización.</p>

Fuente: elaboración propia con base en documentos entregados por el HUV (2015).

ANÁLISIS ESTRATÉGICO

Análisis Interno

Este análisis está ejecutado con base en análisis documental y entrevistas a actores de interés de la investigación, arrojando como resultado lo siguiente:

Recursos y capacidades financieras

Una de las conclusiones del plan de desarrollo 2012-2015, indica que el objetivo estratégico de sostenibilidad financiera, tuvo un cumplimiento consolidado del 80%, considerando el periodo de evaluación del Plan de Desarrollo, este indicador no es coherente con la realidad del Hospital, que presenta desequilibrio financiero agudizado en 2015. El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero no fue formulado de acuerdo a la realidad, como tampoco se hizo el debido seguimiento y control por parte de la Administración, la gestión pasa de riesgo Medio en 2013 a riesgo Alto 2014, según el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Se presentó un cambio de software, retrasos en la radicación de cuentas, aumento de glosas, costos operacionales y renunciaciones masivas del personal de facturación que impactaron gravemente la liquidez de la entidad, existiendo cesación de pago a empleados, proveedores, entre otros. No existió control financiero a las alianzas estratégicas y ajuste a contratos como el del SOAT y FOSYGA.

Estados contables

Las cifras de los estados financieros revelan un debilitamiento de la situación financiera del Hospital Universitario del Valle, reflejado en las siguientes variables:

Con base en los estados contables reportados a la Contaduría General de la Nación se puede determinar que los ingresos provenientes de la venta de servicios en términos corrientes, prácticamente no han tenido variación entre 2008 y 2015. Sin embargo, como se puede ver en el siguiente cuadro, en pesos constantes, el hospital todos los años ha tenido menor ingreso con relación al año base 2008, y en 2015 la diferencia es de \$33.070 millones.

- Disminución del ingreso proveniente de venta de servicios:

Tabla 13. Análisis de Ingresos del HUV 2008-2015.

	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015
Pesos Corrientes	172.240.076	179.449.364	184.925.949	183.034.714	165.166.238	168.719.857	184.206.611	186.064.500
Pesos Constantes	172.240.076	185.450.890	189.159.908	195.156.277	202.435.606	207.375.035	211.398.110	219.135.281

Nota: para calcular los valores en precios constantes se tomó como base el año 2008, y para las conversiones se usó el cambio en el IPC anual reportado por el Banco de la República.

Fuente: Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Estructura financiera (miles de pesos)

De acuerdo con la información de los últimos cuatro años, desagregada por trimestres según el cuadro que aparece a continuación, los activos se mantuvieron ligeramente estables en términos corrientes, sufriendo algunas variaciones destacables durante el transcurso de las vigencias como en el último trimestre de 2015 que tuvo una variación de \$50.000 millones. Frente a los pasivos totales, entre el cuarto trimestre de 2012 y el cuarto trimestre de 2015, (tres años), no se redujeron de

acuerdo al compromiso en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, sino que por el contrario crecieron en más de \$100.000 millones, lo que puede afectar al HUV.

De la misma manera, el patrimonio que estaba en \$288.575 millones en el cuarto trimestre de 2013, dos años después, en el cuarto trimestre de 2015, caía de forma significativa en más de \$60.000 millones a \$227.584 millones en plena ejecución del PSFF lo que ocasionará nuevas dificultades por el incumplimiento con dicho PSFF.

Tabla 14. Información financiera HUV por trimestres 2012-4 a 2015-4.

Nombre	2012-4	2013-1	2013-2	2013-3	2013-4	2014-1	2014-2	2014-3	2014-4	2015-1	2015-2	2015-3	2015-4
Activos	435.875	436.357	429.917	447.465	443.551	442.456	452.104	467.480	475.768	479.084	517.830	535.038	483.878
Pasivos	153.009	148.397	151.577	160.606	154.976	154.164	162.751	160.684	183.438	192.832	236.604	280.473	256.294
Patrimonio	282.866	282.872	282.908	282.950	288.575	288.596	288.787	288.789	292.329	292.329	292.340	292.340	227.584

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Como se indicó los activos se mantienen en términos corrientes, toda vez que entre diciembre de 2012 y diciembre de 2015, sus variaciones se dan en las siguientes proporciones (ver Tabla 15).

Para el periodo analizado la inversión en activos del HUV apenas si crece en una rata promedio del 3.6%, mientras que la inflación promedio fue del 4.12%, por lo que no existe crecimiento real.

Tabla 15. Análisis de Activos del HUV 2012-2015.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Activos	435.875	443.551	475.768	483.878
Incremento activo		1,8%	7,3%	1,7%
Comportamiento del IPC	2,44%	1,94%	3,66%	6,77%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Por su parte, el endeudamiento del HUV, crece en forma desproporcionada afectando negativamente la estructura patrimonial (ver Tabla 16).

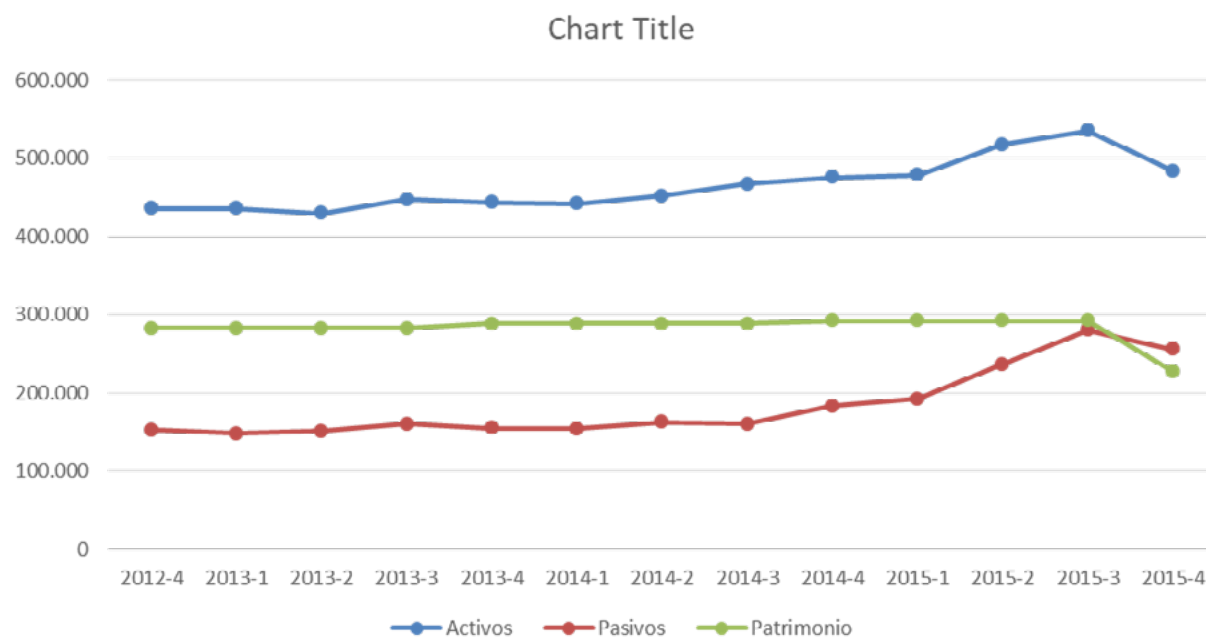


Figura 8. Comportamiento activo, pasivos y patrimonio 2012-2015 HUV.

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 16.

Tabla 16. Análisis de pasivos del HUV 2012-2015.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Pasivos	153.009	154.976	183.438	256.294
Incremento pasivo		1,3%	18,4%	39,7%
IPC	2,44%	1,94%	3,66%	6,77%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

El incremento promedio del pasivo estuvo en el 19.8% con agudeza en el año 2015 (39.7%), muy por encima de la inflación promedio haciendo que los derechos de los terceros superen el patrimonio lo que significa deterioro de la estructura financiera:

Tabla 17. Análisis de relación balance del HUV 2012-2015.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
% pasivo a activo	35%	35%	39%	53%
% patrimonio a activo	65%	65%	61%	47%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Las cifras anteriores muestran que a diciembre de 2012 cada peso de activo del hospital estaba financiado solo en 35 centavos por los terceros y 65 centavos eran propiedad de la institución, situación que se mantiene hasta diciembre de 2013 y comienza a deteriorarse en 2014; al cierre del 2015 la institución invierte esta proporción, y se financia con terceros en el 53%, situación que, de continuar en tendencia, conduciría a la institución a riesgo de insolvencia. Estas cifras son una desventaja para el proceso de reestructuración.

Desde la óptica financiera, las razones de este comportamiento se detallan a continuación:

- Un nivel de productividad negativo, que alcanza en los años analizados (2012-2015) una pérdida acumulada de \$103.541 millones equivalentes al 32.2% del capital fiscal:

Tabla 18. Análisis de elementos del Estado de actividad económica, social y ambiental del HUV 2012-2015.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Ingresos	210.820.373	221.686.845	255.764.859	270.600.817
Gastos	130.228.058	76.767.053	93.955.098	160.143.686
Costos de ventas y operación	128.337.776	139.443.464	158.270.211	175.268.461
Resultado	-47.745.461	5.476.328	3.539.550	-64.811.330

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).



Figura 9. Comportamiento del resultado del ejercicio 2012-2015 HUV.

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 18.

- Una baja rotación de cartera, lo que genera requerimientos de efectivo que desbordan la capacidad financiera de la institución, por lo tanto, aumenta los costos financieros por préstamos (en 2015 se causaron gastos de intereses por \$2.625 millones) para poder mantener el pago de los compromisos (cifras en millones de pesos).

Tabla 19. Análisis de cartera del HUV 2013 a 2015 de forma trimestral.

Detalle	2013-1	2013-2	2013-3	2013-4	2014-1	2014-2	2014-3	2014-4	2015-1	2015-2	2015-3	2015-4
Cartera servicios de salud	130.660	124.314	140.059	130.085	130.672	134.257	125.374	138.119	149.291	199.399	198.769	140.029
Venta de servicios	39.573	44.713	46.528	37.905	43.190	43.955	45.514	51.548	48.736	56.810	45.433	35.796
Días de cartera	297	250	271	309	272	275	248	241	276	316	394	352
Rotación	1,2	1,4	1,3	1,2	1,3	1,3	1,5	1,5	1,3	1,1	0,9	1

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Cada cuenta desde su emisión, se demora entre 241 y 394 días en ser recuperada. De los periodos analizados, se infiere que existe deterioro en los plazos de cobro y por ende en el número de veces que rota la cartera en el año. Entre 2013 y junio de 2014 el índice de rotación estuvo en promedio en el 1.3 con una leve mejora en el segundo semestre de 2014 (1.5) veces al año, y con deterioro en 2015 a una rotación promedio de 1.1 lo que significa que una cuenta demora en promedio 334 días en ser recuperada.

Es necesario aclarar que estos indicadores se calcularon sobre la cuenta de cartera corriente, toda vez

que los hospitales reclasifican los valores catalogados como cuentas de difícil cobro, si estos valores se tuvieran en cuenta el cálculo el plazo es todavía mayor, lo que indicaría una rotación más lenta o menor. Parte del problema de rotación radica en los procesos de facturación, radicación, auditorías, devoluciones y glosas entre otros; situación que se detalla en el respectivo acápite (el de procesos).

- El comportamiento de la cartera no guarda correlación con el comportamiento de las ventas, (indicador de correlación = 0.53) lo que implica fallas estructurales en los procesos de gestión de facturación y recuperación de las cuentas:

Tabla 20. Análisis vertical por trimestre de la cartera y la venta de servicios de salud del HUV.

Trimestre	Cartera servicios de salud	Análisis vertical	Venta de servicios	Análisis vertical
2013-1	130.660.487		39.573.338	
2013-2	124.313.500	-5%	44.713.341	13%
2013-3	140.058.997	13%	46.527.840	4%
2013-4	130.085.323	-7%	37.905.338	-19%
2014-1	130.671.897	0%	43.189.736	14%
2014-2	134.257.185	3%	43.954.814	2%
2014-3	125.373.536	-7%	45.514.290	4%
2014-4	138.119.161	10%	51.547.771	13%
2015-1	149.291.392	8%	48.735.570	-5%
2015-2	199.398.720	34%	56.809.585	17%
2015-3	198.769.276	0%	45.433.390	-20%
2015-4	140.029.449	-30%	35.795.947	-21%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

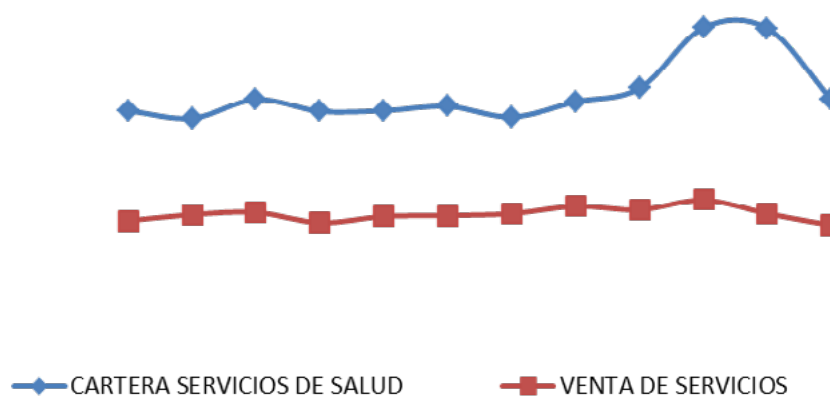


Figura 10. Comparación cartera por servicios y venta por servicios 2013-2015 HUV.

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 20.

De la información anterior, es necesario aclarar que el comportamiento de la cartera de servicios de salud se encuentra afectada por la reclasificación de deudas de difícil cobro, que, para el último trimestre de 2015, alcanzó la suma de 32 mil millones.

Las provisiones de cartera dan cuenta del alto grado de deterioro presentado en este importante activo que no solamente irriga las finanzas del hospital, sino que materializa el ingreso. Si la venta no se recauda, genera las dificultades del disponible y tiene

el efecto de aumentar los gastos por provisiones dificultando el desarrollo de las actividades de la institución. Es decir, tiene un efecto contrario a la venta efectiva o recaudada porque se debe provisionar, o sea, aumenta sus gastos, para ello se expone lo siguiente (ver Tabla 21).

Para el año 2015, el gasto por provisión para deudas de difícil cobro alcanzó la suma de 57.326 millones (ver Tabla 22).

Tabla 21. Análisis de cartera, cartera de difícil cobro y provisiones del HUV por trimestre.

Detalle	2013-1	2013-2	2013-3	2013-4	2014-1	2014-2	2014-3	2014-4	2015-1	2015-2	2015-3	2015-4
Cartera servicios de salud	130.660	124.314	140.059	130.085	130.672	134.257	125.374	138.119	149.291	199.399	198.769	140.029
Deudos difícil cobro-servicios de salud	64.634	76.952	72.393	72.467	72.465	69.617	69.610	69.503	69.503	69.522	69.519	102.119
Provisión servicios de salud	-118.803	-126.875	-122.009	-118.235	-124.365	-110.081	-95.511	-98.593	-107.247	-110.267	-110.374	-133.930
Gasto de provisión	2.044	8.073	-4.866	-292	6.131	3.914	6.065	3.851	9.809	6.280	8.826	32.410

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Tabla 22. Análisis estructura costo y gasto 2015 a 2015 HUV.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Ingresos totales	210.820.373	221.686.845	255.764.859	270.600.817
Costos de ventas y operación	128.337.776	139.443.464	158.270.211	175.268.461
% costo /ingreso	61%	63%	62%	65%
Gastos	130.228.058	76.268.511	93.955.098	160.143.686
% gasto / ingreso	62%	34%	37%	59%
Resultado	-47.745.461	5.974.870	4.068.976	-64.777.130
	-23%	3%	2%	-24%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Estructura de costos y gastos (miles)

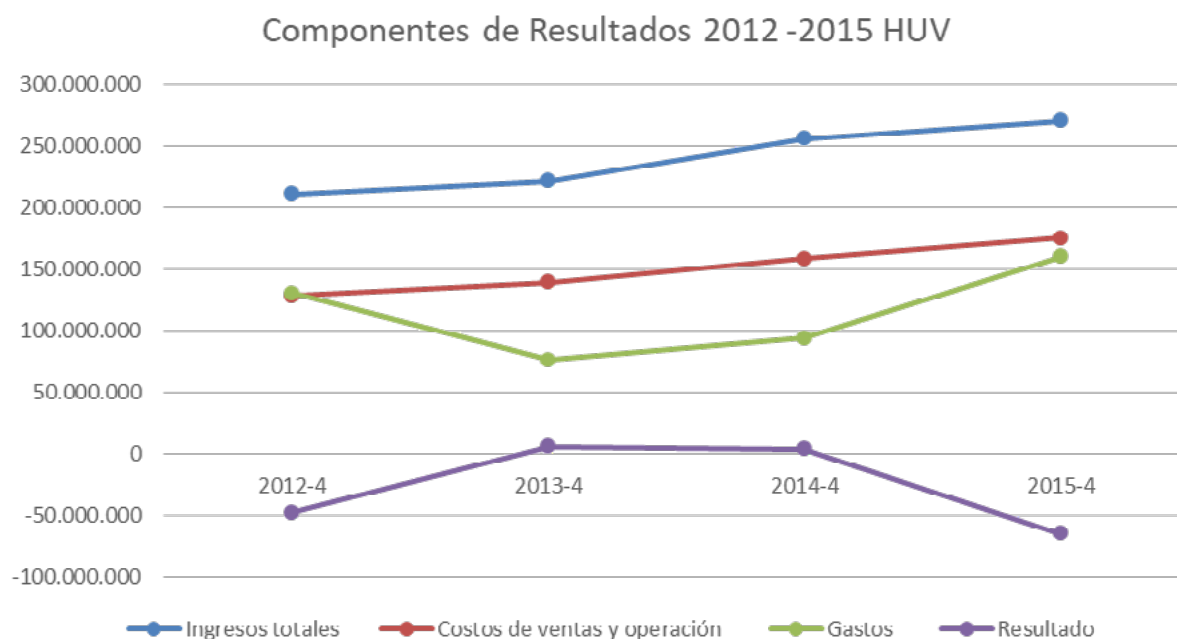


Figura 11. Componentes del Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental 2012-2015 HUV.

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 22.

Los datos presentes evidencian una estructura donde el ingreso es insuficiente para cubrir los costos y los gastos, confirmando una vez más que la institución no es competitiva, máxime cuando en el año 2015 el 40% de sus ingresos proviene de fuentes diferentes a las misionales. Los pacientes que al fin del periodo contable están en proceso de atención, se cargan al costo, pero no se facturan generando problemas de asimetría de información, lo que

corresponde a un activo que solamente cuando se factura y se convierte en ingreso y se asocia al costo, se podrá conocer si existe o no excedente.

a) Composición de los ingresos:

No todos provienen de fuentes misionales, tal y como se detalla a continuación:

Tabla 23. Composición de los ingresos 2012-2015 HUV.

Código	Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
4	Ingresos	100%	100%	100%	100%
41	Ingresos fiscales	9,40%	9,50%	9,60%	11,10%
43	Venta de servicios	78,30%	76,10%	72,00%	69,00%
44	Transferencias	7,10%	1,20%	0,00%	1,80%
48	Otros ingresos	5,10%	13,10%	18,40%	18,00%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Los ingresos fiscales (estampilla prohospitalares) se han mantenido en una participación porcentual un poco inferior al 10% durante los últimos cuatro (4) años, con ligera tendencia a crecer en 2011; los ingresos por transferencias, tuvieron su más alta participación en 2012 (7.1%), en los siguientes años

apenas si alcanzan el 1% en promedio. Finalmente en el tema de ingresos, la fuente más importante de ingresos del hospital corresponde a la prestación del servicio, sin embargo la participación de este rubro baja 10 puntos en solo cuatro años:

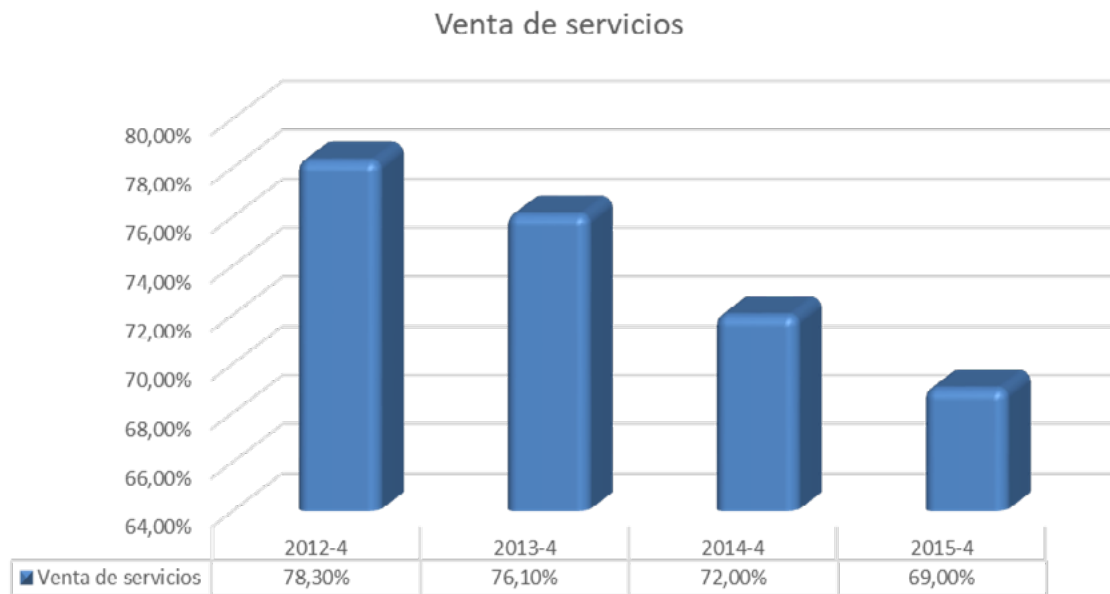


Figura 12. Ingresos por venta de servicios HUV 2012-2015.

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 23.

La cuenta de otros ingresos, acumula ingresos provistos por intereses y rendimientos financieros, venta de pliegos, arrendamientos, donaciones, recuperaciones, otros conceptos, sobrantes, e ingresos extraordinarios. El concepto de mayor participación en 2015 fue: recuperaciones (9.1%) y otros ingresos ordinarios (4.7%).

b) Tendencias de los ingresos por servicios

Este es un punto preocupante porque en este rubro que es la razón de ser de un hospital no se nota un crecimiento, pues en 2015 vendió menos de lo vendido en 2012, si se analiza en términos reales, descontando la inflación de esos cuatro años.

Tabla 24. Análisis del cambio en las ventas 2012-2015 HUV.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Venta de servicios	165.166.238	168.719.857	184.206.611	186.774.492
Incremento ventas	-9,76	2,20%	9,20%	1,40%
Inflación	2,44%	1,94%	3,66%	6,77%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

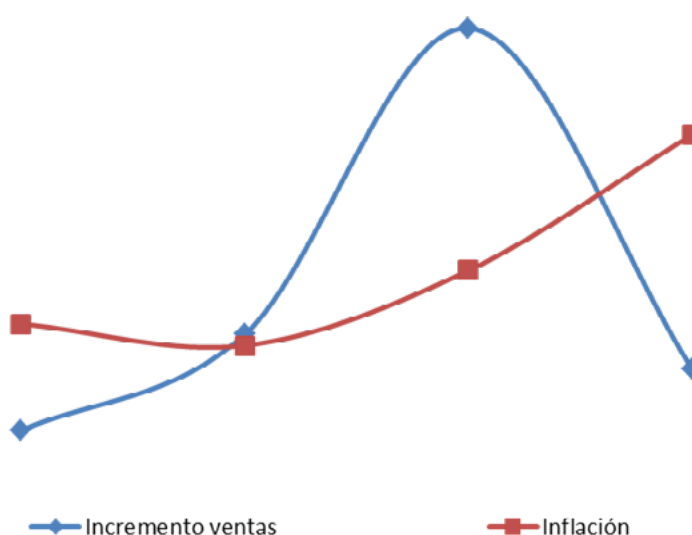


Figura 13. Ventas HUV vs. Inflación 2012-2015.

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 24.

El comportamiento de las cifras de ventas, muestra que no existe un crecimiento real en el periodo, toda vez que, a excepción de 2014, el incremento se ubica por debajo de la inflación.

c) Composición de los gastos

Una organización de cualquier tipo, aspira que la inversión (costos) supere siempre los gastos

administrativos y generales con miras a lograr eficiencia administrativa, lo que le asegura supervivencia, por lo que se esperaría que en líneas generales por cada peso de costo se tenga 0.20 de gasto. En el caso del HUV, podría decirse que el gasto es excesivo frente al costo:

Tabla 25. Análisis de costos y gastos HUV 2012-2015.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Gastos	130.228.058	76.767.053	93.955.098	160.143.686
Costos ventas y operación	128.337.776	139.443.464	158.270.211	175.268.461
Total costo y Gasto	258.565.834	216.210.517	252.225.309	335.412.147
% gasto	50%	36%	37%	48%
% costo	50%	64%	63%	52%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Empresas sociales del estado de similares características (nivel de complejidad), presentan mejores condiciones en el uso de los recursos. Debe tenerse en cuenta que en estos el Hospital debe compararse

con los mejores y no con los que se encuentran en iguales o peores condiciones; a manera de ejemplo se citan los siguientes:

Tabla 26. Análisis de costos y gastos Hospitales Públicos 2015.

Nombre	Tunal	Samaritana	S. Bolívar	Militar	Santa Sofía
Gastos	34.734.076	33.149.992	54.760.737	30.418.850	24.096.017
Costos de ventas y operación	109.357.586	153.666.340	109.313.604	216.293.935	51.808.915
Total costo y Gasto	144.091.662	186.816.332	164.074.341	246.712.785	75.904.932
% gasto	24%	18%	33%	12%	32%
% costo	76%	82%	67%	88%	68%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Los valores relativos (%) de la tabla anterior permiten establecer que el HUV presenta deficiencias en la administración y optimización de los recursos, toda vez que su indicador de participación costo-gasto es alto (gasto = 48% para el 2015), mientras que en los hospitales tomados como referencia el promedio de participación del gasto es del 24%, lo que indica la urgente necesidad de que el HUV adopte una estrategia inmediata para corregir tal situación para evitarle riesgos mayores.

a) Componentes que inciden en el gasto:

En la composición de los gastos se observa que el rubro denominado gastos de administración tiene

un comportamiento estable, inclusive para el año 2014 presenta una leve disminución, no obstante, su participación frente al total de gastos es variable, como consecuencia de las variaciones atípicas presentadas por el rubro de provisiones, depreciaciones y amortizaciones, que para el año 2015 alcanza un 53,7% del total de gastos. El grupo de cuentas que conforman el gasto administrativo presentan el siguiente comportamiento:

i. Cuentas relacionadas con gastos de personal administrativo (miles) (ver Tabla 28):

Tabla 27. Composición del gasto HUV 2012-2015.

Nombre	2012-4	%	2013-4	%	2014-4	%	2015-4	%
De administración	43.853.576	33,70%	43.102.973	56,10%	41.109.664	43,80%	43.490.137	27,20%
Provisiones, depreciaciones y amortizaciones	73.032.199	56,10%	9.368.540	12,20%	26.109.697	27,80%	86.025.477	53,70%
Gasto público social		0,00%	498.542	0,60%	529.426	0,60%	34.200	0,00%
Otros gastos	13.342.283	10,20%	23.796.998	31,00%	26.206.311	27,90%	30.593.872	19,10%
	130.228.058	100%	76.767.053	100%	93.955.098	100%	160.143.686	100%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Tabla 28. Revisión en cifras de las cuentas contables sobre personal administrativo HUV 2012-2015.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Sueldos y salarios	24.846.826	25.414.765	24.793.256	26.725.025
Contribuciones imputadas	700.660	443.953	504.653	890.707
Contribuciones efectivas	3.194.886	3.422.751	3.954.207	4.395.216
Aportes sobre la nómina	637.303	711.521	674.685	740.634
Subtotal	29.379.675	29.992.990	29.926.801	32.751.582
Incremento/ disminución	1.889.629	613.315	-66.189	2.824.781
%	6,90%	2,10%	-0,20%	9,40%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

En el análisis del rubro sueldos y salarios, equivalente a \$26.725.025 miles, se observa que el 37% corresponde al sueldo básico del personal administrativo (\$9.924.979), seguido de un 36% que corresponde a contratos del personal temporal (agremiaciones \$9.650.155 miles).

En los demás componentes se destacan las horas extras (\$2.61.296) que corresponden al 8% del valor total de la cuenta y que para el año 2015 tuvo un incremento del 5.7%, situación esta que a todas luces puede identificar debilidades en el manejo del

recurso, habida cuenta que el crecimiento en los gastos del personal administrativo debería tener alto grado de correlación con el ingreso.

ii. Provisiones, depreciaciones y amortizaciones:

El mayor debilitamiento financiero que presenta el HUV para el año 2015, se centra en el concepto de provisiones, que representan el 35.8% de los gastos totales y si se comparan con el total de ingresos por servicios del año representa el 46.1% de los mismos:

Tabla 29. Análisis comportamiento de las provisiones 2012-2015 HUV.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Provisiones deudores por servicios de salud	61.754.117	4.958.308	19.960.876	57.326.325
Provisión otros deudores	0	195.020	5.290	0
Provisión materiales para la prestación de servicios	577.589	0	419.670	89.280
Provisión terrenos	0	1.563.284	0	0
Provisión litigios	2.044.524	752.099	3.854.333	26.714.484
Total provisión en miles	64.376.230	7.468.711	24.240.169	84.130.089

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Del total de las provisiones para deudas de salud, el 80% se concentra en las siguientes entidades:

Tabla 30. Composición por entidad de las provisiones para deudas de salud HUV 2015.

Entidad	\$ Miles
Departamento del Valle del Cauca	5.235.539
Seguros de vida Colpatria S. A.	2.701.667
Caprecom EICE en liquidación	24.270.076
Seguros Colpatria S. A.	2.670.347
RTS Servicio de Salud Ltda.	635.220
Asociación Mutual Barrios Unidos	971.378
R.T.S. S.A.S.	663.114
Coomeva E.P.S.	1.617.061
Emsanar E.S.S.	3.565.705
Nueva EPS	1.906.701
Saludcoop	1.758.283
Subtotal	45.995.092

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

Tal como se aprecia en la tabla precedente, buena parte de las deudas de difícil cobro (55%), corresponde a CAPRECOM.

La provisión realizada se ajusta a las normas técnicas de la Contaduría General de la Nación, más no a la realidad económica y financiera, toda vez que se trata de una cuenta de largo plazo, más no de difícil cobro ni mucho menos pérdida, en la medida en que, por tratarse de una entidad del Estado, que recibió un servicio para sus afiliados, tiene un deudor solidario o subsidiario: "la nación".

Análisis de costos (MILES DE PESOS)

El HUV presenta una estructura de costos superior a la de muchas IPS públicas o privadas y requiere una constante revisión para asegurar su competitividad. En la medida que el mercado ha permitido el ingreso de nuevas IPS competidoras con equipos más modernos, duraderos, eficientes y con personal menos costoso, el aspecto de costos de los servicios ofrecidos ha tomado mayor relevancia y en este campo el HUV tiene mucho por adelantar.

Hoy día, las EPS no aceptan cualquier precio que se le cobre por los servicios y si por ley se ven obligados a contratar con un hospital público, simplemente no

le mandan pacientes si los cobros son excesivos y por fuera de las tarifas del mercado. El HUV ha logrado estructurar paquetes de servicios de acuerdo con las condiciones actuales del mercado y debe mantener una constante revisión y actualización de sus costos, en tanto las contrataciones que haga pueden ser letra muerta, si las tarifas se distancian de los precios de los competidores.

Tabla 31. Margen operativo HUV 2012-2015.

Nombre	2012-4	2013-4	2014-4	2015-4
Venta de servicios	165.166.238	168.719.857	184.206.611	186.774.492
Costos de ventas y operación	128.337.776	139.443.464	158.270.211	175.268.461
Margen de costo	77,7%	82,6%	85,9%	93,8%
Margen operativo	22,3%	17,4%	14,1%	6,2%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

El costo como componente del servicio de salud debe guardar estrecha relación con el citado servicio; es decir que ante una disminución del servicio (por cierre o por tercerización) debe existir una disminución en los costos, situación que no ocurre en el HUV, habida cuenta de la disminución en el margen operativo vista en la Tabla anterior, que para 2015 se cierra en un 6.2%, como consecuencia de un crecimiento de los costos superior al crecimiento del ingreso. Los componentes que hacen parte del costo del servicio presentan el siguiente peso dentro del costo total:

Tabla 32. Componentes del costo HUV 2015.

Componente	Miles de pesos	%
Materiales	40.585.841	23,2%
Generales	22.929.003	13,1%
Recurso humano	103.185.760	58,8%
Depreciación y amortización	8.489.589	4,8%
Impuestos	78.268	0,0%
Total costos	175.268.461	100,0%

Fuente: Información del Sistema Chip de la Contaduría General de la Nación (2016).

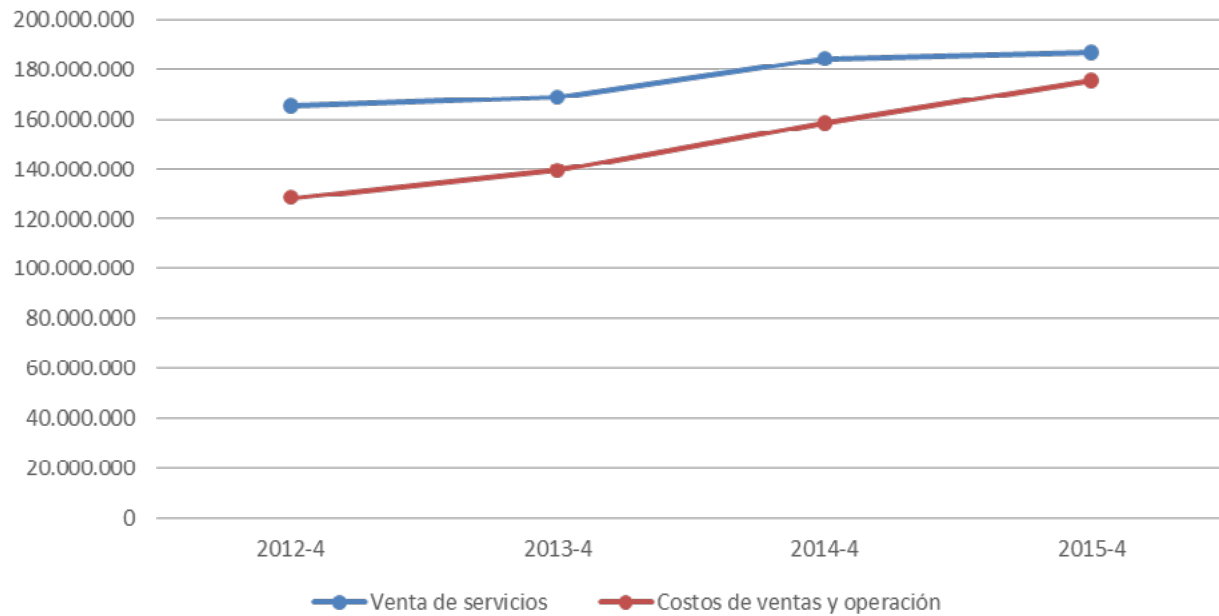


Figura 14. Ventas vs. Costos HUV 2012-2015.

Fuente: Tabla 31. Margen operativo HUV 2012-2015.

Los componentes de mayor peso en el costo son los servicios personales (nómina y agremiaciones) con un peso del 58.8% en el costo total, seguido de

médicos) que representa el 23,2% del total del costo y los gastos generales con el 13,1%. Visto gráficamente se tiene lo siguiente:

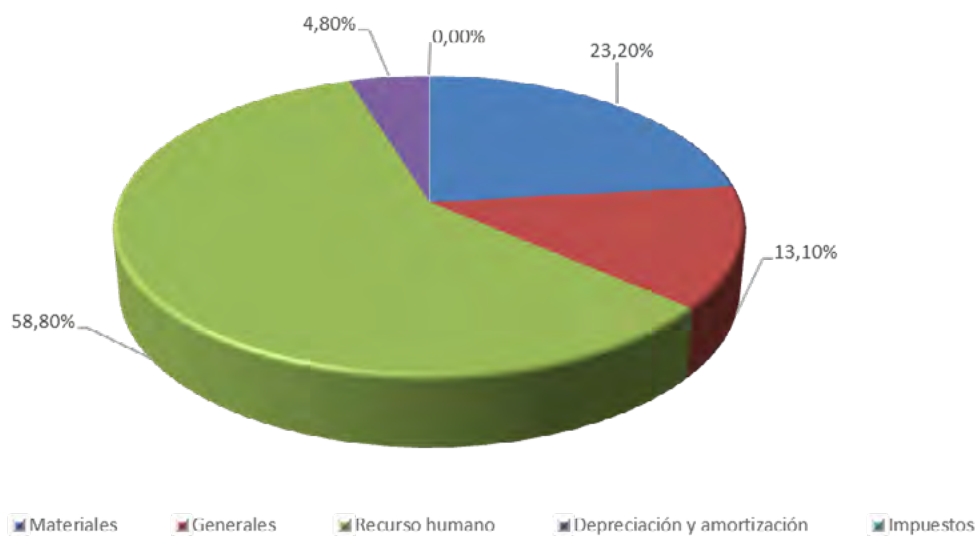


Figura 15. Distribución del costo HUV 2015.

Fuente: elaboración a partir de la Tabla 32.

Analizados los diferentes componentes del costo del servicio, se profundiza en el componente del Recurso Humano y los materiales, toda vez que estos dos factores representan el 82% del total. El recurso humano atribuible al costo de prestación del servicio tiene un valor de \$103.185 millones de los cuales \$57.217.5 millones (55.5%) corresponden a servicios

de personal temporal contratado a través de las agremiaciones, los restantes \$45.968.2 millones corresponden a la nómina.

La composición de la nómina y las obligaciones derivadas de la nómina presenta las siguientes cifras:

Tabla 33. Análisis de los componentes de la nómina HUV 2015.

ÍTEM	Valor 2015	%	
Nómina - contratación directa			45.968.207.356
Salarios		24.746.248.441	54%
Sueldos básico	18.246.011.253		
Otros factores de salario	6.500.237.188		
Dominicales y festivos	5.021.353.815	10,90%	
Horas extras	21.174.784	0,00%	
Recargo nocturno	1.251.864.494	2,70%	
Subsidio de transporte	27.691.872	0,10%	
Turnos	127.514.919	0,30%	
Vacaciones en dinero	50.637.304	0,10%	
Oldn		21.221.958.915	46%
Cesantías	2.465.797.473	5,40%	
Vacaciones	1.637.780.476	3,60%	
Prima de servicios	2.969.932.519	6,50%	
Auxilio educativo	221.849.749	0,50%	
Bonificación recreación	92.212.697	0,20%	
Bonificación serv prestados	580.806.320	1,30%	
Dotación	560.364	0,00%	
Licencia por maternidad	11.254.059	0,00%	
Licencia remunerada	141.314.709	0,30%	
Prima antigüedad	64.918.117	0,10%	
Prima navidad	2.929.172.471	6,40%	
Prima de vacaciones	1.058.759.666	2,30%	
Prima extralegal	313.714.969	0,70%	
Prima técnica	589.432	0,00%	
Contribuciones efectivas	5.107.470.289	11,10%	
Contribuciones imputadas	1.122.575.426	2,40%	
Aportes sobre la nomina	2.503.250.179	5,40%	

Fuente: elaboración propia con base en documentos entregados por el área de contabilidad HUV (2015).

De la tabla anterior se evidencia que, por cada peso de sueldo básico, se generan gastos por 152 centavos distribuidos así: otros conceptos de salario (auxilio de transporte, horas extras recargo nocturno, dominicales y festivos, vacaciones en dinero) \$6.500 millones, las obligaciones laborales derivadas de la nómina (OLDN) \$21.221,9 millones. Los valores de mayor peso en el salario corresponden a los dominicales y festivos y las contribuciones efectivas de la nómina.

Es necesario resaltar el grado de desventaja y efecto en el costo de las obligaciones laborales derivadas de la nómina que, como se mostró, son del 152% en el caso del HUV, que acentúan las desventajas frente a la competencia:

- o Obligaciones Laborales derivadas de la nómina en el sector privado: 47.5%
- o Obligaciones Laborales derivadas de la nómina en el sector Público: 65.5%
- o Obligaciones laborales derivadas de la nómina HUV: 152%

Lo anterior redonda en forma negativa cuando se trata de competir con otras entidades o con instituciones privadas y debería revisarse al interior del HUV, con los sindicatos sobre todo en la condición en que actualmente se encuentra el Hospital y teniendo en cuenta que es más económico organizar turnos rotativos de ocho horas y evitar las horas extras por el encarecimiento que estas originan como resultado de los reconocimientos legales que tiene cada hora.

Análisis de costos por centro de rendimiento

Tabla 34. Ingreso y Costo por Unidad de Servicio.

Total año	Costo por Unidad	Ingreso por Unidad	I-C
Urgencias-consulta y procedimi	22.803.056	1.494.587	21.308.469
Urgencias-observación	3.004.470	2.130.792	873.678
Serv. Ambul. Consulta ext.y proc	154.250	5.166.443	(5.012.193)
Serv. Ambul. Consulta especializ	10.301.854	26.553.922	(16.252.068)
Serv. Ambul salud oral	689.215	125.539	563.677
Serv. Ambul. Otras activid. Extr	111.774	46.562	65.212
Hospitalización-estancia gener	27.093.566	53.625.795	(26.532.229)
Hospitalización-cuidados inten	23.085.242	7.978.838	15.106.404
Hospitaliz. Cuidados intermedio	1.491.177	1.369.504	121.673
Hospitaliz. Recien nacidos	9.083.791	3.484.118	5.599.673
Hospitaliz. Salud mental	1.245.647	598.633	647.015
Hospitalización quemados	1.376.822	747.535	629.287
Hospitaliz. Otros cuidados esp	9.077.822		9.077.822
Quirófanos y salas de parto qu	24.216.344	31.959.638	(7.743.295)
Quiro.y salas-salas de parto	4.976.732	202.847	4.773.885
Apoyo diagnóstico-labor. Clini	6.557.915	12.678.049	(6.120.134)
Apoyo diagnóstico-imagenología	13.608.985	16.704.569	(3.095.584)
Apoyo diagn.-anatomía patologi	585.819	648.468	(62.649)

Continúa

Total año	Costo por Unidad	Ingreso por Unidad	I-C
Apoyo diagn.-otras unid.de apo	722.757		722.757
Apoyo terap.-rehabily terapia	4.053.758	3.133.779	919.979
Apoyo terap.-banco de comp.ana	372.922	158.728	214.193
Apoyo terap.-banco de sangre	5.047.887	5.059.712	(11.825)
Apoyo terap.-unidad renal	1.364.431	119.200	1.245.230
Apoyo terap.-unidad hemodinami	533.667	1.248.009	(714.342)
Apoyo terap.-terap. Oncológica	2.120.035	4.867.857	(2.747.822)
Apoyo terap.-farmacia hospital	401.664	6.069.528	5.667.864
Serv. Conex.a la salud-med.amb	696		696
Serv.conex.salud-serv docentes	117.184		117.184
Serv.conex.salud-serv.de ambula	146.908	594.921	(448.013)
Serv.conex.salud-otros servicio	922.070		922.070
Total	175.268.461	186.767.573	(11.499.111)

Fuente: elaboración propia a partir de la información entregada por el área de contabilidad del HUV.

Es importante señalar que, de acuerdo a las cifras entregadas por contabilidad, no se establece una asociación entre el ingreso y el costo por unidad, como se puede ver, hay unidades como "HOSPITALIZ. OTROS CUIDADOS ESP" cuyo ingreso es 0, se le atribuyen costos por 9.077.822 miles, igual situación se presenta en "APOYO DIAGN.-OTRAS UNID. DE APOYO".

Para efectos del análisis, se presentan gráficamente a continuación tres (3) intervalos de resultados: a) las unidades que producen excedentes, b) las unidades que producen pérdidas inferiores a 1.000 millones de pesos y c) las unidades con pérdidas superiores a 1.000 millones de pesos:

a) Unidades que producen excedentes: los excedentes generados por las unidades vistas en la siguiente figura provienen de las siguientes variables:

- Hospitalización estancia general, Servicios ambulatorios-consulta especializada y quirófanos-sala de parto. Los tres aportan el 60%

de los ingresos totales por servicios de salud, y obtienen un margen de productividad del 55%. La unidad de apoyo diagnóstico, a pesar de aportar el 8.9% de los ingresos, su productividad es más reducida que los anteriormente mencionados (18.5%).

- Desde la óptica de los costos, las unidades que presentan resultados positivos en el margen de costo de sus variables más significativas (sueldos y salarios-materiales), se ubican por debajo de la media general en la composición del costo, excepto por servicios ambulatorios especializados cuyo coeficiente está por encima de la media.
- Es necesario reconocer que en el estudio de estos datos se perciben asimetrías de información en la distribución de los costos, toda vez que los métodos de asignación no son lo suficientemente confiables.

b) Unidades que producen pérdidas inferiores a 1.000 millones de pesos: Las unidades que hacen parte de la gráfica siguiente, presentan una pérdida moderada frente al tercer grupo de análisis.

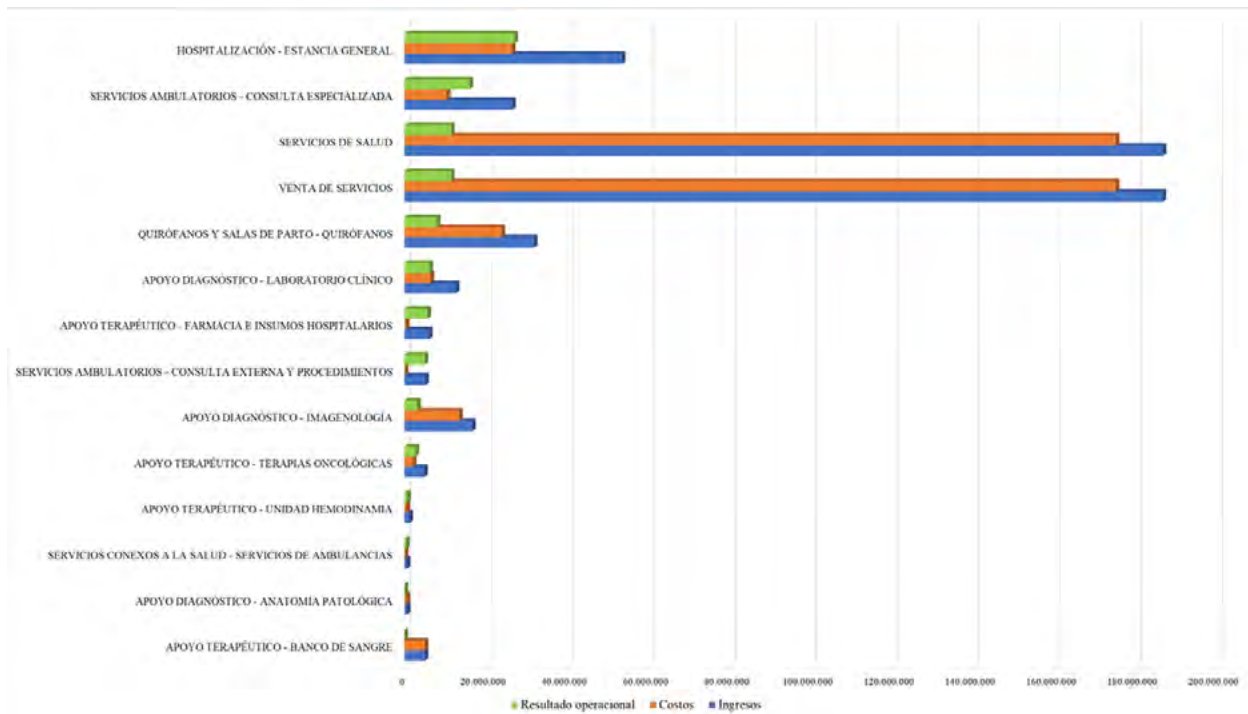


Figura 16. Ingresos y costos por unidad productiva que generaron utilidad 2015.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de contabilidad por el HUV.

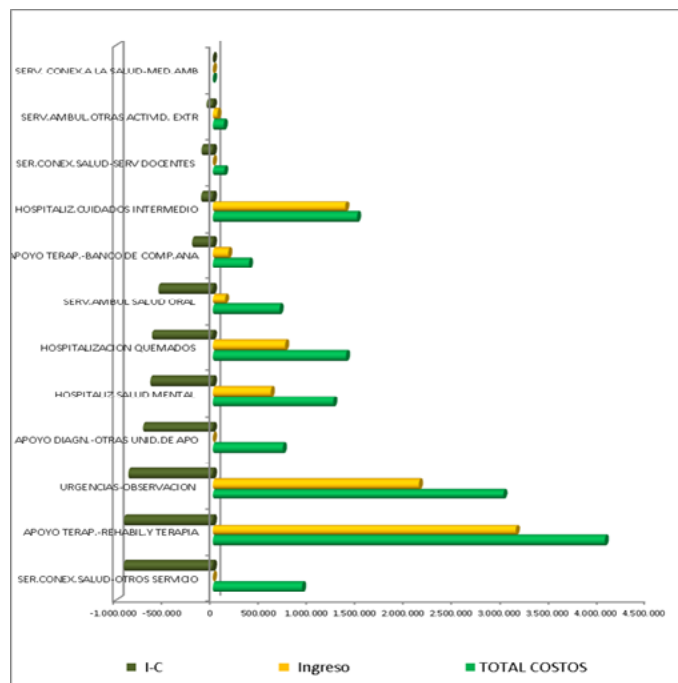


Figura 17. Ingresos y costos por unidad productiva que no generan utilidad 2015.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de contabilidad por el HUV.

c) **Unidades con pérdidas superiores a 1.000 millones de pesos:** seis unidades conforman una pérdida operacional de 57.111 millones. Entre las variables que pueden ocasionar este comporta-

miento se encuentra el elevado consumo de recursos humanos que absorben los procesos de estas unidades:

Tabla 35. Composición del costo por unidad de producción.

Total año	Materiales	Generales	Nómina y oldn	Depreciación y amortización	Impuestos
Urgencias-consulta y procedimientos	3.937.495	1.393.454	17.008.424	457.338	6.344
Hospitalización-cuidados inten	5.507.757	1.919.961	15.026.168	626.460	4.896
Hospitaliz. Recien nacidos	1.809.995	217.218	6.747.802	307.219	1.558
Hospitaliz. Otros cuidados esp	0	1.310.024	7.353.877	409.717	4.203
Quiro.y salas-salas de parto	386.767	229.533	4.272.746	86.698	988
Total	11.642.014	5.070.190	50.409.017	1.887.432	17.989
	17%	7%	73%	3%	0%

Fuente: elaboración a partir del libro mayo entregado por el área de contabilidad del HUV.

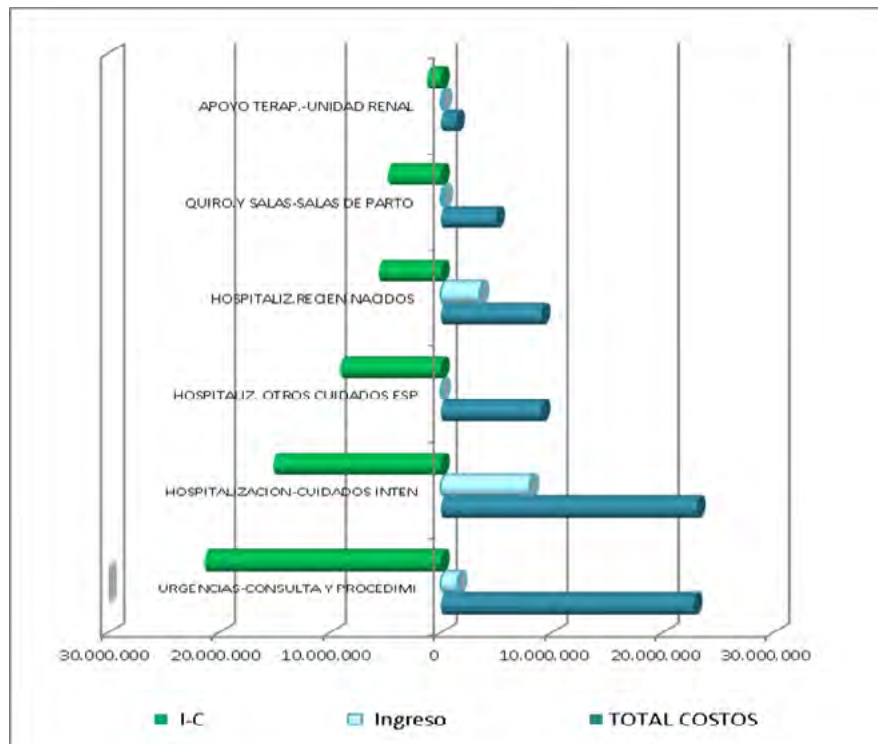


Figura18. Ingresos vs. costos por unidad de producción.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de contabilidad por el HUV.

Las cifras anteriormente analizadas permiten concluir que el HUV tiene un esquema de costos insostenible a la luz de sus ingresos, dado que estos no permiten cubrir la totalidad de costo y gasto, razón por la cual se generaron pérdidas en los últimos meses.

De acuerdo con lo consignado en las notas a los estados contables, se resalta que la información de costos puede contener asimetrías o inconsistencias, entendiendo que hubo deficiencias en el cargue inicial de la base de datos de costos.

Capital de trabajo

El capital de trabajo es un indicador importante, pues indica el efectivo y los activos líquidos disponibles para financiar las operaciones diarias de una organización.

Para el cálculo del capital de trabajo del HUV se excluyó la cartera de difícil cobro y la provisión. Ante la baja rotación de cartera, así como la incertidumbre de su recaudo, se estima que un indicador de liquidez para una entidad con estas características (retornos de cartera lentos), debe acercarse a tres (3). Sin embargo, para los periodos analizados el indicador de liquidez se aproxima siempre a uno (1) y a partir de 2014 se ubica por debajo de uno, es decir que no se cuenta con el valor suficiente para cubrir las obligaciones corrientes.

A partir del cuarto trimestre de 2014, el capital de trabajo se vuelve negativo por lo que la entidad difícilmente puede cumplir con sus obligaciones corrientes en términos de oportunidad ante una estrechez cada vez mayor de su liquidez (ver Figura 19).

Tabla 36. Cálculo del capital de trabajo (Millones de pesos).

NOMBRE	2012-4	2013-1	2013-2	2013-3	2013-4	2014-1	2014-2	2014-3	2014-4	2015-1	2015-2	2015-3
Activo Corriente	177.091	187.748	176.658	194.729	187.922	195.248	194.367	194.856	204.450	216.633	257.112	274.882
Pasivo Corriente	170.487	161.485	165.021	171.514	168.177	177.492	186.908	180.484	213.774	227.917	302.916	340.187
Capital de trabajo	6.604	26.263	11.637	23.215	19.745	17.755	7.459	14.371	-9.324	-11.285	-45.804	-65.305
Indicador de liquidez	1,04	1,16	1,07	1,14	1,12	1,10	1,04	1,08	0,96	0,95	0,85	0,81

Fuente: Contaduría General de la Nación (2015).

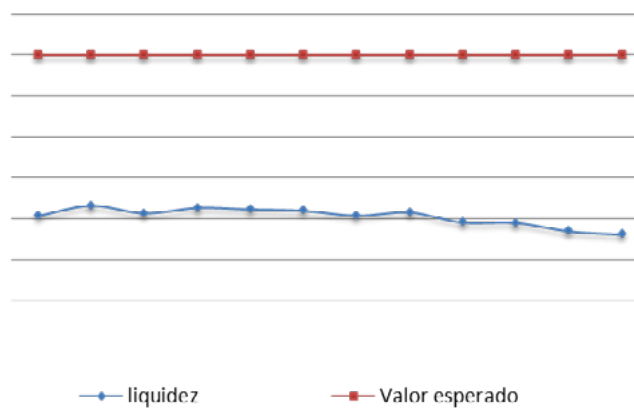


Figura 19. Análisis de liquidez HUV por trimestre.

Fuente: Tabla 36. Cálculo del capital de trabajo (Millones de pesos).

Tesorería

De acuerdo con la información disponible correspondiente a la Tesorería del HUV y que se registra en las tablas siguientes, en el período 2012 a 2015 hubo un aumento importante en los ingresos disponibles de caja, al pasar de \$162.285 millones a \$224.929 millones, correspondiente al 38,6% en términos nominales, sin incluir alrededor del 50% del giro directo a facturas de vigencias anteriores al año en que se paga.

El giro directo a facturas, a excepción del año 2014, ha estado creciendo constantemente hasta llegar a la suma de 41 mil millones en 2015, gracias a los cambios en la política de giro directo por parte del Ministerio de Protección Social. No obstante, dado que las EPS siguen aplicando los pagos del giro directo a facturas de años anteriores, se han presentado en los dos últimos años mejorías en cuanto al dinero que llega por giro directo al hospital.

Conforme al ejercicio efectuado por el área financiera durante el periodo del 2015, el HUV no recibió el giro directo como lo establece la norma (cancelación del 50% de las cuentas radicadas). La institución solo recibió un 35% del valor radicado, con el agravante que de este 35% solo el 23% corresponde a la facturación radicada de la vigencia.

Tabla 37. Análisis de giro directo.

Giro directo vigencia 2015 (miles)		
Valor total radicado a noviembre de 2015	117.647.342	%
Valor a recibir por giro directo (de acuerdo con la norma)	58.772.151	50%
Valor recibido por giro directo	38.385.532	33%
Valor del giro correspondiente a vigencias anteriores	13.679.590	12%
Valor del giro correspondiente a la radicación de la vigencia	24.705.942	21%

Fuente: elaboración propia con base en los datos suministrados por el Área financiera HUV.

Frente al esfuerzo propio de las EPS, se nota que en 2013 hubo un crecimiento hasta llegar a \$77.726

millones, pero el mismo decayó en 2014 y volvió a subir un 20% en 2015, sin embargo, no llegó a los niveles de 2013. Es de anotar que los ingresos a caja por venta de servicios llegaron a \$124.489 millones en 2015, cifra importante, pero que no es suficiente ni siquiera para cubrir los pagos al personal de nómina y agremiaciones del HUV en diferentes campos y eso se refleja en constantes protestas al interior del mismo.

Es notorio el incremento de recursos en depósitos judiciales, que ha pasado de \$3.895 millones en 2012 a \$10.770 millones en 2015 valor a recuperar el primer trimestre de 2016, lo que amerita un trabajo especial de defensa judicial del HUV para que no se le sigan congelando recursos desde el sector judicial colombiano. Los ingresos de recursos por estampilla han mejorado año a año, representando un crecimiento del 59.5% entre 2012 y 2015, que ha ayudado a que el Hospital tenga una fuente de financiación segura aprobada por la Asamblea Departamental. Los cambios en su uso, aprobados mediante ordenanzas 397 de 2013 y 407 de 2015 firmada por la gobernadora Dilian Francisca Toro en enero 5 de 2016, han permitido mejoras en la caja del HUV.

La reducción en la contratación del HUV con el gobierno departamental del Valle para atender la población pobre no asegurada se nota en el hecho de que mientras en 2012 la Secretaría de Salud Departamental pagó \$17.048 millones, en 2015 solo pagó \$9.253 millones o el 54% de lo pagado en 2012. No obstante, es importante tener presente que esta contratación debe tender a crecer por los aportes patronales que son pagados contra servicios y por nueva facturación por la resolución 1479 del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el denominado No Pos.

El Plan de Saneamiento Financiero y Fiscal (PSFF) que es de cumplimiento estricto para el HUV comenzó a significar ingresos para el hospital tanto de la nación, como del departamento y del municipio. Dado que los ingresos a tesorería por prestación de servicios de salud no son suficientes para el funcionamiento estable del Hospital, han tenido que recurrir a otros medios de financiación como la estampilla, la nación, el departamento, el municipio

o créditos especialmente de tesorería, para aspectos puntuales. A partir de 2014 se evidencia una tendencia a incrementar esta última fuente de financiación y a la generación de caja al pasar de \$3.400 millones en 2013 a \$35.335 millones en 2014 y a \$40.000 millones en 2015, representando el 18% de las disponibilidades de caja, lo que puede significar que se está convirtiendo en una fuente de financiación muy importante pero a la vez de enorme riesgo si el HUV no genera la producción, venta y recaudo de dineros en

las cantidades y tiempos adecuados. Igual sucede con el constante apoyo para el salvamento por parte de la nación que en estos cuatro años ha sumado más de \$32.000 millones a la tesorería del HUV. La cuota recuperadora históricamente en el hospital significó alrededor de \$1.500 millones mientras para 2015 disminuyó significativamente, no obstante, realizado el análisis por presupuesto se refleja un recaudo superior, presumiendo un error de registro en tesorería.

Tabla 38. Recaudo 2012-2015 HUV.

INGRESOS	2012	2013	2014	2015
Cifra en millones de \$				
Giro directo	33.332	35.734	34.208	41.046
Esfuerzo propio EPS	53.967	77.726	58.354	69.869
Recuperación de cartera	688	121	6.687	4.314
Dep. judiciales	3.895	2.119	9.093	10.770
Estampilla	19.330	22.742	24.254	30.824
Contrato SSDV	17.048	12.600	15.525	9.253
Reforzamiento	4.000			
Nación	8.609	11.000	1.902	10.732
Municipio			1.902	1.092
Otros	1.821	1.756	1.336	1.500
Créditos	15.470	3.400	35.335	40.000
Cuota recuperadora	1.752	1.573	1.520	190
PSFF			3.100	2.019
Total ingresos años	162.285	170.089	222.457	224.929

Fuente: Información suministrada por el Área de tesorería del HUV (2016).

En cuanto a los egresos de caja y según la información disponible correspondiente a la tesorería del HUV y reflejada en la Tabla 38 los pagos realizados presentan un aumento progresivo, pasando de \$168.090 millones en 2012 a \$224.345 millones en 2015, representando un 33.5% de aumento en concordancia con el aumento en los ingresos, lo que se logró principalmente gracias a los apoyos de los Gobiernos Nacionales, departamentales y municipales

y por los créditos de \$35.335 millones y \$40.000 millones en los dos años.

En cuanto al pago anual de la nómina de planta se ha mantenido alrededor de los \$52.000 millones salvo 2013 que estuvo en \$61.375 millones. Sin embargo, la cancelación a la llamada nómina de cooperativas o asociaciones gremiales pasó de \$18.749 millones en 2012 a \$67.379 millones en 2015, significando un

incremento del 259% en los cuatro años. Amerita entonces, realizar por parte de las directivas un mayor análisis a esta forma de contratación en continuo crecimiento en el Hospital.

En los pagos por los convenios se destaca una fuerte caída, pasó de \$11.344 millones en el 2012 a \$3.754 en 2015, con una caída del 66,9%; igual ocurre en los gastos generales, cuyos pagos tienen

una disminución del 79,10% en esos cuatro años, mientras economato crece de \$1324 millones a \$1.728 millones entre 2012 y 2015. También se nota en el periodo de cuatro años, crecimiento significativo en el pago de servicios públicos al pasar de \$1.213 millones en 2012 a \$8.037 millones en 2015, tal vez con aportes del PSFF, así como ocurre con el pago de impuestos que creció el 80% en el último año.

Tabla 39. Recaudo 2012-2015 HUV.

EGRESOS	2012	2013	2014	2015
Deuda pública	1.815	1.715	1.621	1.606
Crédito tesorería	13.513	3.562	26.315	30.806
Nómina	51.624	61.375	51.805	51.647
Pensionados				607
Asociaciones gremiales	18.749	43.367	50.422	67.379
Suministros	27.234	32.131	23.961	38.119
Convenios	11.344	7.565	6.344	3.754
Gastos generales	22.340	5.594	3.683	4.667
Honorarios	4.782	3.946	2.215	3.077
Embargos	2.116	765	2.325	112
Servicios públicos	1.213	1.821	3.638	8.037
Impuestos	7.669	6.935	5.571	10.062
Economato	1.324	1.497	1.301	1.728
Otros	4.500	1.600	1.451	1.897
Total egresos	168.090	172.869	181.509	224.345

Fuente: Información suministrada por el Área de tesorería del HUV (2016).

Presupuesto

El HUV como todas las ESE goza de autonomía, pero requiere funcionar contra un presupuesto que es aprobado anualmente por su Junta Directiva como máximo órgano de la Institución, también necesita de las aprobaciones del Consejo Departamental de Política Fiscal (CODFIS) como ente de política fiscal del Departamento en materia de hacienda pública y debe cumplir con la regla fiscal del Ministerio de Hacienda.

Tanto los presupuestos de ingresos como los de gastos, deben ser usados como herramienta de administración por parte de la Gerencia y su control debe ser diario, dado que las ejecuciones presupuestales siempre son requeridas a todos los niveles, incluida su Junta Directiva que es la que emite las autorizaciones finales. Durante los últimos años, las aprobaciones presupuestales continuaron:

Tabla 40. Ejecución presupuestal de ingresos a diciembre de 2012 a 2015

Presupuesto - Reconocimiento	2012	2013	2014	2015
Ingreso por venta de servicios	167.173.872	161.006.279	162.202.512	185.736.665
Subsidio a la oferta población pobre	32.632.303	23.425.486	25.449.353	28.776.255
Régimen subsidiado	114.537.462	123.104.073	110.076.461	131.437.309
Otros aportes	37.629.680	43.388.410	44.781.125	52.054.132
Otros ingresos	2.872.074	2.189.383	1.970.529	5.045.032
Recursos de capital	4.220.757	903.645	537.659	29.973.164
Disponibilidad inicial	21.913.979	13.941.860	13.768.879	11.563.555
Recursos de vigencias anteriores	56.771.680	67.505.119	76.418.577	71.257.347
Ingresos por PSFF	-	-	17.831.520	12.750.683
Total ingresos presupuestales	290.582.043	288.934.696	317.510.801	368.380.579

Fuente: Ejecuciones presupuestales del HUV (2015).

El ingreso por venta de servicios estuvo estable durante 2012 a 2014 y tuvo un cambio mayor en 2015 cuando creció un 14%. Dentro de estos, el régimen subsidiado representó el 70.7% de la ejecución de ingresos y el 15.5% fueron los contratos con la Gobernación del Valle, según el área de presupuesto. También ha sido importante la generación de recursos de vigencias anteriores que crecieron el 34.6 % entre 2012 y 2014 hasta llegar a los \$76.418 millones, pero cayeron el 6.8% en el año 2015.

Es importante denotar que los recursos de capital crecieron de manera exponencial entre 2014 y 2015, al pasar de 537 millones a \$29.973. Igualmente, los ingresos del PSFF han sido notorios los dos últimos años del HUV significando más de \$30.000 millones de recursos extras durante dichos años. Los cambios en el presupuesto total de ingresos en 2014 y 2015, prácticamente se explican por los fuertes cambios en los recursos de capital, en los aportes del PSFF y en otros aportes.

Tabla 41. Ejecución presupuestal de gastos a diciembre de 2012 a 2015.

Presupuesto - Compromisos	2012	2013	2014	2015
Gasto admón. nómina	11.054.717	11.885.522	11.906.641	12.610.147
Gasto admón. servicios personales indirectos	8.899.558	8.618.945	11.218.918	12.128.231
Gasto operación nómina	55.480.084	58.078.937	57.285.166	57.465.192
Gasto operación servicios personales indirectos	36.974.601	42.495.155	49.055.955	66.312.572
Gastos generales admón.	2.331.021	1.701.291	2.590.685	548.705
Gastos generales operación	24.316.051	28.615.913	30.015.755	19.629.888
Transferencias corrientes	4.138.924	3.769.096	4.141.268	12.264.620
Gasto de operación comercial y prestación de servicios	31.771.077	31.691.691	26.815.136	55.938.602
Vigencias expiradas en gastos generales	57.121	70.992	-	-

Continúa

Presupuesto - Compromisos	2012	2013	2014	2015
PSFF personal -vigencia anterior	-	-	-	2.762.755
PSFF gastos generales -vigencia anterior	-	-	-	6.173.983
PSFF suministros -vigencia anterior	-	-	2.363.856	2.733.282
Deuda pública	1.815.671	1.715.189	1.620.684	4.900.374
Programas de inversión	16.255.983	3.192.319	6.695.789	1.705.395
Cuentas por pagar vigencias anteriores	68.475.231	85.093.002	72.744.924	42.182.927
	261.570.040	276.928.054	276.454.778	297.356.673

Fuente: Ejecuciones presupuestales del HUV (2015).

Los gastos asociados al personal pasaron de \$112.409 millones en 2012 a \$148.516.1 millones en 2015 creciendo el 32.1%, principalmente por el aumento del 79.3% de los servicios personales indirectos lo que amerita un análisis detallado de este costo. Se da un crecimiento igual en los gastos de operación comercial y prestación de servicios. De la misma manera aparecen los pagos logrados por \$11.760 millones con recursos del PSFF.

Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF)

A raíz de los problemas que ha tenido el sistema de salud en Colombia y que han repercutido en la situación de los hospitales, en agosto de 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resolución 2509 por medio de la cual definió la metodología para categorizar a los hospitales en: sin riesgo, riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto.

En agosto 29 de 2012, la resolución 2509 categorizó al HUV en riesgo medio con base en los estados contables e información financiera presentada a 31 de diciembre de 2011; para el año 2013, el 30 de mayo el Ministerio de Salud y Protección Social mediante resolución 1877 volvió a categorizar al HUV en riesgo medio con base en la información financiera a diciembre 31 de 2012, al igual que en los años anteriores 2014 mantuvo la misma calificación (Resolución 2090 de 2014) y, finalmente, el 29 de mayo de 2015 mediante resolución 1893 categorizó al HUV *en riesgo alto* según estados contables a diciembre 31 de 2014. Es importante aclarar que en la metodología

de la resolución 2509 se establece la obligatoriedad de que un hospital categorizado en riesgo medio o alto, elabore, apruebe y ponga en ejecución el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF).

El HUV firmó, recibió aprobación y adoptó un PSFF por parte de la Junta Directiva del hospital, del ente territorial y de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que se encuentra vigente, y que está sometido al mismo hasta que desaparezca el riesgo alto en el que está categorizado y se restablezca su solidez económica y financiera para asegurar su continuidad.

El PSFF tiene unas metas que cumplir en reorganización administrativa, pago de pasivos, reducción de costos y aumento de ingresos y los controles en indicadores; esas logros hacen énfasis en la generación de caja, por lo que se conoce a finales del 2015 en el HUV se estaban incumpliendo los indicadores y había solicitudes perentorias para la entrega de información al Ministerio que no se había cumplido al acercarse la terminación del mes de febrero de 2016, creándose así un agravamiento en la situación del HUV.

Es importante aclarar que (máximo el día 30 de mayo), el Ministerio de Salud y Protección Social deberá hacer la categorización del HUV para 2016 con base en la información financiera a diciembre 31 de 2015 y que por los resultados que se conocen difícilmente permitirá un cambio favorable en la categorización. Dicho programa reposa en el poder de la institución y algunas de las metas y resultados del

mismo se analizan a continuación: El PSFF ofrece apoyo económico al HUV a lo largo de los años de su ejecución siempre y cuando se cumplan unos compromisos específicos establecidos en dicho programa. El propósito de los aportes ofrecidos por la Nación, el Departamento y el Municipio es permitirle al Hospital superar la categorización de riesgo en que se encontraba al momento de recibir aprobación de dicho PSFF, es gracias a que el mismo se aprobó en 2014 que en ese año el municipio hizo un aporte de 3.100 millones al HUV.

El incumplimiento del PSFF es una situación muy delicada que el HUV debe entrar a solucionar de inmediato, antes que el Ministerio o la Superintendencia tomen acciones de fondo contra la Institución,

máxime cuando la Ley 1438 de 2011, en el artículo 82 se indica que si una empresa Social del Estado, una vez implementando el PSFF no logra categorizarse como riesgo medio, deberá adoptar una de las siguientes medidas: 1. Acuerdos de reestructuración de pasivos. 2. Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. 3. Liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

Facturación-glosas y radicación

El proceso de facturación genera el derecho a cobrar los recursos por los servicios prestados a los diferentes actores. Este proceso no es únicamente financiero, pues por la complejidad que implica en una entidad prestadora de servicios de salud, es clave el acompañamiento del área jurídica.

Tabla 42. Facturación por concepto para el primer semestre 2015.

CONCEPTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Régimen contributivo	1.045.162	632.454	652.262	851.356	775.087	1.465.277
ARP	8.877	5.962	510	61.957	1.907	2.425
Prepagada	14.054	28.555	-	7.221	-1.727	-
Régimen subsidiado	11.288.509	11.313.126	12.370.488	13.041.367	14.144.260	13.286.476
ECAT	249.416	531.247	219.973	276.697	854.292	580.809
SOAT	611.095	851.975	783.641	582.708	529.539	620.635
CIA aseguradoras	17.351	23.936	5.012	68.112	106.784	39.964
Cuota recuperadora	82.561	138.542	99.956	166.697	109.641	135.638
Particulares (crédito a empleados)	776	144	-	-	-	-984
I.P.S. privadas	45.819	86.878	46.431	47.059	160.273	57.514
I.P.S. públicas	32.753	15.867	-	-	-	-
Otras CXC	30.055	92.024	38.598	20.152	89.064	108.065
Régimen especial	95.849	349.420	139.054	221.145	165.911	190.478
Vinculados Valle del Cauca	2.237.844	2.075.394	2.660.235	1.938.396	3.107.631	2.887.561
Vinculados otros convenios	-	-	-	-	-	-
Vinculados otros dptos..	186.868	150.624	82.183	64.745	47.115	68.348
Otros deudores no salud	114.225	220.385	232.304	309.065	862.378	513.098
Totales	16.061.214	16.516.533	17.330.648	17.656.677	20.952.155	19.955.305

Fuente: Área de facturación del HUV (2015).

La facturación del primer semestre de 2015 llegó a \$108.472,4 millones para un promedio mensual de \$18.078,7 millones, siendo los de facturación más baja enero con \$16 mil millones y febrero con \$16,500 millones. En 2016, la facturación siguió cayendo a

\$10.014 millones durante enero y a \$12.747 millones en febrero, o sea, casi \$10.000 millones menos que en el mismo bimestre de 2015, afectándose los resultados operacionales.

Tabla 43. Facturación por concepto para el segundo semestre 2015.

Concepto	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Facturación Neta Total
Régimen contributivo	1.543.803	914.192	1.822.688	2.456.960	1.584.559	396.739	14.140.540
ARP	2.920	1.395	1.353	50.250	388	849	138.793
Prepagada	-	6.785	15.386	-	-	-	70.274
Régimen subsidiado	11.478.190	12.718.102	8.674.116	6.813.720	8.153.149	7.863.887	131.145.391
ECAT	136.778	187.179	113.284	63.268	27.875	33.223	3.274.041
SOAT	203.554	488.459	455.304	178.853	13.122	4.457	5.323.342
CIA aseguradoras	41.097	249.073	50.661	16.335	99.281	73.242	790.848
Cuota recuperadora	76.541	147.927	76.504	44.858	-142	67.968	1.146.689
Particulares (crédito a empleados)	-	1.717	-	-	62.408	-	64.061
I.P.S. privadas	72.974	110.472	228.727	90.015	-14.351	115.498	1.047.308
I.P.S. públicas	-	-	-	-	-	-	48.620
Otras CXC	111.450	229.366	140.954	238.952	132.878	146.718	1.378.277
Régimen especial	165.484	387.782	79.275	52.943	62.967	67.559	1.977.868
Vinculados Valle del Cauca	2.525.937	1.944.331	1.564.270	1.732.807	1.061.765	1.873.819	25.609.990
Vinculados otros convenios	-	-	-	-	-	-	-
Vinculados otros dptos.	22.354	110.864	141.968	175.773	29.513	24.445	1.104.801
Otros deudores no salud	387.539	178.979	193.839	310.299	158.429	542.603	4.023.142
TOTALES	16.768.622	17.676.621	13.558.328	12.225.035	11.371.840	11.211.006	191.283.985

Fuente: Área de facturación del HUV (2015).

La facturación del HUV en el segundo semestre de 2015 llegó a \$82.811,3 millones o el 76% de la del primer trimestre con un promedio mensual de \$13.800 millones y fue cambiante cada bimestre: en julio y agosto estuvo alrededor de \$17.200 millones en promedio mes; en septiembre-octubre fue de \$12.900 millones promedio mes y en noviembre-diciembre fue de \$11.300 millones promedio mes, terminando el año en una clara caída en la misma.

Si se analiza por trimestres, el promedio de facturación en el tercer trimestre del año fue de \$16.000 millones mes y en el cuarto trimestre de 2015 fue de \$11.600 millones al mes y el del año fue \$15.940 millones mensuales incluyendo otros ingresos que no fueron de salud.

Tabla 44. Radicación por concepto para el primer semestre 2015.

RÉGIMEN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Régimen contributivo	1.059.411	1.503.718	556.534	16.811	244.838	791.083
ARP	16.114	16.026	2.081	-	-	-
Prepagada	6.854	9.720	3.582	-	-	-
Régimen subsidiado	13.756.435	8.123.033	5.671.498	3.133.598	7.409.497	7.303.286
ECAT	787.494	373.212	593.408	592.184	413.088	69.263
SOAT	832.644	233.598	694.429	699.879	181.970	151.822
CIA aseguradoras	35.435	26.963	28.814	-	-	-
CUOTA RECUPERADORA	-	-	-	-	-	-
Particulares (crédito a empleados)	-	1.824	-	-	-	-
I.P.S. privadas	61.926	36.115	6.489	97.892	-	61.656
I.P.S. públicas	-	4.588	-	-	-	-
Otras CXC	69.379	132.647	7.846	-	-	191.397
Régimen especial	23.918	42.461	44.567	-	-	321.495
Vinculados Valle del Cauca	1.352.701	1.410.813	251.637	1.694.034	4.487.810	2.626.530
Vinculados otros convenios	-	-	-	-	-	-
Vinculados otros dptos..	36.507	31.337	161.067	-	27.058	-
Otros deudores no salud	-	-	-	-	-	1.158.862
TOTALES	18.038.818	11.946.057	8.021.951	6.234.398	12.764.262	12.675.394

Fuente: Área de facturación del HUV (2015).

La radicación fue uno de los graves inconvenientes del HUV en el primer semestre de 2015, al llegar solo a \$69.680,8 millones, mientras la facturación había sido de \$108.472,4 millones en el mismo semestre, quedándose casi \$40.000 millones por radicar. El promedio de radicación fue de \$11.613,5

millones mes, bastante inferior a las necesidades de recursos del HUV. Los meses de febrero, marzo y abril fueron supremamente bajos, aparentemente por la implantación del programa Servinte. En el bimestre enero-febrero se radicaron \$29.984,9 millones.

Esta situación debió repercutir de manera decidida en los problemas de caja que presentó el HUV en este semestre y lógicamente, también en el segundo

semestre de 2015. Todo esto a pesar de haberse presentado una facturación superior a los promedios del año anterior.

Tabla 45. Radicación por concepto para el segundo semestre 2015.

Régimen	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Radicación total
Régimen contributivo	1.633.107	750.180	1.792.887	1.529.482	1.249.099	1.129.799	12.256.948
ARP	-	1.460	-	-	58.193	9.878	103.753
Prepagada	-	-	-	-	-	-	20.156
Régimen subsidiado	11.189.526	11.525.818	12.196.444	16.006.165	19.117.820	14.718.808	130.151.927
ECAT	378.889	395.364	45.023	-	10.242	-	3.658.166
SOAT	653.548	723.455	408.279	224.896	204.591	710.661	5.719.773
CIA aseguradoras	-	8.040	48.039	-	420.262	216.960	784.515
Cuota recuperadora	-	-	-	-	-	-	-
Particulares (crédito a empleados)	-	-	-	-	-	1.717	3.541
I.P.S. privadas	2.497	106.688	147.276	39.533	-	96.288	656.361
I.P.S. públicas	-	-	-	-	-	-	4.588
Otras CXC	63.807	44.277	195.410	438.566	10.207	316.233	1.469.769
Régimen especial	314.989	145.409	474.783	126.121	12.627	203.828	1.710.199
Vinculados Valle del Cauca	2.744.399	2.319.917	1.507.215	1.336.233	3.410.318	1.782.095	24.923.700
Vinculados otros convenios	-	-	-	-	-	-	-
Vinculados otros dptos	37.669	22.827	-	77.358	10.091	220.538	624.453
Otros deudores no salud	909.553	186.097	943.363	413.710	27.560	347.725	3.986.869
Totales	17.927.983	16.229.533	17.758.720	20.192.064	24.531.011	19.754.530	186.074.720

Fuente: Área de facturación del HUV (2015).

A diferencia de la radicación del primer semestre de 2015, la del segundo semestre fue muy dinámica y aparentemente se pudo recuperar lo que se dejó de radicar en el primer semestre de 2015 o lo que había pendiente de 2014; en total se radicaron \$116.393,6 millones, cifra importante, pero no suficiente. Por otra parte, se desconoce qué sucedió con la facturación NO POS que fue devuelta a raíz de la resolución 1479 de mayo del 2015.

En 2016 la radicación ha sido de \$11.175 millones en enero (incluyendo cerca de \$4.200 millones de Emssanar que posteriormente fueron devueltos) y \$9.556 en febrero para un total de \$20.731 millones, (\$9.200 millones menos que en 2015), que sigue generando un giro directo insuficiente para garantizar el adecuado funcionamiento operacional del HUV, aun con los ajustes que se han realizado.

Tal vez pueda ser útil para generar recursos a caja que un grupo del hospital haga trabajo adicional para recuperar toda la facturación NO POS que tiene devuelta el área y cobrarla a la Secretaría como establece la resolución 1479 de mayo 06 de 2015 y que aún no se ha efectuado el trabajo y control para efectuarla o aplicarla. Existe pasividad en algunos grupos de trabajo que no permite el presentar cuentas y exigir pagos de recursos, tan necesarios para

cualquier institución, y en este caso en específico, para un HUV que necesita salir de esta situación de insolvencia.

El proceso de glosas está regulado en la Ley 1438 en el artículo 57, donde se indica claramente los tiempos y actividades para solucionar las posibles glosas, como se resume a continuación:

Tabla 46. Resumen Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011-Glosas.

Actividad	Responsable	Tiempos
1. Presentación de las facturas con soportes	Prestador del servicio	
2. Informe de las glosas a cada factura	Entidad responsable del pago	20 días hábiles a partir de la presentación de la factura
3. Respuesta a las glosas	Prestador del servicio	15 días hábiles a partir de la entrega de las glosas
4. Informe de levantamiento total o parcial de las glosas o si las mantiene como definitivas	Entidad responsable del pago	10 días hábiles a partir de la respuesta del prestador del servicio
5. Envío de facturas subsanadas	Prestador del servicio	7 días hábiles a partir de los 15 días hábiles de respuesta de las glosas
6. Pago de las glosas levantadas	Entidad responsable del pago	5 días hábiles a partir del levantamiento de la glosa
7. Si persiste desacuerdo, proceso de conciliación	Superintendencia de Nacional de Salud	

Fuente: elaboración propia a partir de la Ley 1438 de 2011.

Los tiempos planteados en la Ley no se cumplen, además que se incumple con lo establecido en la circular 16 de 2015, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud que indica "La norma prohíbe los procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios como cualquier práctica tendiente a impedir la recepción de dichas facturas" (Superintendencia de Salud, 2011).

Según lo informado por el área financiera, las EPS realizan auditorías previas a la radicación de la facturación, una vez que la IPS entrega la facturación a la EPS (radicación) esta es sometida a una auditoría previa por parte del outsourcing (entre 20 y 30 días),

razón por la que se considera radicada por la EPS, lo que significa que los 90 días estipulados (en los contratos) como término de pago por el asegurador termina convertido en 120-140 días, impactando de manera sensible el flujo de recursos de la red prestadora. La siguiente figura resume la capacidad de generar disponible por el año 2015 dadas las condiciones antes descritas.

La Figura 20 muestra lo débil que es la estructura financiera del Hospital y las falencias de sus procesos de facturación, radicación, trámite de glosas y recaudo, lo que agudiza la crisis de liquidez.

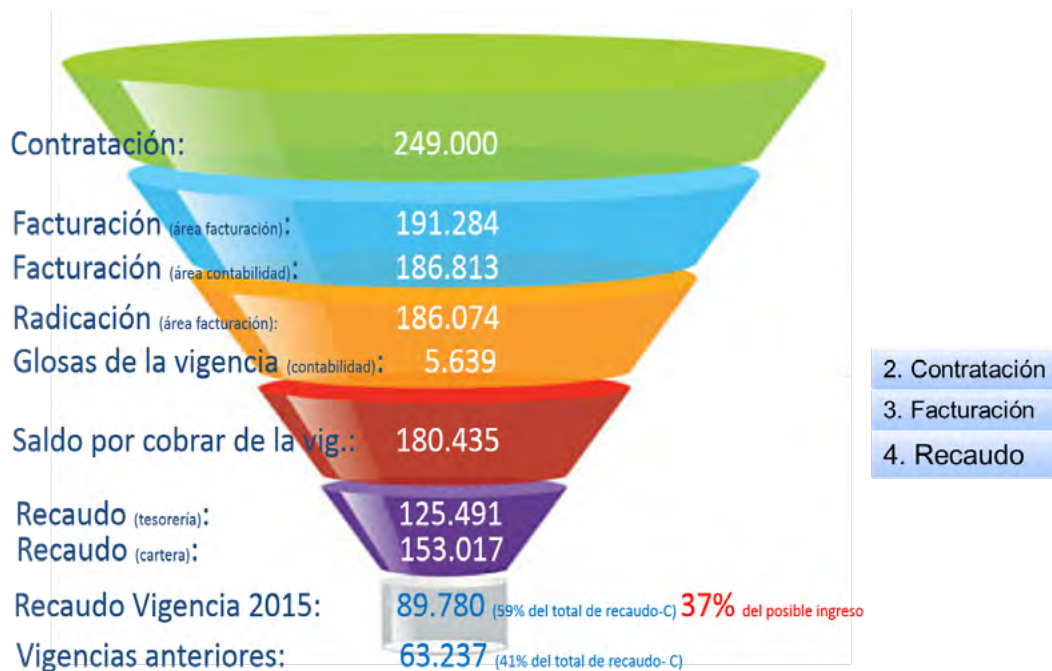


Figura 20. Capacidad de generación de efectivo.

Fuente: elaboración propia a partir de la información de generación de efectivo entregada por el HUV (2015).

Excedentes de facturación

Temas como el denominado cobro de "excedentes de facturación" requieren de un análisis jurídico. El apelativo acuñado a esta situación es bastante llamativo, pues puede ser interpretado de manera flexible y funcional por cada una de las partes en controversia: el Hospital y la Gobernación.

¿Qué es un excedente de facturación? ¿Se trata acaso (1), de facturas plenamente justificadas, en las que se cobra por servicios que el Hospital efectivamente prestó a la población vulnerable no asegurada? ¿O se trata (2) de facturas que cobran servicios nunca prestados o que nunca se han debido prestar?

Contestar estos interrogantes no puede hacerse a la luz de este documento debido a que no se ha realizado el análisis de títulos correspondientes y esto sobrepasa los alcances de este estudio, sin embargo, es claro que en el caso (1) la Gobernación del Valle tiene una obligación a su cargo y a favor del Hospital, y en el caso (2) se estaría ante una situación irregular, por decir lo menos. De cualquier modo, el

principio jurídico de enriquecimiento con justa causa debe ser el que gobierne la toma de decisiones frente a estos rubros: nadie, ni la Gobernación ni el Hospital pueden enriquecerse sin justo título.

El equipo de trabajo del HUV, entiende por "excedente de facturación", los servicios prestados por el Hospital a su población objetivo, que han creado verdaderos derechos económicos a su favor y a cargo de la Gobernación del Valle, pero que han sido desconocidos por esta alegando la existencia de contratos por capitación, la existencia de unas respectivas actas de liquidación de dichos contratos de capitación, y exponiendo otra serie de argumentos jurídicos para hacer contenciosa la reclamación.

En particular, el fenómeno básicamente consiste en que, al parecer, el Hospital ha prestado más servicios de los contratados con la Gobernación. Esto se debe a que el Hospital, obligado por mandato legal y por directrices y circulares externas de la misma Gobernación, debe garantizar la prestación continua del servicio y debe atender todos los eventos que

se le presenten. Así, los “excedentes de facturación” son en su mayoría servicios médicos prestados por el Hospital a la población vulnerable no asegurada que, precisamente por esa razón de no estar asegurados y ser población vulnerable, no puede pagar. Es así, como la Gobernación del Valle por mandato Constitucional y de la Ley 100, entre otras normas, está en la obligación de fungir como asegurador residual de esta población vulnerable que por cualquier razón no haya accedido a los regímenes de seguridad social subsidiado o contributivo, y es por este mismo mandato legal, que la Gobernación del Valle es subsidiaria de los elementos financieros que afectan al Hospital, pues son recursos que se deben por los servicios médicos que se han prestado a la población vulnerable no asegurada.

Los contratos y actas de liquidación no son la única fuente de derechos económicos a favor del Hospital y a cargo de la Gobernación; el Hospital adquiere derechos económicos cuando acontece el simple hecho de prestar un servicio médico a la población vulnerable no asegurada, independientemente de los contratos o convenios que existan entre Gobernación y HUV. De esta forma, las actas de liquidación no refutan de ninguna manera la ocurrencia de un hecho paralelo como lo es la prestación de un servicio de salud, ni tampoco eximen a la Gobernación de la configuración de un daño antijurídico al Hospital, al no pagarle por los servicios efectivamente prestados a la población vulnerable.

Otro argumento a favor de un reconocimiento de los excedentes de facturación es el doble carácter que tiene la Gobernación del Valle de deudor y directivo del Hospital Universitario, esto lo puede hacer responsable subsidiario frente a acreedores insatisfechos luego en un eventual proceso de liquidación y la argumentación de los acreedores sería bastante sencilla: “La Gobernación, como miembro de junta directiva y como deudor de la empresa, no hizo nada por salvarla y en vez de inyectarle capital y pagar las deudas que tenía con el Hospital, se mantuvo en una posición pasiva en el mejor de los casos, o ciertamente negligente en el peor”. Ello daría lugar a que se levantara el velo corporativo del Hospital y entrara a responder subsidiariamente por los pasivos insolutos.

Finalmente, no es necesaria la culminación de un eventual proceso de liquidación para exigir la responsabilidad patrimonial de la Gobernación frente al HUV. De hecho, todo Liquidador de una sociedad fallida está en la obligación de cobrar las cuentas a favor de la masa de los acreedores, de manera que el eventual Liquidador del HUV tendría la obligación de cobrar los excedentes de facturación a la Gobernación y en caso de que no lo hiciera, lo podría hacer cualquier acreedor del Hospital, tal y como lo faculta el ordenamiento jurídico concursal.

Descrita la situación anterior, tenemos que el caso de los excedentes de facturación debe ser atendido entre ambas partes, Gobernación y Hospital, de manera armoniosa y componedora, a fin de determinar el monto real y total que debe pagar la Gobernación al HUV, identificando en concreto los servicios efectivamente prestados a la población vulnerable, y desenfrascándose de la discusión formalista que se centra en actos jurídicos como contratos y actas de liquidación. Para lograr ello, se hace necesario un estudio de los títulos cobrados por el Hospital.

Paralelamente, se recomienda atender las obligaciones de la Gobernación ahora, antes de que ocurra una eventual liquidación, y no cuando ya haya sido decretada, pues en el primer evento se puede garantizar la continuidad de la Institución Médica, mientras que en el segundo solo se garantiza el acrecentamiento de una masa patrimonial a liquidar.

Dicho de otro modo, si pagar es cuestión de tiempo, ¿para qué pagarle a un liquidador, si se le puede pagar a la Empresa antes de que sea demasiado tarde? entendiéndolo, además, que estos recursos ahora le pueden ayudar a subsanar las deudas que han sido contraídas por la prestación de los servicios de salud.

Recuperación de cartera

Diversos acreedores, diversos créditos, diversa complejidad, estas divergencias interactúan al tiempo en la situación del Hospital Universitario. Sobre el tema, tenemos que la Entidad Hospitalaria ha prestado unos servicios médicos y con ello ha adquirido unos derechos patrimoniales frente a los demás actores

del Sistema de Salud, tales como las EPS, diversas Entidades Territoriales como Gobernación del Valle, Alcaldía de Cali, y Nación como el Ministerio de Salud, y otro tipo de personas naturales, jurídicas y empresas públicas y privadas. La relación de acreedores y el examen detallado de los títulos no fue objeto de estudio por parte del consultor. Sin embargo, se puede afirmar que diversas razones han llevado a que los actores del Sistema desconozcan algunas o varias de las obligaciones a su cargo y a favor del Hospital Universitario.

De un lado, varias EPS han entrado en liquidación y con ello el Hospital vio cómo sus facturas entraban a ser cobradas en los respectivos procesos de liquidación, que se caracterizan por ser largos, complejos, altamente contenciosos y llenos de incertidumbres en cuanto a la posibilidad de recuperar efectivamente los créditos; varios de estos procesos de liquidación terminaron y sería necesario revisar con detalle cada expediente para determinar las posibilidades de cobrar dicha cartera a un eventual responsable subsidiario.

Otros procesos de liquidación de EPS, como Salucoop y Caprecom, apenas inician, y por lo tanto es importante que el Hospital ejerza una defensa técnica de sus créditos, a la altura de la complejidad del tema, y observando siempre la necesidad de agotar las instancias concursales (la liquidación de las EPS fallidas), como una etapa necesaria para el HUV, pero en todo caso previa a la reclamación de los créditos a cargo de los responsables subsidiarios como Alcaldías, Entidades territoriales, y en general a cualquier Tercero Interesado, Administrador, Deudor o Entidad Privada o Pública que haya ocasionado un daño antijurídico al Hospital con ocasión de la Liquidación de sus deudoras.

En concordancia con lo anterior, se recomienda al Hospital hacer un seguimiento cuidadoso de los procesos de liquidación que estén en curso, a fin de defender técnicamente sus créditos, y documentar detalladamente las respectivas actuaciones concursales para poder constituir las pruebas necesarias

en eventuales reclamaciones ante responsables subsidiarios.

Otro tipo de cuentas por cobrar a las EPS son aquellas a cargo de EPS plenamente funcionales y operativas. Sin embargo, varias cuentas por cobrar terminan siendo "glosadas", es decir, objetadas con argumentos y tecnicismos que en muchas ocasiones no tienen fundamento legal ni contractual, y que son decididos unilateralmente por la Empresa Promotora de Salud.

Frente a las "glosas" se recomienda al Hospital Universitario dos tipos de medidas, de un lado, fortalecer su área de facturación en el sentido de que esta conozca con pleno detalle cada una de las glosas de cada EPS, y así pueda emitir facturas y soportes que sean inobjetables por parte de las EPS. De otro lado, se recomienda tener una actitud más proactiva frente a las glosas decididas unilateralmente por las EPS, en el sentido de entender que las Empresas Promotoras no son jueces para determinar la existencia y exigibilidad de una obligación, sino verdaderas contrapartes que en todo momento están velando por sus propios intereses, y, por lo tanto, se escudan en "glosas" que no tienen fundamento legal ni contractual.

Así, se recomienda que frente a las glosas arbitrarias y sin fundamento legal, claro y explícito, en coordinación entre el área jurídica, de facturación y de cobro coactivo, se tomen las medidas extrajudiciales y judiciales necesarias, a fin de que la relación jurídica entre HUV y EPS se rijan por principios de reciprocidad, confianza legítima y seguridad jurídica.

Es notorio el comportamiento de los deudores con el HUV de aplicar cada día más los pagos a vigencias anteriores. En 2015, del total de recaudos de cartera, el 59% fue por cartera de la vigencia y un 41% fue aplicado a años anteriores confirmándose la lentitud en los pagos por parte de los deudores. Cartera solo pudo recaudar de venta de servicios alrededor de \$88.000 millones de la vigencia 2015 en la que se vendieron \$186.000 millones según Contabilidad del

HUV, eso representa menos del 50% de lo vendido por servicios de salud en el año.

La recuperación de cartera con el régimen subsidiado representó el 74% de la recuperación total en el año 2015, en segundo lugar estuvo la recuperación de cartera con la Gobernación del Valle que representó el 13% del total correspondiendo casi la mitad a deudas de vigencias anteriores, en tercer lugar estuvo el SOAT que representó el 4% y luego el régimen contributivo con el 3%, siendo estos cuatro los

principales generadores de pagos al HUV; en igual forma también se recuperaron más de \$4.000 millones por conceptos diferentes a salud.

A nivel individual, el gran pagador es la EPS Emssanar con más de \$40.000 millones por lo que se puede sugerir que teniendo con ellos los contratos más altos por alrededor de \$90.000 millones, se podrían realizar mayores acercamientos para crecer la facturación y radicación teniendo en cuenta que aparentemente existe espacio para crecer.

Tabla 47. Recuperación de cartera por concepto durante el año 2015.

RÉGIMEN	Vigencias anteriores	Vigencia 2015	TOTAL POR RÉGIMEN
Subsidiado	43.249.755	69.518.294	112.768.049
Vinc. Valle	9.527.368	10.998.212	20.525.580
SOAT	3.805.787	2.353.697	6.159.484
Contributivo	3.489.442	1.778.595	5.268.037
ECAT	1.042.865	853.477	1.896.342
Comisión	0	1.685.839	1.685.839
Arrendamientos	192.767	1.211.309	1.404.077
Régimen especial	479.927	615.880	1.095.807
Vinc. otros dptos..	978.728	18.500	997.228
CXC otras entidades	129.447	409.878	539.325
IPS	176.763	207.414	384.178
Riesgos prof.	69.111	19.686	88.796
Medicina prepagada	61.938	17.407	79.345
Particulares	9.797	55.825	65.622
Alimentación- esterilización- lavandería- residuos hospitalarios	4.056	55.579	59.636
Total por vigencia	63.217.752	89.799.593	153.017.345
% recuperación por vigencia	41%	59%	100%

Fuente: Información suministrada por el Área de Cartera del HUV (2015).

Tabla 48. Recursos y capacidades financieras del HUV.

Recursos y capacidades financieros	F/D	FM	Fm	DM	Dm
Rentabilidad operativa de la organización	D			X	
Rentabilidad no operativa de la organización	D	X			
Rentabilidad del patrimonio	D	X			
Capacidad de obtener recursos a corto y largo plazo	D	X			
Liquidez financiera	D		X		
Rotación de cartera	D			X	
Capacidad de inversión	D		X		
Análisis financieros adecuados	D			X	
Capital de trabajo	D				X
Procedimiento para elaboración del presupuesto	D			X	
Capacidad de respuesta del área a la exigencias del entorno	D			X	
Relación del área con el entorno externo	D			X	
Relaciones del área con las demás áreas de la organización	F	X			
Comportamientos de ventas-Comportamiento del ingreso	D			X	
Relación ingresos / costos-gastos	D			X	
Comportamiento de activos totales	D				x
Incremento del financiamiento de activos a cargo de terceros	D			X	
Comportamiento de pasivos totales	D			X	
Comportamiento del gasto financiero	D			X	
Proceso de auditoría-objeciones, glosas, devoluciones	D			X	
Proceso de facturación, radicación, gestión de cobro	D			X	
Indicador de costos / gastos alto	D			X	
Manejo de costos y gastos	D			X	
Costeo por actividad-Costeo por unidad de negocio	D			X	
Costos de recurso humano, misional y no misional	D			X	
Política de reserva para compra de nueva tecnología	D			X	
Grado de uso de las TIC por parte del área para facilitar su actividad y la de la organización en aspectos relacionados con los recursos financieros	D			X	
Capacitación del personal del área	D			X	
Indicadores de desempeño de la respectiva área	D			X	
Cumplimiento del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero	D			X	
Excedentes de facturación	D			X	

Nota: F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor Fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

Fuente: elaboración propia con base en el trabajo etnográfico y documental.

Recursos y capacidades físicas

Infraestructura Física

Desde el punto de vista contable, la planta física y demás activos fijos representan el 59.36% del total de los activos, una inversión importante podría orientar a estar en capacidad de tener una vasta facultad resolutoria, esto si contara con los recursos

financieros para apoyar diferentes programas de ampliación de cobertura. La conformación de los activos fijos del HUV presenta la siguiente clasificación (ver Tabla 49.)

La parte crítica de la planta física se relaciona con la inobservancia de las siguientes normas (ver Tabla 50).

Tabla 49. Conformación de los activos fijos con corte al 31/12/2015
en miles de pesos

Descripción	Tasa Deprec Promedio	2014	2015	Depreciación 2015	Provisión 2015	Valor neto 2015	% participación
Terrenos		66.594.932	66.516.640		-1.563.284	64.953.355	22,60%
Construcciones en curso		5.560.806	6.595.003			6.595.003	2,30%
Maquinaria, planta en montaje		1.476.478	2.099.018			2.099.018	0,70%
Bienes muebles en bodega		809.181	1.341.491			1.341.491	0,50%
Edificaciones	2,00%	215.010.603	218.458.452	-47.717.799		170.740.653	59,40%
Planta y ductos	6,70%	1.909.884	1.909.884	-906.851		1.003.034	0,30%
Redes líneas y cables	4,00%	3.728.939	3.728.939	-1.664.944		2.063.995	0,70%
Maquinaria y equipo	6,70%	3.673.433	3.876.551	-2.316.720		1.559.831	0,50%
Equipo medico y científico	10,00%	55.473.402	60.346.250	-36.331.685		24.014.565	8,40%
Muebles, enser. y equipos de oficina	10,00%	4.014.389	5.062.473	-2.498.834		2.563.639	0,90%
Equipo de comunicación y computo	20,00%	6.800.916	7.116.677	-5.043.048		2.073.629	0,70%
Equipo de transporte de tracción	10,00%	2.526.758	3.205.022	-1.432.325	-283.157	1.489.540	0,50%
Equipo comedor, cocina despensa	10,00%	1.397.460	1.397.460	-236.664	-882.488	278.308	0,10%
Propiedades de inversión		7.024.860	6.461.903	0		6.461.903	2,20%
Totales		376.002.041	388.115.764	-98.148.869	-2.728.930	287.237.965	100,00%

Fuente: Estados contables HUV diciembre 2015-notas a los estados contables 2015.

Tabla 50. Normas inobservadas planta física.

N°	Norma	Contenido
1	Ley 361 de 1997.	Accesibilidad al medio físico.
2	Resolución 4445 de 1996.	Suministro de agua potable y del fluido eléctrico.
3	Decreto 2676 de 2000 MMAV.	Manejo de residuos sólidos, líquidos, y de emisiones atmosféricas.
4	Resolución 04445 de 1996 del M.S.	Medio ambiente externo e interno inmediato correspondiente a las áreas de cada servicio.
5	Norma NSR-10. - mapa sísmico: zona sísmica: 5 - av=0.25 Ley 400 de 1998.	Sismo resistencia: requisitos sísmicos de diseño.
6	Resolución 04445 de 1996 del M.S.	Buen manejo de los gases medicinales.
7	Habilitación Resolución 04445 de 1996 del M.S.	Distribución de espacios (camas), baterías sanitarias.

Fuente: elaboración propia.

Las notas a los estados contables aclaran lo siguiente:

Durante la vigencia 2015 no fue posible efectuar conciliación de saldos de Propiedad, Planta y Equipo entre Contabilidad y Activos Fijos debido a que el proceso de cargue de información en el nuevo aplicativo no ha culminado. Durante la vigencia 2015 tampoco fue posible reflejar los resultados del avalúo técnico efectuado a la totalidad de los bienes muebles de la Institución. Al corte diciembre de 2015 se actualizaron las Propiedades de Inversión conforme a la información suministrada por la Oficina de Planeación donde se observaron variaciones principalmente en los Metros Cuadrados entregados en alquiler a diferentes entidades para la prestación de servicios tanto de Salud como fotocopiadoras y cafeterías. (Hospital Universitario del Valle, 2015a, p. 16)

Los datos anteriores permiten evidenciar lo siguiente:

- 1- Las instalaciones físicas, (terrenos, edificios, propiedades de inversión), representan el 84.3% del total de activos del hospital, sin duda alguna conforman los activos estratégicos del HUV; tales activos vistos desde la óptica de prestamistas, proveedores o acreedores a gran escala, representan el más importante soporte de capacidad de endeudamiento prendario o hipotecario a largo plazo, siempre y cuando el destino de los recursos obtenidos se direcciona a la reconversión del equipo médico científico, equipo biomédico y

otros activos productivos que permitan fortalecer el ingreso y la situación financiera de la entidad, entre ellos, la misma planta física.

En este sentido, el Plan de Desarrollo 2012-2015 reconoce que existe la necesidad de dar "Cumplimiento del 100% de los requisitos establecidos en la Resolución 4445 de 1996 y los anexos técnicos de la Resolución 1403 de 2006" (p. 19). De las entrevistas realizadas en el área de planeación se obtuvo información sobre las dificultades existentes en materia de sismo resistencia, teniendo en cuenta que es urgente y obligatorio adelantar este requerimiento y las barreras encontradas por ser la edificación un bien considerado como patrimonio arquitectónico.

Se estima un requerimiento del orden de los 82 mil millones de pesos para adelantar este trabajo, y unos 200 mil millones para hacer las adecuaciones que permitan cumplir las normas de habilitación. A manera de ejemplo, se presenta a continuación un piso con su distribución física y las observaciones en materia de habilitación (ver Figura 21).

Las observaciones al respecto indican bajo nivel de baterías sanitarias, e incumplimiento de estándares sobre camas y equipos médicos. Finalmente, se describe a continuación la distribución de los espacios físicos según información obtenida en el área de planeación sobre el área construida (ver Tabla 51).



Figura 21. Plano sexto piso HUV.

Fuente: Información suministrada por el Área de Sistemas HUV (2015).

Tabla 51. Relación de áreas construidas HUV.

Dependencia	MTS2	%
Dependencias Administrativas	2.027,83	4%
Dependencias de apoyo misional	6.322,13	13%
Dependencias misionales	30.850,75	64%
No definido	8.902,77	19%
	48.103,48	100%

Fuente: Área de Planeación HUV (2015).

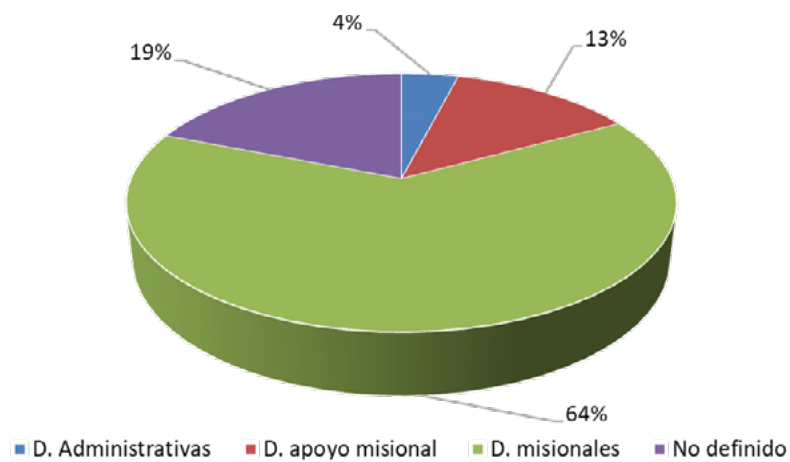


Figura 22. Distribución área construida HUV.

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 51.

Desde el punto de vista de la distribución, tal como se muestra en la figura anterior, se puede considerar como adecuada en la medida en que la mayoría de

los espacios se dedican al área misional y al apoyo misional, excepto 8.922.77 de área construida que no se pudo precisar su uso.

Piso 1

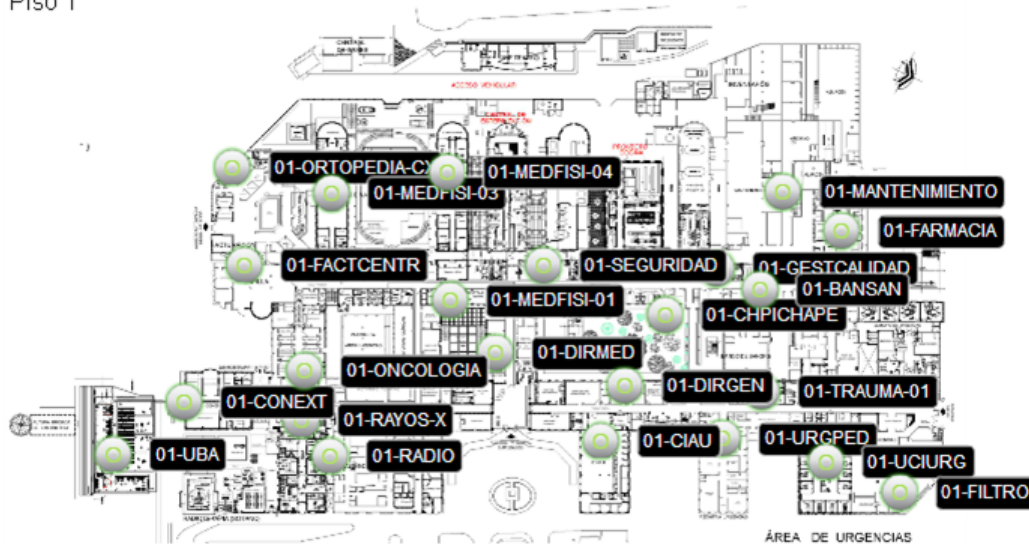


Figura 23. Plano del primer piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).

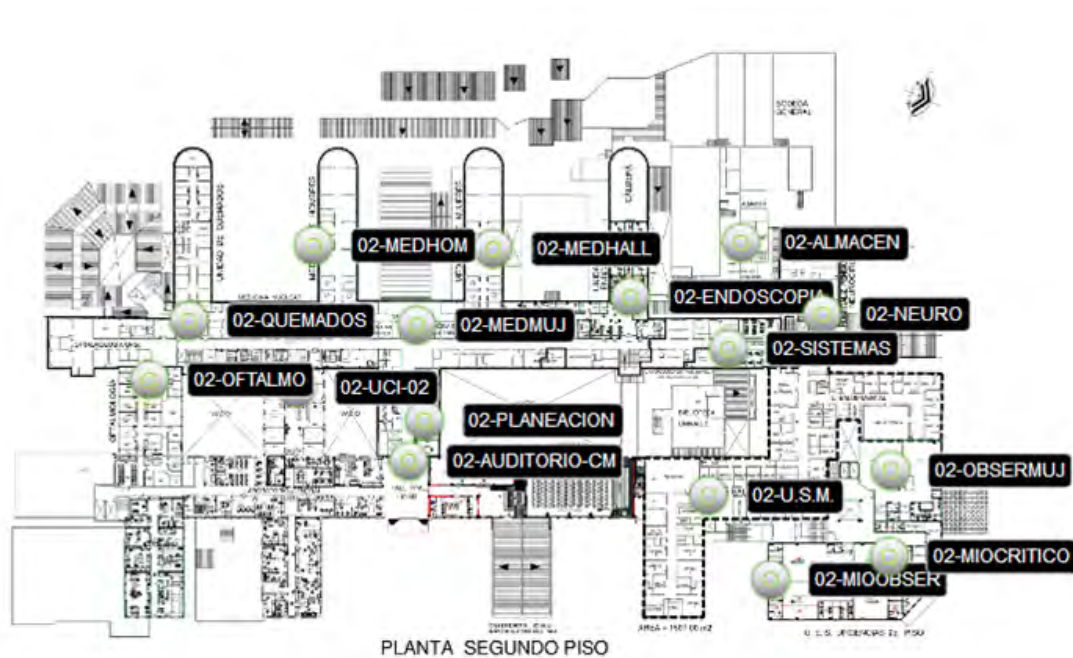


Figura 24. Plano del segundo piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).

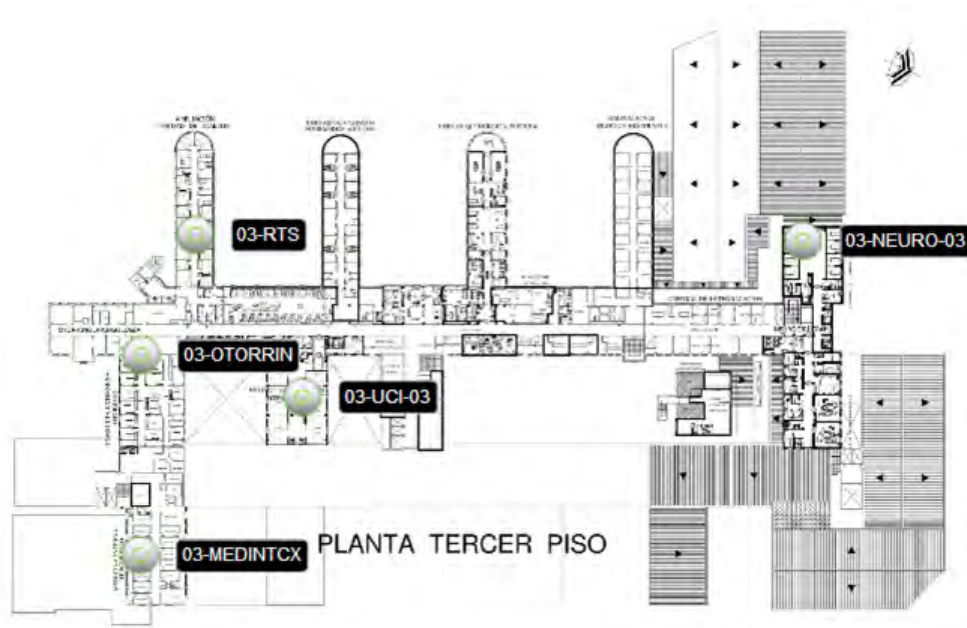


Figura 25. Plano del tercer piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).



Figura 26. Plano del cuarto piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).



Figura 27. Plano del quinto piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).



Figura 28. Plano del sexto piso con ubicación de los Acces Points instalados.

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).



Figura 29. Plano del séptimo piso con ubicación de los Acces Points instalados,

Fuente: Información suministrada por el Área de sistemas del HUV (2015).

2. Sobre la inversión en equipo médico científico: representa el 8.4% del total de la inversión en activos fijos, con una depreciación acumulada que alcanza al 60% del costo histórico de los equipos.

Al cierre de este informe no fue posible obtener la información sobre el inventario de equipos biomédicos y su estado actual, así como las necesidades de reposición y nuevas adquisiciones. No obstante, se estima que el Hospital requiere contar con un plan de mantenimiento permanente que permita el uso y el beneficio (fortalecimiento del ingreso), con los equipos existentes.

En reunión con el responsable del área se logró evidenciar que hay equipos que no se usan por falta de mantenimiento o por no realizar la compra (ni gestión para la misma) de repuestos para operar sin tener en cuenta la relación costo-beneficio.

Capacidad instalada

Para el análisis de la capacidad instalada se revisan dos tópicos, los ingresos promedio por cama (serie histórica) y los servicios e ingresos de los equipos biomédicos:

1. Ingresos por servicios / Camas disponibles: durante el año 2015 el comportamiento del ingreso por cama frente al valor esperado es el siguiente (ver Tabla 52).

Se estima que la producción de ingresos por servicios de acuerdo al número de camas, debería llegar a un promedio año de 500 millones de pesos, lo que supone un ingreso mensual aproximado de 42 millones.

A partir de este supuesto se observa que durante el año 2015 el HUV solo llegó en promedio al 70% de este nivel de ingresos, con algunos picos favorables (por encima de la media del 70%) para los meses de octubre (82%) cuando se reduce el número de camas, así como para los meses de mayo y septiembre, con un 80% y 75% respectivamente, el mes de menor porcentaje de logro fue diciembre.

Por lo descrito anteriormente, es necesario precisar que el Hospital no hace uso eficiente de la capacidad instalada, por lo que deberá repensar si necesita mantener un nivel de 620 o de 400 camas (habilitadas actualmente), máxime cuando el espacio físico y la distribución de las mismas no dan para cumplir normas de habilitación.

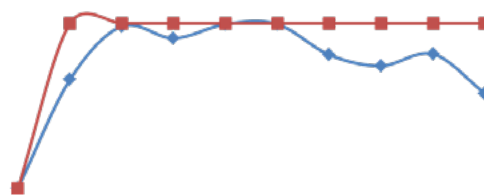
Tabla 52. Comportamiento del ingreso por cama HUV 2015.

Mes	ingreso real	ingreso real por cama	Ingreso esperado por cama	PROD REAL / PROD ESPERADA
Enero	15.920.026.268	25.677.462	25.833.333.333	62%
Febrero	15.873.672.821	25.602.698	25.833.333.333	61%
Marzo	16.941.870.124	27.325.597	25.833.333.333	66%
Abril	17.353.666.589	27.989.785	25.833.333.333	67%
Mayo	19.997.779.398	32.254.483	25.833.333.333	77%
Junio	19.458.141.440	31.384.099	25.833.333.333	75%
Julio	16.318.188.703	26.319.659	25.833.333.333	63%
Agosto	16.616.365.226	26.800.589	25.833.333.333	64%
Septiembre	12.498.833.873	20.159.409	25.833.333.333	48%
Octubre	13.746.898.731	34.367.247	16.666.666.667	82%
Noviembre	11.358.473.563	28.396.184	16.666.666.667	68%
Diciembre	10.690.572.381	26.726.431	16.666.666.667	64%
TOTAL	186.774.489.117	333.003.643	282.500.000.000	67%

Fuente: elaboración propia a partir de la información entregada por el Área de Contabilidad HUV (2015).

2- Equipos biomédicos / cantidad de servicios / ingresos: El número de servicios prestados a través de tecnologías biomédicas es el siguiente (ver Tabla 53).

Teniendo en cuenta que el mes más alto de servicios fue de 11.544, tomando este valor como marco de referencia, se observan desperdicios de capacidad instalada especialmente en los meses de enero y de junio en adelante.

**Figura 30. Servicios prestados de tecnologías biomédicas.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 53.

Tabla 53. Servicios prestados tecnologías biomédicas enero-septiembre 2015 HUV.

Detalle	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Escenografía	1.481	2.378	2.232	2.396	2.410	2.119	1.815	2.096	1.446
Ecografía	596	794	1.015	966	1.103	1.087	1.001	985	542
Radiología	5.559	8.227	7.299	8.185	8.031	6.181	5.791	6.367	4.677
Total	7.636	11.399	10.546	11.547	11.544	9.387	8.607	9.448	6.665

Fuente: Información suministrada por el Área de Mantenimiento HUV (2015).

Los valores de ingreso derivado de estos servicios es el siguiente:

Tabla 54. Ingreso por servicios de tecnologías biomédicas enero-septiembre 2015 HUV.

Mes	ingreso realizado	Ingreso esperado	% IR / IE
Enero	939.790.211	1.600.000.000	59%
Febrero	1.433.880.656	1.600.000.000	90%
Marzo	1.413.625.421	1.600.000.000	88%
Abril	1.546.867.943	1.600.000.000	97%
Mayo	1.573.975.546	1.600.000.000	98%
Junio	1.235.983.691	1.600.000.000	77%
Julio	1.127.538.032	1.600.000.000	70%
Agosto	1.200.993.387	1.600.000.000	75%
Septiembre	837.629.022	1.600.000.000	52%

Fuente: elaboración propia a partir de información del Área de Contabilidad HUV (2015).

Existe correlación entre el número de servicios y el ingreso por este tipo de servicios; tal como se observa en los datos anteriores, en los cuatro últimos meses analizados el ingreso desciende, llegando a

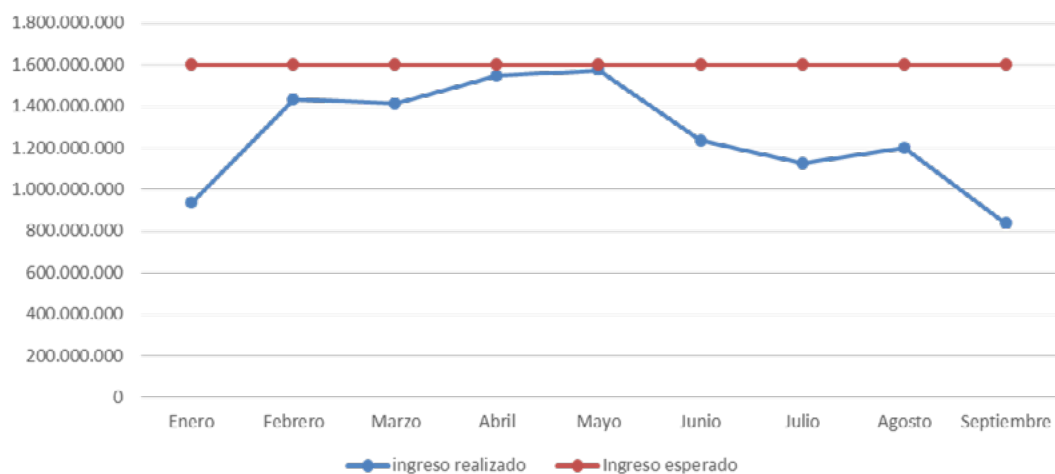


Figura 31. Ingreso por servicios de tecnologías biomédicas enero-septiembre 2015 HUV.

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 54.

un porcentaje de realización que, comparado al ingreso esperado, es inferior a la media general, lo que conduce a concluir como subutilización de capacidad instalada por falta de pacientes que demanden el servicio o de mercadeo ofertando los servicios.

Tabla 55. Recursos y capacidades físicas.

Recursos y capacidades físicas	F/D	FM	fm	DM	Dm
Planta física, activos físicos	F	X			
Mantenimiento de equipos biomédicos	D			X	
Cumplimiento requisitos sismo resistencia	D			X	
Cumplimiento requisitos de habilitación en infraestructura	D			X	
Cumplimiento a norma en manejo de gases medicinales, residuos sólidos, líquidos y emisiones atmosféricas	D			X	

Nota: F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

Fuente: elaboración propia con base en revisión documental y trabajo etnográfico.

Prestación del servicio médico-dirección médica

El Hospital Universitario del Valle es la Institución pública de mediana y alta complejidad más importante del suroccidente del país. El objetivo estratégico de Acreditación planteado en el Plan de Desarrollo 2012-2015 no se logró, a pesar de ser una meta única reflejada en la Visión del Hospital y de obligatorio cumplimiento a diciembre 31 de 2016, término de ampliación de la ley, que de no cumplirse la entidad pierde la condición de Hospital Universitario, faltó más liderazgo para el desarrollo de logros en la Calidad de la Institución.

En 2015, la situación financiera de la Institución llevó a que se afectaran los equipos de trabajo, especialmente los misionales, así como también a que los insumos necesarios para la atención de los pacientes redujeran de forma considerable (incluye medicamentos e insumos, disponibilidad de equipos biomédicos, entre otros). Es por eso que el HUV se vio en la necesidad de disminuir la capacidad de oferta con que contaba, a fin de reconcentrar sus capacidades en la atención de los pacientes que ameritaban atenciones más complejas.

Tabla 56. Servicios ofertados habilitados por el Hospital.

TIPO	HABILITADOS
Quirófanos	10
Salas de partos	2
Ambulancias medicalizadas TAM	2
Sillas quimioterapia	20
Salas de procedimientos	11
Camas de hospitalización	400
Camas de observación	100
Consultorios de consulta externa	64
Consultorios en servicio de urgencias	3
Número de unidades de odontología	3

Fuente: elaboración propia.

De la mano con una capacidad de oferta disminuida viene también una menor producción.

Tabla 57. Datos de producción hospitalaria años 2013-2015.

ACTIVIDAD	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Consultas urgencias	71.224	77.413	21.541
Consulta/especializada	174.535	182.076	195.125
Eventos obstétricos	4.887	4.100	4577
Imágenes	104.063	126.467	90.459
Laboratorio	781.263	849.273	541.523
Terapias	168.148	181.165	166.905
Total cirugías	26.320	27.080	24.271
Egresos	29.964	34.920	23.331

Fuente: Informes de producción para la Junta Directiva del HUV (2015).

Tabla 58. Variación porcentual por actividades 2013-2015.

ACTIVIDAD	Variación 2013-2014	Variación 2014-2015
Consultas urgencias	8,69%	-72,17%
Consulta especializada	4,32%	7,17%
Eventos obstétricos	-16,10%	11,63%
Imágenes	21,53%	-28,47%
Laboratorio	8,71%	-36,24%
Terapias	7,74%	-7,87%
Total cirugías	2,89%	-10,37%
Egresos	16,54%	-33,19%

Fuente: Informes de producción para la Junta Directiva del HUV (2015).

Según la anterior información, la producción durante 2015 cayó notoriamente y de manera generalizada en urgencias, imágenes, laboratorio, cirugías y egresos hospitalarios y subió ligeramente en consulta especializada y eventos obstétricos; de todas las actividades analizadas, la única que muestra un

crecimiento año a año es Consulta especializada, todas las demás presentan disminución. Las imágenes diagnósticas que comenzaron en enero de 2015 creciendo un 10% con relación a 2014, se mantuvieron hasta mayo, pero comenzaron a caer notoriamente desde junio de 2015.

En enero de 2016 hay una caída dramática y solo son un 32.7% de las realizadas en el mismo mes de 2015 o el 42.4% de las realizadas en enero de 2014, caída que ya se vislumbraba a finales del año 2015.

Tabla 59. Datos de producción Imágenes diagnósticas.

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	10.248	13.285	4.351
Febrero	10.610	9.487	
Marzo	10.879	11.024	
Abril	10.132	10.094	
Mayo	11.063	10.111	
Junio	9.933	6.432	
Julio	9.778	8.478	
Agosto	10.578	5.572	
Septiembre	9.335	4.032	
Octubre	10.899	3.699	
Noviembre	11.282	4.109	
Diciembre	11.730	4.135	

Fuente: información suministrada por el Área de Estadística del HUV (2016).

Durante el segundo semestre de 2015 los eventos por imágenes diagnósticas fueron inferiores a las de 2014, pero su caída vertiginosa se da a partir del mes de septiembre, mes a partir del cual solo fueron una tercera parte de lo que se hacía en 2014.

Los exámenes de laboratorio en el primer semestre de 2015 fueron un 95% del mismo semestre de 2014 y aunque comenzaron creciendo de manera significativa casi en un 40%, posteriormente tuvieron un comportamiento menor hasta caer radicalmente en el mes de junio.

Tabla 60. Datos de producción exámenes de laboratorio.

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	58.177	80.664	27.802
Febrero	63.517	57.600	
Marzo	73.262	66.932	
Abril	70.673	64.069	
Mayo	74.005	75.117	
Junio	63.059	36.035	
Julio	70.983	39.631	
Agosto	77.236	36.889	
Septiembre	66.340	25.448	
Octubre	75.880	19.513	
Noviembre	73.901	19.167	
Diciembre	82.240	20.459	
Total	849.273	541.524	27.802

Fuente: información suministrada por el Área de Estadística del HUV (2016).

De otra parte, en enero de 2016 seguían cayendo aún más, continuando la tendencia decreciente y dramática iniciada en septiembre de 2015.

Tabla 61. Datos de producción Procedimientos quirúrgicos.

Vigencia	2.014	Tendencia	2.015	Tendencia
Enero	2.244	-	1.263	-
Febrero	2.429	8%	3.514	178%
Marzo	2.536	4%	3.362	-4%
Abril	2.387	-6%	2.362	-30%
Mayo	2.312	-3%	2.328	-1%
Junio	2.053	-11%	1.949	-16%
Julio	1.963	-4%	1.930	-1%
Agosto	2.381	21%	1.733	-10%
Septiembre	1.963	-18%	1.904	10%
Octubre	2.218	13%	1.462	-23%
Noviembre	2.069	-7%	1.198	-18%

Continúa

Vigencia	2.014	Tendencia	2.015	Tendencia
Diciembre	2.530	22%	1.266	6%
Total	27.085		24.271	

Fuente: Área de Estadística del HUV (2015).

El total de los procedimientos quirúrgicos realizados durante 2015, presentan una disminución de 2.814 servicios frente a la cifra de 2014, es decir el 10,4% de menos, siendo los meses más críticos agosto (con 648 servicios de menos), octubre (con 756 servicios de menos), noviembre (con 871 servicios de menos) y diciembre (con 1.264 servicios de menos).

Tabla 62. Datos de producción Consulta especializada 2015.

Vigencia	2.014	Tendencia	2.015	Tendencia
Enero	11.932	-	11.154	-
Febrero	13.775	15%	17.143	54%
Marzo	13.654	-1%	25.057	46%
Abril	15.687	15%	17.523	-30%
Mayo	16.454	5%	18.000	3%
Junio	14.562	-11%	17.663	-2%
Julio	15.412	6%	11.581	-34%
Agosto	15.172	-2%	22.899	98%
Septiembre	16.825	11%	16.884	-26%
Octubre	18.723	11%	13.217	-22%
Noviembre	15.162	-19%	12.686	-4%
Diciembre	14.720	-3%	11.317	-11%
Total	182.078		195.124	

Fuente: Área de Estadística del HUV (2015).

Las consultas especializadas, para el año 2015, se incrementaron en un 7,2% (13.046 consultas especializadas), presentando los mayores márgenes de

crecimiento en el mes de marzo (25.057) y agosto (22.899), mientras que en el último trimestre del año 2015 se presenta una disminución sostenida de las consultas especializadas frente a 2014, así: para octubre disminuyen en el 29%, para noviembre disminuyen en el 16% y para diciembre presentan disminución del 23%. Las consultas especializadas durante el segundo semestre de 2015 fueron un 92% de las realizadas en el mismo periodo de 2014 o 7.430 consultas menos.

Tabla 63. Datos de producción Eventos obstétricos, 2015.

Vigencia	2.014	Tendencia	2.015	Tendencia
Enero	11.932	-	11.154	-
Febrero	13.775	15%	17.143	54%
Marzo	13.654	-1%	25.057	46%
Abril	15.687	15%	17.523	-30%
Mayo	16.454	5%	18.000	3%
Junio	14.562	-11%	17.663	-2%
Julio	15.412	6%	11.581	-34%
Agosto	15.172	-2%	22.899	98%
Septiembre	16.825	11%	16.884	-26%
Octubre	18.723	11%	13.217	-22%
Noviembre	15.162	-19%	12.686	-4%
Diciembre	14.720	-3%	11.317	-11%
Total	182.078		195.124	

Fuente: Área de Estadística del HUV (2015).

Los eventos obstétricos durante el primer semestre de 2015 crecieron un 39% en comparación al mismo periodo de 2014. A diferencia de lo ocurrido durante el segundo semestre, estos mismos presentan una disminución del 12,8% frente al mismo periodo de 2014, las mayores disminuciones se presentaron en septiembre (22%), octubre (33%), noviembre (24%) y diciembre (11%).

Tabla 64. Datos de producción Consulta de urgencias.

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	232	475	287
Febrero	330	387	
Marzo	325	433	
Abril	311	418	
Mayo	366	463	
Junio	349	495	
Julio	368	414	
Agosto	428	424	
Septiembre	374	292	
Octubre	380	253	
Noviembre	329	250	
Diciembre	308	273	
Total	4.100	4.577	287

Fuente: Área de Estadística del HUV (2016).

Las consultas de urgencias durante el primer semestre de 2015 cayeron con relación al mismo periodo de 2014. Las consultas de urgencias durante el segundo semestre de 2015 cayeron significativamente en comparación a 2014, notándose especialmente a partir del mes de septiembre cuando bajaron de las 1.000 mensuales.

Tabla 65. Datos de producción Egresos hospitalarios

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	5.383	2.221	1.033
Febrero	6.011	2.640	
Marzo	6.167	3.690	
Abril	4.637	2.028	
Mayo	6.596	1.729	
Junio	6.169	1.536	
Julio	5.911	1.744	
Agosto	7.211	2.207	
Septiembre	6.518	1.363	
Octubre	8.127	926	

Continúa

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Noviembre	5.973	735	
Diciembre	8.710	722	
Total	77.413	21.541	1.033

Fuente: Área de Estadística del HUV (2016).

Los egresos hospitalarios en el primer semestre de 2015 cayeron un 9% en comparación a 2014. Durante enero de 2016 cayeron un 62% con relación al mismo mes de 2015. Los egresos hospitalarios en el segundo semestre de 2015 cayeron notoriamente con relación a 2014.

Tabla 66. Datos de producción Terapias.

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	11.062	10.852	8.450
Febrero	13.395	17.043	
Marzo	13.335	21.579	
Abril	15.355	16.169	
Mayo	16.662	23.161	
Junio	12.813	12.919	
Julio	16.206	8.909	
Agosto	13.452	11.920	
Septiembre	14.258	14.527	
Octubre	17.604	5.343	
Noviembre	18.681	7.879	
Diciembre	18.342	16.604	
Total	181.165	166.905	8.450

Fuente: Área de Estadística del HUV (2016).

Las terapias durante el primer semestre de 2015 fueron inferiores a las realizadas durante el mismo periodo de 2014. La caída se acentúa más en enero de 2016 cuando fueron menos del 80% de las realizadas en el mismo mes de 2015. Al analizar la ocupación del 2015 frente a la del 2014 se evidencia que esta es significativamente inferior. La estancia promedio disminuye, y el giro cama aumenta.

Tabla 67. Terapias por vigencia 2014-2016 HUV.

Vigencia	2.014	2.015	2.016
Enero	2.876	3.985	1.504
Febrero	3.017	2.307	
Marzo	3.113	2.357	
Abril	2.348	2.125	
Mayo	2.306	2.262	
Junio	3.153	2.286	
Julio	2.385	1.623	
Agosto	3.226	1.891	
Septiembre	2.886	1.396	
Octubre	3.229	1.123	
Noviembre	2.882	892	
Diciembre	3.333	1.084	
Total	34.754	23.331	1.504

Fuente: Área de Estadística del HUV (2016).

Tabla 68. Comportamiento de Indicadores de Eficiencia Técnica Año 2014-2015.

Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Ju l	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Ocup 2015	88,60%	88,00%	88,70%	91,00%	93,50%	92,10%	83,50%	82,30%	66,20%	65,00%	61,00%	59,20%
Ocup 2014	81,70%	93,90%	89,40%	89,40%	88,50%	89,40%	89,00%	93,00%	91,00%	89,60%	89,30%	86,00%
Estan 2015	5,3	5,8	6,1	5,4	5,9	7,4	6,2	7,0	4,7	4,2	4,3	4,3
Estan 2014	3,9	4,8	4,9	5,0	5,6	4	4,3	5,7	5,5	5,0	5,2	5,0
Giro 2015	3,71	4,16	4,68	4,24	4,51	4,56	3,3	3,5	3,4	3,8	3,2	3,4
Giro 2014	5,78	6,42	6,26	6"14	5,64	6,40	5,8	6,4	5,8	6,7	5,9	6,7

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

Cuando se contrasta esto con la disminución en el número de actividades arriba citado y la disminución importante en la venta, se puede deducir que

el hospital está menos lleno, pero que los pacientes que lo ocupan tienen una menor complejidad.

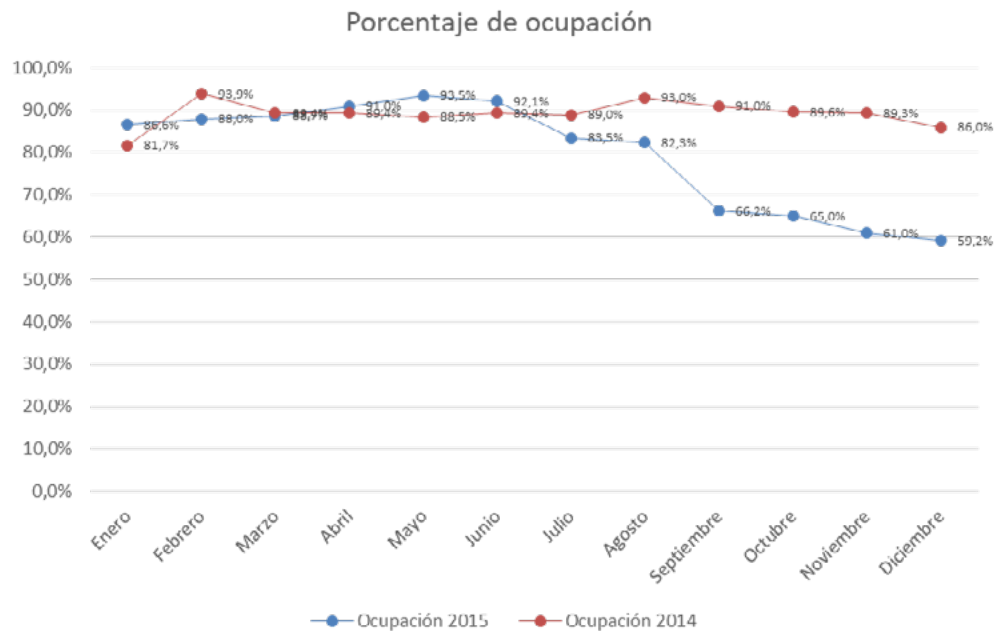


Figura 32. Comportamiento de Indicadores de Eficiencia Técnica Año 2014-2015.

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

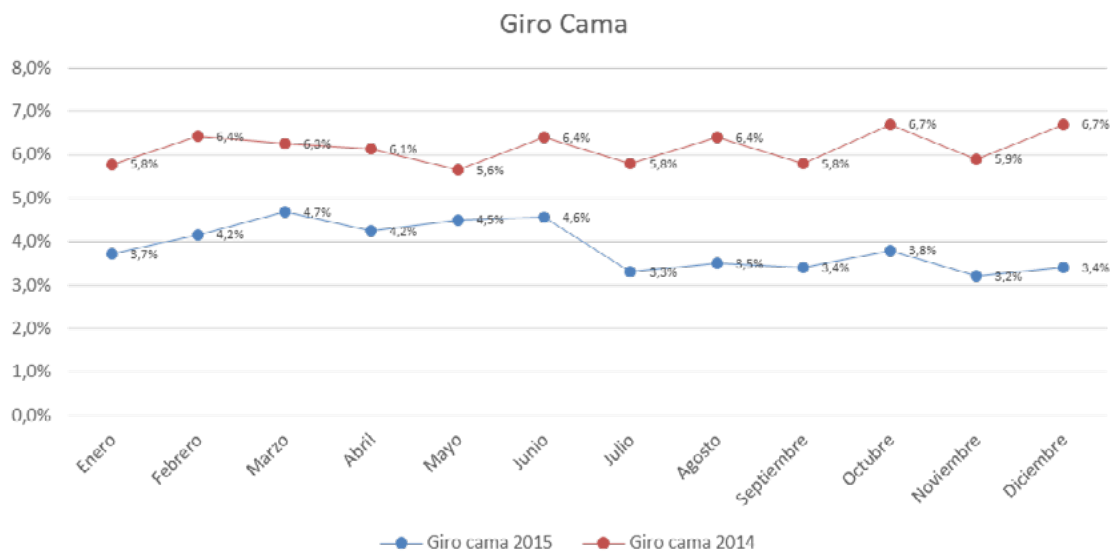


Figura 33. Comportamiento en el número de camas ocupadas entre 2014-2015.

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

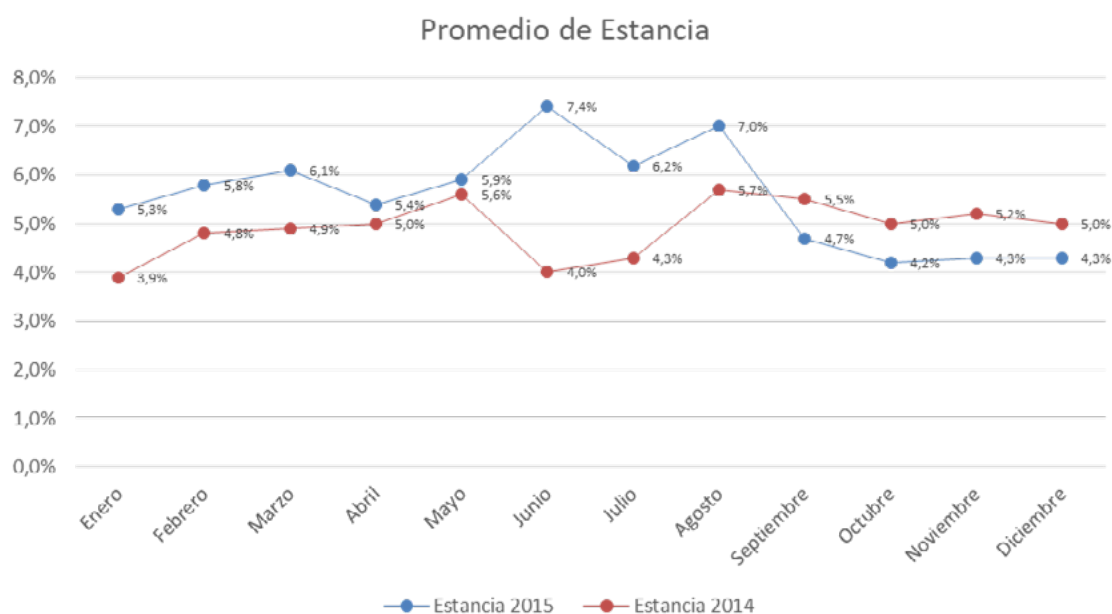


Figura 34. Promedio de estancia hospitalaria entre 2014-2015.

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

Lo anteriormente expuesto en las diferentes tablas se puede volver a confirmar al analizar las primeras causas de hospitalización, donde resaltan los embarazos de alto riesgo, los recién nacidos, los partos; las primeras cinco causas de hospitalización se deben a razones relacionadas con el embarazo, el parto, el nacimiento o causas post-parto. En la siguiente tabla podemos evidenciar la frecuencia con que se hospitalizaron pacientes con sus respectivas razones.

Tabla 69. Primeras Causas de Hospitalización 2015.

CIE 10	Descripción	Frec	%
z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación	373	1,60%
z370	Nacido vivo único	265	1,10%
o839	Parto asistido sin otra especificación	239	1,00%
z321	Embarazo confirmado	227	1,00%

Continúa

CIE 10	Descripción	Frec	%
p369	Sepsis bacteriana del recién nacido no especificada	221	0,90%
o141	Preeclampsia severa	203	0,90%
o800	Parto único espontáneo presentación cefálica del vértice	200	0,90%
z988	Otros estados post quirúrgicos especificados	196	0,80%
o809	Parto único espontáneo sin otra especificación	187	0,80%
p073	Otros recién nacidos preterminado	178	0,80%
	Otros diagnósticos	21042	90,20%
	Total	23331	100,00%

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

La institución tiene un peso importante en atenciones materno infantil, sin que se vea en estos hospitalizaciones de pacientes de cuidado crítico entre las principales causas de hospitalización.

Tabla 70. Primeras Causas de Consulta Urgencias 2015.

Cie 10	Descripción	Frec	%
T07X	Traumatismos múltiples, no especificados	1024	4,80%
Z321	Embarazo confirmado	663	3,10%
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación	642	3,00%
R509	Fiebre no especificada	414	1,90%
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	368	1,70%
R568	Otras convulsiones y las no especificadas	277	1,30%
I679	Enfermedad cerebrovascular no especificada	263	1,20%
T150	Cuerpo extraño en córnea	234	1,10%
Z358	Supervisión de otros embarazos de alto riesgo	207	1,00%
S800	Contusión de la rodilla	206	1,00%
	Otros diagnósticos	17243	80,00%
	Total	21541	100,00%

Fuente: Informe Rendición de Cuentas enero a diciembre de 2015-HUV.

Cuando se contrastan los datos anteriores con las principales causas de urgencias, se observa que en este último servicio predominan los traumatismos no especificados, luego vuelven a tener preponderancia las asociadas con atenciones ginecobstetricias. En conclusión, estamos con un hospital menos lleno, y con pacientes menos complejos.

En cuanto a la prestación en sí, está a cargo de personal asistencial directamente contratado por el Hospital, vinculados por agremiaciones y por docentes de la Universidad del Valle apoyados con estudiantes de la Facultad de Salud en programas de pregrado y posgrado. Existen debilidades importantes en el seguimiento a tareas de los equipos asistenciales; no hay evidencia de seguimiento a productividad.

Existe en algunas áreas una cultura de incumplimiento a horarios y cargas asistenciales asignadas

a todo nivel, algunas agendas dejaron de ser organizadas según las necesidades de pacientes e institución y se orientan más hacia las necesidades de los prestadores del servicio, quedando el cliente en último lugar. Los incumplimientos citados tienen poca repercusión sobre los profesionales generadores de las mismas; esto ha favorecido que la práctica se extienda, ya que el mensaje que puede ser leído es que "no pasa nada".

Al observar estos comportamientos en algunos colaboradores de la Institución y ver que ellos mismos en otras instituciones no solo son conocedores de los procesos administrativos sino que los siguen y respetan, demuestran que no es un problema de desconocimiento sino de actitud para acatar las directrices del Hospital, por tanto, se presume que, en un modelo de gestión orientado al logro y basado en indicadores, estos mismos profesionales serán los líderes que se necesitan para reconvertir al hospital en una institución rentable social y financieramente hablando.

El Convenio Docencia-Servicio Asistencial entre el Hospital Universitario del Valle y la Universidad del Valle surge para el desarrollo científico y tecnológico de la salud en los campos de la educación, la investigación en el desarrollo de programas de pregrado, postgrado, educación continuada y extensión universitaria; asegurando por estos medios el mejoramiento de la calidad de la educación en la Universidad y de los servicios de salud en el Hospital.

Sin embargo, existen factores que de parte y parte pueden afectar el adecuado flujo de esta relación, por parte del Hospital, la restricción en insumos y equipos necesarios para la atención de los pacientes, así como la disminución en la capacidad de oferta que afecta el número de pacientes susceptibles de ser atendidos y la menor complejidad de los mismos especialmente durante el último año son algunas de las situaciones expuestas por docentes de la Universidad y que son consideradas como potenciales riesgos para la calidad de la actividad académica, además de la calidad y seguridad en la atención para los pacientes.

Por su parte, el incumplimiento a horarios y agendas establecidas así como el acompañamiento parcial a los estudiantes que de parte de algunos docentes se da al momento de la asistencia y la no claridad en las asignaciones asistenciales de los docentes en los diferentes servicios, la ausencia de indicadores de gestión / servicio / productividad aplicados a la docencia por parte del Hospital y la escasa adherencia a procesos administrativos son algunos de las situaciones mencionadas por los colaboradores del Hospital, como generadoras de inconvenientes que, en algunas ocasiones, se convierten en detrimento al ingreso institucional. En este orden de ideas, es importante conciliar entre partes lo necesario para lograr la optimización de este convenio, considerado un activo estratégico vital para ambas partes.

Situaciones como estas se favorecen por la poca claridad en perfiles y funciones a todo nivel, así como debilidad en normas de competencias. Algunos cargos no se encuentran asociados a indicadores de gestión que permitan evaluar un desempeño objetivo que faciliten tanto la generación de planes de mejora como decisiones a favor de la organización según sea el caso.

Hay poca adherencia al cumplimiento de los requerimientos administrativos asociados a la prestación. El diligenciamiento completo y oportuno de la historia clínica, la formulación y ordenamiento de lo necesario para la atención, la optimización del tiempo dedicado a la atención, la búsqueda de procesos eficientes que mejoren la productividad dentro de la institución no son parte de la cultura de los equipos asistenciales, sin que esto sea una situación general, ya que existen profesionales, tanto contratados como docentes, cumplidores de su deber. Esto no facilita las evaluaciones de pertinencia clínica en el personal de salud que labora en la institución frente a manejo de protocolos y guías de atención institucionales, con la consiguiente revisión conjunta y generación de planes de mejoramiento si vienen al caso.

En respuesta a esto, desde el Plan de Desarrollo con vigencia 2012-2015 se generó un plan de adopción

y de adaptación de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social, que fueron enviadas a los Jefes de las diferentes unidades académicas y de servicio, encontrándose en proceso de evaluación para posteriormente ser implementadas en la plataforma DARUMA y en los procesos de atención de los pacientes.

La Modernización de los Procesos Administrativos y Clínicos, a pesar de tener el mayor grado de cumplimiento durante el periodo del Plan de Desarrollo 2012-2015 se vio afectado por la falta de recursos económicos. Algunas metas no se lograron por la pérdida de visión gerencial y enfoque sistémico, ausencia de indicadores de gestión, interinidad del grupo directivo, falta de cumplimiento a los Planes de Mejoramiento, no existencia de mercadeo institucional, entregándose servicios importantes a terceros (Alianzas estratégicas) y la propia crisis del sector salud. Se presentaron fallas constantes en el Servicio Farmacéutico por la falta de disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos.

Hay debilidad en los sistemas de información y en la parametrización de productos y servicios contratados con los aseguradores, de tal forma que es frecuente encontrar que se generan atenciones que o no pueden ser cobradas (no leídas por el sistema al no existir el parámetro) o lo son de forma no adecuada, dejándose de percibir ingresos por esta vía.

En relación con el cumplimiento de estándares del Sistema Único de Acreditación (SUA) según informe entregado en diciembre de 2015 se obtuvo por parte de la institución una calificación de 1 sobre 5, siendo una exigencia de ley estar la entidad acreditada a diciembre 31 de 2015 (Ley 1438 de 2011), servicios misionales como Ortopedia, Urgencias, Ginecología, UCI, Atención Integral Clínica, entre otros, no alcanzaron los estándares mínimos de habilitación y en consecuencia la Acreditación.

Durante la vigencia del Plan de Desarrollo 2012-2015 no se ejecutaron acciones para el Subprograma Reordenamiento Médico Arquitectónico, cuyo objetivo

es el dimensionamiento de áreas para el desarrollo de los proyectos futuros de infraestructura física del HUV acordes con el estudio de oferta y demanda de servicios.

No se evidencia un modelo de auditoría que permita, en tiempo real, optimizar procesos, apoyar la calidad y disminuir al máximo la posibilidad de glosas y devoluciones. Un proceso en el que se trabaje al tiempo acciones coyunturales, de calidad y prevención a la vez que se cuenta con un equipo fuerte de cuentas médicas y preradicación, es un método probado que favorece la atención segura y costo efectivo a la vez que propende por optimizar la rentabilidad operacional.

Conforme al informe de rendición de cuentas para la vigencia 2015, se encuentra la evaluación de algunos elementos del Plan de Desarrollo vigencia 2012-2015 directamente relacionados con la prestación del servicio, como se indica a continuación:

- Programas de Extensión-Cursos: Seguridad del Paciente, Cuidado humano y seguro personal con patología hematológica, Cuidado humano y seguro persona con patología Psiquiátrica.
- Definición de la política de formación del talento humano (POL/DG/EDU/001) en pro del proceso de acreditación del HUV.
- Articulación contraprestación convenio Docencia-Servicio para capacitación del talento humano del HUV y dotación de auditorios con equipos audiovisuales, tableros borrables y papelería.
- Actualización de los procedimientos clínicos relacionados cierre de brechas de habilitación, todos se encuentran en evaluación por los jefes para ser implementados en las áreas.
- Articulación Programas Enfermería y Psicología-Univalle y Psicología U. San Buenaventura al fortalecimiento cultura de humanización en el HUV, en sinergia con gestión del talento humano.
- Se actualizó el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIR, sin implementación a la fecha del informe de rendición de cuentas.

- Se cuenta con historia clínica electrónica, en casi la totalidad de los servicios asistenciales, logrando mejorar la calidad y oportunidad en la atención de los pacientes, obteniendo datos estadísticos directamente desde la base de datos. Esta información permite mejorar la glosa por letra ilegible y justificación de órdenes medicas desaparecidas.
- Se adelantaron gestiones ante la Gobernación del Valle para el mejoramiento del proceso de atención al donante, se formuló proyecto logrando la donación de una Unidad Móvil, que fue devuelta por fallas técnicas estando pendiente su reingreso al hospital.
- Revisión cumplimiento de avales académicos de docentes bajo relación Docencia – Servicio; proceso de actualización hojas de vida.
- Construcción instrumentos para seguimiento al cumplimiento de Manuales de funciones asistenciales delegadas y anexos técnicos para supervisión del personal en formación.

Consideraciones

Combinar una cultura organizacional débil donde predomina el individualismo con un sistema de información con falencias y procesos administrativos y financieros obsoletos, han sido factores relevantes (sin ser los únicos) para la crisis que se vive en la institución.

Es claro que un factor indispensable para lograr la prestación de un servicio de alta calidad, eficiente y rentable social y, operacionalmente hablando es el definir un modelo de atención centrado en la gestión, con indicadores que faciliten el seguimiento a resultados, con los que trabajar ciclos de mejoramiento continuo sea posible.

Un modelo de este tipo no solo facilita la prestación, sino que permite brindar servicios de las más altas calidades seguros y costo efectivos a la vez que favorece la investigación, la innovación y la academia del más alto nivel. Seguidamente se identifican y clasifican los recursos y capacidades de la Dirección médica identificando las siguientes variables:

Tabla 71. Fortalezas y debilidades según los recursos y capacidades.

Recursos y capacidades Dirección Médica	F/D	FM	fm	DM	Dm
Disminución en recurso humano misional, tanto general como especializado y subespecializado, dejando algunas áreas estratégicas funcionando con equipos de trabajo incompletos.	D			X	
Escasez de insumos necesarios para la atención de pacientes, que pone en riesgo la seguridad de la atención y la calidad académica impartida.	D			X	
Disminución en capacidad ofertada a la población, sin embargo, los pacientes siguen llegando, sobreocupando las áreas dispuestas para atención.	D			X	
No evidencia de sistematicidad y periodicidad para el análisis de tableros de mando, revisión estratégica de indicadores clínicos y definición de planes de mejoramiento, así como el cumplimiento de los planes de mejoramiento generados.	D			X	
Indicadores de gestión poco definidos, cumplimiento limitado a los mismos por parte del equipo asistencial general especializado y subespecializado, sin consecuencias tangibles frente a los incumplimientos (planes de mejora, trabajo con coach o salida de la institución según cada caso en particular).	D			X	
Perfiles y funciones poco claros en el equipo asistencial, tanto general como especializado y subespecializado.	D			X	
Se encuentra una cultura generalizada de incumplimiento a horarios y cargas asistenciales asignadas a todo nivel.	D			X	
No evidencia de estudio de cargas y puestos de trabajo asistenciales a todo nivel. Debilidad en normas de competencias. No evidencia de existencia generalizada de evaluaciones de desempeño y planes de mejora.	D			X	
Escasa adherencia al cumplimiento de los requerimientos administrativos asociados a la prestación, tales como el diligenciamiento completo y oportuno de la historia clínica, la formulación y ordenamiento de lo necesario para la atención, entre otros, factores clave para lograr la maximización de ingresos.	D			X	
No se evidencia un modelo de auditoría que permita, en tiempo real, optimizar procesos, apoyar la calidad y disminuir al máximo la posibilidad de glosas y devoluciones. Un proceso en el que se trabaje al tiempo acciones coyunturales, de calidad y prevención a la vez que se cuenta con un equipo fuerte de cuentas médicas y preradicación, es un método probado que favorece la atención segura y costo efectiva a la vez que propende por optimizar la rentabilidad operacional.	D			X	
Programas de Extensión- Cursos: Seguridad del Paciente, Cuidado humano y seguro personal con patología hematológica, Cuidado humano y seguro persona con patología Psiquiátrica.	F	X			
Definición de la política de formación del talento humano (POL/DG/EDU/001) en pro del proceso de acreditación del HUV.	F	X			
Articulación contraprestación convenio Docencia-Servicio para capacitación del talento humano del HUV y dotación de auditorios con equipos audiovisuales, tableros borrables y papelería.	F	X			
Articulación Programas Enfermería y Psicología-Univalle y Psicología U. San Buenaventura al fortalecimiento cultura de humanización en el HUV, en sinergia con gestión del talento humano.	F	X			
Debilidad en existencia e implementación de guías y protocolos de atención orientados a la calidad y costo-efectividad.	D			X	
No cumplimiento a estándares de acreditación según informe de evaluadores de diciembre de 2015. Hay incumplimientos incluso para estándares de habilitación.	D			X	
Adopción de una nueva estructura organizacional que implicó reagrupación de procesos no necesariamente funcionales: Atención Integral Quirúrgica y de Emergencias, Atención Integral Clínica.	D			X	
No evidencia de plan de compras. Estas se realizan sin el acompañamiento de la Dirección Médica en el proceso.	D			X	

Fuente: elaboración propia con base en observación participante, revisión documental y encuesta a grupos focales. Informe rendición de cuentas 2015. Audiencia Pública de Rendición de Cuenta 2015 a la Ciudadanía.

Recursos y capacidades técnicos o de producción

Tabla 72. Fortalezas y debilidades en los recursos y las capacidades técnicas.

Recursos y capacidades técnicos o de producción	F/D	FM	fm	DM	Dm
Grado de capacitación del personal del área	F	X			
Grado de creatividad e innovación del área	F	X			
Grado de tecnificación del área	D			X	
Calidad en los procesos productivos	d				x
Poca adherencia a cumplimiento de requisitos administrativos asociados a la atención	D			X	
Calidad de los bienes o servicios	d				x
Auditoría para la garantía de la calidad en la atención de servicios de salud	D			X	
Grado de flexibilidad en la producción	D			X	
Conocimiento del entorno por parte del personal del área	D			X	
Capacidad de respuesta del área a los cambios del entorno	F	X			
Relación del área con las demás áreas de la organización	D			X	
Capacidad de oferta disminuida	D			X	
Productividad disminuida. Menor complejidad de pacientes atendidos. Disminución de ingresos asociada.	D			X	
Convenios Docente-Asistencial con importantes universidades de la región: Universidad del Valle, Universidad Libre, Universidad Autónoma de Occidente.	F	X			

Nota: F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor Fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

Fuente: elaboración propia con base en revisión documental y trabajo etnográfico.

Recursos y capacidades directivas

En términos generales, los hospitales han pasado de ser los sitios para albergar y atender a los más pobres a ser instituciones con condiciones técnico científicas importantes que los convierten en escenarios para generación de conocimiento y la formación del talento humano necesario para atender las necesidades en salud de una población objeto. Esta evolución ha ido de la mano con la de la Universidad, que cada vez es más especializada y aumenta su promesa de valor, logrando posicionarse y acreditar sus ofertas educativas.

Abraham Flexner, educador norteamericano, destacado por su papel en la reforma de la educación

superior de las escuelas de medicina en Estados Unidos y Canadá, a principios del siglo XX sugirió, entre otras cosas, que la formación de los profesionales médicos se hiciera en los dos últimos años en los campos hospitalarios, de tal manera que se lograra aplicar el método de "aprender haciendo" bajo la supervisión permanente y rigurosa de un tutor.

La Universidad del Valle fue más allá, y puede decirse que mejoró el modelo flexneriano, adicionando la formación en dimensión social a sus estudiantes. Llega el departamento de Medicina Comunitaria, que posteriormente se transformó en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, años más tarde llamado de Medicina Social. Este modelo fue adoptado posteriormente por el resto de facul-

tades de medicina en Colombia, y es hoy la base para el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) a implementarse en el país (Guerrero y Rovetto, 2010, p. 304).

El Hospital Universitario del Valle surgió en 1956 como una institución pública para la atención de alta complejidad de los pacientes sin capacidad de pago, en un marco académico para la formación de talento humano en salud de alta calidad.

Durante muchos años funcionó en el marco de una lógica asistencialista, donde los recursos para su funcionamiento provenían del Estado, no era necesario facturar, no era necesario garantizar la productividad ni mucho menos la rentabilidad; la única razón de ser de esta institución era la academia y la prestación del servicio. Pero con el cambio de la norma, pasó a ser una Empresa Social del Estado (E. S. E.), con lo que debía ser una institución autosostenible y enfrentarse en un escenario de mercado a instituciones privadas (IPS), en condiciones de desventaja.

Muchas instituciones en el país, especialmente públicas y universitarias, no lograron adaptarse a su nueva condición, en un entorno donde las leyes del libre mercado ponen en la misma balanza a una institución privada con ánimo de lucro y a un hospital universitario que existe y subsiste con el ánimo de generar conocimiento y salud.

Pero más allá de la dinámica de mercado, la norma indica unas condiciones cada vez más estrictas para la continuidad de la acreditación como hospital universitario, tal como lo establece en el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011 y normas posteriores asociadas, que definen como de obligatorio cumplimiento que la institución sea acreditada según los requerimientos estipulados por el Sistema Único de Acreditación (SUA) además de garantizar condiciones de bienestar para los estudiantes, requisito que hasta el momento no ha sido posible cumplir por parte del hospital, pero que ha sido subsanado por otras instituciones de características similares en el país.

Es importante tener en cuenta que la situación de clínicas y hospitales en la actualidad no es la mejor desde el punto de vista financiero; en el caso del Hospital Universitario del Valle estas se asocian a insuficiencias administrativas que lo han llevado a un estado de debilidad tal que lo tienen en punto crítico de su historia, donde la iliquidez disminuye la capacidad de inversión para el desarrollo científico tecnológico pudiendo afectarse la investigación y la generación de conocimiento.

Lograr encontrar el cómo para el logro de los objetivos si bien es una tarea difícil no es imposible, lo vital es encontrar el equilibrio exacto para poder combinar las funciones académicas y de generación de conocimiento con las netamente asistenciales en un marco de generación de ingresos para la autosostenibilidad, para lo cual, un modelo de gestión basado en una administración con procesos eficientes facilite la sostenibilidad financiera de la institución.

Requiere de un modelo de gestión que esté basado en procesos, en indicadores de cumplimiento, en seguimiento visto como acompañamiento hacia el crecimiento y mejoramiento continuo de todas las áreas de trabajo del hospital, y para este logro se requiere de convencimiento y voluntad política de todos los actores; se necesita un "todos ponen"; tal y como fue planteado en el informe de la Comisión de Alto Nivel en 2011. Significa esto que el hospital debe ser concebido de una forma diferente, necesita innovar en su estructura administrativa de tal manera que pueda desarrollar de manera eficiente, con calidad, calidez y seguridad todas las actividades que se requieran para cumplir su objetivo misional. Esto puede incluso llegar a abarcar el pensar un Convenio Docencia/Servicio de otra manera, fórmulas diferentes de vinculación o cualquier propuesta que, pensada conjuntamente, puedan soportar una nueva institución que sea sólida y sostenible en el tiempo.

Luego de la crisis del 2011 la Institución entiende la necesidad de reorientar su plan de direccionamiento. Se aprueba por la Junta Directiva del HUV el Plan de Desarrollo 2012-2015 mediante Acuerdo 011 de 12 de diciembre de 2012, que empezó a regir a partir de enero de 2013. En el que se evidencian metas tangi-

bles del plan de desarrollo son difíciles de identificar, toda vez que las dificultades del Hospital y las debilidades en materia de información no permiten tener unos indicadores reales de los avances y los logros alcanzados al final del periodo.

Liderazgo administrativo

La estructura organizacional es vertical, en la que el gerente general depende de la Junta Directiva, y a su cargo se encuentran cuatro directores y dos jefes en línea directa; de cada uno de ellos depende a su vez jefaturas, coordinaciones y cargos operativos.

A pesar de que la gerencia general depende directamente de la Junta Directiva, el cogobierno que existe dificulta la toma de decisiones a este nivel, lo que ha contribuido a que la rotación de personal en la Gerencia General (tres gerentes el último año) y en la Dirección Médica (tres directores en los últimos tres años) sea elevada. Por este motivo se considera que el liderazgo administrativo, en esta institución, se ha constituido en una **Debilidad Mayor**.

La alta dirección y sus relaciones con colaboradores y terceros interesados

El cogobierno (del que se habla más adelante), está organizado de acuerdo con las normas de participación ciudadana y en materia de salud, y eso hace que estas relaciones sean tensas y complicadas de manejar. Existen "intereses disímiles" entre las partes interesadas, por tanto, las decisiones a favor de la entidad pueden ser tomadas como contrarias, e incluso pueden considerar que obedecen al favorecimiento específico de alguna de las partes en detrimento de otras. Por ejemplo, de las organizaciones sindicales, organismos que consideran que cualquier decisión va en desmedro de la convención colectiva de trabajo. Al existir en la institución necesidades e intereses diferentes, existen profundos conflictos en busca de beneficios, por lo que no existen relaciones de confianza. Una simple conversación de algún miembro de la alta dirección con algún miembro del grupo A puede ser considerada como una reunión para organizar un complot por algún miembro del grupo B.

Estas situaciones mantienen un ambiente enrarecido, que trasciende incluso a los colaboradores del Hospital, desde el nivel directivo hasta el nivel operativo, se siente una relación de mandato entre la gerencia, cargos directivos y los cargos operativos que en ocasiones también se ven afectados, puesto que la calidad de las decisiones que se tome por parte de alguno de estos puede ser refutada, incumplida o cuestionada en cualquier momento por cualquiera de las partes interesadas.

Por otro lado, las decisiones tomadas incluso a nivel de Junta Directiva, deben ser discutidas y justificadas con diferentes grupos internos de interés que quieran ir a la dirección a "*pedir cuentas*" del porqué de las decisiones o tópicos en cuestión, irrumpiendo diferentes espacios, que provocan pérdidas de tiempo, porque además se pretenden reuniones individuales, realizadas sin cita previa y sin límite de tiempos establecidos. Hacen que se pierda tiempo valioso del nivel directivo en justificar y explicar frente a cada uno de los dueños dejando de operativizar las decisiones o buscando estrategias, obstaculizando la labor de la alta dirección que en ocasiones prefiere dejar de tomar decisiones que pueden ser favorables para la entidad para evitar discusiones y altercados con sindicatos y asociaciones gremiales. Por lo descrito anteriormente, es menester generar relaciones de confianza y por ende fortalecer el esquema de Gobierno Corporativo.

La alta dirección y el conocimiento del entorno

Las áreas responsables de las relaciones con clientes y proveedores no cuentan con la información actualizada de la totalidad de clientes y proveedores de la organización, las fichas técnicas están desactualizadas, y no se ha socializado al resto de la organización la totalidad de los clientes y proveedores de la entidad. El no conocimiento de los usuarios va sumado al desconocimiento del entorno; esto lleva a que las respuestas a los cambios del entorno no sean ágiles, o incluso, no sean las más apropiadas según las necesidades. La organización mantiene relaciones apropiadas con los entes territoriales y universidades; el relacionamiento con los clientes, tanto grandes (aseguradores) como pequeños (pe-

queñas empresas, pacientes particulares) es solo circunstancial, es decir, al momento de elaborar el contrato o en el momento mismo de la atención.

Cogobierno

El gobierno corporativo se refiere a las estructuras y sistemas de control en el que los directivos responden a los dueños de una organización por los resultados de esta. Se entiende entonces que, en un estado normal de gobierno corporativo, la línea directiva, con unas reglas claras de juego y unos indicadores definidos de cumplimiento, debe tener autonomía para la toma de decisiones organizacionales, toda vez que estas serán tomadas siempre pensando en el cumplimiento de las metas de la compañía, supervisadas además por la Junta Directiva y Auditoría interna o su equivalente (Johnson *et. al.*, 2010).

En el modelo cortoplacista, que mantiene el Hospital, cada uno de ellos busca favorecer sus intereses particulares, sin importar que se afecten los intereses de la institución; aquí, ya es imposible hablar de estrategia o de sostenibilidad, lo que se generan son "planes de trabajo" y "liquidez al día".

Planeación estratégica

Las IPS afrontan un doble reto: por un lado, ser costo/efectivas y sostenibles en unos entornos legales y financieros convulsionados, donde la normatividad es cambiante, las tarifas son variables y la cartera elevada, por otra parte, deben satisfacer las cada vez mayores necesidades de atención en salud con altos estándares de calidad, con atenciones pertinentes y enfocados siempre a mejorar la atención a un cliente cada vez más exigente.

Para lograr conjugar estos dos aspectos, necesitan de una gerencia efectiva y un direccionamiento estratégico, en donde tengan cabida el liderazgo efectivo, la investigación aplicada, la innovación, la adaptación al cambio y la cultura del mejoramiento continuo, convirtiéndose en elementos propios de la cultura y la base de las estrategias que deben generarse para definir el rumbo de la organización que permita que esta logre su sostenibilidad en el tiempo.

Esto hace importante que el proceso de planeación estratégica sea estructurado sobre la base de un análisis interno y un conocimiento del entorno amplio, que permita identificar fortalezas, debilidades, amenazas, oportunidades; generar estrategias basadas en estas y construir así un plan estratégico concreto, cuantificable y medible.

Seguimiento a cumplimiento de indicadores

Cada una de las perspectivas, la financiera, la asistencial, la atención al cliente, la administrativa y la tecnológica cuentan con indicadores, todos pertenecientes también al Sistema Único de Acreditación. Se producen planes de acción para el mejoramiento, sin embargo, para la creación de estos no se encuentra un análisis profundo de las causas y consecuencias de los movimientos en el tiempo de los resultados de indicadores; ni tampoco se encuentran comparativos entre resultados obtenidos a varios años a pesar de que esta información existe.

Las acciones de mejoramiento definidas según los resultados no se encuentran priorizadas según riesgo, costo, volumen, así como tampoco son claros en cuanto a cuáles deben ser específicamente las características de calidad que deben impactarse para establecer su ejecución a corto, mediano o largo plazo respectivamente.

Esto se refleja en el comportamiento de algunos indicadores, en los que, periodo tras periodo, siguen sin cumplimiento de metas; sin embargo, todos los meses aparece el mismo análisis y el mismo plan de acción, y al analizarlo se encuentra que lo que debería hacerse es cambiar la meta, ya que el plan de acción definido es improbable de realizar.

Descripción de trabajo y normas de competencia

Es la alta gerencia, —basándose en lo que el plan estratégico determine—, la encargada de liderar el rumbo organizacional, de diseñar las normas de competencia laboral según el modelo de negocio (servicio) definido, teniendo como insumo principal la planta de cargos y las descripciones de estos con sus respectivas normas de competencia, sin embar-

go, en los análisis realizados se evidenció que no existe trazabilidad entre la planta de cargos, el organigrama y las funciones y competencias asociadas. Las evaluaciones de desempeño son hechas por el jefe inmediato, pero los empleados no son evaluados con indicadores de desempeño que reflejen el cumplimiento de metas preestablecidas.

La continua intervención de los muchos jefes actuando en forma despectiva y autoritaria con el personal hace que el clima laboral esté enrarecido y el índice de insatisfacción no sea el mejor, sin embargo, llama la atención que, al revisar las encuestas de clima laboral adelantadas por el Hospital, estas refle-

jan un porcentaje de satisfacción cercano al 100%. Al indagar por el motivo de esto, muchos colaboradores refieren que las encuestas de clima laboral se realizan en presencia de algún delegado de la dirección administrativa y que existen antecedentes de represalias por responder que se sienten insatisfechos, lo que no permite establecer una medición real de clima laboral.

A continuación, se presenta el cuadro de calificación de análisis DOFA de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de recursos y capacidades directivos:

Tabla 73. Fortalezas y debilidades de los recursos directivos.

Recursos y capacidades directivos	F/D	FM	fm	DM	Dm
Liderazgo administrativo	D			X	
Flexibilidad de la estructura administrativa	D			X	
Relación del área administrativa con las demás áreas de la organización	D			X	
Efectividad en la toma de decisiones	D				X
Cogobierno por parte de grupos de interés	D				X
Conocimiento del entorno por parte de los directivos	D			X	
Relaciones de la organización con el entorno global, nacional y local	D			X	
Capacidad de respuesta de la organización a los retos del entorno	D				X
Imagen corporativa en el entorno	F			X	
Responsabilidad social de la organización	F			X	
Planeación estratégica	D			X	
Creatividad e innovación administrativa	D				X
Formulación e implementación de planes estratégicos	D			X	
Existencia de sistema integrado de control administrativo	D			X	
Capacitación del personal de la organización planificada	D			X	
Evaluación de desempeño	D			X	
Satisfacción del personal	D			X	
Índice de ausentismo laboral	D				X

Nota: F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor Fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

Fuente: elaboración propia con base en observación participante, encuestas a grupos focales y análisis documental.

Recursos y capacidades-marketing

Para caracterizar y entender los recursos y capacidades que están presentes en la mercadotecnia del HUV es necesario dividirlo en cinco recursos y/o capacidades: la primera en clientes, el siguiente es el portafolio de servicios, el tercero es la frecuencia de participación del hospital en el mercado, el cuarto el posicionamiento de la marca y por último la administración de relaciones estables con los clientes. A continuación la caracterización de cada una de ellas.

Clientes

El Hospital Universitario del Valle tiene relaciones contractuales vigentes con el ente territorial, aseguradoras del régimen subsidiado y algunas aseguradoras del régimen contributivo, en 2015 cada uno de estos contratos superaron los \$200.000 millones.

Tabla 74. Cuadro de contratación HUV 2015.

ENTIDAD	VALOR 2015
Gobernación del Valle	10.998.000.000
Gobernación del Valle	15.246.880.292
Total	26.244.880.292
Mallamas	780.000.000
Asociación Mutua Barrios Unidos de Quibdó Regional Valle	4.000.000.000
Caprecom Nacional	18.000.000.000
Caprecom nacional (adición presupuestal)	1.000.000.000
Emssanar	66.000.000.000
Emssanar otro sí	20.000.000.000
Emssanar otro sí No. 2	8.000.000.000
Asmet Salud	8.250.000.000
Coosalud	15.887.713.186
Saludvida	3.000.000.000
Caja de Compensación Familiar del Chocó	1.600.000.000
Emssanar	26.000.000.000
Total	172.517.713.186
Profesionales de la salud S.A. "Proinsalud S.A."	300.000.000

Continúa

ENTIDAD	VALOR 2015
S.O.S.	1.850.000.000
Total	2.150.000.000
Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Compañía Ltda. Cosmitet Ltda.	800.000.000
Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Compañía Ltda. Cosmitet Ltda. (Ejecución)	4.000.000.000
Corporación de Servicios Médicos Internacionales Them y Compañía Ltda. Cosmitet Ltda. (Ferros)	3.000.000.000
Policía	688.900.162
Ejército - vigencia actual	30.000.000
Ejército - para la vigencia futura del 1 de enero a mayo de 2016	132.896.128
Universidad del Valle	233.000.000
Total	8.884.796.290
Total contratado	209.797.389.768

Fuente: Oficina de contratación del Hospital Universitario del Valle (2015).

En 2015 un 75% de "los clientes" en venta de servicios pertenecían al régimen subsidiado, un 13% fueron de vinculados Valle, un 4% del Soat y un 3% del régimen contributivo, como los cuatro primeros grupos de usuarios.

Portafolio de servicios

El portafolio de servicios corresponde a la carta de presentación de cualquier institución, por medio de la que se da a conocer de forma práctica las actividades que se realizan y que son susceptibles de ser necesitadas por un cliente potencial.

La oferta del Hospital Universitario del Valle si bien está orientada a la mediana y alta complejidad, es muy amplia, y abarca productos y servicios de toda índole. Desde Odontología y Terapia Física de Rehabilitación y Respiratoria hasta Consulta externa general, especializada y subespecializada, pasando por laboratorios clínicos y de patología altamente especializados. Sin embargo, el conocimiento que de la oferta tienen tanto las aseguradoras como los

pacientes no es tan amplio, por tanto, la posibilidad de que estos accedan se encuentran limitadas.

Tabla 75. Portafolio de servicios detallado HUV 2015-2016.

PORTAFOLIO DETALLADO	2015	2016
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (24 Horas)		
General Pediátrica	X	X
Unidad de Salud Mental	X	X
Cuidado Intermedio Neonatal	X	X
Cuidado Intermedio Pediátrico	X	X
Cuidado Intermedio Adultos	X	X
Cuidado Intensivo Neonatal	X	X
Cuidado Intensivo Pediátrico	X	X
Cuidado Intensivo Adulto	X	X
Unidad de Quemados Adultos	X	X
Unidad de Quemados Pediátricos	X	X
Obstetricia	X	X
• SERVICIOS QUIRÚRGICOS		
Cirugía Cabeza y Cuello	X	X
Cirugía Cardiovascular	X	X
Cirugía General	X	X
Cirugía Ginecológica	X	X
Cirugía Neurológica	X	X
Cirugía Maxilofacial	X	X
Cirugía Oftalmológica	X	X
Cirugía Ortopédica	X	X
Cirugía Otorrinolaringología	X	X
Cirugía Oncológica	X	X
Cirugía Oral	X	X
Cirugía Pediátrica	X	X
Cirugía Plástica y Estética	X	X
Cirugía Vascular (No endovascular) y Angiológica	X	X
Cirugía Urológica	X	X
Trasplante de tejidos oculares	X	X

Continúa

PORTAFOLIO DETALLADO	2015	2016
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (24 Horas)		
Trasplante de tejido osteomuscular	X	X
Cirugía oncológica pediátrica	X	X
Trasplante de piel y componente de la piel	X	X
Cirugía de la mano	X	X
Cirugía de tórax	X	X
Cirugía gastrointestinal	X	X
• SERVICIOS CONSULTA EXTERNA (7:00 horas - 16:30 horas)		
Anestesia	X	X
Cardiología	X	X
Cirugía Cardiovascular (No endovascular)	X	X
Cirugía General	X	X
Cirugía Neurológica	X	X
Cirugía Pediátrica	X	X
Dermatología	X	X
Dolor y Cuidados Paliativos	X	X
Endodoncia Enfermería	X	X
Estomatología	X	X
Gastroenterología	X	X
Geriatría	X	X
Ginecobstetricia	X	X
Hematología Infectología	X	X
Medicina Familiar	X	X
Medicina Física y Rehabilitación	X	X
Medicina Interna	X	X
Nefrología	X	X
Neumología	X	
Neurología	X	X
Nutrición y Dietética Odontología General	X	X
Oftalmología	X	X
Oncología Clínica	X	X
Optometría Ortodoncia	X	X
Ortopedia y/o Traumatología	X	X
Otorrinolaringología	X	X

Continúa

PORTAFOLIO DETALLADO	2015	2016
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (24 Horas)		
Pediatría	X	X
Periodoncia	X	X
Psicología Psiquiatría	X	X
Reumatología	X	X
Toxicología	X	X
Urología	X	X
Cardiología Pediátrica	X	X
Cirugía de Mano	X	X
Cirugía de Cabeza y Cuello	X	X
Cirugía de Mama y Tumores Tejidos Blandos	X	X
Cirugía Dermatológica	X	X
Cirugía de Tórax	X	X
Cirugía Gastrointestinal	X	X
Cirugía Ginecológica Laparoscópica	X	X
Cirugía Plástica y Estética	X	X
Cirugía Vasculare (No endovascular)	X	X
Cirugía Oncológica	X	X
Cirugía Oncológica Pediátrica	X	X
Coloproctología	X	X
Ginecología Oncológica Hematología Oncológica	X	X
Nefrología Pediátrica	X	X
Neonatología	X	X
Neumología Pediátrica	X	X
Neurocirugía (no endovascular)	X	X
Neuropediatría	X	X
Oncología y Hematología Pediátrica	X	X
Ortopedia Pediátrica	X	X
Ortopedia Oncológica	X	X
Urología Oncológica	X	X
Odontopediatría	X	X

Continúa

PORTAFOLIO DETALLADO	2015	2016
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (24 Horas)		
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA (7:00 horas - 16:30 horas Pacientes Ambulatorios - 24 horas Urgencias)		
Diagnóstico Cardiovascular	X	X
Endoscopia Digestiva	X	X
Neumología y Fibrobroncoscopia	X	X
Laboratorio Clínico de Mediana y Alta Complejidad	X	X
Radiología e Imágenes Diagnosticas	X	X
Quimioterapia	X	X
Radioterapia	X	X
Transfusión Sanguínea Servicio Farmacéutico	X	X
Medicina Nuclear	X	X
Laboratorio de Patología	X	X
Ultrasonido	X	X
Electrodiagnóstico	X	X
Neumología Laboratorio Función Pulmonar	X	X
Ecocardiografía	X	X
Fisioterapia	X	X
Fonoaudiología y terapia del lenguaje	X	X
Terapia Ocupacional Terapia Respiratoria	X	X
TRANSPORTE ASISTENCIAL (24 Horas)		
Básico	X	X
Medicalizado	X	X
• OTROS SERVICIOS (24 Horas)		
Atención Domiciliar de Paciente Agudo	X	X
Sala General de Procedimientos menores	X	X
• PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN		
• PROCESOS		
Esterilización	X	X

Fuente: Información entregada por el Área de Contratación HUV (2015).

Tabla 76. Distribución de las camas disponibles en HUV 2015

Servicio hospitalario	N° camas	Sala operaciones	Pediatría	Medicina interna	Neurología	U. Salud mental	Ortopedia	Ginecología y obstetricia	Quirúrgicas	Pensionados	Terapia intensiva
Camas pediátricas	67		37						14	16	
Camas adultos	154			54	14		21	13	35	17	
Camas obstetricia	46							46			
Camas cuidado intermedio neonatal	30		30								
Camas cuidado intermedio pediátrico	15		15								
Camas cuidado intensivo pediátrico	0		0								
Camas cuidado intermedio adulto	9		9								
Camas cuidado intensivo adulto	16										16
Camas quemados adulto	34	10			6						18
Camas quemados pediátrico	7								7		
Camas psiquiatría	7								7		
Número de camas	15					15					
Total	400	10	91	54	20	15	21	59	63	33	34
Quirófanos	10										
Salas de parto	2										
Ambulancias básicas TAB	2										
Ambulancias mecanizadas TAM	1										
Sillas quimioterapia	20										
Sala de procedimientos	11										

Fuente: Área de Producción HUV (2015).

Los servicios que presta el Hospital para el año 2016 fueron ajustados conforme a los cambios direccionados por la gerencia, además algunos fueron renombrados conforme a las indicaciones del Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS) del Ministerio de Salud.

Es notable que los servicios que presta el Hospital sean diversos y le permitan una alta posibilidad de incrementar su participación en el mercado, siempre y cuando sea competitivo vía precios.

Grado de participación del hospital en el mercado

Es necesario reconocer que, en las circunstancias actuales, la salud se ha convertido en un servicio transable y como tal se encuentra expuesto a las condiciones de un mercado imperfecto; el Hospital, por su condición de institución de alto nivel de complejidad y de ente público, fue durante mucho tiempo el sitio de atención por excelencia para los pacientes asegurados por el régimen subsidiado, así como aquellos que no cuentan con ningún tipo de seguridad social.

En un escenario de mercado imperfecto como el mencionado en el párrafo anterior, con el paso de los años, clínicas privadas, de alto nivel de complejidad han entrado a competir con el Hospital por la atención de los pacientes asegurados por el régimen subsidiado, ofreciendo servicios de alta calidad con tarifas competitivas y ante estructuras de costos tan diferentes, el Hospital no ha encontrado cómo competir, ni cómo ubicarse en un esquema de inteligencia de mercados, de visiones periféricas, entendimiento del entorno, conocimiento de clientes y pacientes, que le permitan recobrar la posición de liderazgo que ostentó por muchos años. De otro lado, la limitación en la oferta y elevadas tarifas hace que no sea la institución de elección para la compra de servicios para las aseguradoras.

La paulatina universalización de la cobertura en salud, la unificación de los beneficios para ambos regímenes de aseguramiento y la inminente puesta en marcha de la Ley Estatutaria, así como el nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) son oportunidades de crecimiento para las IPS en la región y en el país, y como tal debe ser visto por el HUV.

Las clínicas privadas tienen esquemas de mercadeo definidos, con los que diseñan, ofertan e implementan modelos de atención, paquetes de servicios o lo que el mercado necesite para la atención costo efectivo de los pacientes, es aquí donde se evidencia una debilidad importante para el HUV, si bien en la Oficina de Planeación se encuentra un área de contratación, esta no constituye *per se* un proceso de mercadeo, lo que permite concluir que el Hospital carece de un esquema fuerte en la planificación y realización de procesos de venta que le permitan adoptar una posición más comercial ante los cambios que se están dando de manera acelerada, como estrategia para mantener e incrementar la participación en el mercado y mantenerse. Es evidente que para recuperar el liderazgo como hospital de alta complejidad en el suroccidente colombiano, es importante definir al interior cuál va a ser su nicho de mercado, aspecto en el que debe enfocarse como un punto estratégico a definir en el siguiente plan de desarrollo y apuntalar estrategias competitivas,

potencializando sus fortalezas y reconociendo sus potenciales competidores.

Posicionamiento de marca

Como se mencionó anteriormente, un activo estratégico del Hospital es su nombre, la marca HUV es sinónimo de academia, de calidad, de innovación y de atención en patologías de alta complejidad, goza de prestigio en el imaginario popular, es una gran fortaleza a ser utilizada al momento de relanzarse al mercado. Es precisamente este valor el punto de partida para iniciar un proceso de mercadeo institucional que apoye el fortalecimiento de las unidades estratégicas de atención existentes, acompañe el diseño de nuevas y genere relacionamiento efectivo con clientes y pacientes.

Administración de relaciones con los clientes

Es precisamente el no contar con un proceso de comercialización institucional lo que no ha permitido fortalecer el relacionamiento efectivo con clientes; el HUV ha entendido la importancia de contar con procesos de publicidad y marketing en la institución y de la necesidad de diseñar, fortalecer e implementar la venta de productos y servicios innovadores a la vez que es fundamental ser competitivo. La inteligencia de mercados, el relacionamiento comercial efectivo, el diseño contractual, el apoyo al fortalecimiento y construcción de unidades estratégicas de atención, el trabajo en pro de la innovación constante, son solo algunas de las acciones que un proceso de mercadeo institucional puede hacer a favor de la institución.

Sin embargo, para lograr todo esto es necesario que exista una estabilización financiera, un diseño de modelos de atención ágiles y costoefectivos que permitan no solo la construcción de la oferta sino también el cumplimiento de las promesas de valor, entre otros aspectos.

Si bien es necesario el logro de los puntos anteriores, es importante ir trabajando en lograr un proceso de mercadeo eficiente, para lo que es vital que su diseño haga parte del plan estratégico organizacional.

Tabla 77. Herramientas del marketing y su aplicación en HUV.

Recursos y capacidades de marketing	F/D	FM	fm	DM	Dm
Grado de participación del hospital en el mercado	D		X	X	
Administración de relaciones con los clientes	D			X	
Conocimiento del Hospital de lo que ocurre en el entorno, competencia local, ventajas competitivas de la competencia	D			X	
Capacidad creativa e innovadora en aspectos relacionados con el marketing por parte de dicha área	D			X	
Existencia y aplicación de planes estratégicos de marketing	D			X	
Portafolio de bienes o servicios	F	X			
Posicionamiento de marca	F	X			
Capacidad de respuesta a las exigencias de los clientes	D			X	
Grado de uso de las TIC por parte del área	D			X	
Relaciones con la competencia	D			X	
Investigación y desarrollo orientados a la búsqueda de fortalezas y debilidades que permitan la implementación de nuevas oportunidades de negocio	D			X	
Estímulos a los colaboradores para que contribuyan con propuestas para proyectos orientados a optimizar o crear oportunidades de negocio con conceptos innovadores que le permita a la IPS estar a la vanguardia del mercado	D			X	

Nota: F/D: Fortaleza / Debilidad FM: Fortaleza Mayor Fm: Fortaleza Menor DM: Debilidad Mayor Dm: Debilidad Menor.

Fuente: elaboración propia con base en trabajo etnográfico.

Recursos y capacidades del potencial humano

El potencial humano, tal como lo expresa su nombre es la posibilidad alta o baja de crecer exponencialmente, ya sea en el aspecto financiero, el talento, la innovación, etc. Es en esta clave que cobra importancia el personal de salud perteneciente al Hospital, dado su gran potencial en desarrollar, crear, atender y renovar los conocimientos y procesos de la institución.

Taxonomías de la planta de cargos

La planta de cargos del Hospital Universitario del Valle presenta las siguientes taxonomías:

a) Por el objetivo del cargo o contrato

Aunque a la fecha del análisis no fue posible contar con indicadores de referencia en materia de distribución del talento humano entre lo misional y

lo administrativo, es menester indicar que una administración eficiente, con soporte tecnológico no debería sobrepasar del 10% del total del equipo misional, por lo que en este caso habría un exceso del 10.9 %. No obstante lo anterior, es rescatable el hecho de que el porcentaje de trabajadores misionales se encuentra 5.6% por encima del establecido en la planta.

En este punto es importante aclarar que en las funciones tercerizadas algunas de ellas generan costo del recurso humano, que no necesariamente se aborda en las estadísticas aquí mostradas; por ejemplo, vigilancia y seguridad o aseo y mensajería.

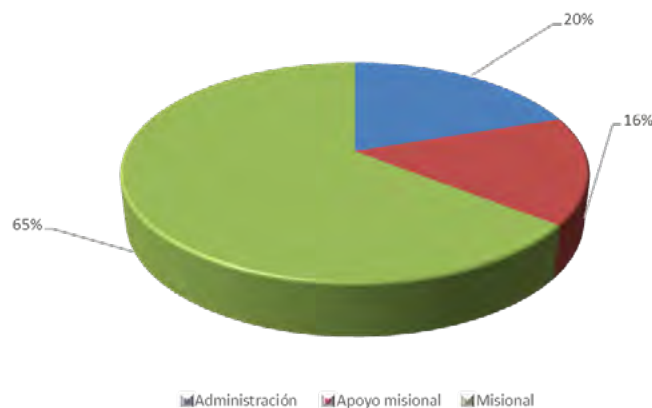
b) Por el salario devengado y demás obligaciones derivadas de la nómina

Existe correlación de las variables de participación de número de empleados según objeto de cargo y la variable salario.

Tabla 78. Composición recurso humano por objetivo del cargo o contrato.

Objeto del cargo	Nómina	Asociaciones Sindicales	TOTAL		%
Administración	290	150	440	2	20,9%
Apoyo misional	214	28	242	3	11,5%
Misional	629	792	1421		67,6%
Total	1133	970	2103		100,0%
%	53.87%	46.13%			

Fuente: Área de Talento Humano HUV (2015).

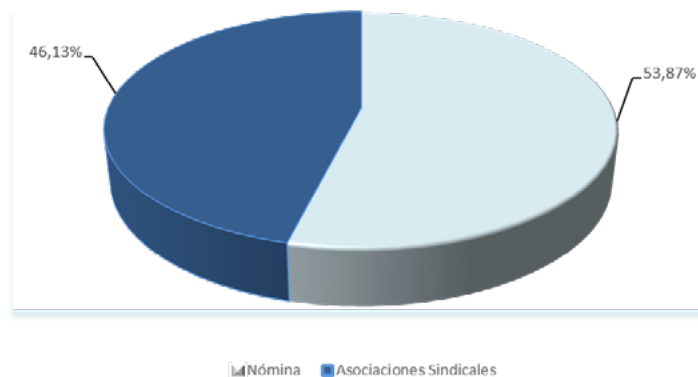
**Figura 35. Composición de recurso humano por objeto del cargo 2015 HUV.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 78.

c) Por tipo de contrato

En uso del Decreto 1429 de 2010 reglamentario de los artículos 482, 483 y 484 del código sustantivo del trabajo, donde se establecen las normas sobre

contratos sindicales, el hospital provee el 46% de su recurso humano bajo la modalidad de contratación del proceso; es decir, que no se trataría de un servicio temporal sino de la administración de un proceso.

**Figura 36. Composición de recurso humano por tipo de contrato 2015 HUV.**

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 78.

d) *Por ubicación en la planta de cargos*

La planta de cargos, establecida mediante acuerdo de Junta Directiva No. 006 del 25 de octubre de 2005, indica que para la operatividad del Hospital se requieren 1.446 personas, de las cuales se ha

provisto el 79.7% (1.138), y permanecen vacantes 308. Lo ideal sería que la contratación con las asociaciones sindicales no excediera el número de vacantes, máxime cuando se ha venido disminuyendo el ingreso por prestación de servicio.

Tabla 79. Composición recurso humano por ubicación en la planta de cargos.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.								
PLANTA DE PERSONAL								
ENERO 31 DE 2016								
Asistencial (Misional)	897	62,00%	Activos	646	45%	Profesional	308	21%
						Técnico	52	4%
						Asistencial	286	20%
			Vacantes	251	17%	Profesional	60	4%
						Técnico	17	1%
						Asistencial	174	12%
Administrativo	237	16,40%	Activos	198	14%	Directivo	16	1%
						Asesor	5	0%
						Profesional	35	2%
						Técnico	42	3%
						Asistencial	100	7%
			Vacantes	39	3%	Directivo	6	0%
						Asesor	2	0%
						Profesional	5	0%
						Técnico	6	0%
						Asistencial	20	1%
Oficial	312	21,60%	Activos	294	20%	Técnico	16	1%
						Asistencial	278	19%
			Vacantes	18	1%	Técnico	0	0%
						Asistencial	18	1%
Total planta de cargos	1446			1446			1446	

Fuente: Información suministrada por el área de Talento Humano HUV (2016).

e) Por niveles

Tabla 80. Composición recurso humano niveles.

Nivel	Cantidad	%
Directivo	22	2%
Asesor	7	0%
Profesional	408	28%
Técnico	117	8%
Asistencial	580	40%
Oficial	312	22%
	1446	100%

Fuente: Información suministrada por el Área de Talento Humano HUV (2016).

f) Por profesión - cargos misionales

Tabla 81. Composición recurso humano por profesión-cargos misionales.

Profesión	Nomina	agregaciones	Total	%
Auxiliares	371	398	769	50,60
Médicos	118	188	306	20,10
Terapistas	-	80	80	5,30
Enfermeras (os)	104	52	156	10,30
Técnicos clínicos	88	33	121	8,00
Bacteriólogos	-	19	19	1,20
Otros profesionales de la salud	50	20	70	4,60
Total	731	790	1521	100,00

Fuente: Información suministrada por el Área de Talento Humano HUV (2015).

Como aspecto positivo vale resaltar que el Hospital cuenta con un equipo altamente cualificado que representa el 41.5% del total de empleados vinculados en las áreas misionales.

Prepensionados y pensionados

a) **Pensionados:** el Hospital como dependencia de la Gobernación del Valle al convertirse en ESE, tenía que solucionar la situación de los trabajadores y para tal efecto se creó el fondo de concurrencia para las acreencias pensionales. Las acreencias en materia pensional, hasta la fecha no ofrecen ningún impacto financiero toda vez que los recursos para cubrir las obligaciones son provistos por la Gobernación.

b) **Prepensionados:** el análisis de antigüedad en los cargos de los trabajadores vinculados mediante relación laboral (nómina), nos muestra los siguientes intervalos:

Tabla 82. Análisis de antigüedad de la nómina.

INTERVALO EN AÑOS	CANTIDAD DE EMPLEADOS	PROMEDIO ANTIGÜEDAD
>0 <=a 5	218	3
>5<=10	79	8
>10<=15	103	12
>15<=20	154	18
>20<=30	470	24
>30<=40	137	34
>40	12	42
	1173	19

Fuente: Información suministrada por el Área de Talento Humano HUV (2015).

La antigüedad del Hospital y las formas de vinculación hacen que se cuente con una nómina de baja rotación, situación que tiene aspectos positivos y negativos a saber:

- La baja rotación puede generar memoria institucional, experiencia, mayor apropiación de los procesos, eventualmente podría generar sentido de pertenencia.
- Los aspectos negativos de esta variable, tienen relación con la resistencia al cambio tecnológico, arraigo de costumbres y errores (también llamadas mañas), desconocimiento de nuevos escenarios de trabajo, oposición permanente al

aprendizaje y el alto grado de envejecimiento disminuye la capacidad y el ritmo de trabajo.

- Lo avanzado de la edad en algunos trabajadores del HUV, genera altos índices de incapacidades médicas y costos, así como ausentismo en los sitios de trabajo. En la Tabla 82 que aparece a continuación, se puede apreciar que durante 2015 en el HUV se tuvieron 16.422 días de incapacidad en 2.090 autorizaciones, cifra que al dividir por un promedio de 246 días laborables al año indica que el HUV tuvo aproximadamente 67 personas menos trabajando, elemento que debe revisarse con detenimiento. En ese mismo sentido, podemos ver en la Tabla 81 que a 31 de diciembre de 2015 se contaba con 773 empleados, equivalente al 65.89%, con más de 15 años de trabajo, señalando como

punto positivo contar con personal experimentado, pero destacando que un gran número de personas se encuentran próximas al retiro. Estadísticas de Talento Humano dan cuenta de estos indicadores:

Tabla 83. Análisis porcentual del ausentismo laboral por tipo de contingencia enero a diciembre 2015.

Contingencia	Valores		
	Días de incapacidad	%	# de incapacidades
A.C. - E.G.	13882	84,60%	1914
A.T.	2021	12,30%	148
E.L.	519	3,20%	28
Total	16422	100,00%	2090

Fuente: Talento Humano HUV (2015).

Tabla 84. Análisis de datos nómina.

Periodo: enero - diciembre de 2015								
Mes	No. De trabajadores	Horas hombres trabajadas	Total días trabajados	Total días incapacidad	Total # incapacidades	Índice de frecuencia mes total por eg,at,el (if)	Índice de severidad ausentismo general (is)	Porcentaje de tiempo perdido (ptp)
Enero	1237	254.625	31.828	1.432	189	178	1.350	4,30%
Febrero	1237	253.000	31.625	1.269	166	157	1.204	3,90%
Marzo	1274	253.603	31.700	1.447	219	207	1.369	4,40%
Abril	1274	259.184	32.398	1.564	207	192	1.448	4,60%
Mayo	1274	259.184	32.398	1.501	209	194	1.390	4,40%
Junio	1274	259.184	32.398	1.543	187	173	1.429	4,50%
Julio	1274	259.184	32.398	1.069	150	139	990	3,20%
Agosto	1274	259.184	32.398	1.318	137	127	1.220	3,90%
Septiembre	1274	259.184	32.398	1.308	171	158	1.211	3,90%
Octubre	1274	259.184	32.398	1.396	144	133	1.293	4,10%
Noviembre	1274	259.184	32.398	1.180	145	134	1.093	3,50%
Diciembre	1274	259.184	32.398	1.211	135	125	1.121	3,60%
Total	2535,7	3.093.884	386.736	16.238	2.059	160	1.260	4,00%

Fuente: Gestión del Talento Humano HUV (2015).

De acuerdo con la información recibida de Talento Humano, hay 140 trabajadores en edad de retiro forzoso, sin que se adelante el trámite de pensión correspondiente, según información de la profesional encargada de pensiones con corte a febrero de 2016, la nómina de prepensionados ocasiona las siguientes erogaciones:

Teniendo en cuenta el volumen de incapacidades y la situación actual de los pensionados, la entidad deberá hacer un esfuerzo por resolver la situación de las personas clasificadas en las razones, 1, 2 y 3 para poder liberar recursos anuales por \$1.696.091.082, que serían capital de inmensa ayuda para el Hospital en estos momentos.

En síntesis, se puede inferir que el tema de nómina de planta y de agremiaciones sindicales amerita un análisis profundo en la definición de lo que debe ser un HUV equilibrado financieramente y competitivo, pero que, a la luz de la normativa consagrada en el régimen laboral aplicable al Hospital, pueda dar la posibilidad de un recambio que favorezca a empleados y a la institución.

Recursos y capacidades tecnológicas

Sistemas de información

Nos encontramos inmersos en la sociedad de la información, cada acción, movimiento, consumo, orientación, se espera que tenga efecto informático,

captura de información, monitoreo y control en el uso y aplicación de los recursos. En las organizaciones de salud, como modelo de organizaciones inteligentes, se espera contar con sistemas de información con tecnología de punta, donde el grado de avance pueda conjugar la inversión en *software* y *hardware*, con la capacidad del individuo para obtener información de calidad, usarla en la toma de decisiones, el control de la organización y la optimización de los recursos. En este orden de ideas, el grado de avance de los sistemas de información se caracteriza por las siguientes variables:

- Inversión de tecnología de punta
- Interacción usuario-tecnología
- Calidad y credibilidad de los datos obtenidos
- Cero papel, cero reproceso, información en línea
- Interacción e integración de áreas misionales y áreas de apoyo; las transacciones se originan en lo misional y la prelación de la información preferiblemente debe orientarse a fortalecer lo misional.

El análisis de este ítem se centró en los aplicativos que redundan en la administración de los recursos (ingresos), siendo el proceso de facturación el más álgido en el impacto de los ingresos por servicios. En el proceso interactúan cinco (5) áreas: facturación, quirófano, urgencias, farmacia, almacén y contabilidad.

Tabla 85. Situación sobre pensionados.

N°	DETALLE	CANTIDAD	VALOR MES	VALOR AÑO
1	Con requisitos sin radicar	32	75.951.566	1.063.321.924
2	Con radicación sin resolución	12	22.948.498	321.278.972
3	Con resolución sin renuncia	14	22.249.299	311.490.186
4	Les faltan 2 años para pensionarse	34	78.923.458	1.104.928.412
5	Renunciaron para disfrutar de su pensión	53	91.391.915	1.279.486.810
Total personas con tiempo y edad para pensión		145	291.464.736	4.080.506.304

Fuente: Área de Talento Humano HUV (2015).

Tabla 86. Matriz con actores en el proceso de información.

Área	Aplicativos	Fuentes entrada	Forma de entrada	Calidad de la entrada	Proceso realizado	Salida	Destino	Dificultades
Contabilidad	Facturación, consulta, historia clínica	facturación, facturación radicada, notas	En línea	En oportunidades incompletos	Conciliar información con cada fuente			En glosa
Facturación central	Facturación, validadores, documento, consulta, historia clínica	facturación 1 pisos	Física y digital	Re proceso	Paso final para entrega de factura, cuenta de cobro	Factura	Entidad	Inconsistencias, RIPS, copagos
Facturación 1 piso	Historia clínica, consulta, facturación	Facturación de pisos	Digital	Incompleta en ocasiones	Comparativa de información de facturación con lo hecho al paciente, correcciones	Digital	Facturación central	Lentitud al reprocesar y de máquina
Pisos	Historia clínica, consulta, facturación	Historial clínico	Física y digital	Sí	Transferencias, seguimientos, notas, admisiones, autorizaciones	Orden de salidas, cambios de cuartos, autorizaciones.	Persona	Con el sistema no.
Quirófano	Facturación, historia clínica, historia de cirugía, anestesia, consulta		Inicio de proceso con médico	Sí	Ingresar información sobre operación	Digital	Facturación	Historia clínica, módulo administrativo no están integrados.
Urgencias	Admisiones, historial clínico, consultas	La persona que llega	Papel		Toma de signos vitales, diligenciar los datos del paciente	En ocasiones incompletas	Médico, hospitalización, cirugía.	Manejo del sistema, capacitación poca
Farmacia		Almacén, VA-LLEPHARMA	Digital	En oportunidades sin buena parametrización	Validación de precios correctos cantidades, registro de cargas y descargas			
Almacén	Inventario.			En oportunidades son ítems nuevos	Inventariado, cupos, ingresos, telas, hilos, parametrizar	Digital, batch	Farmacia	Manejo del sistema, capacitación poca

Fuente: elaboración propia con base en observación directa (in situ).

Se deduce de la tabla anterior, que el Hospital se encuentra en una etapa muy precaria en materia de sistemas de información, especialmente en lo referido a la cultura informática, la mayoría de usuarios se quejan de la inoperancia del sistema, pero al profundizar

en el uso de las diferentes aplicaciones se observa un alto grado de desconocimiento y uso inapropiado de las herramientas: todavía se maneja papel, no hay conciencia de la importancia de migrar datos de calidad; a manera de ejemplo se cita la decisión de

los usuarios de facturación de quitar u omitir dígitos de la cédula para no frenar procesos de facturación a sabiendas de que cada error de facturación genera una glosa. En general, se observa una alta dependencia del área de sistemas por desconocimiento y falta de capacitación funcional de los aplicativos.

Vale la pena reiterar en este punto, las incertidumbres encontradas en materia de información, el mismo dato en diferente origen no concuerda, por lo que los análisis pueden tener sesgos. En materia contable se acentúan las asimetrías en el uso de provisiones, de reclasificación de cartera, de clasificación de los ingresos entre otros. El hospital no cuenta con información fiable de los ingresos por servicios por las siguientes razones:

- Diferencia entre el momento del servicio y el momento en que se captura la información (por fallas de incorporación de la misma).
- La falta de control de las cuentas abiertas, que son un desangre porque se invierten recursos que no se facturan. Debe tenerse una política de facturación en la que cada mes se debe facturar incluso de los pacientes en atención.
- El desconocimiento e inaplicación de la Resolución 1479 de 2015 sobre facturación no pos para recobro, "no se pudo obtener el dato de la facturación pendiente de cobrar de una norma que es de mayo de 2015".
- La demora en las correcciones de la información.
- El represamiento de facturas sin radicar.
- El sistema de auditoría previa.
- El nivel de glosas y la demora en los tiempos de solución.
- La obligatoriedad del Hospital de anteponer el derecho a la vida a cualquier otro derecho.
- Inseguridad por procedimientos como el uso de clave común en los aplicativos.

Por lo expuesto anteriormente, podría catalogarse el grado de avance en la implementación de telemedicina y telesalud en el HUV a través de Servinte Clinical Suite, como incipiente, dado que, en el informe del área de sistemas con corte a febrero de 2016, solo se habla de logros en materia de historia clínica. A continuación, se detallan los principales proyectos

(aplicativos) en materia médica, tomados del informe del área:

- 1- **Implementación Sistema de Información para Calidad-DARUMA:** se realizó **nuevamente** una contratación directa con el proveedor dueño del software Daruma, y se logró instalar en los servidores de la institución y poner en producción **algunos de los módulos adquiridos**. Esto es un logro debido a que esta misma contratación se había hecho en administraciones anteriores y no fue posible su puesta en marcha. Falta que se realice la parametrización de los otros módulos que aún no se han comenzado para utilizar el 100% del aplicativo. Este proyecto es liderado por el Área de Calidad.
- 2- **Desarrollo de sistema de autorizaciones en línea con EMSSANAR:** se afino el desarrolló in House en conjunto con la EPS Emsanar un aplicativo web que interactuando con Servinte envía los anexos necesarios para las autorizaciones y se da respuesta en línea reduciendo significativamente los tiempos de este proceso.
- 3- **Sistema de PQRS:** se logró afinar el sistema de información **CROSS** encargado de recopilar todas las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes, este afinamiento consistió en la instalación del servidor en el área del Data Center del Hospital ya que anteriormente funcionaba con una conexión remota hacia un punto exterior de la ciudad, además de mejorar los módulos estadísticos que contiene esta herramienta.
- 4- **Implementación del sistema de educación virtual Moodle:** se implementó una plataforma de educación web, basada en *software* libre, para mejorar todos los procesos educativos con los que cuenta la institución.
- 5- **Carpetas compartidas:** se crean carpetas en los servidores de la **historia clínica** para que puedan ser visualizadas en los diferentes servicios de la institución, con esto se busca minimizar el gasto de papel, ya que no necesitan imprimir en los servicios, sino que pueden visualizar los resultados en línea (archivos pdf), se evita el desplazamiento por parte de los mensajeros para llevar la papelería a los servicios, se evita que se pierdan dichos resultados por la manipulación de estos.

Las carpetas son Banco de Sangre, Medicina Nuclear, Neumología Función Pulmonar, Remisión Laboratorio Clínico, Resonancia Imágenes San José, Cardiología No Invasiva Miocardio, Preparaciones para Toma de Exámenes, Cultivos Positivos.

- 6- **Laboratorio clínico:** se actualiza el aplicativo a la última versión. Se instala el nuevo servidor en la central de datos ubicada en el Data Center, para cumplir con los protocolos, y que el servidor esté protegido. Para este momento se realizó la interface por parte del proveedor. El objetivo del proyecto se enfoca en buscar que los resultados de los cultivos se puedan visualizar en el mismo *software* (HEXALIS), y ya no en la carpeta compartida como se hace actualmente.
- 7- **Implantación de solución de telefonía IP:** al cierre del año 2013 se encontraban instalados 50 teléfonos IP, para el cierre del año 2014 se contrató y ejecutó la instalación de 394 teléfonos IP, con el fin de reemplazar la telefonía convencional apuntando a la eficiencia en costos de este servicio y a la administración adecuada del servicio telefónico y control adecuado de su uso, una de las bondades principales de este proyecto para la institución radica en la utilización de las redes de datos ya existentes lo que facilita su despliegue y suprime en un alto porcentaje el costo de mantenimiento y gestión.
- 8- **Historia clínica electrónica:** para el área de sistemas, la implementación del *software servinte clinical suit* en su componente HCE, presenta el siguiente grado de avance

Tabla 87. Centros clínicos e historia clínica electrónica

Ítem	Magnitud
% CC producción HC electrónica	97%

Fuente: Hospital Universitario del Valle, 2015.

Para el Área de Sistemas, actualmente se está manejando un solo sistema de información en los aspectos misionales de la institución como los clínicos, administrativos y financieros, lo que centraliza la información y permite mejorar la toma de decisiones. Se cuenta con un sistema de información inte-

grado donde va a reflejar información real, oportuna y en línea.

No obstante lo anterior, en el recorrido institucional y por la información obtenida en la fase de diagnóstico, se observan fallas en el cargue de las bases de datos iniciales (por ejemplo, en las áreas de contabilidad y costos). Igualmente, los usuarios manifiestan desconocimiento de la operatividad de los sistemas por lo que las metas de mejora especialmente en las actividades del proceso de facturación desde que se recibe el paciente hasta la emisión de su factura; el hospital sigue perdiendo recursos importantes por glosas y no hace soluciones efectivas y de fondo para esta problemática, y ello es como si tuviera una vena rota.

Como determinantes que limitan los planes de desarrollo informático se informaron los siguientes:

- 1- Licenciamiento Sonic Wall:** en el mes de julio del 2015 se venció el licenciamiento de Fire Wall o cortafuegos Sonic Wall que es el encargado de toda la seguridad informática de la institución. Solo hasta el mes de diciembre del 2015 se realizó el pago de la licencia para ser activada en enero del 2016.
- 2- Estaciones de lectura para los radiólogos:** los médicos radiólogos no tienen las estaciones de trabajo para poder realizar la lectura y diagnósticos de los pacientes, por lo tanto, no tienen el insumo más importante para realizar sus actividades.
- 3- Almacenamiento imágenes diagnósticas:** es necesario crecer en infraestructura para el almacenamiento de las imágenes diagnósticas, dado que, actualmente se está llegando al tope, por este motivo se deben adquirir unos servidores y discos para cubrir esta necesidad. Se hizo el estudio previo y se pidió la autorización del presupuesto que se haría con recursos de estampilla del rubro de ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE TECNOLOGÍA INFORMÁTICA, luego de tener esto debidamente diligenciado y firmado por los responsables, se hará el proceso de contratación. Este proyecto tiene un valor de \$200.000.000

- 4- Impresoras multifuncionales:** la mayoría de máquinas se puedan arreglar con un buen soporte técnico, que no ha sido óptimo porque el contratista exige pago para normalizar las funciones. Esto hace que se entorpezcan las actividades en la ejecución de estos servicios. Al contratista se le adeudan facturas del contrato 2014 por valor de \$165.886.629 y del contrato 2015 facturas ya vencidas por valor de \$152.025.193 para el total de una cartera vencida de \$317.911.822.
- 5- Insumos para soporte técnico:** se requieren de unos insumos para poder brindar un adecuado soporte técnico, estos dispositivos son esenciales para poder brindar un soporte y mantenimiento adecuado a los equipos con los que actualmente cuenta la institución. En el momento hay servicios sin poder ejecutar sus actividades diarias porque los equipos de cómputo con los que trabajan presentan algún daño en sus dispositivos.
- 6- Insumos para la red de datos:** para poder realizar los trabajos de expansión o puntos de red nuevos de trabajo se necesitan los implementos de red relacionados. En áreas nuevas como la de ginecología esta subgerencia realizará las instalaciones de los puntos de red, igualmente de realizar el correcto soporte para todas las áreas del Hospital en cuanto a red se refiere y los mantenimientos en centros de cableados. Estos insumos se requieren cada año para poder brindar un servicio adecuado a las áreas solicitantes, en el año 2015 no se ha adquirido nada de lo mencionado en esta orden.
- 7- Almacenamiento general:** para evitar un colapso debido al crecimiento diario que viene presentando el Hospital a nivel informático es necesario ampliar el almacenamiento de los servidores (Informe Área de sistemas HUV, 2015).

El no cumplimiento en algunas actividades, es precisamente por no contar con los insumos para poder dar solución a las necesidades de los usuarios.

ID usuarios

La llave de acceso al sistema de salud y en este caso el acceso a los servicios del HUV es la identidad, bien sea a través del establecimiento de un

lector de código de imágenes presente en la cédula de ciudadanía o de un lector biométrico de huella, lo que permitiría iniciar un proceso sin tropiezos. El HUV no cuenta con ninguno de los dos sistemas y en los puntos de ingreso hay que digitar el número de cédula sin que se haya generado una cultura sobre el valor de la información por lo que usualmente se generan errores que originan glosas: cédulas inexistentes.

El análisis del *software* de apoyo permite concluir que hay deficiencias en la trazabilidad del paciente:

Atención por personal asistencial

- El paciente es atendido por personal asistencial, luego se clasifica como paciente nuevo o antiguo.
- Captura de datos de identificación en Servinte.
- Al número de identificación parametrización del *software* presenta debilidades de control, recibe la cantidad de caracteres que el asistente desee colocar sin verificar que puede digitar mal el documento. Se entiende que las cédulas pueden tener diferentes cantidades de caracteres, pero se puede crear una parametrización por fechas de expedición de cédulas para poder digitar exactamente los datos y no tener problemas en facturación final. Esto hace que un paciente sea creado varias veces o que su identificación no sea la correcta.
- Se guarda la información del paciente nuevo y se confirma al usuario ingresado en el sistema.

En módulo de admisiones

- Pueden ser los pacientes ingresados por clasificación pendiente, por lo general trabajan con el más antiguo, es decir, el que llegó primero al hospital, para ver su número de historial clínico y revisar sus datos.

Atención inicial de urgencias

- En la pestaña pendiente de ingreso se empieza el diligenciamiento de datos del paciente si es por anexo 2 se llenan los respectivos datos igualmente para el anexo 3.
- Todos estos datos están en carpeta compartida y tienen centro de control de backup.

- Se hace un seguimiento al hablar con la EPS y el médico define si necesita de hospitalización, se incluyen las notas médicas y en el sistema se hace el traslado de urgencias a hospitalización para hacer seguimiento del paciente. Los errores más frecuentes están en la cédula, la EPS y a veces el código de los procesos o de las patologías observadas.

Sistemas de E-health

El sistema de información *Servinte Clinical Suite* adquirido para la Administración de la información administrativa y clínica del Hospital Universitario

del Valle no ha sido afinado y ajustado a las reglas del negocio por lo que trabaja deficientemente en algunos de los procesos de los módulos como admisión, almacén, facturación, entre otros, que debería hacerlos de una forma integral y eficiente para la obtención de información veraz y oportuna.

El diligenciamiento de datos es incompleto. En campos que deberían ser obligatorios el sistema permite enviar o avanzar con la documentación con espacios vacíos, generando controles deficientes y causante de glosas.

ANÁLISIS SECTORIAL Y COMPETITIVO

Porter (1991) plantea que existen en el entorno de la empresa cinco fuerzas competitivas con las que interactúa permanentemente, estas son:

1. Amenaza de entrada de nuevos competidores potenciales.
2. Rivalidad competitiva de los competidores actualmente existentes.
3. Poder de negociación que tengan los clientes de la empresa.
4. Poder de negociación de los proveedores de la empresa.
5. Fortaleza y calidad de los productos o servicios sustitutos a los ofrecidos por la empresa.



Figura 37. Elementos del Análisis Externo Cercano.

Fuente: elaboración propia con base en Porter (1991).

Análisis estructural del sector

Aunque la universalización de la salud debía haber ocurrido hace 10 o 15 años, sigue existiendo una población no asegurada que se refleja en los contratos que se hacen cada año y que venía reduciéndose, pero que inesperadamente volvió a crecer en 2015, fruto de migraciones y desplazamientos.

La atención de la Población Pobre No Asegurada (PPNA) y la de servicios no cubiertos por el Pos son una responsabilidad del Estado. El HUV es la institución que por excelencia maneja este tipo de pacientes, por lo que la Gobernación del Valle del Cauca mantiene activos estos contratos, siendo estos una relativa venta para el Hospital. Sin embargo, la cobertura por régimen subsidiado sigue en aumento, lo que significa que los pacientes que antes eran de exclusivo manejo en el Hospital por su tipo de pagador se convierten en pacientes atractivos para ser atendidos por instituciones privadas que han migrado su foco de negocio hacia este tipo de asegurados.

Paralelamente a la consecución de "la universalización en salud", varias de las EPS del régimen subsidiado continúan con graves problemas de funcionamiento, como el caso de Caprecom, por citar un ejemplo, entró en proceso de liquidación pudiendo generar importantes pérdidas económicas para las IPS, usuarios, colaboradores, proveedores y otros. En el régimen contributivo también hay problemas, Saludcoop, empresa que recientemente entró en liquidación, generará importantes problemas financieros que llevarán incluso a la quiebra a actores con limitado campo de acción.

Por otra parte, la antigua Corporación Comfenalco Unilibre, institución de tercer nivel de complejidad donde se atendía un número importante de pacientes de régimen contributivo especialmente, cambia su razón social y su objeto de negocio, pasando a ser la IPS de elección para la atención de pacientes de la Nueva EPS. Estas situaciones confluyentes han llevado a que la red de prestadores en la ciudad esté

copada, siendo necesario que población atendida en estas instituciones sea volcada a la red pública.

La red pública municipal ofrece 1.380 camas, a las que se suman las 620 (ahora 500) ofertadas por el Hospital; esta capacidad se ha vuelto insuficiente frente a las demandas cada vez mayores de atención en salud, debido a una combinación de aumento en la universalización de la salud, el crecimiento natural de la población, las migraciones de personas, la no resolutivez de la red primaria que desemboca en mayor carga de enfermedad y el no crecimiento del régimen contributivo por todos los aspectos relacionados con el desempleo y empleo informal.

A todo lo anterior se le añade un ingrediente adicional y es que en el Plan Nacional de Desarrollo aprobado por el Congreso de la República se centraliza la compra de medicamentos y se prevé que un mayor número de personas tengan acceso a los servicios que saldrán necesariamente de los presupuestos públicos, mientras la red privada sigue aprovechando esas oportunidades.

Autores como Porter (1997) plantean que el Análisis Estructural de una industria o sector se convierte en la cuota inicial de una estrategia:

Las cinco fuerzas competitivas conjuntamente determinan la intensidad competitiva así como la rentabilidad del sector industrial, y la fuerza o fuerzas más poderosas son las que gobiernan y resultan cruciales desde el punto de vista de la formulación de la estrategia. (p. 177)

Aún en sectores tan regulados como el de la salud, la intensidad de la competencia se debe a cinco fuerzas competitivas (amenaza de nuevos entrantes de productos y servicios sustitutos, poder de los proveedores, poder de los compradores y poder de rivalidad entre las empresas existentes) de cuya combinación depende el nivel potencial de utilidades en este que se explican por el margen neto de utilidad anual.

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) migrando la salud de nuestro país de un Sistema Nacional de Salud hacia un mercado de competencia regulada compuesto por: Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Empresas de Medicina Prepagada, las Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entre otras. Derivándose la necesidad para los directivos del nivel estratégico de las organizaciones de salud de comprender y enfrentar la competencia no de manera estrecha como si esta solo se diera con los competidores directos existentes, sino de forma extendida a través de la interacción de las cinco fuerzas que dan forma y rigen la competencia y la rentabilidad en el sector de la salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está compuesto principalmente por las entidades promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). De acuerdo con el reporte de afiliados Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) por EPS, en 2014 se contaba con 67 EPS para atender la población, de las citadas 67 EPS, seis atienden exclusivamente a población del régimen contributivo, 25 solo atienden población del régimen subsidiado y 36 atienden población de los dos (2) regímenes, tal como se detalla en la Figura 40. Es de resaltar que de acuerdo con los datos de las EPS disponibles en la BDUA, solo Caprecom es pública y a finales de 2015 entró en liquidación.

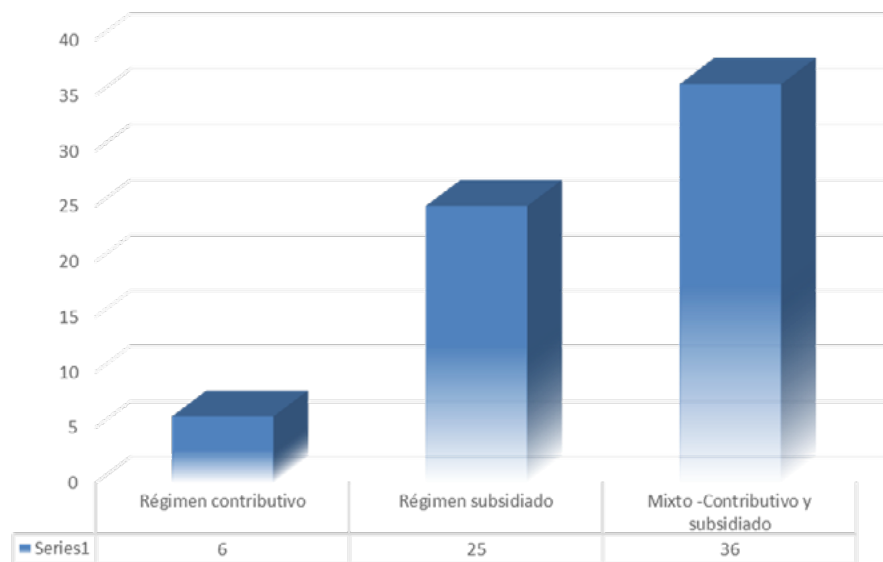


Figura 38. Empresas Promotoras de Salud por régimen (2014).

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados a Salud 2014 (Minsalud, Supersalud, 2014).

Por su parte las IPS, de acuerdo con los datos disponibles en la Superintendencia Nacional de Salud, al cierre de 2014, el país contaba con 6.792 IPS de las cuales el 14% eran públicas y el 86% privadas, lo

que permite evidenciar que el sistema de salud está ampliamente dominado por las organizaciones de origen privado tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios.

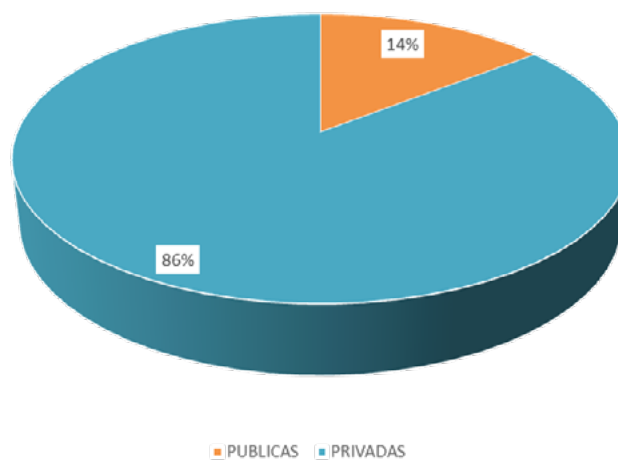


Figura 39. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (2014).

Fuente: elaboración propia con base en estadísticas publicadas por la Superintendencia Nacional de Salud (2014).

El sector salud ha tenido dos momentos importantes en su proceso de financiación, inicialmente, se encuentra el modelo de "subsidio a la oferta", en el que el Estado entrega los recursos a los hospitales, sin relacionar la cantidad de pacientes atendidos con el número de servicios prestados. A partir de la Ley 100 de 1993, se pasa al modelo de "subsidio a la demanda", en el que ya no se garantizan recursos a los hospitales, obligándolos a buscar estrategias de sostenibilidad financiera, evaluando el número de personas atendidas y de servicios prestados.

Llegan a la dinámica las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades que, por el pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) deben asegurar la atención de la salud de los pacientes afiliados a ellas. El modelo propone que esta UPC (subsidio) esté financiada por tres actores: trabajadores, empleadores y el Estado; los recursos son administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), entidad adscrita al Ministerio de Salud, creada con la ley.

Tabla 88. Aseguramiento por Régimen 1995-2019.

Año	Subsidiado	% subsid	Contributivo	% contrib	R. Especiales y Excepción	Total afiliados	Población DANE	Cobertura	Población no afiliada
1995	4.629.193	42,30%	6.317.718	16,90%		10.946.911	37.472.184	29,20%	26.525.273
1996	5.794.882	34,40%	11.039.735	29,00%		16.834.617	38.068.050	44,20%	21.233.433
1997	6.776.168	34,70%	12.749.778	33,00%		19.525.946	38.635.691	50,50%	19.109.745
1998	8.527.061	38,00%	13.910.482	35,50%		22.437.543	39.184.456	57,30%	16.746.913
1999	9.325.832	41,30%	13.240.338	33,30%		22.566.170	39.730.798	56,80%	17.164.628
2000	9.510.566	42,40%	12.904.197	32,00%		22.414.763	40.295.563	55,60%	17.880.800
2001	11.069.182	45,90%	13.044.308	32,00%		24.113.490	40.813.541	59,10%	16.700.051
2002	11.444.003	43,30%	13.735.172	33,20%	1.264.458	26.443.633	41.328.824	64,00%	14.885.191

Continúa

Año	Subsidiado	% subsid	Contributivo	% contrib	R. Especiales y Excepción	Total afiliados	Población DANE	Cobertura	Población no afiliada
2003	11.867.947	43,60%	14.094.619	33,70%	1.264.458	27.227.024	41.848.959	65,10%	14.621.935
2004	15.553.474	49,80%	14.408.562	34,00%	1.264.458	31.226.494	42.368.489	73,70%	11.141.995
2005	18.581.410	52,40%	15.590.619	36,40%	1.264.458	35.436.487	42.888.592	82,60%	7.452.105
2006	19.510.572	51,90%	16.184.214	37,30%	1.910.351	37.605.137	43.405.956	86,60%	5.800.819
2007	20.373.977	51,30%	17.465.944	39,80%	1.910.351	39.750.272	43.926.929	90,50%	4.176.657
2008	20.446.488	50,90%	17.778.887	40,00%	1.910.351	40.135.726	44.451.147	90,30%	4.315.421
2009	20.494.516	50,00%	18.232.720	40,50%	2.222.126	40.949.362	44.978.832	91,00%	4.029.470
2010	21.665.210	50,80%	18.723.118	41,10%	2.222.126	42.610.454	45.509.584	93,60%	2.899.130
2011	22.295.165	50,20%	19.756.257	42,90%	2.347.426	44.398.848	46.044.601	96,40%	1.645.753
2012	22.605.295	50,30%	19.957.739	42,80%	2.347.426	44.910.460	46.581.823	96,40%	1.671.363
2013	22.669.543	50,10%	20.150.266	42,80%	2.402.307	45.222.116	47.121.089	96,00%	1.898.973
2014	22.882.669	49,70%	20.760.123	43,60%	2.402.307	46.045.099	47.661.787	96,60%	1.616.688
2015	23.179.801	49,30%	21.453.376	44,50%	2.402.307	47.035.484	48.203.405	97,60%	1.167.921
2016	22.171.463	47,50%	22.199.204	45,50%	2.260.693	46.631.360	48.747.708	95,70%	2.116.348
2017	22.434.577	48,00%	22.045.454	44,70%	2.287.296	46.767.327	49.291.609	94,90%	2.524.282
2018	22.658.108	48,00%	22.378.384	44,90%	2.138.118	47.174.610	49.834.240	94,70%	2.659.630
2019	22.808.930	47,60%	22.909.679	45,50%	2.243.974	47.962.583	50.374.478	95,20%	2.411.895

Fuente: Dirección Aseguramiento Minsalud, (2019).

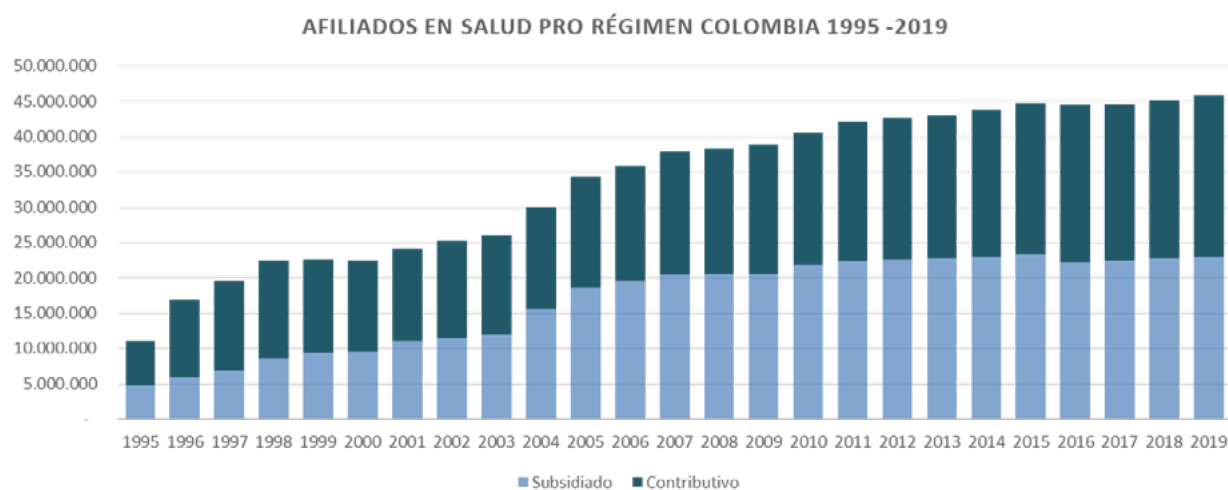


Figura 40. Evolución de la organización hospitalaria

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 88.

La Figura 40 (Evolución de la organización hospitalaria) muestra cómo, a través del periodo comprendido entre 1995 y 2019, en cumplimiento del principio de cobertura universal el país alcanza los mejores niveles de aseguramiento a partir de 2005, con una mayor participación del régimen subsidiado frente al nivel contributivo; en el año 1993 el régimen contributivo era el de mayor número de afiliados al sistema con aproximadamente un 30% de la población, no existía el régimen subsidiado ni la llamada población pobre no asegurada, la meta del gobierno de entonces, era generar la estrategia para lograr el acceso de toda la población a los servicios de salud, teniendo como premisa que el régimen contributivo sería el que jalónaría ese crecimiento.

Es de resaltar, que en el año 2000, el aseguramiento en salud, a través del régimen subsidiado y el régimen contributivo era del 58.83%, para el año 2019 es del 95.2%, acercándose a la meta de cubrir a la generalidad de la población, pero que con el crecimiento del régimen subsidiado y sin el crecimiento del régimen contributivo generan un mayor esfuerzo en la disponibilidad de recursos públicos para garantizar el acceso y la cobertura de la población, máxime cuando en el porcentaje de la población asegurada por régimen contributivo se incluyen los beneficiarios de las personas que realizan el aporte, y que, por lo tanto, disminuye el número de personas aportantes de recursos. Esto podría explicar, en

alguna medida, que el sector salud para el año 2016 haya tenido un incremento porcentual en la participación del presupuesto nacional asignado, pasando de 8.8% en el 2015 a 12.5% en el 2016, con un valor total de \$20.868 miles de millones de pesos.

Es evidente que el sector salud tiene una gran importancia para el Estado colombiano, pero también lo es que el sistema como tal está gastando más de lo asignado y eso ha generado una crisis que sufren la mayoría de actores del sistema.

Tabla 89. Evolución del IPC y del IPC Salud, 2002-2019.

Evolución del IPC y del IPC salud					
Año	Variación IPC	Variación IPC salud	Año	Variación IPC	Variación IPC salud
2002	7	9,2	2011	3,7	3,6
2003	6,5	8,6	2012	2,4	4,3
2004	5,5	7	2013	1,9	4,4
2005	4,9	5,1	2014	3,7	3,5
2006	4,5	5,3	2015	6,8	5,3
2007	5,7	6,5	2016	5,8	8,1
2008	7,7	5,3	2017	4,1	6,3
2009	2	4,9	2018	3,3	4,4
2010	3,2	4,3	2019	3,8	2,8

Fuente: Así vamos en salud (2010).

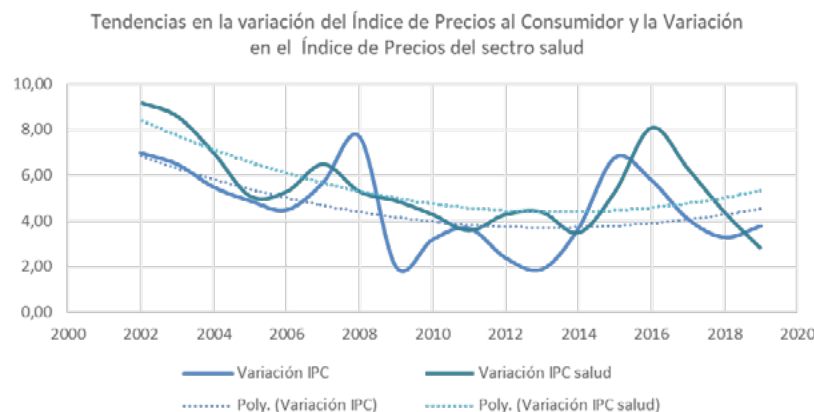


Figura 41. Evolución del IPC-IPC Salud 2002-2020.

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 89.

A nivel departamental, conforme a las indicaciones del Ministerio de Salud y demás regulación correspondiente al sector salud, las propuestas de ajuste en asignación de recursos y competencias se dirigen al logro de la universalización del aseguramiento, la asignación de una única bolsa de recursos por entidad territorial dirigida al aseguramiento y salud pública, al pago de los aportes patronales de las Empresas Sociales del Estado, y al cubrimiento de la estrategia de financiamiento complementaria de las ESE en condiciones especiales.

Las entidades territoriales administran la prestación de servicios de salud en su territorio, cofinancian el régimen subsidiado (a través de rentas propias) y hacen uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para financiar prestación de servicios, asegurar la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado y prestar servicios de Salud Pública.

En ese sentido, el departamento del Valle del Cauca, realiza los respectivos estudios para determinar las

zonas de riesgo, e identificar la situación de salud que debe atender. Esto se realizó por medio del documento “Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales” del año 2015, el grupo de Salud Pública ubica los diferentes tipos de riesgo y su distribución en los diferentes municipios del Valle.

De esta manera también se identifican las amenazas y riesgos para los municipios del Valle, categorizados en tres grupos:

1. Escenarios de riesgo asociados con fenómenos de origen geológico.
2. Escenarios de riesgo asociados con fenómenos biosanitarios.
3. Escenarios de otros riesgos.

Todos estos escenarios, identifican posibles amenazas, que, de no ser atendidas, pueden generar un colapso en el sistema de salud de la región.



Figura 42. Panorama de riesgos en Salud en el Valle del Cauca.

Fuente: Minsalud (2016).

Tabla 90. Escenarios de riesgo asociados con fenómenos de origen geológico.

Riesgo por	Municipios
Erupción volcánica (volcán cerro Machín - emisión de ceniza y proyectiles balísticos)	Sevilla, Ulloa, Obando, Alcalá, La Victoria, Cartago, Caicedonia
Movimientos en masa	Caicedonia, La Cumbre, Buenaventura, Dagua, El Águila, El Cairo, Versalles, El Dovio, Toro, La Unión, Roldanillo, Bolívar, Zarzal, La Victoria, Obando
Sismos	Todo el departamento se encuentra ubicado en zona de amenaza sísmica alta. Los centros poblados con mayor número de habitantes expuestos a esta amenaza son: Cali, Palmira, Tuluá, Buga, Buenaventura, Jamundí, Yumbo y Cartago
Tsunami	Buenaventura

Fuente: Minsalud (2016, p. 35).

Tabla 91. Escenarios de riesgo asociados con fenómenos biosanitarios.

Riesgo por	Municipios
Dengue	Todo el departamento
Malaria y Cólera	Municipio de Buenaventura
Gripa AH1N1	Todo el departamento
SIDA	Todo el departamento
Caracol africano	Todo el departamento
Zoonosis (leptospirosis - toxoplasmosis - Cisticercosis)	Todo el departamento

Fuente: Minsalud (2016, p. 35).

Tabla 92. Escenarios de otros riesgos.

Riesgo por	Municipios
Incendios forestales	Cali, Yotoco, Restrepo, El Águila, Toro, Palmira, Florida
Accidentes aéreos	Corredores aéreos Aeropuerto de Palmaseca - Palmira Corredores aéreos Aeropuerto de Santa Ana

Continúa

Riesgo por	Municipios
Accidentes de tránsito	Vía Buenaventura - Cali
	Vía Buenaventura - Buga - Cartago
	Vía Panorama
	Vía Panamericana
	Vía Buga - Zarzal - Armenia
	Vía Armenia - Cartago
Accidentes marítimos (embarcaciones de gran calado)	Vía de acceso fluvial y puerto de Buenaventura
	Ansermanuevo - La Virginia
Accidente férreos	Corredor férreo Buenaventura - Cali - Cartago - Armenia
Afluencia masiva de personas	Equipamientos urbanos en todo el departamento

Fuente: Minsalud (2016, p. 36).

Para la atención de estos posibles riesgos en la zona occidente, la única Empresa Social del Estado con nivel de complejidad alta es el Hospital Universitario del Valle, que cumple como institución prestadora del servicio de salud, en coherencia con el Decreto 1760 de 1990, que define a los hospitales de tercer nivel de complejidad, como instituciones que deben cumplir con los siguientes criterios:

- Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes.
- Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir.
- Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención.
- Tecnología requerida de la más alta complejidad y atención por personal especializado y subespecializado en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

Adicionalmente, en la zona occidente son pocas las instituciones que cumplen con los criterios señalados en la Ley 1438 de 2011 para constituirse como

hospital universitario, entendiendo que deben ser escenarios de práctica que generan el espacio para el entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión, y que cumplen con unas características explícitas señaladas en el artículo 100, así:

1. Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
2. Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.
3. Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación, la prestación de los servicios asistenciales.
4. Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.
5. Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias.
6. Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.
7. Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.

Tendencias tecnológicas

El desarrollo de las tecnologías de información y comunicación ha influenciado los diferentes escenarios con los que interactúa el ser humano.

Castells (2010) describe como diferentes países presentan una tendencia cada vez más informacional:

Japan, Spain, China, Brazil, as well the United States, are and will be more so in the future informational societies, in the sense that the core

processes of knowledge generation, economic productivity, political /military power and media communications are already deeply transformed by the informational paradigm, and are connected to global networks of wealth, power and symbols working under such a logic. Thus, all societies are affected by capitalism and informationalism and many societies (certainly all major societies) are already informational. (p. 20)

En un sector como la salud cuyo nivel de complejidad en sus procesos asistenciales, financieros y administrativos, el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación, así como las tecnologías en salud, son imperativos, toda vez que las tecnologías en salud constituyen las herramientas que permiten optimizar los procesos de diagnóstico, rehabilitación, promoción, prevención y paliación, así como la búsqueda permanente de la seguridad del paciente, la optimización de la medicación, el monitoreo y evolución con mayores grados de precisión y certeza.

Las tecnologías en salud (TS) abarcan desde una linterna hasta una tomografía axial computarizada y desde una tableta de ácido acetil salicílico hasta un bloqueador del factor de necrosis tumoral. Claramente, las TS no son sinónimos de desarrollos recientes, ni tampoco se limitan a medicamentos o procedimientos curativos excluyendo intervenciones preventivas. Aún más, puede llegar a abarcar los modelos organizacionales bajo los cuales operan los agentes de un sistema o inclusive comprende las metodologías cuantitativas para la definición de un plan básico de beneficios y de su correspondiente precio. (Cubillos, 2006, p. 11)

El desarrollo tecnológico en el sector salud constituye uno de los mayores retos de los Estados, precisamente por tratarse de un servicio público tutelado por el Estado, elevado a la calidad de derecho humano conexo a la vida; por lo tanto, el acceso a la conectividad a través de diferentes dispositivos hace parte de la agenda pública, las decisiones de consumo de la sociedad y la familia, por ende la presencia de la información en la nube, como hoy día se le conoce, propicia nuevos escenarios, retos y riesgos, para la salud física y mental de los habitantes en un territorio.

Para la Conferencia Económica Latinoamericana — CEPAL—, citada en Fedesarrollo (2011) se estableció que:

A nivel de salud, la banda ancha no sólo mejora la gestión de la información, sino que permite la prestación de servicios médicos de diagnóstico y tratamiento a distancia. Es innegable que el acceso a banda ancha como parte de una estrategia integral de uso intensivo de TIC en el sector salud aportaría a la mejora en la calidad y eficiencia del sistema, a la reducción de costos en el sistema, al avance hacia la universalización de la cobertura, y a la oportunidad en la atención y la **generación de alertas en zonas apartadas**.

Con un acceso y uso apropiado del internet de alta velocidad, los sistemas médicos rurales o en zonas urbanas de bajos ingresos podrían beneficiarse de la consulta permanente por parte del personal médico a especialistas de todo el mundo, los traslados intermunicipales de doctores y pacientes se reducirían, y se dispondría de servicios médicos que en otras circunstancias no existirían en dichas regiones. (p. 65)

De la cita anterior se puede reiterar lo indispensable que resulta, contar con sistemas inteligentes en lo misional y lo administrativo del sector salud, para brindar un servicio de calidad, controlar los recursos y optimizar la gestión de los centros de salud públicos y privados.

A partir de estos postulados, el Gobierno Nacional en la agenda digital ha definido, planes y programas que involucran estrategias de logro con miras a alcanzar a través del Nodo de Innovación Salud en 2017.

Ser un referente nacional para el desarrollo de proyectos innovadores, de clase mundial; apoyará la normalización, estandarización, el desarrollo, la adopción, la integración y la operación del sector salud colombiano, a través del uso de las TIC, que garantice una sociedad más equitativa, simplificación de trámites, reducción de riesgos, aumento de la seguridad de los usuarios, rendimiento y rentabilidad sectorial, impulsando al país hacia un liderazgo regional. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2014, p. 44)

Los objetivos planteados por el Ministerio de TIC, se enuncian a continuación:

- Aplicar las TIC para el fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud.
- Apoyar la normalización, estandarización y reglamentación de la Historia Clínica Electrónica e Interoperabilidad Sectorial.
- Detectar y apoyar las iniciativas locales y regionales de Salud.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud de la población con oportunidad y calidad, y mejorar la capacidad de resolución de las instituciones de salud, mediante la utilización innovadora de las TIC.
- Dar a conocer la importancia de un planteamiento de eSalud para aumentar la equidad en salud.

El documento aquí referenciado también plantea el fortalecimiento de las redes de servicio y una modificación estructural en el direccionamiento del servicio, lo que guarda coherencia con lo que hoy esboza el esquema:

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud. El planteamiento busca Tener información médica disponible de los pacientes en forma electrónica en las unidades de atención, ayuda a mejorar la calidad en la atención, a reducir errores médicos y a hacer más eficientes los procesos médicos y administrativos. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2014, p. 28)

Las tecnologías de salud y de soporte a los procesos de apoyo al servicio de salud (administrativos, logísticos, de referencia y contrarreferencia, técnicos y financieros), requieren tener inmerso en su arquitectura, esquemas de conectividad, conductibilidad e interacción permanente para optimizar el servicio, por lo que la agenda plantea una interacción de componentes de la siguiente macroestructura (ver Figura 43).

En una articulación permanente de la información sectorial de salud y su interacción con la información estadística de apoyo, la política sectorial en materia de tecnologías en salud apunta a la creación de redes integradas con nodos en los hospitales de alta complejidad.



Figura 43. Componentes de las tecnologías en salud.

Fuente: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2014, p. 29).

Se plantea un cambio en el modelo asistencial que busque:

Potenciar el modelo de salud mediante el desarrollo del subsistema de información en tres aspectos: **i)** Formulación de un modelo de interoperabilidad de la historia clínica electrónica, anclada en el desarrollo paralelo de su necesaria normalización y estandarización; **ii)** Desarrollo del Sistema Maestro de Información - Sector Salud, que cobije como áreas de desempeño fundamentales la financiación, el aseguramiento y la gestión del riesgo en salud, la prestación de los servicios, la rendición de cuentas, la calidad de los servicios, la seguridad de los pacientes y la salud pública; y **iii)** Fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de complejidad a través de la implementación e integración de

servicios de telemedicina, con otros desarrollos en soluciones móviles, APS y atención encasa, buscando robustecer el concepto de redes integradas de servicios de salud, con aplicaciones TIC salud. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2014, pp. 29-30)

Se plantea un modelo de atención centrado en la persona, mediante servicio integrado de acuerdo con el riesgo del paciente y no el nivel de complejidad de la IPS, con mayor capacidad resolutoria en los niveles de baja complejidad y cero autorizaciones telefónicas; la red de datos debe propender por eliminación en las barreras de acceso con reglamentación en tiempos de respuesta. El modelo de atención propuesto por la Agenda de Conectividad Nodo Salud es el siguiente:



Figura 44. Modelo de atención en salud.

Fuente: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2014, p. 30).

Los factores que posibilitan la inserción de este modelo, tienen que ver con la disponibilidad de tecnologías de punta, e interacción de los componentes que se muestran en la Tabla 93.

El planteamiento de un sistema de salud único en red que permita agregación de datos sectoriales (macro-estructura, meso-estructura y micro-estructura), requiere articular los componentes y los actores, así

como estructurar características que permitan disponer de bases de datos relacionales para facilitar:

- La toma de decisiones.
- La planeación sectorial.
- El manejo y control de los recursos.
- La calidad del servicio y efectividad de los tratamientos.
- La calidad de los profesionales,

Tabla 93. Componentes del sistema de salud.

Componente	Actores	Funciones y productos
Usuarios del servicio	Población: Pacientes Personas sanas expuestas al riesgo	Autocuidado, uso del servicio, hábitos de vida saludables, acudir y/o consultar ante síntomas de enfermedad
Regulación	Público Privado	Estudio análisis y diseño de Normas, Códigos, Protocolos, ética y valores
Organización- Seguros y/o aseguramiento	Estado, promotores, prestadores, profesionales, supervisores y financiadores	Interacción de actores y funciones
Formadores	Organizaciones públicas y privadas de educación en salud	Provisión de capital humano para el cuidado, la prevención, recuperación de la salud e investigación sanitaria
Profesionales	Médicos, enfermeras, farmacéutas, Odontólogos, Biomédicos Fisioterapeutas, Bacteriólogos, entre otros	Prestar el servicio preventivo y curativo – investigación (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación)
Supervisión y vigilancia	Públicos, organizaciones profesionales	Vigilancia epidemiológica y de salud pública, protocolos de calidad, uso de recursos, observancia normativa, medicamentos
Investigadores	Profesionales de la salud y otras áreas	IID en salud
Financiación	Estado (impuesto-SGP) Instituciones (aportes, donaciones, ayudas mutuales) Usuarios (aportes, cuotas moderadoras y copagos)	Provisión del flujo de recursos para adelantar los procesos de promoción, prevención, diagnóstico, rehabilitación, educación, investigación y paliación, propios de la salud
Calidad	Responsables del servicio	Establecer los protocolos que permitan resguardar la salud de la población mediante acciones preventivas y recuperativas
Instituciones	Estado, Aseguradoras, Promotoras, Prestadoras, Supervisoras, hospitales, Proveedores de insumos, medicamentos y apoyo diagnóstico	Prestar el servicio en términos de calidad, eficiencia y eficacia
Tecnología	Todos los actores	ID health, telemedicina, Historia clínica, Vademécum médico, SDAC: Sistemas de diagnóstico asistido por computador
Infraestructura	Clínicas, hospitales, UCI, ambulancias, puestos de salud, Secretarías de salud (logística) Centrales de urgencia CRUE	Prestación del servicio

Fuente: elaboración propia.

- El control de los riesgos asociados a la morbilidad y mortalidad, pandemias, epidemias y demás riesgos asociados a la salud.
- La eliminación de barreras de acceso al sistema (identificación o ID health), la disminución de autorizaciones o autorizaciones en red, la asignación de citas en línea, camas, UCI, la agilidad en los sistemas de referencia y contra referencia.
- Uso de la cobertura de necesidades de tecnología: (Telemedicina, historia clínica electrónica, informática hospitalaria, bioinformática transnacional, informática de salud pública, entre otros.

Sistemas de telemedicina y telesalud

La Telesalud, corresponde a la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones para proporcionar salud y servicios de atención médica e información a grandes y pequeñas distancias, entendiéndose que comprende la prevención, la promoción y los diagnósticos de autoatención y tratamiento. Podría decirse que los actores de salud han apropiado técnicas de telemedicina, cuando a través de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) han logrado adecuar sus funciones de prevención promoción y diagnóstico, logrando un mejoramiento sustancial en la atención a los pacientes y en la relación médico paciente orientado a las mejores prácticas en salud, eliminando las barreras de distancia y propiciando más facilidades de acceso en condiciones de igualdad e integralidad. "La telemedicina se define como la utilización de sistemas que permiten el inmediato acceso a expertos o a información de pacientes con independencia de ubicación del paciente o de su información relevante" (Marimón, 1999, p. 307). Otra definición aproximada que da el mismo autor es citada en el proyecto MED-SALUD, "Telemedicina es la provisión de atención médica a pacientes en cualquier parte del mundo mediante la combinación de las telecomunicaciones y la experiencia médica" (Marimón, 1999, p. 307).

Participantes potenciales, riesgo de nuevas instituciones

Revisando el ranking de IPS privadas de alta complejidad, con posibilidad de expansión por su calidad

y solidez financiera, encontramos que podrían dar cobertura de servicios en el suroccidente y constituirse en fuertes competidores del HUV las siguientes:

Tabla 94. Ranking 2015 IPS y ESE con mejor reputación (puntos).

PUESTO / ENTIDAD	PUNTOS
1° Fundación Valle del Lili	10.000
2° Fundación Santafé	9.881
3° Hospital Pablo Tobón Uribe	8.997
4° Fundación Clínica Shaio	7.988
5° Fundación Cardio Infantil	7.713
6° Hospital Universitario San Vicente Fundación	7.500
7° Clínica del Country	7.217
8° Fundación Cardiovascular de Colombia	7.195
9° Centro Médico Imbanaco (antes de entrada en operación de la nueva sede)	6.988
10° Clínica de Marly	6.755
11° Instituto Nacional de Cancerología	6.552
12° Clínica Reina Sofía	6.129
13° Centro Médico Carlos Ardila Lülle	6.096
14° Hospital Militar Central	6.009
15° Clínica Foscal	5.880
38° Hospital Universitario del Valle "Evaristo García"	4.525

Fuente: Merco Salud (2015).

El Ranking de IPS, publicado por Merco Salud 2015 mide la reputación de un Hospital / Clínica, mediante la aplicación de instrumentos a una muestra representativa de actores (Directivos, Gerentes de salud, médicos, miembros de asociaciones de pacientes, periodistas de salud, trabajadores del sector salud y funcionarios de gobierno responsables del sector) que permiten medir la percepción de calidad.

Tal como se observa en la tabla del Ranking, la amenaza de potenciales nuevos competidores, es evidente no solo por la gran diferencia en las percepciones de calidad que tiene el Hospital Universitario del Valle frente a sus competidores inmediatos (Valle del Lili e IMBANACO), sino por la expectativa

Tabla 95. Análisis comparativo de ranking y comparación financiera.

IPS	Puesto ranking	Puntos Ranking	Año cifras EEFF	Nivel de deuda	Liquidez	Costo / Ingreso	Gasto / Ingreso
Fundación Valle de Lili (ampliación de cobertura)	1	10.000	2013	50.8%	2.15	84%	12%
Fundación Santafé	2	9.881	2014	22%	1.8	85.9%	13.9%
IMBANACO (Nueva estructura)	9	6.988	2014		2.1	75.8%	23%
Clínica Marly	10	6.755	2013	14%	2.2	68%	13%
Hospital Universitario San Ignacio	19	5.620	Sin	-	-	-	-
HUV	38	4.526	2015	53%	0.7	119%	71%

Fuente: elaboración propia con base a los estados financieros publicados en la página web de cada una de las entidades.

que puede generar un eventual cierre del HUV frente a las posibilidades de ampliación de cobertura de los ya existentes y de nuevos con gran prestigio en nivel de complejidad III, presentes en otras ciudades, con una situación financiera sólida que les permite extenderse hacia el suroccidente colombiano, tal como se aprecia en la Tabla 93.

Aunque es evidente la disparidad de los datos en materia de tiempo (años diferentes), vale la pena aclarar que el comportamiento es similar en materia de costos y gastos, así como el de endeudamiento, solo que no se cuenta con EEFF certificados y dictaminados con cierre al 2015. Hecha la anterior precisión y a partir de la cifra considerada en la tabla anterior se puede concluir que ante una eventual liquidación del HUV, muchas instituciones privadas pueden beneficiarse no solo por su solvencia sino por su alta credibilidad en materia de calidad tal como se evidencia en el Ranking presentado en esta sesión.

Poder de negociación del cliente

Antecedentes

Con el advenimiento del sistema de aseguramiento instituido en la Constitución Política de 1991, reglamentada posteriormente por la Ley 100 de 1993, modificada parcialmente por la Ley 1122 de 2007, la 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015 o estatutaria de la salud entre otras, los hospitales públicos locales, re-

gionales, universitarios y especializados de carácter asistencial, se transformaron en Empresas Sociales del Estado —ESE—, o IPS públicas e iniciaron un proceso de mutación hacia entidades que hoy día deben competir e interactuar con organizaciones de naturaleza privada, tales como las Empresas Promotoras de Salud —EPS— y las Instituciones Prestadoras de Salud —IPS—, que por demás se les permite la integración vertical (las EPS son dueñas de IPS y por lo tanto preferirán contratar el servicio con las entidades de su grupo). La regulación es débil cuando define el porcentaje y la forma como deben contratarse las ESE.

Los hospitales públicos que estaban acostumbrados a funcionar al interior del gobierno de turno y a depender del giro de recursos por parte del Estado ante las necesidades que enfrentaban, se han demorado en acostumbrarse a ser ESE que funcionan ante un mercado abierto en un tema que es un derecho fundamental, como lo es el de la salud. Es decir, han tenido que enfrentarse al mercado, a la competencia, sin que tengan claro lo que ello significa.

En este escenario competitivo, surgen una serie de factores que obligan a repensar el modus operandi de los sistemas de contratación del servicio, toda vez que las relaciones contractuales asimétricas por demás, diezman la participación de las ESE en la cobertura del servicio, ocasionando detrimento en sus finanzas, su crecimiento e impactan negativamente los procesos de investigación y docencia inherentes a los

hospitales universitarios como el caso del HUV. Peor aún, el modelo de atención al paciente sigue en el pasado y mientras en las IPS privadas se atiende con amor y cariño a los pacientes y se les considera unos “clientes” a los que se cuidan en extremo, en las ESE públicas el concepto de cliente se mira con temor y se trabaja todavía a la defensiva con dichos pacientes.

Regulación en desventaja

El Artículo 16 de la Ley 1122 de 2007 establece que la:

Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). (p. 8)

Siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán

contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas. (Ley 1122 de 2007, p. 8)

Si bien es cierto el texto del artículo anterior tiene como espíritu normativo garantizar la contratación del servicio con las ESE, las condiciones adicionales como la capacidad resolutive, requisitos e indicadores, tarifas competitivas entre otros, hacen que se vulnere la ya citada Ley 1122 de 2007.

Capacidad de negociación

Con las EPS

El poder dominante en la negociación lo tiene la EPS, puesto que por ley de oferta y demanda del servicio en un escenario altamente competitivo el precio es sensible a la decisión de contratación, esta situación es evidente en la información publicada por la Superintendencia Nacional de Salud, en el tema de costo del servicio; sin pretender afirmar de que se trata de una estadística confiable; por lo menos da una idea de la dispersión de costos que hay entre entidades y que por lo tanto las EPS contratan (envían los pacientes) a quien les ofrezca los menores costos; a manera de ejemplo sobre dispersión de costos se cita el siguiente detalle:

Tabla 96. Ejemplo de dispersión de costos de algunos servicios de salud.

Cups	Procedimiento	Compensar	Cooimeva	Demás EPS	
				Mínimo	Máximo
116	Trasplante de córnea	2.334.666	1.412.416	642.200	1.324.957
147	Procedimientos cuerpo vítreo	2.761.592	2.982.155	859.541	2.384.173
161	Extracción cuerpo extraño	-	1.212.709	335.963	736.872
168	Reparación lesión globo y órbita	2.074.367	6.661.887	602.074	1.043.208
191	Estapedectomía	1.659.521	9.151.858	891.967	1.252.191
204	Mastoidectomía	1.142.521	2.864.982	719.774	1.043.927
375	Trasplante de corazón	59.971.133	46.991.448	3.500.362	13.598.724
770	Secuestrectomía drenaje desbridamiento	2.934.389	2.951.912	352.176	1.758.040
772	Osteotomía	2.452.294	2.133.241	425.350	1.613.256
805	Escisión o ablación de disco intervertebral	4.133.915	4.520.454	968.466	2.002.542

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (2009).

En el indicativo de costo, como variable decisiva de competitividad también se evidencia que el HUV tiene el menor margen de contribución frente a entidades pares; así lo muestran dichos indicadores calculados con base en los reportes de la Contaduría General de la Nación consultados del sistema Consolidador de Hacienda—CHIP— de la entidad, tal como se muestra en la Tabla 97.

Para el caso de IMBANACO los estados financieros publicados al 31/12/2014 muestran que la relación

costo/servicio fue del 67.61%, el gasto/el ingreso corresponde al 23.37% (incluyendo pérdida en venta y retiro de bienes, así como gastos extraordinarios de ejercicios anteriores).

Los datos aquí citados muestran que los márgenes de costo del servicio dejan al Hospital fuera de la media general del mercado y que, por lo tanto, ofrecen servicios a pérdida o simplemente disminuyen el ingreso.

Tabla 97. Información financiera Hospitales Públicos a 31/12/2014.

Concepto	HUV	Tunal	Samaritana	Simón Bolívar	Erasmomez	Valle del Lili	Univ Caldas
Ingresos servicios	132.658.840	122.129.786	184.868.274	113.648.470	104.468.451	417.420.587	66.092.051
Ingresos otras fuentes	71.558.248	8.825.561	29.249.818	15.773.546	23.894.902	19.180.755	8.148.214
Gastos	93.955.098	37.560.106	38.327.862	37.674.852	16.571.319	49.239.732	17.796.855
Costos	158.270.211	91.150.929	143.015.707	91.514.268	67.319.113	351.562.645	48.433.091
Resultado	-48.008.221	2.244.312	32.774.523	232.896	44.472.921	35.798.965	8.010.319
%gasto/ingreso servicio	71%	31%	21%	33%	16%	12%	27%
%costo/servicio	119%	75%	77%	81%	64%	84%	73%
* resultado/ servicio	-36%	2%	18%	0%	43%	9%	12%

Fuente: Sistema Chip Contaduría General de la Nación-Informe de gestión Valle del Lili (2014).

Tabla 98. Información financiera Hospitales Públicos a 30/09/2015.

Concepto	HUV	Tunal	Samaritana	Simón Bolívar	Erasmomez	Univ Caldas
Ingresos servicios	150.978.545	101.660.266	149.803.181	97.764.103	88.507.752	58.605.195
Ingresos otras fuentes	60.395.904	6.358.517	10.439.770	5.855.354	10.256.438	11.669.241
Gastos	110.640.527	19.422.388	29.258.486	22.789.983	16.571.319	8.210.519
Costos	138.508.603	79.691.997	113.317.202	80.134.850	60.677.342	38.106.050
Resultado	-37.774.681	8.904.398	17.667.263	694.624	21.515.529	23.957.867
%gasto/ingreso servicio	73%	19%	20%	23%	19%	14%
%costo/servicio	92%	78%	76%	82%	69%	65%
* resultado/servicio	-25%	9%	12%	1%	24%	41%

Fuente: Sistema Chip Contaduría General de la Nación (2015).

Con la Gobernación del Valle

En el caso del Departamento, cuando se presentan los contratos de capitación, se trazan lineamientos que deterioran los flujos de efectivo del Hospital, toda vez que el derecho a la salud, como derecho conexo a la vida prima sobre cualquier otro ordenamiento o proceso contractual y los recursos son insuficientes

para atender la demanda. Aunque la Gobernación del Valle no lo acepta, los estados financieros de los años comprendidos entre 2012-2015 muestran los siguientes valores de servicios prestados por encima de los valores recaudados a través de contratos por unidad de capitación:

Tabla 99. Radicación de facturación de contratos con la Gobernación 2012-2015 (por capitación y por evento).

MES	RADICACIÓN 2012	RADICACIÓN 2013	RADICACIÓN 2014	RADICACIÓN 2015
Enero	12.545.326.567	15.703.368.310	13.262.370.371	18.038.818.211
Febrero	14.954.442.419	11.517.852.958	11.741.542.716	11.946.057.008
Marzo	14.942.890.333	9.976.721.565	11.434.248.030	8.021.951.195
Abril	12.279.924.515	12.853.317.725	12.636.772.472	6.234.397.916
Mayo	15.728.250.439	13.099.290.382	12.958.291.495	12.764.261.645
Junio	13.941.391.627	11.823.989.825	15.058.766.831	12.675.393.637
Julio	13.815.461.456	13.169.031.338	14.072.645.788	17.927.982.534
Agosto	11.832.456.694	15.730.145.788	14.293.605.322	16.229.533.157
Septiembre	8.863.134.613	18.025.379.633	11.038.950.100	17.758.719.794
Total	118.903.278.663	121.899.097.524	116.497.193.125	121.597.115.097

MES	RADICACIÓN 2012	RADICACIÓN 2013	RADICACIÓN 2014	RADICACIÓN 2015
Enero	12.545.326.567	15.703.368.310	13.262.370.371	18.038.818.211
Febrero	14.954.442.419	11.517.852.958	11.741.542.716	11.946.057.008
Marzo	14.942.890.333	9.976.721.565	11.434.248.030	8.021.951.195
Abril	12.279.924.515	12.853.317.725	12.636.772.472	6.234.397.916
Mayo	15.728.250.439	13.099.290.382	12.958.291.495	12.764.261.645
Junio	13.941.391.627	11.823.989.825	15.058.766.831	12.675.393.637
Julio	13.815.461.456	13.169.031.338	14.072.645.788	17.927.982.534
Agosto	11.832.456.694	15.730.145.788	14.293.605.322	16.229.533.157
Septiembre	8.863.134.613	18.025.379.633	11.038.950.100	17.758.719.794
Total	118.903.278.663	121.899.097.524	116.497.193.125	121.597.115.097

Fuente: Área de Facturación HUV (2015).

Tabla 100. Estado actual de los contratos y valores no recuperados en contratos capitados.

Año	Modalidad	Acta liquidación	Valor contrato	Facturación	Saldo por exceso de demanda	Observaciones
2006	Disponibilidad de servicios	Unilateral	40.757.508.669	67.334.439.881	26.576.931.212	
2007	Disponibilidad de servicios	Sí	60.469.434.543	74.564.852.140	14.095.417.597	
2008	Capitación	Proyecto acta	59.720.333.320	85.619.004.768	25.898.671.448	
2009	Capitación	Sí	40.003.314.422	90.246.849.196	42.219.696.437	Se reconoció de esta modalidad un pago por el ministerio se auditó y concilió con la ssdv
2010	Capitación	Proyecto acta	12.600.000.000		11.974.859.057	
	Capitación		10.568.276.737			

Fuente: Área de Facturación HUV (2017).

Son precisamente los contratos capitados, el inicio a los problemas financieros que el HUV ha tenido. Desde ese momento se iniciaron los incumplimientos reiterados con diferentes acreedores y se generó una "bola de nieve" a la que se le han ido agregando problemas cada vez más crecientes.

Presión proveniente de los productos sustitutos

Lipsy et. all. (citados por Rosselly et. all., 2000) destacan que: "En la teoría económica clásica, la demanda también se modifica por la presencia de servicios sustitutos y servicios complementarios" (p. 65). Roseelly et. all., en el mismo párrafo exponen que:

En el campo de la salud en general los servicios sustitutos son todos aquellos que en algún momento reemplazan la atención por profesionales de la salud. Ahí se incluirían las comadronas o parteras empíricas, como competencia de los ginecobstetras, los sobanderos que compiten con los ortopedistas, los farmacéutas que recomiendan medicamentos sin prescripción y en general brujos, parasicólogos, alternativos, yerbateros, homeópatas (...) otros que sustituyen la función médica y que en ocasiones son difíciles de establecer. (2000, p. 65)

En materia de servicios complementarios, podría decirse que los exámenes de apoyo diagnóstico, los servicios de anestesia, los medicamentos, ciertas terapias, pueden convertirse en factores desestimulantes de determinadas demandas, como una consecuencia de la mejora en las tecnologías biomédicas. Al paciente y a los intermediarios (EPS, IPS, Estado) les puede resultar más económico y seguro contratar con entidades que cuenten con tecnologías de punta para prestar los servicios complementarios.

Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2012, ante la pregunta "¿Qué hicieron quienes no demandaron servicios médicos?" las respuestas fueron:

La mayoría de las personas que no asistieron a un centro de atención médica ni a un médico independiente utilizaron remedios caseros o se auto recetaron (64,3%), mientras que el 22% acudió a un boticario, farmaceuta, droguista, y el 11% no hizo nada ante el problema de salud. (Ayala, 2014, p. 7)

Resalta Ayala (2014) citando a Gold (1998) que este comportamiento "refleja la necesidad de considerar la existencia de barreras culturales al acceso y de conocimiento del sistema a la hora de llevar a cabo políticas que busquen mejorar en este aspecto" (p. 7). A continuación, se citan datos de alternativa a la demanda por servicios médicos, que permiten evidenciar lo descrito anteriormente.

Tabla 101. Servicios alternativa a la demanda.

Alternativa a la demanda	Porcentaje de personas
Uso remedios caseros	34,9
Se autorecetó	29,3
Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista	21,8
Nada	10,7
Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona	2,4
Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)	0,9
Total	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012 (Ayala, 2014).

Poder de negociación del proveedor

A raíz del debilitamiento financiero del Hospital, la imagen corporativa ante los proveedores se ha venido debilitando, hasta el punto de que el anuncio

de la aprobación de hacer uso de la ley de insolvencia no resulta atractivo para suministrar medicamentos e insumos al hospital, por lo que, difícilmente podría prestar el servicio salvo que se implemente un sistema de pago de estricto contado. Los continuos incumplimientos en los pagos han hecho que los proveedores restrinjan cualquier negociación con el Hospital, y los pocos que le dan el sí tienen que contrarrestar el riesgo vendiendo a alto costo, toda vez que la diferencia en el precio satisface el costo financiero de la demora en el pago. Otra situación que no puede ser ajena a este análisis es el hecho de presentarse un proveedor o grupo de proveedores, con alto grado de control (en el eventual caso de que el valor de las acreencias supere el 50% de los pasivos) una alianza entre ellos en inicio de aplicación de la Ley 550, significa que son ellos los que tienen el poder para decidir el futuro mediático del hospital. Lo podemos observar en la siguiente tabla que detalla los pasivos más destacados a nivel tercero.

Tabla 102. Detalle de los pasivos a nivel tercero.

Tipo de proveedor	Nit	Tercero	Valor	Participación %
Quirografario	900712945	Unión Temporal Valle Pharma	19.963.632.797	7,75%
Financiero	890308051	Infivalle	16.666.666.666	6,47%
Quirografario	900521307	Asociación Sindical Asstracud	7.487.662.468	2,91%
Quirografario	900522923	Asociación Gremial Especializa	6.796.176.522	2,64%
Quirografario	890399003	EMCALI	6.333.466.120	2,46%
Laborales	860013816-1	Seguro Social	4.862.624.498	1,89%
Laborales	890399010-6	Universidad del Valle	4.773.540.790	1,85%
Quirografario	800197601	Angiografía de Occidente	4.611.788.063	1,79%
Quirografario	830501223	Intercomercial Médica Ltda	4.439.862.778	1,72%
Financiero	860002964	Banco de Bogotá	3.928.571.425	1,53%
Quirografario	890399011	Municipio de Cali	3.807.954.574	1,48%
Financiero	890300279	Banco de Occidente S.A.	3.335.145.659	1,30%
Quirografario	805011262	R.T.S. S.A.S.	3.157.614.898	1,23%
Quirografario	900328323	Miocardio S.A.S.	2.907.498.111	1,13%
Quirografario	CUENTA 29 Y 27	Información sin tercero	76.415.868.896	29,67%

Continúa

Tipo de proveedor	Nit	Tercero	Valor	Participación %
Laborales	CUENTA 25	Información sin tercero	28.115.020.824	10,92%
Quirografario	VARIOS	Varios	56.857.386.660	22,07%
Laborales	VARIOS	Varios	3.112.518.408	1,21%
Total pasivos			257.573.000.157	100,00%

Fuente: elaboración propia con base en estados financieros de la Contraloría General de la Nación (2019).

Intensidad de rivalidad entre competidores actuales

Retomando la Ley 1122 de 2007 con énfasis en su artículo 16 (que se describió anteriormente en la página 236), podría decirse que el Hospital tiene capacidad resolutoria, derivada de su capacidad instalada: 657 camas, de las cuales solo utiliza actualmente 500 incluidas las camas de urgencias, y las correspondientes a las UCI. El hospital tiene la infraestructura y los profesionales para prestar un servicio de calidad, pero ha presentado un debilitamiento financiero, que necesariamente lesiona cualquier idea de proceso de alta calidad, puesto que el servicio requiere además de insumos y recursos humanos, unos procesos con celeridad que permitan obtener insumos en forma oportuna y recursos para su adquisición.

En ese sentido, se realiza el siguiente análisis en el que se comparan los servicios ofrecidos por el Hospital Universitario del Valle, la Fundación Valle del Lili y la Clínica Imbanaco, evidentes competidores en el sector. La información de los distintos servicios fue conseguida a través del Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud -REPS-, plataforma a cargo del Ministerio de Salud. Habiendo obtenido la información se procedió a enfocar el análisis en dos aspectos:

- Servicios por categorías
- Análisis por año

Servicios por categorías

Dentro del análisis externo cercano, uno de los puntos más importantes y significativos es el análisis de los servicios que se prestan, ya que estos pueden brindar diferenciación o convertirse en una des-

ventaja frente a los competidores en un sector tan delicado como el de la salud. A continuación, se presenta un comparativo de servicios por tipo, entre el HUV, Imbanaco y Fundación Valle del Lili.

En términos generales el HUV presta 124 servicios, Imbanaco presta 103 servicios y Fundación Valle del Lili presta 154 servicios. Estos servicios se clasifican en seis categorías, que se desglosan a continuación:

Tabla 103. Servicios de internación HUV.

Servicio	Internación		
	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
101- General adultos	Sí	Sí	Sí
102- General pediátrica	Sí	Sí	Sí
103- Psiquiatría o unidad de salud mental	Sí	No presta	No presta
105- Cuidado intermedio neonatal	Sí	Sí	Sí
106- Cuidado intermedio pediátrico	Sí	Sí	Sí
107 - Cuidado intermedio adultos	Sí	Sí	Sí
108 - Cuidado intensivo neonatal	Sí	Sí	Sí
109 - Cuidado intensivo pediátrico	Sí	Sí	Sí
110 - Cuidado intensivo adultos	Sí	Sí	Sí
111- Unidad de quemados adultos	Sí	No presta	No presta
112 - Obstetricia	Sí	Sí	Sí
120 - Cuidado básico neonatal	No presta	Sí	Sí

Continúa

Servicio	Internación		
	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
121 - Atención institucional de paciente crónico	No presta	No presta	Sí
124 - Internación parcial en hospital	No presta	No presta	Sí
125 - Unidad de quemado pediátricos	Sí	No presta	No presta

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud -REPS-, plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2016).

Respecto de esta categoría de Internación, se puede resaltar que el HUV cuenta con una ventaja sobre sus competidores en cuanto a la unidad de quemados de adultos y pediátricos. Sin embargo, la Fundación Valle del Lili presta tres servicios más que el HUV; en cuanto a cuidado básico neonatal que también presta Imbanaco, atención institucional de paciente crónico e internación parcial en hospital.

Tabla 104. Servicios de quirúrgicos HUV.

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
201 - Cirugía de cabeza y cuello	Sí	Sí	Sí
202 - Cirugía cardiovascular	Sí	Sí	Sí
203 - Cirugía general	Sí	Sí	Sí
204 - Cirugía ginecología	Sí	Sí	Sí
205 - Cirugía maxilofacial	Sí	Sí	Sí
206 - Cirugía neurológica	Sí	Sí	Sí
207 - Cirugía ortopédica	Sí	Sí	Sí
208 - Cirugía oftalmológica	Sí	Sí	Sí
209 - Cirugía otorrinolaringología	Sí	Sí	Sí
210 - Cirugía oncológica	Sí	Sí	Sí
211 - Cirugía oral	Sí	Sí	Sí
212 - Cirugía pediátrica	Sí	Sí	Sí
213 - Cirugía plástica y estética	Sí	Sí	Sí

Continúa

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
214 - Cirugía vascular y an (completar)	Sí	Sí	Sí
215 - Cirugía urológica	Sí	Sí	Sí
218 - Cirugía endovascular neurológica	No presta	Sí	Sí
219 - Trasplante renal	No presta	Sí	Sí
220 - Trasplante de corazón	No presta	No presta	Sí
221 - Trasplante de hígado	No presta	Sí	Sí
222 - Trasplante de pulmón	No presta	No presta	Sí
223 - Trasplante de riñón y páncreas	No presta	No presta	Sí
227 - Cirugía oncológica pediátrica	Sí	Sí	No presta
231 - Cirugía de la mano	Sí	Sí	
232 - Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	No presta	Sí	Sí
233 - Cirugía dermatológica	No presta	Sí	Sí
234 - Cirugía de tórax	Sí	Sí	Sí
235 - Cirugía gastrointestinal	Sí	Sí	Sí
237 - Cirugía plástica oncológica	No presta	Sí	Sí
238 - Trasplante De Intestino	No presta	No presta	Sí
239 - Trasplante multivisceral	No presta	No presta	Sí
240 - Trasplante de tejidos oculares	Sí	Sí	Sí
241 - Trasplante de tejido osteomuscular	Sí	Sí	Sí
242 - Trasplante de progenitores hematopoyéticos	No presta	Sí	Sí
243 - Trasplante de piel y componente de la piel	Sí	No presta	No presta
244 - Trasplante de tejidos cardiovasculares	No presta	Sí	Sí

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2016).

En la Unidad de Servicios Quirúrgicos el Hospital Universitario del Valle no cuenta con ventajas sobre las dos instituciones en comparación debido a que solamente en los servicios de trasplantes de la piel y sus componentes tiene un ítem a favor sobre las otras dos. Por el contrario, es evidente que la Fundación Valle del Lili (FVL) cuenta con una oferta de servicios completa que en materia de trasplantes de órganos es dominante aún sobre la misma clínica Imbanaco. Lo que representa una gran brecha a nivel de cirugías vitales, en las cuales el HUV no puede brindar asistencia, dejando de lado pacientes y por ende posibles dineros a recaudar.

Tabla 105. Servicios de Consulta Externa HUV

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
	Consulta externa		
301 - Anestesia	Sí	Sí	Sí
302 - Cardiología	Sí	Sí	Sí
303 - Cirugía cardiovascular	Sí	No presta	Sí
304 - Cirugía general	Sí	No presta	Sí
305 - Cirugía neurológica	Sí	No presta	Sí
306 - Cirugía pediátrica	Sí	No presta	Sí
308 - Dermatología	Sí	Sí	Sí
309 - Dolor y cuidados paliativos	Sí	Sí	Sí
310 - Endocrino prestatología	No presta	Sí	Sí
311 - Endodoncia	Sí	No presta	No presta
312 - Enfermería	Sí	Sí	Sí
313 - Estomatología	Sí	No presta	No presta
316 - Gastroenterología	Sí	Sí	Sí
317 - Genética	No presta	Sí	Sí
318 - Geriátrica	Sí	No presta	Sí

Continúa

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
	Consulta externa		
320 - Ginecoestetricia	Sí	Sí	Sí
321 - Hematología	Sí	No presta	Sí
323 - Infectología	Sí	Sí	Sí
324 - Inmuno prestatología	No presta	No presta	Sí
325 - Medicina familiar	Sí	No presta	Sí
326 - Medicina física y del deporte	No presta	Sí	Sí
327 - Medicina física rehabilitación	Sí	Sí	Sí
328 - Medicina general	No presta	Sí	Sí
329 - Medicina interna	Sí	Sí	Sí
330 - Nefrología	Sí	Sí	Sí
331 - Neumología	Sí	Sí	Sí
332 - Neurología	Sí	Sí	Sí
333 - Nutrición dietética	Sí	Sí	Sí
334 - Odontología general	Sí	No presta	Sí
335 - Oftalmología	Sí	Sí	Sí
336 - Oncología clínica	Sí	Sí	Sí
337 - Optometría	Sí	Sí	Sí
338 - Ortodoncia	Sí	No presta	No presta
339 - Ortopedia y/o traumatología	Sí	Sí	Sí
340 - Otorrino prestatología	Sí	Sí	Sí
342 - Pediatría	Sí	Sí	Sí
343 - Periodoncia	Sí	No presta	No presta
344 - Psicología	Sí	Sí	Sí
345 - Psiquiatría	Sí	Sí	Sí
346 - Rehabilitación oncológica	No presta	No presta	Sí
347 - Rehabilitación oral	No presta	No presta	Sí

Continúa

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
	Consulta externa		
348 - Reumatología	Sí	Sí	Sí
354 - Toxicología	Sí	No presta	No presta
355 - Urología	Sí	Sí	Sí
361 - Cardiología pediátrica	Sí	Sí	Sí
362 - Cirugía de cabeza y cuello	Sí	No presta	Sí
363 - Cirugía de mano presta (¿)	Sí	No presta	Sí
364 - Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	Sí	Sí	Sí
365 - Cirugía dermatológica	Sí	No presta	Sí
366 - Cirugía de tórax	Sí	No presta	Sí
367 - Cirugía gastrointestinal	Sí	Sí	Sí
368 - Cirugía ginecológica laparoscópica	Sí	No presta	Sí
369 - Cirugía plástica y estética	Sí	No presta	Sí
370 - Cirugía plástica oncológica	No presta	No presta	Sí
372 - Cirugía vascular	Sí	No presta	Sí
373 - Cirugía oncológica	Sí	Sí	Sí
374 - Cirugía oncológica pediátrica	Sí	No presta	Sí
375 - Dermatología oncológica	No presta	No presta	Sí
377 - Coloproctología	Sí	No presta	Sí
379 - Ginecología oncológica	Sí	Sí	Sí
383 - Medicina nuclear	No presta	No presta	Sí
384 - Nefrología pediátrica	Sí	No presta	Sí
385 - Neonatología	Sí	No presta	Sí
386 - Neumología pediátrica	Sí	No presta	Sí

Continúa

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
	Consulta externa		
387 - Neurocirugía	Sí	No presta	Sí
388 - Neuropediatría	Sí	No presta	Sí
390 - Oftalmología oncológica	No presta	No presta	Sí
391 - Oncología y hematología pediátrica	Sí	Sí	Sí
393 - Ortopedia oncológica	Sí	Sí	Sí
395 - Urología oncológica	Sí	Sí	Sí
396 - Odontopediatría	Sí	No presta	Sí
406 - Hematología oncológica	Sí	Sí	Sí
407 - Medicina del trabajo y Medicina laboral	No presta	Sí	No presta
408 - Radioterapia	No presta	Sí	Sí
409 - Ortopedia pediátrica	Sí	No presta	Sí
410 - Cirugía oral	Sí	No presta	Sí
411 - Cirugía maxilofacial	Sí	No presta	Sí

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2016).

En la Unidad de Consulta Externa el HUV cuenta con 31 servicios más sobre la Clínica Imbanaco lo que permite generar mayor grado de atención a una población específica, generando recursos puntuales a partir de la diferencia en cuanto a la oferta de esta unidad. Pero por otra parte, se encuentra el escenario frente a la FVL en donde de los 12 servicios que no presta el HUV en esta unidad la FVL cuenta con 11 de ellos, lo que permite evidenciar una vez más la ventaja competitiva con la que esta institución cuenta sobre el HUV; a pesar que el HUV cuenta con cinco servicios que la FVL no, entre los cuales la ortodoncia y la toxicología, el peso de los servicios a favor de la FVL terminan siendo más significativos

o complejos como por ejemplo la medicina nuclear y la genética.

En general a nivel de consulta externa el HUV no se encuentra mal posicionado en cuanto a la oferta de servicios, pero es claro que aun así la FVL se presenta como la institución más compleja y completa a nivel de temas de consulta externa y otras unidades.

Tabla 106. Servicios de transporte asistencial, protección específica y detección temprana, servicio de urgencias y otros servicios HUV.

Servicio	HUV	Imbanaco	Valle del Lili
Urgencias			
501 - Servicio de urgencias	Sí	Sí	Sí
Transporte asistencial			
601 - Transporte asistencial básico	Sí	No presta	Sí
602 - Transporte asistencial medicalizado	Sí	No presta	Sí
Otros servicios			
816 - Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	No presta	No presta	Sí
817 - Atención domiciliaria de pacientes agudos cierre temporal	No presta	No presta	Sí
Protección específica y detección temprana			
908 - Protección específica - atención al recién nacido	No presta	No presta	Sí
909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (meno prestar a 10 años)	No presta	No presta	Sí
916 - Detección temprana / vacunación	Sí	Sí	Sí
960 - Proceso esterilización	Sí	Sí	Sí

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2016).

En las unidades de Urgencias, Transporte Asistencial, Otros Servicios y Protección Específica y Detección

Temprana, el HUV presenta una clara ventaja sobre clínica Imbanaco en cuanto a la oferta y especialidad de los servicios ya que cuenta con cuatro más que ellos. De la misma forma se encuentra FVL que es un caso contrario, debido a que presta todos los servicios catalogados en estas unidades y el HUV en tres de estos no cuenta con el servicio dentro de su portafolio por lo que una vez más se pierde el acceso a una población específica y por ende ingresos para el Hospital al contar con estos servicios.

Tabla 107. Servicios de urgencias HUV.

Servicio	HUV	Imbanaco	Valle del Lili
Urgencias			
701 - Diagnóstico cardiovascular	Sí	Sí	Sí
703 - Endoscopia digestiva	Sí	Sí	Sí
704 - Neumología - fibrobronscopia	Sí	Sí	Sí
705 - Hemodinamia	No presta	Sí	Sí
706 - Laboratorio clínico	Sí	Sí	Sí
708- Urología - litotripsia urológica	No presta	Sí	Sí
709 - Quimioterapia	Sí	Sí	Sí
710 - Radiología e imágenes diagnósticas	Sí	Sí	Sí
711 - Radioterapia	Sí	Sí	Sí
712 - Toma de muestras del laboratorio clínico	Sí	Sí	Sí
713 - Transfusión sanguínea	Sí	Sí	Sí
714 - Servicio farmacéutico	Sí	Sí	Sí
715 - Medicina nuclear	Sí	Sí	Sí
717 - Laboratorio citologías cervico uterinas	No presta	No presta	Sí
718 - Laboratorio de patología	Sí	No presta	Sí
719 - Ultrasonido	Sí	Sí	Sí
724 - Toma e interpretación de radiografías odontológicas	No presta	Sí	Sí
725 - Electrodiagnostico	Sí	Sí	Sí

Continúa

Servicio	HUV	Imbanaco	Valle del Lili
728 - Terapia ocupacional	Sí	No presta	Sí
729 - Terapia respiratoria	Sí	No presta	Sí
730 - Neumología laboratorio función pulmonar	Sí	Sí	Sí
731 - Laboratorio de histotecnología	No presta	No presta	Sí
732 - Ecocardiografía	Sí	Sí	Sí
733 - Hemodiálisis	No presta	No presta	Sí
734 - Diálisis peritoneal	No presta	No presta	Sí
738 - Electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	No presta	Sí	Sí
739 -- Fisioterapia	Sí	Sí	Sí
740 - Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	Sí	Sí	Sí
741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	No presta	Sí	Sí

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (2018).

En la unidad de Urgencias el HUV y la Clínica Imbanaco cuentan con un portafolio relativamente parejo en cuanto a la oferta y ausencias presentadas, pero una vez más la diferencia se manifiesta frente a la FVL que presta la totalidad de servicios. Al respecto, es preciso tener en cuenta que, en la actualidad, la Fundación Valle del Lili presenta un portafolio muy amplio y comercial, servicios que aumentan período a período la generación de recursos de esta entidad, caso contrario al HUV en donde estos servicios lo que generan es unos vacíos a nivel de ingresos. Ahora bien, realizando un resumen por número de servicios respecto de cada categoría, en el siguiente cuadro se puede apreciar que el HUV predomina solo en comparación a Imbanaco, mientras que la FVL lo rebasa en cuanto a estas categorías:

Tabla 108. Comparativo de Servicios prestados HUV, Imbanaco y Fundación Valle del Lili.

Clase de servicios	Cantidad de servicios		
	HUV	Imbanaco	Valle del Lili
Internación	12	10	13
Quirúrgicos	22	29	33
Consulta Externa	64	39	71
Urgencias	1	1	1
Transporte Asistencial	2	0	2
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	20	22	29
Otros servicios	1*	0	1
Protección específica y detección temprana	2	2	4
TOTAL SERVICIOS	124	103	154

* Servicio Cerrado Temporalmente

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2018).

A nivel de cifras, es decir, del número total de servicios prestados, la FVL ha tomado una ventaja significativa, de 30 servicios de los cuales existen solamente dos unidades donde no hay diferencia es en Urgencias y Transporte asistencial, en todas las demás unidades la FVL ha presentado un aumento de los servicios, por lo que ha generado esta brecha a nivel de la prestación del servicio, brecha que evidentemente se verá generada en la generación de recursos por todos estos conceptos.

Frente a la Clínica Imbanaco el HUV no se encuentra mal posicionado, en el área de consulta externa logra sacar su mayor ventaja competitiva y es en la que se puede observar un plus sobre los servicios de esta institución, en los demás es relativamente igual la situación que se presenta en ambas.

Es pertinente aclarar que el análisis se realiza solamente de manera cualitativa, no se están presentado cifras a nivel de servicios para mencionar si es o no

mejor que una u otra institución lo preste, la idea es observar desde la cantidad de servicios prestados y su especialidad la ventaja competitiva de la FVL que indudablemente termina repercutiendo en los ingresos al lograr abarcar una mayor población de pacientes.

Servicios por año

En el análisis del entorno externo cercano se ha detallado la cantidad de servicios que se presenta en la institución en comparación como lo son HUV-IMBANACO-FVL, la comparación se realizó año por año 2010-2015 para poder observar en qué momento la FVL presente un margen de ventaja frente a los servicios ofrecidos por el HUV. Esta comparación con el ánimo de plasmar uno de muchos aspectos que pueden permitir mayor generación de recursos en la FVL sobre el HUV, y de igual forma incide directamente con los sectores de la población en donde puede hacer presencia con los servicios prestados.

La información consolidada es la siguiente:

Tabla 109. Número de servicios prestados por HUV, Imbanaco y Valle del Lili 2010-2015.

Aumento n. de servicios 2010-2015						
AÑOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HUV	83	97	105	106	116	118
IMBANACO	105	120	123	124	141	149
FVL	137	144	149	161	177	184

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2015).

Para el año 2010 se contó con la siguiente información de los servicios:

Tabla 110. Servicios por Categoría 2010.

2010				
Cod.	Categoría - servicio	Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	11	12	11
2	Quirúrgicos	15	39	31

Continúa

2010				
Cod.	Categoría - servicio	Huv	Imbanaco	Fvl
3	Consulta Externa	37	17	67
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	1
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	17	32	26
8	Otros Servicios	0	0	0
9	Protección Específica y Detección temprana	0	3	0
10	Procesos	0	1	0
TOTAL		83	105	137

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2010).

Este año como punto de partida en el comparativo permite evidenciar que la FVL desde entonces ha tenido ventaja a nivel de número de servicios, para este año básicamente se encontraban en consulta externa y Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica. El HUV frente a la Clínica Imbanaco también presenta desventajas, aunque en menor número, en la parte de Servicios Quirúrgicos y Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica. Esta situación para el año 2010 da indicios desde un comienzo (en el comparativo) que el número de servicios prestados ya representaba una ventaja de la FVL sobre el HUV.

Para el año 2011 cada una de las instituciones aumentó sus servicios en las distintas unidades, lo que hace más grande la brecha de la prestación de los servicios:

Tabla 111. Servicios por Categoría 2011.

2011				
Cod.	Categoría - servicio	Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	12	12	12
2	Quirúrgicos	22	39	31
3	Consulta Externa	41	29	73

Continúa

2011				
Cod.	Categoría - servicio	Huv	Imbanaco	Fvl
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	1
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	18	35	26
8	Otros Servicios	0	0	0
9	Protección Específica y Detección temprana	0	3	0
10	Procesos	1	1	0
TOTAL		97	120	144

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2011).

Las diferencias se presentan básicamente en las unidades Quirúrgicas, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, y de Consulta Externa, esta última la más significativa, para este año es igual que se presenta una desventaja a nivel de número de servicios prestados del HUV frente a las otras dos instituciones, teniendo en cuenta que todas aumentaron el número de sus servicios en las unidades más significativas esto no tuvo repercusiones del HUV frente a FVL principalmente, ya que en la parte de consulta externa crea una gran brecha para futuros resultados a nivel de atención de población y de ingresos generados. Para este año también se observa como la FVL se encuentra en la cabeza de la prestación de servicios, situación que puede ir a la par con el desarrollo de la institución de los últimos años.

En el año 2012 la situación fue muy similar al año inmediatamente anterior, teniendo en cuenta que el aumento de los servicios de cada uno no fue muy significativo, por lo que permanece los escenarios anteriores en donde el HUV presenta el menor número de servicios prestados, donde la consulta externa es la unidad más significativa, pero que es claramente superada por la oferta presentada por la FVL. En la siguiente tabla se pueden observar las diferencias porcentuales a nivel de cantidad de

servicios presentada con corte a esta fecha, en donde la FVL posee una ventaja de un 42% sobre el HUV, datos que indican a qué se debe su capacidad de generar ingresos y la cantidad de población que puede atender.

Tabla 112. Servicios por Categoría 2012.

2012				
Cod.	Categoría - servicio	Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	12	12	12
2	Quirúrgicos	22	39	31
3	Consulta Externa	48	31	77
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	2
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	18	36	26
8	Otros Servicios	0	0	0
9	Protección Específica y Detección temprana	1	3	0
10	Procesos	1	1	0
TOTAL		105	123	149

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud REPS (2012).

En el año 2013 el aumento de los servicios para el HUV e Imbanaco fueron mínimos, por el contrario la FVL aumentó en buen número los servicios, lo que genera una mayor brecha en cada una de las unidades representativas, esta situación permite vislumbrar un poco el porqué del escenario actual, es decir, un valor agregado en la prestación de todos los servicios en general de la FVL sobre el HUV está dado por el continuo interés por aumentar su oferta, por el contrario por los diversos factores que rodean al HUV no se ha podido desarrollar a la par con esta situación, indudablemente la población que se abarca es mucho más grande y sobre todo objetiva frente a los servicios, lo que ha venido consolidando a la FVL.



Figura 45. Comparativo de servicios a 2012.

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 112.

Tabla 113. Servicios por Categoría 2013.

Cod.	Categoría - servicio	2013		
		Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	12	12	13
2	Quirúrgicos	22	40	31
3	Consulta Externa	49	31	79
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	2
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	18	36	32
8	Otros Servicios	0	0	0
9	Protección Específica y Detección temprana	1	3	3
10	Procesos	1	1	0
TOTAL		106	124	161

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2013).

El aumento de servicios para el año 2014 fue mayor en cada una de las instituciones, la tendencia se mantiene para cada uno, la FVL en todas las unidades es superior a los servicios ofrecidos por el HUV; en cuanto a Imbanaco, solo el HUV lo supera en lo relacionado a la consulta externa, esto nos puede

indicar que en servicios de alta especialización como los Quirúrgicos el HUV no está a la par con estas instituciones dejando de lado una población significativa por atender y sobre todo que puede ser una fuente de ingresos significativa.

Tabla 114. Servicios por Categoría 2014.

Cod.	Categoría - servicio	2014		
		Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	12	12	16
2	Quirúrgicos	22	41	33
3	Consulta Externa	59	46	83
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	2
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	18	37	37
8	Otros Servicios	0	0	1
9	Protección Específica y Detección temprana	1	3	3
10	Procesos	1	1	1
TOTAL		116	141	177

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2014).

En el año inmediatamente anterior (2015) se consolidan las brechas que se han presentado a lo largo de los últimos seis años, en donde con el paso del tiempo cada una de las instituciones aumentó los servicios en cada una de sus unidades con lo que se pretende mejorar en la atención e incrementar la población a atender, aspectos claves que deben verse reflejados en la generación de ingresos y/o recursos. El HUV pasó de tener 83 servicios a 118 (aumento 29,66%) logrando mejorar cada una de sus unidades, entre ellas consulta externa como la más representativa; esta situación en un análisis individual se tomaría como algo muy positivo, pero al tomarlo en comparación como en este caso frente a Imbanaco y FVL se puede observar que ha sido difícil equiparar la prestación de servicios en algunas unidades en las que se ha visto superado el HUV por el constante incremento de estas instituciones en donde la FVL es la más representativa pasó de tener 137 a 184 servicios (25,54% aumento), a pesar de que su incremento fue menor al del HUV, es pertinente tener claro que en el 2010 ya presentaba un indicador mayor de prestación de servicios con una diferencia del 65%.

A continuación, se relacionan los datos consolidados de los servicios para el año 2015, en los que se puede observar lo que se ha venido mencionando en cada uno de los años anteriores.

Tabla 115. Servicios por Categoría 2015.

2015				
Cod.	Categoría - servicio	Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	13	13	16
2	Quirúrgicos	22	41	34
3	Consulta Externa	59	49	87
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	2
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	19	41	38
8	Otros Servicios	0	0	1
9	Protección Específica y Detección temprana	1	3	4
10	Procesos	1	1	1
TOTAL		118	149	184

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2015).

Por lo expuesto anteriormente y por las estructuras de costo tratadas en el acápite de estructura financiera, al Hospital le es imposible competir con Valle de Lili y con Imbanaco, sus competidores más cercanos en la situación actual.

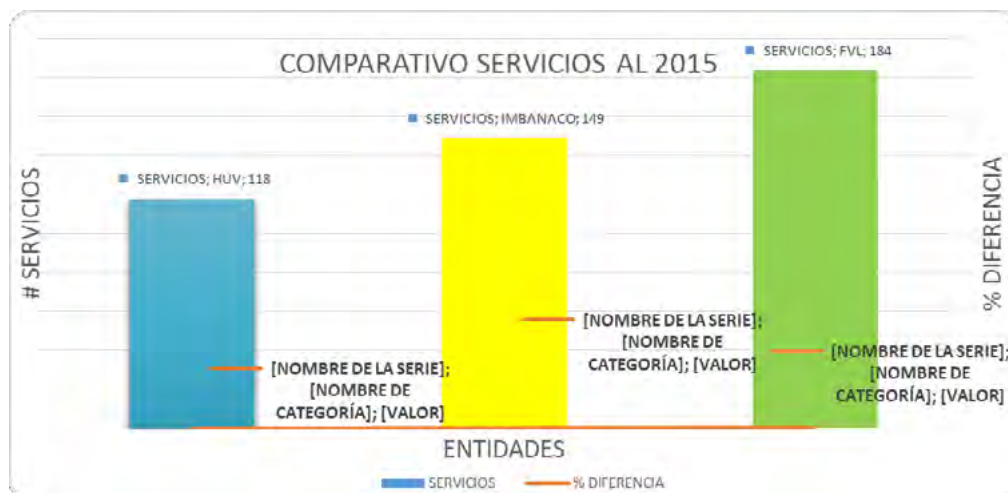


Figura 46. Comparativo de servicios a 2015.

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 113.

ANÁLISIS DE ENTORNOS

El macroentorno o diagnóstico externo lejano, corresponde a aquellas variables que afectan significativamente el funcionamiento institucional y que probablemente no son controlables, por lo que la institución debe prever alternativas que le permitan salirle al paso para proseguir con los objetivos institucionales para que cualquier variable externa lo afecte lo menos posible; siguiendo las actuales tendencias en que se mueven las instituciones, en diferentes escenarios externos, todos ellos con incidencias positivas o negativas (macroambientes).



Figura 47. Elementos del Análisis Externo Lejano.

Fuente: elaboración propia con base en Porter (2015).

En este apartado se analizan aquellas variables ajenas a la institución, no controlables por la misma, pero que, por su relevancia, es necesario prever cualquier

riesgo que ponga en vilo la hipótesis de negocio en marcha (amenazas) o en su defecto que ante variaciones de las diferentes tendencias se puedan capitalizar opciones de oportunidad, por lo que es necesario conocer y, en lo posible, medir el efecto de las variables macroeconómicas. Las variables que afectan al Hospital Universitario del Valle son las siguientes:

Entorno económico

Déficit fiscal

El Estado colombiano al iniciar el año 2016 alcanzó un déficit fiscal de 30.5 billones de pesos, con compromisos de ajuste en diferentes sectores. Dicha posición deficitaria ocasiona incumplimientos en el flujo de recursos para la salud, máxime si se tiene en cuenta que como responsable de los gastos de salud del régimen subsidiado, la situación puede lesionar seriamente el flujo de recursos hacia EPS y prestadores. "Colombia es la economía número 33 por volumen de PIB. Su deuda pública en 2014 fue de 125.890 millones de euros, un 44,28% del PIB y su deuda per cápita de 2.641 € euros por habitante" (Datosmacro, 2014).

Los hospitales públicos, más conocidos como Empresas Sociales del Estado —ESE—, permanecen en una constante disyuntiva por estar obligados a prestar el servicio (Sentencia T-760 de la Corte Constitucional Colombiana -2008-Acceso sin barreras) exista o no contratación y a soportar las dificultades de liquidez provenientes de la baja rotación de cartera con las EPS y la entidad territorial correspondiente, así como el alto volumen de "glosas sin conciliar" que aumentan el costo del servicio.

Tabla 116. Estado de glosas 2015 HUV.

RESUMEN	ACUMULADO GLOSAS VIG 2015
Régimen contributivo	84.499.135
Régimen subsidiado	4.302.735.624
Vinculados Valle del Cauca	1.021.643.070
SOAT	1.464.795

Continúa

RESUMEN	ACUMULADO GLOSAS VIG 2015
ECAT	27.200
Otras ventas de salud	229.045.636
Total	5.639.415.460

Fuente: Cartera HUV (2015).

Costos del Sistema Judicial

Los costos del sistema de salud se han desbordado respecto a la condición inicial, a raíz de los fallos de tutela para reconocer nuevos derechos a los usuarios del sistema, encareciendo los costos de transacción versus los ingresos del mismo, de manera tal que hoy los ingresos del sistema resultan insuficientes para los costos inmersos en él. De acuerdo con los reportes de la Defensoría del Pueblo las tutelas en salud crecieron entre 2010 y 2014 a un promedio del 5% anual:

Tabla 117. Tutelas en salud 2010-2014.

Año	Tutelas en salud
2010	94.502
2011	105.947
2012	114.313
2013	115.147
2014	118.256

Fuente: Defensoría del Pueblo (2019).

Comportamiento del Empleo. Una de las variables que nutre los recursos de la salud, es el aporte del empleador (8% del salario) y el empleado (4.5% del salario). De acuerdo con los vaivenes de la economía, el empleo sube o baja, situación que impacta en forma directa el flujo de recursos para la salud.

El DANE (2016) muestra una importante variación en la ocupación de los colombianos, habida cuenta de que para el año 2001, el 40% de los colombianos estaba ocupado, mientras que en enero de 2016 este porcentaje sube al 46%. No obstante, la medida de población ocupada contiene variables que no necesariamente generan cotizaciones a la salud:

Tabla 118. Variación en la ocupación de los colombianos.

Variable	2016		2001	
	Nov 15 - Ene 16		Oct - Dic	
Población total	48.203		40.814	
Ocupados total nacional	22.203	46%	16.452	40%
Obrero, empleado particular	8.478	38%	5.460	33%
Obrero, empleado del gobierno	866	4%	1.058	6%
Empleado doméstico	667	3%	727	4%
Cuenta propia	9.572	43%	6.576	40%
Patrón o empleador	878	4%	823	5%
Trabajo familiar sin remuneración	956	4%	1.048	6%
Trabajador sin remuneración en otras empresas	110	0%	0	0%
Jornalero o peón	654	3%	720	4%
Otro	23	0%	41	0%

Fuente: Encuesta hogares DANE febrero 2016.

Para el cierre del año 2016 la densidad familiar registrada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), estuvo en el 2.63%, lo que supone que por cada afiliado del régimen contributivo se atienden 2.6 personas más en promedio.

Cálculo de la UPC

Las EPS aseguran la atención de los pacientes con los ingresos de la Unidad de Pago Por Capitación (UPC), con estos recursos pagan a las IPS las prestaciones en salud a los asegurados. Del 2011 hasta la fecha ha habido ajustes a la UPC, pero también en los beneficios cubiertos por la misma de forma no ajustada, esto significa que podría no haber equilibrio en el comportamiento de la UPC frente a los requerimientos cambiantes del POS y las sentencias de tutela, afectando al final de la cadena de valor a las IPS, quienes no reciben los recursos con la fluidez necesaria.

La Ley Estatutaria de Salud (2016)

La garantía de acceso de la población al sistema de salud se evidencia en el artículo 17 (Capítulo II) de la Ley Estatutaria:

Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. (p. 10)

Competitividad

Los inversionistas privados han tenido la “visión de negocio en la salud de alta complejidad” por lo que se han creado organizaciones de salud de alta calidad, con inversión de recursos propios; nuevas clínicas con mejor y mayor dotación en camas, equipos biomédicos; sistemas de información y administración que en el esquema privado (modelo de negocio) son eficientes inclusive en algunos indicadores de costo que no pueden lograr las organizaciones de naturaleza pública.

Algunos hospitales públicos se han quedado rezagados, sin liderazgo, con problemas gerenciales y administrativos y cada vez menor participación en el mercado. La fuerte disminución del ingreso sin tener el incremento de los costos, no permite tener hospitales competitivos y puede llevar a la privatización definitiva

Tabla 119. Comparación costo-ingreso Hospitales Públicos 2014-2015.

Hospital	Costo/ Ingreso Servicios		Gastos / Ingreso	
	2015	2014	2015	2014
HGM	76%	72%	65%	46%
Tunal Bogotá	79%	75%	25%	28%
Simón Bolívar Bogotá	83%	81%	42%	33%
Universitario Caldas	67%	73%	31%	27%
E. Meoz	70%	64%	26%	26%
Samaritana	78%	77%	17%	21%
HUV	94%	86%	86%	51%
Promedio	78%	75%	421%	33%

Fuente: elaboración propia a partir del Chip – Contaduría General de la Nación (2016).

Devaluación e inflación

La capacidad de inversión y reposición de tecnologías se ve diezmada por el comportamiento de estas variables que inciden en el costo de los equipos; situación similar ocurre con algunos medicamentos, entendiendo que estos últimos tienen incidencia en el costo.

Los vaivenes de la economía nacional e internacional, propician escenarios donde cada vez es más imperante la necesidad de ser competitivo, mediante la recomposición y actualización tecnológica con una consecuente optimización de los escasos y afectados recursos por las variables inflación/devaluación.

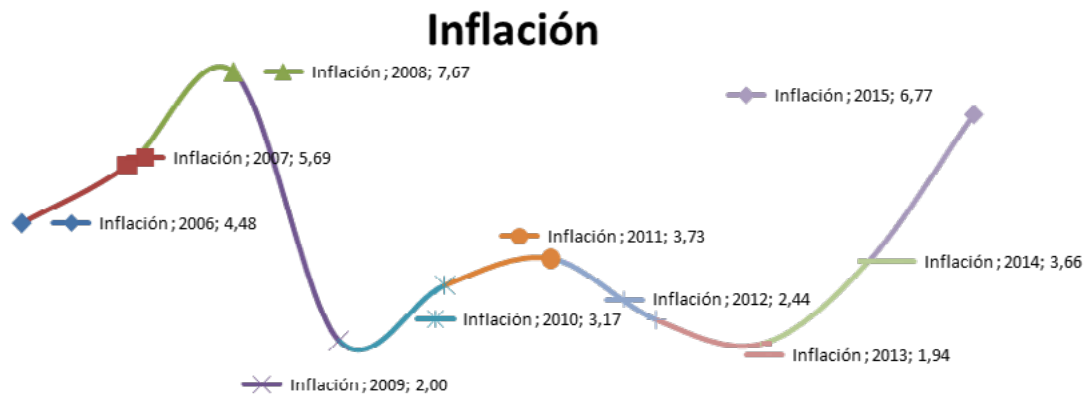


Figura 48. Comportamiento inflación 2006-2015.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Banco de la República (2016).



Figura 49. Variación en precio de la tasa de cambio.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Banco de la República (2016).

Entorno demográfico

Perfil Demográfico

De acuerdo a proyecciones del DANE (2014), la población del Valle del Cauca será de 4.660.741 en 2016. En cuanto a Cali, capital del Departamento se establece que para el 2016 en Cali habrá 2.394.925 habitantes donde el 48% son hombres y el restante

(52%) son mujeres. La mayor parte de la población se ubica en la zona urbana (Alcaldía de Cali, 2014).

El propósito de lograr la universalización de la salud rápidamente, si bien no se alcanzó en el corto período que se esperaba, se puede decir que estuvo muy cerca de cumplirse con la firma de la Ley Estatutaria de la Salud por parte del expresidente Juan Manuel

Santos con la que se reconoció la salud como derecho fundamental de los colombianos.

Es cierto que tal propósito, la universalización, prevista en la Ley 100 reformada por la Ley 1438 de 2011, está prácticamente alcanzado de acuerdo con los porcentajes de afiliación a los diferentes regímenes de salud, pero también es cierto que la afiliación no es el todo, el sostenimiento del sistema de aseguramiento diseñado ha llevado implícitos grandes problemas financieros y operativos en la mayoría de ciudades colombianas, por las respectivas Secretarías de Salud, las IPS, EPS, trabajadores, proveedores y todos los que conforman la cadena, incluidos los usuarios; sumado a ello los costos derivados de las decisiones de las altas cortes colombianas que han otorgado derechos muchas veces de difícil cumplimiento por parte de los prestadores de los servicios, llevando a continuas tutelas que a veces han afectado a las finanzas y operatividad de las Secretarías de Salud.

Lo anterior se ha agudizado con el crecimiento de la población que según proyecciones del DANE y de Cali en cifras, para el caso de Colombia en 2015 superó los 48 millones doscientas mil personas. El crecimiento en el Valle estuvo por encima de 4.600.000 habitantes y en Cali de más de 2.300.000, esta última con tendencia a crecer por la población flotante, los desplazados y personas relacionadas con el posconflicto que siguen aumentando, lo que conlleva mayores retos para el Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud Departamental y la Secretaría de Salud Municipal.

Es importante recordar que cuando se expidió la Ley 100 en 1993, Colombia tenía 36.207.000 habitantes y Santiago de Cali al 24 de octubre llegaba a las 1.847.176 personas de las cuales el 97,1% estaba en la cabecera y el 2,1% en el resto. Esto quiere decir, que para el caso de Santiago de Cali la población a atender ha crecido al menos en 500.000 personas (28,3%), entre el momento de expedición de la Ley 100 y el año 2015, teniendo además en cuenta todos los cambios que han ocurrido en este período de 22 años de ajustes, lo que ha obligado a realizar esfuerzos crecientes en oferta de servicios, requerimiento de recursos económicos, humanos y tecnológicos y

en la búsqueda, puesta en marcha y consolidación de modelos de atención que garanticen la prestación digna de servicios a la comunidad, especialmente en atención primaria y controles de epidemias y suministro de medicamentos básicos.

De ahí que hoy día se insista de diversas maneras en la importancia de trabajar más intensamente en modelos de prevención que en modelos curativos y con ello reforzar la atención primaria para evitar que los pacientes lleguen al alto costo que conlleva riesgos muy altos de pérdida de recursos económicos y humanos por problemas operativos, técnicos y humanos tanto en el campo médico como en el administrativo, tema al que no es ajeno el HUV.

También resulta importante recordar que en 1993, según datos de Colombia médica, la tasa global de fecundidad en Colombia era del 4,2%, mientras en 2005 había bajado al 2,4%, en el caso de Cali, el tamaño de los hogares que en 1993 era cercano a las seis personas, (5,8), para 2005 había bajado a 3,5 personas y en 2015 fue de 1,6 personas. De la misma manera, en Colombia en el año 2005 la tasa de natalidad era de 21,66% y la mortalidad 5,95% para un crecimiento natural del 15,71% que al restarle las migraciones del 3,18% daba una tasa del 12,53%. Así mismo, en el 2010 la fecundidad en Colombia fue de 2,1 hijos y la esperanza de vida de 74 años.

En Santiago de Cali, el promedio anual de nacimientos que a finales del siglo XX rondaba los 40.000 anuales ha ido decayendo y mientras en 2005 estuvo en 38.719, para 2011 había bajado a 35.779 y para 2014 seguía cayendo. Lo preocupante de estas cifras es que un 20% corresponde a madres menores de 20 años, mujeres que generalmente no están preparadas para ser madres y que ocasionan nacimientos prematuros, frecuentemente con complicaciones de salud lo que debe preverse en las políticas públicas municipales de salud.

En Colombia se presenta un cambio del perfil demográfico con ensanchamiento de la base de mujeres en edad fértil, lo que modifica los perfiles de morbilidad y las patologías a atender, también se observa un leve crecimiento en el rango adulto superior a los

55 años lo que propicia perfiles de morbilidad relacionadas con accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares, entre otras, la mayor causa de muerte en América Latina. "El 63,12% de la población adulta

mayor (65 y más) se concentra en Bogotá D.C. y en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima" (Arango y Ruiz, 2006).

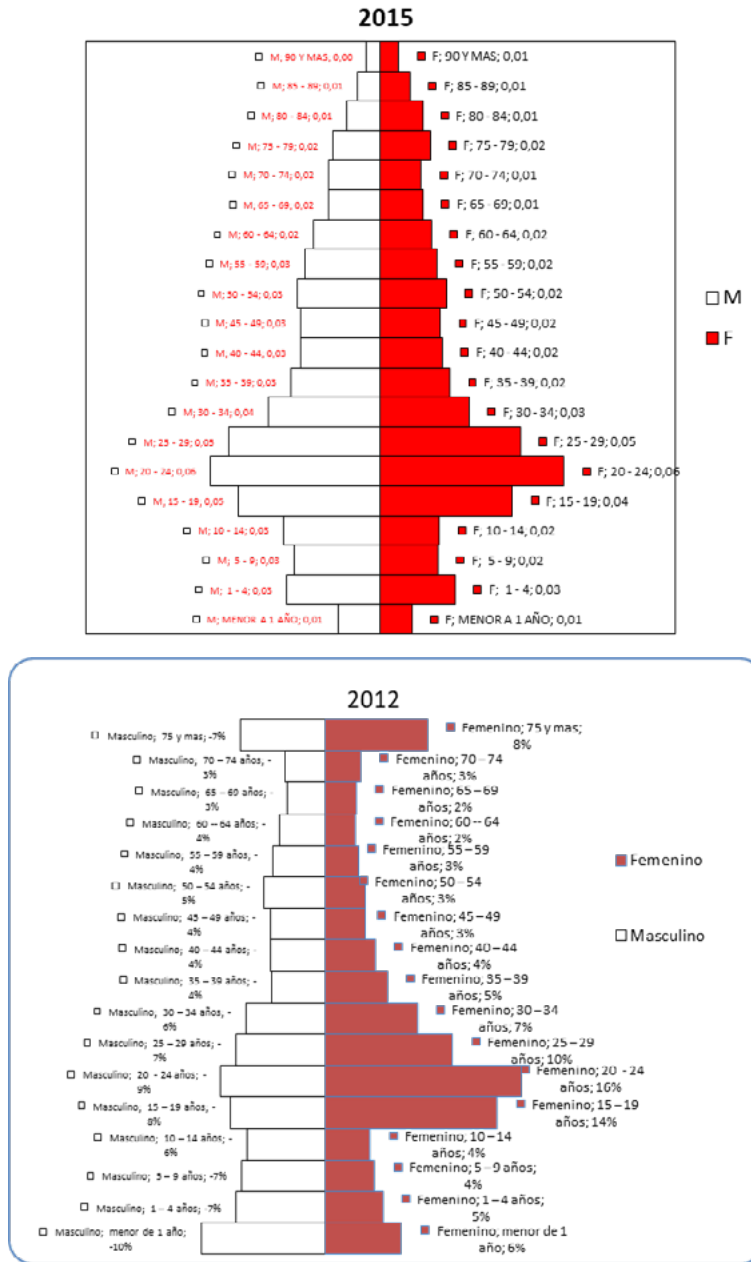


Figura 50. Cambios demográficos 2012-2015.

Fuente: Arango y Ruiz (2006).

Según datos del programa para el adulto mayor, en 2015 cerca de 254.125 mujeres se encontraban en el rango de más de 60 años en el Valle del Cauca, lo anterior teniendo en cuenta la siguiente distribución (ver Figura 51).

El comportamiento de aumento en la población femenina en la ciudad permite vislumbrar la necesidad de políticas orientadas a atender las necesidades puntuales de las mujeres del municipio y del departamento.

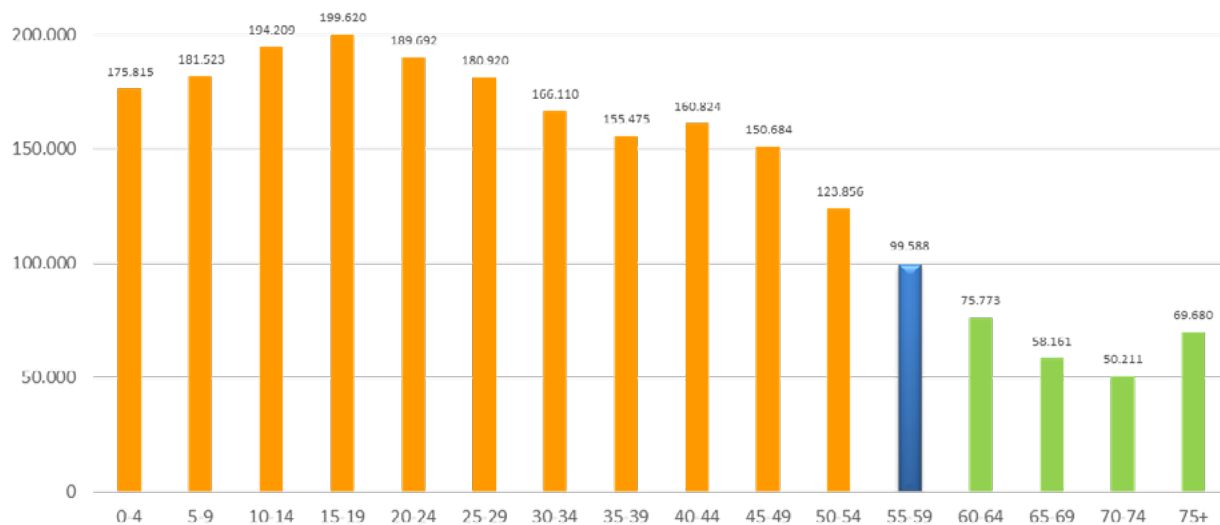


Figura 51. Valle-Población: mujeres por edad.

Fuente: Arango y Ruiz (2006).

Entorno legal

Castaño (2013) establece que el Sistema de Salud en Colombia puede sintetizarse en cuatro periodos. El primero hasta mediados de la década de 1950 denominado modelo higienista en el que la intervención del Estado se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, y la intervención básica en salud debía ser funcionada por los usuarios y algunas entidades de caridad. En 1950 se crearon dos entidades: la Caja Nacional de Previsión, encargada de la salud de los empleados públicos, y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales que hacía lo propio para los empleados del sector privado.

En el periodo de tiempo comprendido entre 1970 hasta 1989 se crea el Sistema Nacional de Salud donde los recursos Estatales para la salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos, no obstante, este sistema no garantizó el que la población

de bajos recursos accediera a los servicios de salud, finalmente, en 1990 se expide la Ley 10 y en 1993 la Ley 100, bajo los principios de la Constitución Política de 1991. El marco normativo general del Sistema de Seguridad Colombiano ha presenciado tres transformaciones, a saber:

- a) Ley 1122 del 2007. Las modificaciones al modelo de salud empezaron en el gobierno de Álvaro Uribe con la promulgación de la Ley 1122 en diciembre de 2006 que aumentó la cotización en salud del 12% al 12,5%, introdujo la limitación a la integración vertical en 30% —o su autorización puesto que la Ley 100 no consideraba este tema—, e implantó otros cambios menores.
- b) Ley 1438 de 2011. Promovida como el cambio hacia la Atención Primaria en Salud (APS), la cobertura universal, la unificación de los planes de beneficio y la portabilidad nacional del aseguramiento.

c) Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud⁹ y ley ordinaria. La ley Estatutaria sustenta que la salud es un derecho fundamental, que declarada exequible por la Corte Constitucional en 2014, manteniendo el concepto de salud como derecho fundamental, salvaguardando la acción de tutela y restringiendo el efecto de la sostenibilidad fiscal; a esta importante Ley se le sumó la propuesta de ley ordinaria, que no fue aprobada por el Congreso, a pesar de haber pasado una primera instancia en primer debate en la Comisión Séptima del Senado de la República. En el 2014 la Corte declaró exequible la ley, y fue sancionada por el presidente Juan Manuel Santos como Ley 1751 en enero del 2015.

La sentencia T-760 de 2008 en su parte resolutive, dio las siguientes órdenes:

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional sobre el alcance de las obligaciones de protección derivadas del derecho fundamental a la salud (ver capítulo 6), las autoridades competentes para adoptar medidas de regulación en salud, deberán cumplir con las siguientes órdenes atinentes a las fallas en la regulación.

8.2.1. En lo que respecta a los planes de beneficios, se impartirán ocho órdenes. A saber, (1) ordenar que se precise el contenido de los planes (numeral décimo sexto de la parte resolutive); (2) ordenar que se actualice integralmente el POS y se reduzcan las dudas (décimo séptimo); (3) ordenar que se actualice periódicamente POS (décimo octavo); (4) ordenar que se presente un informe sobre deficiencias en el suministro de lo que sí está incluido en el POS (décimo noveno); (5) ordenar que se informe las EPS que más vulneran el derecho a la salud (vigésimo); (6) ordenar que se unifique el POS de los menores de edad (vigésimo primero); (7) ordenar que se adopte un programa y un cronograma para unificar el POS en el caso de las demás personas (vigésimo segundo); y (8) ordenar que se amplíe la

competencia del Comité Técnico Científico, CTC, para que pueda autorizar servicios médicos diferentes a medicamentos, hasta tanto se diseñe un 'mecanismo' diferente (vigésimo tercero).

8.2.2. En cuanto al flujo de recursos para financiar los servicios de salud, se resolverá impartir cuatro órdenes. (1) Orden para que se asegure el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS (vigésimo cuarto); (2) orden para que no se exija copia de ejecutoria de la sentencia para autorizar el servicio o el reembolso al que haya lugar (vigésimo quinto); (3) orden para que se diseñe un plan de contingencia para pagar los recobros atrasados (vigésimo sexto); y (4) orden para corregir o rediseñar el sistema de recobro sea eficiente (vigésimo séptimo).

Adicionalmente, para superar otras fallas en el Sistema de protección, se resolverá impartir dos órdenes. (1) Ordenar que se proporcione a los usuarios del sistema información que les permita ejercer su libertad de escogencia (vigésimo octavo); y (2) ordenar que se cumpla la meta de cobertura universal (vigésimo noveno). (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T760. 2008 259-260).

Todas las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la sentencia implican una mayor necesidad de flujo de recursos para atender los aumentos provenientes de la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS), los aumentos de la tecnología (antibióticos de cuarta generación, terapias monoclonales, etc.), impactando en el flujo de recursos como se evidencia a continuación (ver Figura 52).

Entre 2011 y 2015 el gasto en salud del régimen subsidiado se duplicó (ver Figura 53).

La figura evidencia que podría existir un comportamiento asimétrico entre las necesidades de recursos y el incremento en la UPC.

La sentencia 869 de 2010 declaró exequible el artículo 16 de la Ley 1122 sobre contratación con la red pública:

"Artículo 16. Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen

⁹ Una ley estatutaria es un tipo de ley especial que regula los derechos y deberes fundamentales de las personas. La ley Estatutaria de Salud supone necesariamente que ese derecho ha adquirido el carácter de fundamental y autónomo; por eso tiene que ser garantizado de manera prioritaria por el Estado, y debe ser responsabilidad de toda la sociedad.

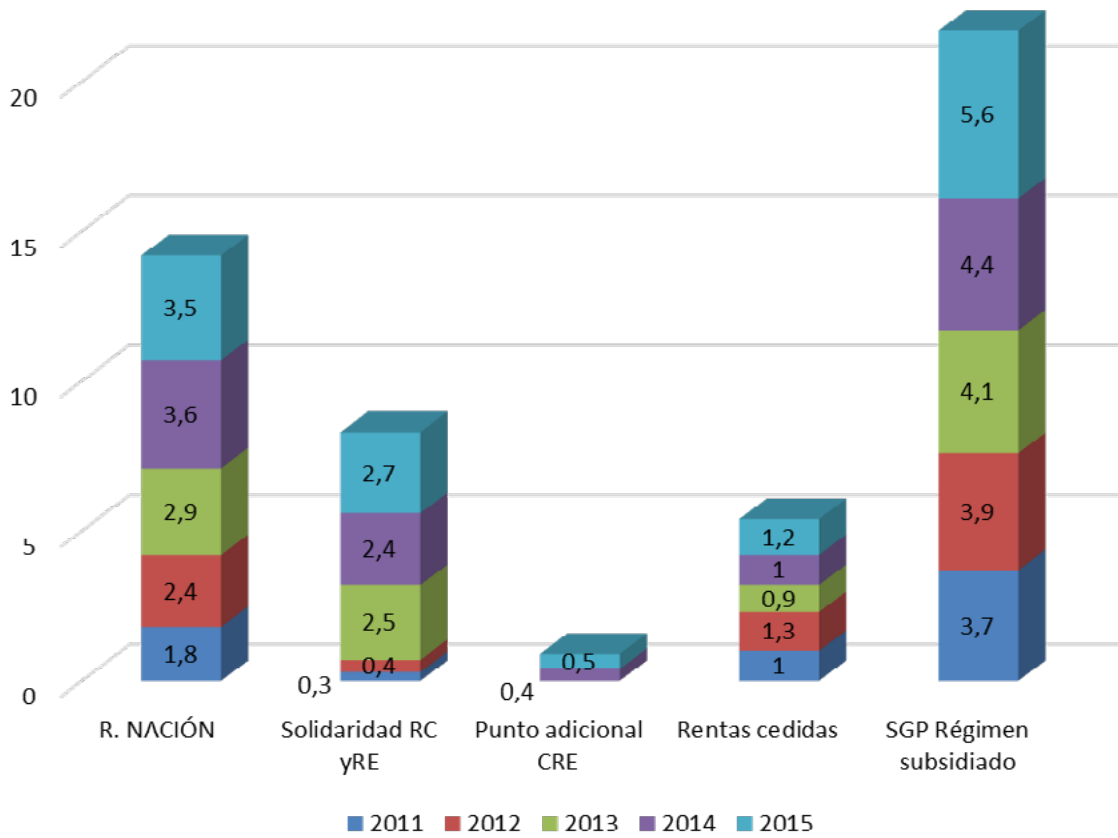


Figura 52. Fuentes de recursos para la salud.

Fuente: Centro de Estudios en Economía Sistémica (2015).

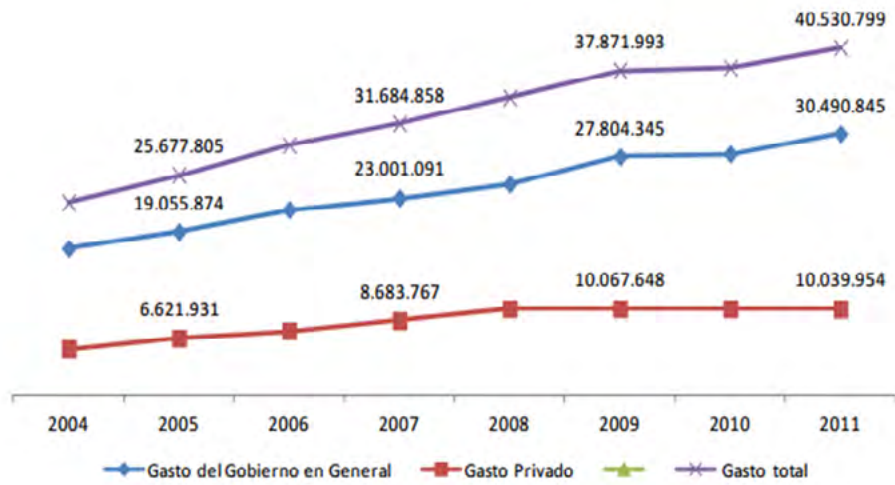


Figura 53. Comportamiento del gasto en salud Colombia 2004-2011.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2014, p. 9).

subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas." (Artículo reglamentado mediante Decreto Nacional 1020 de 2007)

Artículo 8°. Aspectos que deben ser tenidos en cuenta en la contratación obligatoria y efectiva. Para efectos de cumplir con el porcentaje mínimo del 60% de contratación obligatoria y efectiva, del gasto en salud con empresas sociales del Estado ESE, las EPS, deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El porcentaje mínimo de contratación deberá ser cumplido mediante contratación de los servicios de baja, mediana o alta complejidad establecidos en el POS-S con empresas sociales del Estado de la región donde opera la EPS, que los tengan habilitados y que garanticen condiciones de acceso, calidad y oportunidad.
2. Los servicios deberán ser incluidos en el porcentaje mínimo en el siguiente orden:
 - a) Los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado POS-S correspondientes al primer nivel de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.
 - b) Los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado POS-S correspondientes a los otros niveles de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. La contratación que se efectúe con cada empresa social del Estado, deberá tener en

cuenta los servicios de salud habilitados por la misma. (Artículo reglamentado mediante Decreto nacional 1020 de 2007)

El porcentaje aquí establecido es una especie de salvavidas para los hospitales, sin embargo, el mismo ordenamiento jurídico deja percibir fisuras en su cumplimiento, como es el hecho de cumplir con indicadores financieros cuando muchos de ellos provienen del flujo de recursos provenientes de la EPS, de las gobernaciones y de los municipios.

Teniendo en cuenta la legislación antes expuesta, se relacionan los elementos que constituyen y/o han hecho parte de la evolución del sistema de salud colombiano:

- Ley 100 de 1993
- Ley 1122 del 2007
- Sentencia T-760 de 2008
- Ley 1393 de 2010: Recursos de Aseguramiento
- Sentencia 869 de 2010
- Ley 1438 del 2011
- Proyectos de Ley Ordinaria y Ley Estatutaria
- Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud

Entorno político

El artículo 194 y siguientes de la Ley 100 de 1993, establece que:

La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo. (p. 62)

Esta connotación de su naturaleza jurídica conlleva un esquema que involucra restricciones en la dirección, la toma de decisiones, el modelo administrativo y operativo del hospital. Esta afirmación se basa en la definición de jerarquías y de líneas de autoridad

resultantes de la conformación de un elemento tripartita que ubica al Director del Hospital como un ejecutor cuyo principal deudor es precisamente el (la) Gobernador (a), quien hace parte de la Junta Directiva y que por ende direcciona las políticas y decisiones.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que el cargo de Director es por periodos de cuatro (4) años, a la par con el periodo de gobierno departamental, los planes estratégicos y planes de acción son cortoplacistas lo que dificulta el desarrollo de largo alcance en estas entidades.

Desde luego que el contexto mismo de lo que representa un Hospital (Empresa Social del Estado—ESE—) para una comunidad también lo expone a situaciones de riesgo por lo álgido del servicio, del tipo de población a atender, de fuerzas internas y externas como las asociaciones de pacientes, los sindicatos de base (cuya organización si es fuerte y organizada presiona la toma de algunas decisiones).

Debilidad de las instituciones

La esencia de lo público tiene un comportamiento atípico en la composición del equipo directivo y específicamente en los cargos de libre nombramiento y remoción o en la contratación de servicios con terceros; en este caso es necesario referirse a los responsables de los procesos jurídicos y de defensa de lo público, toda vez que el líder del proceso pre-

senta alta rotación (libre nombramiento y remoción), propiciando discontinuidad en el seguimiento del proceso.

El volumen de los procesos, la complejidad de los mismos y la ausencia de *software* de monitoreo hace que se prescriban términos, se pierdan opciones de conciliación y en últimas que las instituciones públicas sean vulnerables en la resolución de procesos judiciales derivados de responsabilidad médica, de tutelas por barreras de acceso al servicio, laborales y civiles.

En política, los efectos mariposa son abundantes. A veces, la renuncia de un funcionario puede acarrear el abandono de toda una política sostenida durante mucho tiempo y su cambio por otra totalmente distinta.

Una pequeña desinteligencia entre dos personas puede terminar en la división de un partido político o de una institución. (Montbrun, 2005, p. 5)

A manera de ejemplo se cita el caso del Hospital Universitario del Valle que a diciembre 31 de 2015 presenta una estadística de 31 fallos en contra por valor de 9.996 millones, según matriz de procesos aportada por el área jurídica, observando igualmente debilidades en las acciones de repetición y en el uso de las garantías. En la Figura 54 se evidencia la estadística de los fallos de reparación directa.

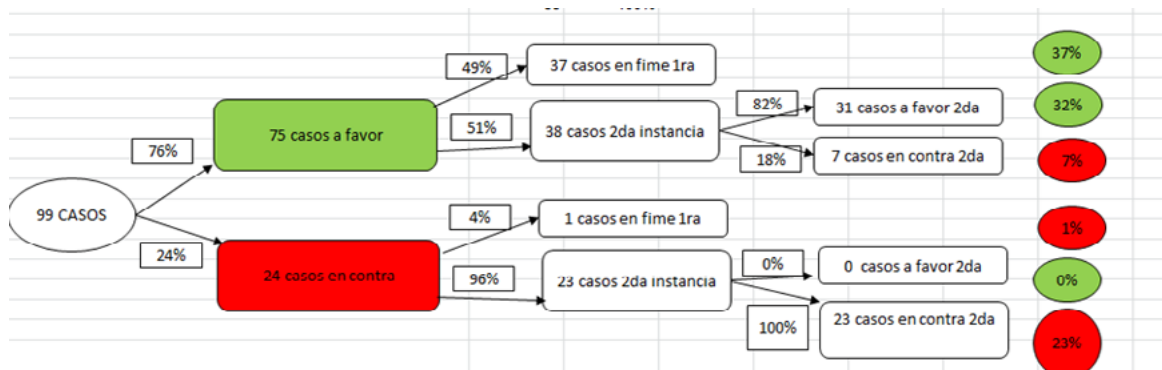


Figura 54. Fallos de reparación directa.

Fuente: Área Jurídica HUV (2015).

Proceso de paz, más erogaciones del erario público y población subsidiada

Para referirse al proceso de paz en Colombia, no se puede dejar de lado la historia del conflicto en el país y la de sus procesos de paz que tienen su origen en la segunda mitad del siglo XX, cuando una serie de hechos marcaron el rumbo que tomaría el país y serían el inicio de una época denominada como "La Violencia".

Los temas que se discutieron en el proceso en La Habana supusieron un periodo de transición que se deriva del primer punto del "Acuerdo General para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera" acuerdo previo al acuerdo final, que dice: "Hemos acordado: I. Iniciar conversaciones directas e ininterrumpidas (...) con el fin de alcanzar un Acuerdo Final para la terminación del conflicto que contribuya a la construcción de la paz estable y duradera" (Indepaz, 2013, p. 1). Una cosa es firmar un acuerdo que formalmente ponga fin al conflicto, y otra es la fase posterior de construcción de la paz, eso quiere decir que probablemente, hasta que no se firme ese Acuerdo Final, nada cambia en el terreno: no habrá cese del fuego y no habrá despejes. Pero también, una vez se firmó, todo cambió, porque se entra en fase de construcción de paz sin armas, sin la presión y coerción de las armas, pero se enfrentan todas las secuelas de conflicto, entre ellas las de salud.

Entorno social y cultural

Para Galvao (2012) y según la Organización Panamericana de la Salud —OPS— los determinantes sociales de la salud:

(...) son aquellos factores que determinan el nivel de salud de una persona como consecuencia de las circunstancias en que nace, crece, vive, trabaja y envejece, incluyendo el acceso al sistema de salud, así como la distribución del dinero, del poder y de los recursos en el ámbito mundial, nacional y local; estos factores dependen de las políticas adoptadas (p. 44)

Y algunas dimensiones culturales de salud, para Grossman (1999) se entiende como capital:

(...) Since health capital is one component of human capital, a person inherits an initial stock of health that depreciates with age--at an increasing rate at least after some stage in the life cycle--and can be increased by investment. Death occurs when the stock falls below a certain level, and one of the novel features of the model is that individuals "choose" their length of life.¹⁰ (p. 4)

En el caso colombiano es necesario considerar otras variables como el desplazamiento forzado, el narcotráfico y la violencia derivada del conflicto proveniente de las autodefensas, las guerrillas y las organizaciones delincuenciales o al margen de la ley, toda vez que parte de la población civil se ubica en zonas de "fuego cruzado"¹¹ y puede convertirse en víctima del conflicto especialmente con la presencia de las denominadas "minas quiebrapatas."¹²

Pobreza (ingreso económico)

Entre la precariedad y la exclusión que viven algunos compatriotas en las diferentes regiones del país, la salud es considerada para ellos como un aspecto suntuario dado que, en la ubicación de la pirámide de las necesidades de Maslow no es considerada como factor de supervivencia en la medida en que priman otros factores como las necesidades fisiológicas, la vivienda y el abrigo. La salud no es prioritaria para la población pobre; el indicador de pobreza mostrado en la Tabla 119: Tendencias Colombia-indicadores de

.....
¹⁰ Traducción de cita al español "Dado que el capital de salud es un componente del capital humano, una persona hereda una reserva inicial de salud que se deprecia con la edad, a un ritmo creciente al menos después de alguna etapa del ciclo de vida, y puede incrementarse mediante la inversión. La muerte ocurre cuando las acciones caen por debajo de cierto nivel, y una de las características novedosas del modelo es que los individuos "eligen" la duración de su vida" (Grossman 1999, p. 4).

¹¹ Expresión usada para reconocer que en algunas regiones donde hay presencia simultánea de grupos al margen de la ley y fuerzas militares la población queda en peligro.

¹² Se le llama mina quiebrapatas o mina antipersonas al artefacto incrustado en la tierra (generalmente), en cuyo interior se alojan explosivos que ante determinado peso (personas o vehículos) explotan causando graves lesiones o la muerte.

Tabla 120. Tendencias Colombia-indicadores de salud (2013).

País	Indicador de pobreza	Médicos por cada 1000 habitantes	Mortalidad infantil por cada 100 niños vivos	Camas por cada 10.000 habitantes /10	Mortalidad materna por cada 100.000 nacimientos
Colombia	30,7	1,5	16,7	10	83

Fuente: CEPAL (2013, p. 7).

salud (2013), implica una alta demanda de recursos para atender la población del régimen subsidiado y la población considerada como pobre no cubierta, los requerimientos de salud en la población pobre además demandan una mayor infraestructura de hospitalización por falta de cuidados preventivos, curativos y malos hábitos de salud.

En el evento de que la Ley 550 conduzca a una liquidación, la población pobre no asegurada (PPNA) sería la más afectada, en caso tal la Gobernación tendría que buscar alternativas con entidades privadas para su atención, con los choques interculturales y demográficos que esto puede producir.

Educación

La educación frente a la salud juega un doble papel, el primero en relación con la formación de los profesionales y especialistas de la salud y la segunda la formación integral de la población, en un contexto donde las temáticas de ámbitos de vida saludables deben estar presentes en el proceso formativo. Por lo anterior podría decirse que existe correlación entre los indicadores de cobertura educativa y los indicadores de salud; parte de la calidad del servicio se relaciona con el nivel de formación y el talento humano del egresado de los programas de medicina y los programas de salud pública que guardan estrecha relación con los ciclos formativos durante la infancia y la adolescencia en los temas de salud sexual y reproductiva, enfermedades transmisibles, salud ambiental, salud laboral, entre otros, así como el desarrollo de estrategias que permitan generar competencias orientadas al autocuidado en la salud, la prevención y a saber qué hacer en caso de desastres, pandemias, o cualquier síntoma de enfermedad.

Al respecto la Unesco (s. f.) plantea que la salud se constituye en un tema vital como parte integral del currículo educativo, donde los conocimientos sobre la salud es un elemento esencial en muchos programas de alfabetización y educación básica:

La alfabetización es también una fuerza motriz del desarrollo sostenible ya que permite una mayor participación de las personas en el mercado laboral, mejora la salud y la alimentación de los niños y de la familia; reduce la pobreza y amplía las oportunidades de desarrollo durante la vida. (Unesco, s. f., párr. 2)

En este apartado es necesario considerar que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, en un eventual proceso de liquidación perdería el mejor campo de práctica para sus estudiantes de pregrado y posgrado que ha sido reconocido nacional e internacionalmente por los avances en investigación.

Ruralidad

El 81.85% de la población vallecaucana se concentra en los centros urbanos y el 18.2% en las áreas rurales. La población rural tiene mayores dificultades de acceso y aquellas patologías de rápida evolución (por ejemplo, una apendicitis, un embarazo de alto riesgo o una hipertensión), pueden complicarse por el tiempo transcurrido entre el inicio de la patología y la oportunidad de atención: lo que podía ser simple, se vuelve de alto costo o en el peor escenario pasa a formar parte de las estadísticas de muertes evitables.

Empleo

La variable empleo, guarda estrecha relación con la cobertura en salud, en este apartado se analizan las tendencias de la población económicamente activa,

y la población cotizante del régimen subsidiado para el caso colombiano:

Tabla 121. Población económicamente activa vs. empleo.

Año	Población económicamente activa PEA	Población cotizante R. Contributivo	% cotizante/ PEA
2006	32.420	7.752	24%
2007	33.048	8.066	24%
2008	33.610	8.521	25%
2009	34.170	8.660	25%
2010	34.716	8.668	25%
2011	35.248	9.343	27%
2012	36.224	9.721	27%
2013	36.719	9.914	27%
Promedio	34.519	8.831	26%

Fuente: elaboración propia de cálculos con base en estadísticas SISBEN y FOSYGA.

El desempleo incide en el tema sanitario desde dos ópticas, la primera en relación con el flujo de recursos y la segunda en relación con el bienestar del individuo; la salud del desempleado es más precaria que la del empleado, puesto que este último al menos tiene asegurada la atención y los medicamentos.

En las últimas décadas, Cali ha padecido con especial severidad el azote nacional de la violencia que incide en gran medida en la situación de los más pobres y vulnerables como los jóvenes dejando una senda de posibilidades coartadas y oportunidades perdidas. Además, compromete seriamente la capacidad de la ciudad para generar, retener y atraer talento e inversión para el empleo y la prosperidad colectiva (Alcaldía de Santiago de Cali, 2012, p. 49).

El colectivo mexicano Seguridad, Justicia y Paz elabora un ranking con las 50 ciudades del mundo con más de 300.000 habitantes donde se presenta la mayor tasa de homicidios. Palmira y Cali aparecen como las ciudades colombianas más violentas, ubicándolas en los puestos octavo y décimo, respectivamente:

Tabla 122. Ranking mundial de homicidios.

Nº	Ciudad	País	Homicidios	Habitantes	Tasa
1	Caracas	Venezuela	3946	3291830	0,12%
2	San Pedro Sula	Honduras	885	797065	0,11%
3	San Salvador	El Salvador	1918	1767102	0,11%
4	Acapulco	México	903	862176	0,10%
5	Maturin	Venezuela	505	584166	0,09%
6	Distrito Central	Honduras	882	1199802	0,07%
7	Valencia	Venezuela	1125	1555739	0,07%
8	Palmira	Colombia	2016	304735	0,66%
9	Cape Town	Sudafrica	2451	3740026	0,07%
10	Cali	Colombia	1523	2369821	0,06%

Fuente: Seguridad Justicia y Paz (2015).

La anterior situación se concatena con la situación de violencia y orden público del país y en este caso, en especial del suroccidente colombiano que genera migraciones a la ciudad de Cali incrementando la población pobre no cubierta, que debe ser atendida por la red hospitalaria, y que dadas sus condiciones de pobreza, su perfil epidemiológico es más propenso a enfermedades del aparato digestivo, respiratorio y reproductor, por lo que requiere un enfoque poblacional diferencial. Por otro lado, en la economía del cuidado y el autocuidado, la empresa Deloitte (2016) plantea que el área de la salud ha podido sobrellevar las recesiones económicas de años anteriores, en tal sentido, surge la preocupación por los efectos del contexto en la salud. La coyuntura actual obliga a que las organizaciones del sector salud se enfrenten a cambios dramáticos debido al comportamiento de los usuarios, la dinámica del mercado y las exigencias regulatorias, es decir que estas deben trabajar para ofrecer un mejor valor para los pacientes basado en el servicio, calidad e innovación. Sin embargo, países como el nuestro han sido proclives a ver la salud no como gasto sino como inversión, la política pública corrobora este esquema ya que los planes de salud tienen mayor énfasis en la rehabilitación de la enfermedad que en la prevención de la misma.

La promoción de hábitos o estilos de vida saludable no tiene la suficiente cobertura e impacto requerido para generar conciencia de lo valioso que es el cuidado de la salud y orientarlo más al autocuidado y no a la rehabilitación de la enfermedad. Es igualmente importante mencionar que el poder coercitivo del Estado no ha logrado penalizar los descuidos de salud en especial para aquellos consumidores del servicio que, teniendo la posibilidad de mantener adecuados niveles de nutrición, evitar el estrés, la trabajo manía, la ludopatía, el consumo del alcohol y el empleo de los alucinógenos no lo hacen.

Las estructuras familiares

La familia como núcleo esencial de la sociedad cada vez se ve más diezmada en su papel dinamizador del desarrollo social, de fuente de comunicación y diálogo. En el contexto de las prestaciones en salud, las familias en Colombia han vivido cambios en las

últimas décadas, debido a procesos demográficos, educativos, ingreso de las mujeres a la fuerza laboral como medio de supervivencia, u otros. Algunos de los fenómenos que están asociados a las transformaciones son, el aumento del embarazo adolescente, incremento de hogares monoparentales, unipersonales y familias reconstituidas. Los cambios culturales, económicos y del ciclo de vida de las personas se relacionan con las transformaciones que tienen las familias en Colombia.

Con base en lo anterior, los modelos de familias, heterogéneos, se pueden clasificar en: a) Familias Nucleares, quienes están conformados por padre y madre con o sin hijos, b) Amplio: conformado por un hogar nuclear más otros parientes o no parientes, c) o familiares núcleo: no existe un núcleo conyugal primario o una relación padre/madre-hijo/hija, pero sí hay otras relaciones de parentesco de primer o segundo grado de consanguinidad (por ejemplo, hermanos). A esta clasificación se añade otra tipología de familia que ha venido en crecimiento: hogares monoparentales, es decir, hogares en el que solo existe un jefe o jefa de hogar con personas dependientes a su cargo (Departamento Nacional de Planeación, 2014).

Según el informe de resultados del Observatorio de Políticas de las Familias (OPF)-2014 existe una mayor relación directa entre los hogares y la jefatura femenina, es decir, mujeres que tienen la responsabilidad del hogar y el cuidado de sus hijos. Sus resultados apuntan a que el 85% de los hogares de jefatura femenina son monoparentales, lo que alude a que las mujeres, al quedar solas por separación, divorcio o viudez, asumen la jefatura del hogar. Esto tiene relación con las dinámicas culturales de abandono del hogar por parte de los padres, separaciones o fenómenos de desplazamiento femenino por pérdida de su cónyuge en el Conflicto Armado Interno Colombiano. Esto último ocurre debido a que son ellas, quienes después de perder a sus esposos en zonas donde emerge la guerra, se movilizan a las ciudades en donde asumen la responsabilidad de cuidado de hijos u otros parientes (Grupo de Memoria Histórica, 2013).

Lo que no mencionan los datos es que además de estos modelos existen dinámicas sociales en el que las familias, ambos padres (hogares nucleares) o la jefe/jefa de hogar, realizan trabajos remunerados que implican desplazamiento, por lo que disponen de menos tiempo para asumir la responsabilidad de salud y cuidado de los hijos o personas dependientes. En estos casos, el grupo pasa a manos de otras personas, como son familiares, vecinos o se dejan solos, generando una situación de alto riesgo, pues se los deja en una situación en la que es difícil realizar seguimiento a sus procesos de alimentación, salud o cuidado personal. Sin embargo, la lectura de los cambios en la estructura familiar no es ajena a otras causales de riesgo para los hijos/as y personas dependientes: el entrecruzamiento de factores como violencia sexual, embarazo a temprana edad, pobreza, no estar afiliados a un sistema de salud, migración y conflicto armado hace más difícil la tarea de cuidado de este grupo poblacional (Faúndez *et. al.*, 2014).

Violencia intrafamiliar

En nuestra sociedad se presentan entornos de tensión que pueden terminar en violencia, tales como el desempleo, la falta de dinero para cubrir situaciones mínimas de supervivencia, el alcoholismo, la drogadicción, la intolerancia ante la diversidad sexual, entre otras. Estos elementos de tensión mezclados con la falta de control de impulsos, pueden terminar en agresiones de tipo físico o emocional, donde las principales víctimas son los niños. Adicionalmente, puede volverse un patrón a repetirse en otros espacios como el colegio.

Por otro lado, y como consecuencia de los elementos económicos y de la disfuncionalidad de las familias, se puede detectar un problema social importante como el abandono de niños y adultos mayores, pues son elementos familiares que se ven como una carga, y la salida más práctica es no ser responsable de ellos.

Corrupción

Zuleta (2015) plantea que:

Al hacer un abordaje a La Corrupción, su historia y sus consecuencias en Colombia, es necesario

conocer el origen etimológico de la palabra corrupción. Ésta procede del latín **corruptio**, que se refiere a los cambios respecto a lo que se considera la naturaleza esencial de las cosas. (p. 5)

De la descripción anterior se observa que el autor reconoce que una acción de corrupción está relacionada con las acciones que distan o se apartan del deber ser, anteponiendo el interés personal del interés colectivo. El sector privado por su parte, no queda de lado pues este tiene una inmensa responsabilidad en el problema de la corrupción, muchos de los negocios que conllevan prácticas corruptas se realizan entre entidades públicas y empresas privadas, por ejemplo, en temas como la financiación de campañas políticas, donde lamentablemente se encuentra la génesis de la corrupción. Es urgente que los empresarios tengan que comenzar a ser más transparentes, contar a quiénes financian y bajo qué condiciones.

En el Índice de Transparencia, Dinamarca y Nueva Zelanda aparecen como los países menos corruptos del mundo, con una puntuación de 91, Colombia, como ya se mencionó está en el puesto 94, con una calificación de 36, mientras que los últimos lugares son para Afganistán, Corea del Norte y Somalia, con solo 8 puntos cada uno. En América, el país mejor ubicado es Canadá, en el puesto 9 con una puntuación de 81. El segundo es Barbados, con 75 puntos; en Sur América, se destaca como el primer país a Uruguay, en el puesto 19, con 73 puntos, los mismos que tiene Estados Unidos. En el caso colombiano, en el año 2013 se tuvo la misma puntuación, pero el país ocupó el puesto 20 entre los países menos corruptos de la región; en 2014 se llegó al puesto 18

Colombia es un país con altos niveles de corrupción; los índices nacionales e internacionales así lo demuestran. Según el Informe de Competitividad Global 2011-2012 del Foro Económico Mundial (FEM), la corrupción es de lejos el factor más problemático para hacer negocios en Colombia (...) Colombia obtuvo el puesto 118 entre 142 países en el indicador que mide el nivel de "desviación de recursos públicos", lo que muestra que buena parte de los dineros públicos que deberían ser destinados a satisfacer las necesidades de los ciudadanos (como **educación, salud o infraestructura**), son utilizados para favorecer intereses privados. (Zuleta, 2015, p. 11)

A manera de ejemplo se cita lo ocurrido en mayo del 2011 con el denominado cartel de los recobros que involucró a cinco EPS, a través del cual el sector fue desfalcado en unos 50 mil millones de pesos.

En cuanto al Índice de Percepción de la Corrupción del sector público en Colombia se encuentra muy por debajo del ranking internacional y no refleja mejora en el tiempo; entre 2008 y 2019, refleja un promedio en el índice de corrupción promedio del 35.7%.

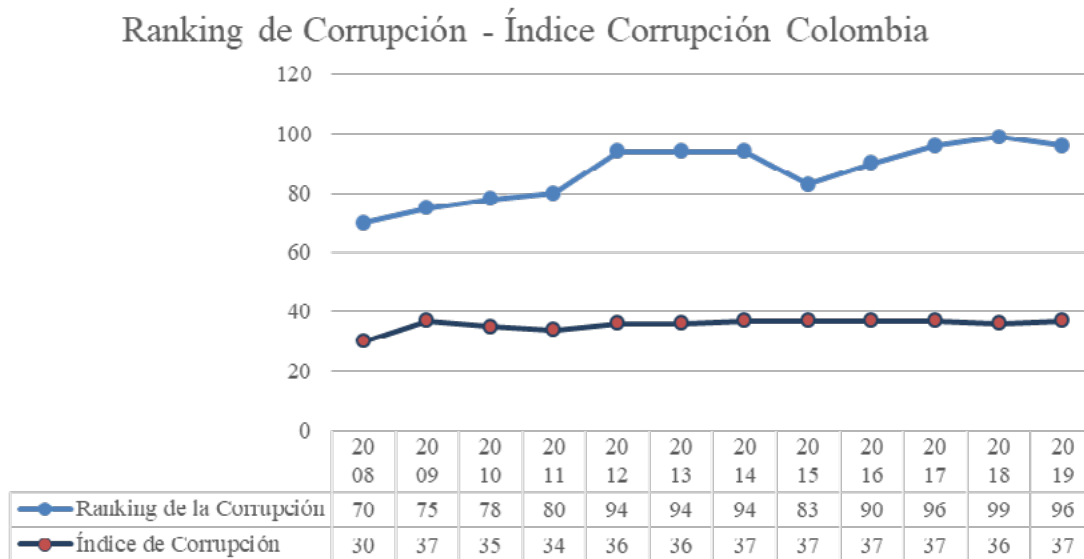


Figura 55. Corrupción en Colombia 2014-2019.

Fuente: Datos Macro-Expansión (2019).

Evasión y elusión de aportes

Los hábitos de evasión de aportes para la salud que constituyen una cultura lesiva para el flujo de recursos, en la medida que quienes teniendo capacidad de pago no lo hacen, pasan a engrosar el grupo de individuos del régimen subsidiado o en ocasiones ingresan a los centros de salud como población pobre.

Entorno tecnológico: dependencia de lo tecnológico

Para entender el enclave tecnológico es necesario destacar que la asistencia de salud, así como otros fenómenos, se encuentran en constante cambio, por lo que el ingreso de medios tecnológicos para mejorar la calidad de vida de las personas no es la excepción. En este aspecto, autores como Bezold (2014) resaltan que el futuro de la asistencia en salud en relación con lo tecnológico se encuentra en constante cambio, y que, en relación con otras

variantes económicas, en ciertos lugares como países desarrollados, esta tiende a conjugarse de tal manera que tiende a ser más rápida la atención en salud, más personalizada y más centrada en reconocer los factores que influyen a la mala prestación del servicio.

En este sentido, el autor destaca que los escenarios por afrontar en el futuro de atención en salud son: a) Constante avance y retroceso, b) Escenario abrumado y con pocos recursos, c) Escenario de cambio radical para la equidad en salud y finalmente, d) Escenario de salud y equidad impulsados por la comunidad.

En el primero, la utilización de medios como la implementación de la automatización y la analítica avanzada para mejorar los servicios y la salud de la población y la comunidad. Sin embargo, estos se ven

de manera lenta y no hay avances significativos que consideren de manera integral los determinantes socioculturales en salud (tal y como se presentó en el entorno sociocultural) así como tampoco existen medios de financiamiento concreto para sostener iniciativas de atención en el largo plazo.

En el segundo, los recortes de fondos y un contexto político hostil socavan el papel de las agencias de salud pública, que posteriormente fracasan para atraer capital humano que preste un servicio integral. Existe una relación directa entre estos entornos y los del cambio climático que impactan más la situación. Asimismo, las iniciativas que se presentan desde sectores privados terminan favoreciendo a clases medias y altas, dejando de lado o en atraso a los servicios públicos que atienden a los sectores más empobrecidos de la población. Lo anterior, aumenta las disparidades tecnológicas, económicas, educativas y de salud, y las instituciones de salud pública tienen poca capacidad para hacer algo al respecto.

En el tercer escenario, se deben realizar cambios en las economías y existir cambios en los valores para que exista mayor conciencia y apoyo a los mecanismos de atención en salud. Finalmente, en el cuarto escenario es indispensable que las agencias de salud pública, los socios y las iniciativas de salud de las comunidades locales se integren a una estrategia que contemple el uso de la tecnología disponible y las redes sociales. Esto con el fin de que las redes ayuden a intercambiar innovaciones y prácticas (Bezold, 2014). Teniendo en cuenta el futuro del cuidado de la salud en términos de anclaje tecnológico, estos se agrupan en los siguientes elementos:

- Seguro de salud.
- El pago y el acceso al sistema.
- Atención médica.
- Sistemas de entrega-atención primaria y especializada.
- Prevención comunitaria de la salud.
- Un medio para lograr valores de la sociedad: la universalidad, justicia, la solidaridad, la equidad en salud.
- Cuidado de la salud.

- Aseguramiento de la salud.
- Indicadores de desarrollo humano.

En América Latina, las reformas del sistema de salud han producido un enfoque distinto a la cobertura universal de salud, respaldado por los principios de equidad, la solidaridad y la acción colectiva para superar las desigualdades sociales. En la década de 1980 la salud se constituyó como derecho fundamental en América Latina, es así como las reformas sociales, entre 2003 y 2008 elevaron casi 60 millones de personas de la pobreza, el aumento de los gastos de salud, ampliaron el seguro de salud y cobertura de servicio ampliado para las poblaciones pobres.

Los países de América Latina han desarrollado un enfoque distinto a las reformas del sistema de salud, combinando la demanda de cambio para aliviar la pobreza y la atención primaria de salud integral para ampliar el acceso de servicio, las mencionadas reformas han fomentado la inclusión, la potenciación de los ciudadanos, la salud y la equidad, los derechos legales establecidos para la salud y la protección de la misma y ha logrado una cobertura en salud casi universal. A nivel latinoamericano, un reto importante es superar la segregación social en la atención de la salud, los países están convergiendo en su deseo de eliminar la segregación de cuidado de la salud, en tal sentido, están siguiendo tres caminos diferentes para alcanzar este objetivo:

- Un solo pagador.
- Elección del pagador.
- Prestaciones mínimas explícitas.

Estados Unidos se encuentra en la ruta de acceso a una asistencia sanitaria eficaz y equitativa, que marque la diferencia en la salud personal y comunitaria, la Ley de Asistencia en Estados Unidos, Obamacare, es un paso importante hacia el acceso universal, a pesar de las muchas fallas de dicho sistema de salud. Algunos ejemplos de los programas en atención primaria son: el hogar médico centrado en el paciente, la salud en el hogar centrada en la comunidad y Soy mi propia Casa de Salud; surgen entonces, innovaciones disruptivas donde el cuidado de la salud se verá afectado por:

- Vigilancia y previsión de las enfermedades.
- Curaciones, en última instancia, para la mayoría de las enfermedades.
- La mejora y la posible extensión de la vida.
- Enfoque en los determinantes sociales de la salud.
- Atención primaria.
- Más amplios equipos de atención centrados en los pacientes de Atención Primaria como inicio de la Salud Comunitaria.
- Integración de métodos complementarios y alternativos (como los provenientes de los indígenas).
- Atención personalizada.
- “Dr. Watson” y el Consejero de Salud Digital.
- Las tecnologías que vienen tomando relevancia hoy en día son:
 - Registros médicos electrónicos.
 - “Dr. Watson” Expert Support para los proveedores.
 - Entrenador Digital Salud (“Avatar”).
 - Signos Vitales personalizados.
 - Agentes de salud digital, juegos, redes sociales.
 - Biomonitorio a través de la piel.
 - Estudio generalizado del genoma humano.
 - Dispositivos de biomonitorización.
 - Entrenador de salud digital.
 - Red de Enfermedades Facilitada.
 - Registro personal de salud.
 - Aplicaciones de gestión de bienestar y enfermedades.
 - Telemedicina.
 - Diálisis en el hogar.

La asistencia sanitaria se está moviendo hacia ser justa, eficaz, decisiva y preventiva, se centró en los determinantes sociales de la salud a un menor costo, lo que permite el cuidado personal y el fomento de la equidad en salud, el camino a seguir variará ampliamente entre los países de América Latina y tendrá retrocesos y avances disruptivos, el fin, en última instancia, es lograr la salud para todos. Ante el panorama presentado a nivel mundial e incluso en Latinoamérica, el país se enfrenta al reto de garantizar el acceso a la salud y a las tecnologías que emergen a toda su población, en tal sentido, es crítico el estado actual de atención y servicios en salud, sobre todo para los sectores más vulnerables.

Entorno ambiental

Son vitales para una adecuada salud el contar con condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico. Las condiciones de saneamiento inciden en la salud en los siguientes aspectos:

- Espacios libres de contaminación.
- Acceso a servicios de agua potable.
- Acceso a sistemas de alcantarillado.

No solo el hogar es parte de la vivienda, existen otros espacios que constituyen vivienda como es el caso de los centros de hospitalización, los sitios para la población carcelaria y la comunidad misma que rodea la familia, dado que sus costumbres pueden generar una convivencia pacífica o violenta.

Cambio Climático

Nuevas enfermedades han entrado a considerarse dadas por el cambio climático, ya sea por frecuentes cambios de temperatura, por los agentes contaminantes, por la calidad del agua, el ruido y en general el deterioro constante del medio ambiente.

Las enfermedades virales son el pan de cada día y los descuidos en su tratamiento y rehabilitación pueden ser mortales; enfermedades antes no consideradas tales como el chikungunya y el zika han cambiado la dinámica de atención en salud de la población, haciendo necesario que la salud pública de los países afectados haya tenido que adecuar sus modelos de intervención para la prevención y tratamiento de la población.

Estas también han afectado la prestación del servicio, ha sido necesario invertir recursos y capacidades del sistema para su manejo inicial y de complicaciones, y han generado alteraciones incluso del sistema de incapacidades, ya que son frecuentes y altamente incapacitantes.

El cambio climático también ha acelerado la acomodación de las placas tectónicas lo que incrementa el riesgo sísmico.

MATRIZ DE ANÁLISIS DOFA

Los elementos recolectados a partir de las fases análisis interno y análisis externo permitió identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para el HUV, lo que se consigna en la Tabla 123:

Tabla 123. Variables internas y externas identificadas en el diagnóstico del HUV

Debilidades	Fortalezas
Liderazgo gerencial débil. Si bien existe un plan de desarrollo este no se ve reflejado en cumplimiento de acciones a todo nivel en la organización. Plan estratégico no operacionalizado en tableros de mando que permitan administrar la institución.	Marca Hospital Universitario del Valle cuenta con prestigio nacional e internacional. Es conocido como institución líder en procesos tales como atención de pacientes urgencias-trauma, atrayendo estudiantes y profesionales de Colombia y el mundo. Los aseguradores y pacientes ven en la institución experiencia, capital intelectual y calidad profesional.
Cumplimiento parcial al plan de desarrollo, especialmente en aspectos críticos asociados con la eficiencia financiera de la institución.	Es un campo natural de investigación en innovación en coordinación con la Universidad del Valle, una de las Universidades más importantes del país, prestigiosa a nivel nacional e internacional.
Cultura organizacional débil. Individualismo persistente a todo nivel.	CODA Universidad del Valle-HUV representa para el Hospital la sinergia para la academia y la generación de conocimientos. La Universidad con sus activos estratégicos de gran valía (recurso humano, recursos tecnológicos y demás) son una fuerza invaluable para la institución.
Poca claridad en perfiles, roles y funciones a todo nivel. Debilidad en las normas de competencias. Algunos cargos no asociados a indicadores de gestión que permitan evaluar un desempeño objetivo que facilite la generación de planes de mejora y decisiones a favor de la organización.	La Universidad del Valle dispone de investigadores con experiencia y conocimiento, muchos de ellos reconocidos como pares en todas sus Facultades y Escuelas, grupos de investigación registrados y reconocidos por su multidisciplinariedad en redes nacionales e internacionales. Este conocimiento puede ser adecuadamente volcado y articulado complementando el ya existente en el HUV, fortaleciéndolo como institución generadora de innovación y conocimiento.
Ausencia de una estructura funcional del servicio de enfermería.	Gran capacidad de innovación en conjunto con la Universidad del Valle. (Banco de tejidos, Banco de sangre, III y IV nivel) y de generación de portafolio de servicios diferenciado y altamente competitivo.
Incumplimiento en horarios, agendas, entregables que afectan la operación organizacional, sin responsabilidad residual evidente.	Programa de odontología acreditado como de alta calidad. Puede ofertar servicios complejos y complementarios. Experticia y capacidad de respuesta para la atención de urgencias odontológicas, articulando este a la unidad de trauma de la institución, convirtiéndose en un servicio único en la ciudad y la región.

Continúa

Debilidades	Fortalezas
Altos costos, altos gastos, ingresos no suficientes para cubrir estos. Institución no competitiva. En el año 2015 el 40% de sus ingresos provinieron de fuentes diferentes a las misionales.	Laboratorio clínico con equipos suficientes, algunos con tecnología de punta, con los que se puede diseñar una oferta innovadora. Cuenta con profesores altamente especializados en hematología, inmunohematología, inmunología, bioquímica, parasitología y micología, con los que se pueden ofrecer análisis microbiológicos y bioanálisis no ofertados en la región.
Indicador de costo – gasto de 48% para el 2015. Esto refleja un gasto excesivo frente al costo. Hospitales de referencia manejan un indicador promedio del 24%.	Laboratorio clínico líder en aseguramiento en calidad y metrología, con lo que se puede ofertar apoyo para laboratorio de ensayo y calibración.
Las provisiones se realizan ajustadas a las normas técnicas de la Contaduría General de la Nación mas no a la realidad económica del Hospital. Estas representan el 35,8% de los gastos totales, y si se comparan con el total de ingresos por servicios del año representan el 46,1% de los mismos.	Escuela de Enfermería con 71 años de trabajo. Experiencia que puede ser aplicada a la búsqueda de modelos funcionales de cuidado que fortalezca el desempeño de enfermería y por ende la calidad y la satisfacción de los usuarios.
Costos no asociados al servicio. Al no existir una estructura de costos sólida se dificulta establecer la rentabilidad de un producto o servicio frente a la venta al asegurador.	Infraestructura con ubicación geográfica estratégica que permite el fácil acceso desde cualquier lugar de la ciudad. Cuenta con espacios físicos amplios y suficientes ante cualquier remodelación o redefinición arquitectónica que sea a lugar.
Costos por servicios personales (nómina y agremiaciones) pesan el 58.8% del costo total. Por cada peso de sueldo básico se generan gastos por 152 centavos, siendo los valores de mayor peso los pagos por dominicales y festivos. El pago a la nómina de cooperativas o asociaciones gremiales ha tenido un incremento del 259% en los últimos cuatro años.	
No cumplimiento al Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, reflejado en incremento de pasivos, no incremento en activos, disminución de la venta, pérdidas en la rentabilidad operacional, disminución de ingresos, escaso control por indicadores de gestión. Con las cifras evidenciadas es probable que el PSFF se incumpla, situación delicada que puede llevar a que se tomen acciones de fondo contra la institución.	
Nivel de productividad negativo, que alcanza en los años analizados (2012-2015) una pérdida acumulada de \$103.541 millones equivalentes al 32.2% del capital fiscal.	
Baja rotación de cartera, lo que genera requerimientos de efectivo que desbordan la capacidad financiera de la institución, aumentando los costos financieros por préstamos (en 2015 se causaron gastos de intereses por \$2.625 millones) para poder mantener el pago de los compromisos (cifras en millones de pesos).	
El comportamiento de la cartera no guarda correlación con el comportamiento de las ventas, (indicador de correlación = 0.53) lo que implica fallas estructurales en los procesos de gestión de facturación y recuperación de las cuentas.	
Capital de trabajo negativo desde el cuarto trimestre de 2014.	
Debilidades en el proceso de facturación. Hay demoras en el proceso y altas probabilidades que servicios y atenciones generadas en la institución no sean adecuadamente cargadas y facturadas.	
Demoras en la radicación, que afectan el flujo de caja de la organización.	
Proceso de objeciones, glosas y devoluciones débil, que favorece la "pérdida" de éste tipo de cuentas, afectando la rentabilidad organizacional. La trazabilidad de estas no es clara al interior del proceso administrativo al momento del análisis.	

Debilidades	Fortalezas
Los tres puntos anteriores hablan de una estructura financiera débil en todo el ciclo administrativo del ingreso de recursos	
Modelo de gestión/negocio no acorde a las necesidades del mercado y no ajustado a los cambios del entorno.	
Debilidad en el proceso de contratación entre la institución y los aseguradores y proveedores. Existen cláusulas contrarias a los intereses del hospital en algunos contratos. Hay escaso seguimiento y control a los indicadores de cumplimiento que hacia el hospital deben tener proveedores y aliados estratégicos (tercerizaciones).	
Procesos administrativos, asistenciales y de apoyo débiles y lentos. Escaso seguimiento a resultados y baja responsabilidad residual.	
Incumplimiento de requisitos básicos de habilitación en servicios misionales tales como urgencias, ortopedia, ginecobstetricia, entre otros.	
Incumplimiento a requerimientos de reforzamiento estructural antisísmico. Necesidades financieras para cumplimiento de requisitos de habilitación y estructura arquitectónica pueden superar de lejos los 280 mil millones de pesos.	
Equipos biomédicos algunos en obsolescencia y otros sin funcionamiento por inadecuado manejo de mantenimiento de equipos.	
Capacidad de oferta disminuida por disminución en la cantidad de personal asistencial misional en algunas áreas críticas asociado a no oportunidad para ayudas diagnósticas y terapéuticas por falta de equipos. Falencias para la adquisición de insumos necesarios para la atención segura y costoefectiva de los pacientes.	
Disminución significativa de la producción asistencial no compensada oportunamente con control de costos y gastos, lo que afecta cada vez más la balanza financiera de la institución.	
Escasez de implementos e insumos necesarios para la protección durante la atención de pacientes. Esto aumenta el riesgo de exposición a riesgos biológicos a profesores y estudiantes.	
Infraestructura deficiente y ubicación poco visible para el área de odontología al interior de la institución. No cumple requisitos de habilitación. No existe implementación del programa de seguridad para el paciente odontológico.	
No hay divulgación de la oferta odontológica en el portafolio de servicios del hospital.	
Escasez de equipos de cómputo para que estudiantes y docentes realicen el diligenciamiento de historia clínica luego de la atención.	
Menor complejidad en los pacientes atendidos, evidenciado en la estadística de la organización. Esto puede afectar la calidad de la docencia impartida (menos quirófano, menos complejos los pacientes médicos) así como afectar también los ingresos, al ser facturas de menor cuantía.	
Cultura de incumplimiento a horarios y cargas asistenciales asignadas a todo nivel. Algunas agendas dejaron de ser organizadas según las necesidades institucionales o del paciente y se orienta más a las necesidades del personal asistencial quedando el paciente en último lugar.	

Debilidades	Fortalezas
Los incumplimientos citados tienen poca repercusión sobre los profesionales generadores de los mismos, esto ha favorecido la extensión de la práctica.	
Desconocimiento e incumplimiento a responsabilidades y requisitos administrativos en el Hospital (diligenciamiento completo y oportuno de la historia clínica, favorecer la facturación, cumplimiento de horarios y agendas, entre otros). Algunos profesionales cumplen los mismos en otras instituciones donde el control de indicadores de gestión es efectivo.	
Incumplimiento a horarios y agendas establecidas así como el acompañamiento parcial a los estudiantes que de parte de algunos docentes se da al momento de la asistencia y la no claridad en las asignaciones asistenciales de los docentes en los diferentes servicios, la ausencia de indicadores de gestión/ productividad aplicados a la docencia-asistencia por parte del Hospital y la escasa adherencia a procesos administrativos son algunos de las situaciones mencionadas por los colaboradores del Hospital como generadoras de inconvenientes que en algunas ocasiones se convierten en detrimento al ingreso institucional.	
Algunos docentes no tienen la suficiente rigurosidad y capacidad autocrítica al momento de autoevaluarse. Esto se da en un contexto de pasividad y poca participación de estudiantes y profesores. Hay rutinización y resistencia al cambio.	
Las guías y protocolos de atención con racionalidad administrativa (costoefectivos) no son de uso extendido en la institución. La condición docente asistencial de la institución no ha favorecido la estandarización de algunas prácticas y atenciones que permitan garantizar la rentabilidad organizacional.	
Sistemas de información que no favorecen la operación organizacional, tanto a nivel asistencial como administrativo.	
Recurso humano sin las competencias para el cargo en algunas áreas de la organización, especialmente administrativas.	
Convenciones sindicales que en algunos casos disminuyen la capacidad de producción en áreas importantes de la organización.	
Amenazas	Oportunidades
Crisis del sector salud-flujos de pagos insuficientes.	Prestigio a nivel nacional e internacional- marca.
Escasa respuesta del Estado frente a la situación de los Hospitales Públicos Universitarios.	Posibilidad de brindar servicios diferenciados de alta complejidad con altos estándares de calidad, en asocio con la Universidad del Valle.
Regulación-normatividad afecta a las IPS.	Voluntad política de reorientar la Institución.
Ley Estatutaria. Aumentan los derechos de los pacientes sin estar claro el origen de los recursos para el pago a las instituciones de salud. Esto puede demorar aún más el flujo de efectivo a los prestadores.	Postconflicto, posibilidad de generar recursos para el Hospital.
Deficiente gestión en los niveles básicos de atención –mayor carga de enfermedad.	Construcción de un modelo funcional de enfermería que favorezca la investigación en la práctica con un enfoque interdisciplinario que favorezca la excelencia y el trato humanizado.
Sobresaturación de la red de la ciudad. Aumento en cantidad de pacientes susceptibles de ser atendidos sin los recursos necesarios para una atención integral; se dificulta la contraremisión de pacientes.	Potencializar el laboratorio clínico y Banco de Sangre del HUV con el apoyo de la UV. Reestructuración de esquemas de prácticas clínicas de estudiantes de bacteriología y laboratorio clínico puede reposicionar esta unidad de atención y ubicarla a la vanguardia en la región.

Amenazas	Oportunidades
Única IPS que atiende población pobre no asegurada en los altos niveles de complejidad.	La Política para la Atención Integral en Salud – PAIS – puede convertir al Hospital y UV en exportadores de este modelo de atención a nivel país, a la vez que recabar recursos por excelencia en el servicio.
La restricción en insumos y equipos necesarios para la atención de los pacientes, así como la disminución en la capacidad de oferta, que afecta el número de pacientes susceptibles de ser atendidos y la menor complejidad de los mismos especialmente durante el último año pueden afectar la continuidad de los convenios docente-asistencia con la Universidad del Valle y las otras instituciones que tienen acuerdos con el Hospital.	Trabajar proyectos de telemedicina y telerehabilitación.
El no cumplimiento con los requisitos de habilitación en los tiempos estipulados por la norma expone a la institución a cierre por servicios o incluso de todo el hospital.	Reactivar la participación con el proyecto de Cooperación Internacional del Japón (JICN) que favoreció el mejoramiento de la infraestructura de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación del HUV, con el fin de posicionar esta unidad estratégica de atención a nivel región y país. Articular esta con la unidad de trauma del HUV.
El no cumplimiento a los requisitos del Sistema Único de Acreditación puede hacer que pierda su condición de hospital universitario, quedando solo, si cumple habilitación, como una institución prestadora de servicios de salud.	
Aumento de la competencia para la atención de alta complejidad – tarifas más bajas. Hospital no competitivo en el mercado.	

Fuente: elaboración propia (2015).

Cruce matriz DOFA

Potencialidades

Fortalezas-Oportunidades

- La alianza entre el Hospital Universitario del Valle y la Universidad del Valle es una fórmula ganadora, la investigación, innovación y desarrollo que pueden trabajarse en forma conjunta pueden facilitar el acceso a recursos provenientes de entidades nacionales e internacionales, estos factores pueden hacer ver que esta relación es una fuente inagotable de conocimiento científico y de atención clínica con excelentes estándares de calidad.
- La investigación y la alta calidad académica de la Universidad asociados a la complejidad de los servicios prestados, el prestigio nacional e internacional del Hospital como Institución Universitaria que brinda servicios con calidad, calidez y costoefectividad son factores clave para favorecer la constante innovación. Con esta, se puede construir un portafolio de servicios atractivo para académicos, aseguradores y comunidad en general.
- Una Universidad del Valle volcada al HUV genera una gran fortaleza, ya que le permite generar atención clínica con alta calidad técnico científica siendo competitivos, atractivos y complementarios para los niveles de mediana y alta complejidad, lo que facilita la oferta de productos y servicios de alta complejidad que generan rentabilidad social para la comunidad en general, rentabilidad académica al favorecer la generación de conocimiento e innovación y rentabilidad financiera, al facilitar la sostenibilidad del Hospital y proyectar su crecimiento y fortalecimiento a futuro.
- Es la única institución que atiende a la población pobre no asegurada en el Departamento del Valle del Cauca, además de ser el centro por excelencia para la atención de los pacientes asegurados por el régimen subsidiado. Su prestigio, complementariedad y alta complejidad lo pueden hacer una institución atractiva para las aseguradoras y los pacientes. Esto facilita la contratación hacia el Hospital, así como la generación de acuerdos de pago que mejoren el flujo de caja y el diseño de procesos administrativos que disminuyan costos no asociados a la atención.

- Ubicación geográfica estratégica, que permite el fácil acceso desde cualquier sector de la ciudad.
- Momento importante para el Hospital, ya que, a pesar de la situación vivida en la actualidad por todas las instituciones de servicios de salud, en especial aquellas públicas, existe voluntad política tanto al interior de la institución como de la Universidad y de la Gobernación del departamento. Estos esfuerzos conjuntos son el factor que puede llevar no solo a su recuperación sino a su reposicionamiento y crecimiento exponencial, una vez se logre la estabilización y se logre ser competitivos y atractivos para la comunidad en general.
- Es alta la posibilidad de estructurar unidades de atención novedosas, de impacto, con alto grado de innovación, que coloquen nuevamente al Hospital en la vanguardia a nivel regional, nacional e internacional. Lo anterior gracias a la combinación de activos estratégicos de alta valía de la Universidad con los del Hospital Universitario, favoreciéndose de la voluntad política de la Rectoría de la Universidad de "volcar la Universidad para apoyar al Hospital"
- Pérdida de oportunidad para el Hospital al no desarrollar sus potencialidades y ofertarlas a la comunidad. Esto además de afectar su competitividad la rezaga frente a las IPS de la competencia y la puede llevar a perder la vanguardia científica en la región.
- A pesar de sus múltiples fortalezas técnicas y científicas, el no aprovechamiento pleno de estas y las debilidades internas en sus procesos asistenciales y administrativos pueden llevar a que se debilite la imagen del Hospital Universitario del Valle tanto a nivel regional como nacional e internacional.
- La escasa comunicación efectiva entre los colaboradores del Hospital lleva a que no exista trabajo en equipo con enfoque orientado a las metas organizacionales. La no alineación genera desperdicio de recursos cada vez mayores, que pueden contribuir a la no sostenibilidad organizacional.
- Cualquiera de las dos instituciones (HUV o Univalle) pueden decidir no continuar con los convenios docencia-servicio tal y como se han venido realizando hasta el momento, los activos estratégicos de la Universidad son vitales para el Hospital así como este es de alta valía para la Universidad; el debilitamiento para ambas organizaciones es innegable, ya que, a pesar de que el Hospital diversifique su oferta con otras universidades y la Univalle contrate con otras instituciones, la privilegiada situación que la interrelación provee a las dos es difícil de sustituir por cualquier otro convenio.
- De no lograr la estabilización financiera y el convertirse en una institución competitiva el Hospital Universitario del Valle puede ser liquidado.

Riesgos

Fortalezas-Amenazas

- Se fortalecen clínicas que atienden la alta complejidad y ofrecen complementariedad a bajas tarifas con altos estándares de calidad que compiten por los pacientes asegurados por el régimen subsidiado, mercado natural del HUV.
- Sobresaturación en clínicas y hospitales en la ciudad, lo que hace que sea mayor la cantidad de pacientes que solicitan atención y dificulta la contrarremisión a otros niveles de complejidad; la situación actual, en la que hay dificultades para surtir insumos para la atención de los pacientes, escasez en recurso humano misional en algunas áreas del hospital y la obsolescencia en algunos equipos biomédicos diagnósticos y terapéuticos pueden predisponer a una atención poco segura.
- Posibilidad de liquidación de la institución por insolvencia financiera. Un tercero podría incursionar para constituir una IPS privada, y ser tomado como centro de práctica para otras universidades.

Desafíos

Debilidades-Oportunidades

- La voluntad política de la Gobernación del Valle del Cauca y de la Rectoría de la Universidad del Valle son de vital importancia a la hora de dar un nuevo giro al Hospital Universitario del Valle. Una Universidad volcada al HUV apoyará todo el proceso de estabilización y reconstrucción de la organización según las exigencias que el entorno impone.

- Implementar un nuevo modelo de gestión que permita reposicionar al Hospital Universitario del Valle como la institución científica de vanguardia en la región a la vez que potencializar su proyección a nivel nacional e internacional. Convertirlo en una institución que genere rentabilidad social y económica, mediante una estructura de procesos que oriente a todos sus colaboradores al cumplimiento de las metas organizacionales, siendo un aliado estratégico la Universidad del Valle, que, volcada hacia el Hospital, pueda apoyar la construcción del hospital que queremos.
- Construir un modelo de aprendizaje y capacitación integral para el personal administrativo que sea asumido de manera positiva y contribuya al alto desempeño.
- Diseñar y operar un portafolio de servicios especiales que respondan a las necesidades de atención en mediana y alta complejidad y que lo vuelvan foco de interés para los asegurados de todos los regímenes de salud, así como de pacientes extranjeros, que vean en el hospital la mejor alternativa para su salud.
- La posibilidad de un postconflicto puede ser una oportunidad para que el Hospital diseñe estrategias para apoyar las necesidades en salud de un nuevo foco de personas que solicitan atención de alta calidad. Pueden generarse recursos adicionales a través de ONG's que apoyen la iniciativa.

Limitaciones

Debilidades-Amenazas

- Dificultad para responder de manera oportuna a las necesidades, servicios y productos que requieren los usuarios (régimen subsidiado y población más pobre) debido a la situación actual del Hospital.
- Altos costos, altos gastos, bajos ingresos frente a la capacidad de generación de los mismos, asociados a una estructura financiera débil en todo el ciclo administrativo del ingreso de los recursos y a un modelo de gestión no acorde a las actuales condiciones del mercado, donde predominan procesos débiles y lentos limitan la posibilidad de estabilización y reestructuración del Hospital.
- La crisis en el sector de la salud que tiene hoy a las instituciones prestadoras de servicios de salud con una estructura de pagos débil y lenta, dificulta el ejercicio financiero de la organización.
- Las debilidades en cultura institucional y la tendencia al individualismo incide en el desaprovechamiento de la capacidad de oferta que puede tener el hospital, tanto en recurso humano como físico.
- Renuencia al cambio y desánimo generalizado del personal (científico y administrativo) lo que incide en deficiencias en la prestación del servicio.
- Influencia del entorno político y legal en el direccionamiento de la institución.

DISEÑO Y ANÁLISIS DE ESCENARIOS

Generalidades

El ejercicio hasta ahora realizado abarca desde generalidades de la creación tanto del Hospital Universitario del Valle como de la Universidad del Valle, demuestra cómo su estrecha relación ha sido factor de éxito para el crecimiento de ambas partes, en igual forma, muestra también cómo la no respuesta oportuna a los cambios del entorno así como problemas administrativos y gerenciales tanto en toma de decisiones como en modelo de gestión y organizativo, llevaron a la institución a un punto de no retorno.

Es entonces clara la necesidad de tomar decisiones estratégicas sobre el Hospital Universitario del Valle, dichas decisiones estratégicas se caracterizan por tener altos costos, altos impactos, y efectos irreversibles siendo estos multidimensionales y no solo económicos, sino también científicos, sociales, culturales y tecnológicos, entre otros aspectos. Pensar en escenarios posibles tiene como finalidad hacer previsiones estructuradas y organizadas acerca del futuro, trabajando para tal fin con procesos, métodos y sistemas.

Es claro que en el mundo de hoy hay una gran necesidad de hacer frente a los grandes desafíos no solo regionales sino también globales, y construir capacidades para asimilar estas grandes transformaciones sistémicas

Particularmente el sector de la salud se enfrenta cada día a eventos inéditos, hace unos años era impensable tener enfermedades como el dengue, zika y chikungunya, y aún más impensable pensar que podrían coexistir en un ser humano; hoy no solo es una realidad sino que ha transformado nuestro entorno, haciendo que se reorienten decisiones y recursos importantes e incluso políticas públicas para las atenciones en salud de estos pacientes, siendo el anterior solo uno de los muchos ejemplos que podrían ser citados.

Estos cambios sistémicos tienen que ver con formas nuevas de combinar hechos antes desconocidos, que sumados, desbordan las capacidades habituales del sistema, lo que significa que se ha vuelto necesario planificar en medio de

sistemas complejos que permitan mirar todas las aristas de una situación que otrora pudieran ser simple, pero ya no lo son.

Planificar prospectivamente hablando es evitar sorpresas por estos cambios que condicionan la capacidad de respuesta, en este caso del sistema de salud globalmente, en un escenario que permita reevaluar las competencias de los gobiernos, los sistemas y las empresas para responder a nuevos desafíos y oportunidades de forma rápida y eficiente. Esta conciencia global es cada vez más clara, surgen nuevos estudios sobre el futuro y el horizonte de los mismos es cada vez más largo.

A nivel internacional se toma la planeación como una actividad permanente de aprendizaje colectivo, entender que en el entorno internacional las instituciones se enfrentan a situaciones cada vez más urgentes, interrelacionadas, importantes y complejas, hace que sea necesario aprender a seguir esta línea.

Con el fin de contextualizar los probables escenarios propuestos para el HUV, los retos a los que se enfrenta y las estrategias propuestas para encararlos, es importante tener en cuenta algunos conceptos importantes:

- Entender cuáles son las consecuencias de las decisiones que tomamos o no tomamos en el hoy permite mirar el presente con una mayor comprensión del futuro. Ver el tiempo no como un porvenir, sino como hacia dónde vamos a desplegar nuestro potencial, vislumbrando el futuro como espacio de la realización humana.
- No se apuesta a un único futuro. No es viable predecir el futuro y generar un único escenario exacto sin controversia. Se busca comprender opciones, y por eso se habla en términos de escenarios.
- Las alternativas generan incertidumbre que pueden comprenderse, reducirse y racionalizarse.
- Es importante partir de la integración de investigación en distintos campos del conocimiento. Es tan importante la médica como la administrativa y la humanística, por solo citar algunos ejemplos.

Si bien es cierto que la situación actual del HUV es crítica, también lo es que se necesita de una visión transformadora que permita llevar a la institución al futuro deseable. Hoy el HUV es un actor independiente en una profunda crisis institucional, pero puede, habido proceso de reestructuración, convertirse en un nodo de red para posteriormente convertirse en líder de un ecosistema de innovación que puede ir más allá del Valle del Cauca; pensar con prospectiva es dar vía libre a la innovación, y esta última es consecuencia de la visión de futuro.

Tomar riesgos, en prospectiva, implica atreverse a pensar y enfrentar los riesgos de las opciones que implican un mayor desarrollo del Hospital, teniendo claro que los sentidos básicos para este ejercicio, que debe ser permanente, tienen que ver con debatir el futuro sin dejar de vigilar el presente, dicho de otra manera, el futuro no se debe improvisar sino ejercer con responsabilidad.

Con el HUV se parte de un escenario actual, que es un proceso de Ley 550 o Ley de intervención económica, por lo que se presentan dos caminos: uno inercial, que llevaría indefectiblemente a la institución a un proceso liquidatorio, con lo delicado que es esta definición para la región y el país; y un segundo escenario, el de reestructuración, que puede ser la base para otro aún más ambicioso: el de hospital inteligente.

Se amplificará en este ejercicio el diseño de futuro, sin rutas, indicadores o elementos concretos, ya que una visión clara del escenario a alcanzar permitirá estructurar un plan más sólido y alcanzable. El ejercicio deja claras cuáles pueden ser las grandes transformaciones del entorno en que se verán inmersas las instituciones de salud, y en este caso, los hospitales como el HUV, es deber de los directivos del hospital estar preparados para minimizar el impacto de las amenazas y lograr potencializar las oportunidades, de tal manera que la institución sea competitiva y perdurable en el tiempo. Para esto, debe existir una reacción organizacional activa que pueda responder, entre otras, las siguientes preguntas: ¿cómo tendremos que ofrecer progresivamente

los servicios? Y ¿cómo enriqueceremos el desarrollo organizacional?

Es claro que es necesario reestructurar la institución para poder orientarla a constituirse en un hospital inteligente, para esto, la discusión a nivel asistencial va orientada al portafolio de servicios, recurso humano, tecnología, necesidades del entorno, entre otros, sin olvidar la discusión sobre la necesidad de fortalecer y mejorar los aspectos administrativos y financieros. El aspecto administrativo en cuanto a modelo de gestión a implementarse; un desarrollo organizacional donde es de absoluta importancia tener clara una política de talento humano, de relacionamiento con y entre los clientes internos y externos, procesos costoefectivos, entre muchos otros; y en el ámbito financiero, en el que podrán tenerse resultados positivos si la estrategia está ligada con lo asistencial y de servicios y con los aspectos administrativos.

Con lo anterior queda claro que, si bien una institución prestadora de servicios de salud tiene como objetivo misional la atención en salud, es decir, salvar vidas, su objetivo estratégico no será sostenible en el tiempo si la articulación entre los tres niveles no se da de forma eficiente. Se deduce con esto que el proceso de atención si bien es directamente de responsabilidad asistencial (en el frente con el paciente) depende de los factores aquí citados para que pueda ser exitoso y perdurable. Es por esto que las instituciones en salud cada vez más trabajan en los dos focos, servicios asistenciales y desarrollo organizacional.

Situación actual

El diseño y análisis de los escenarios para el HUV requiere precisar unos conceptos comunes para desarrollar la propuesta seleccionada, de tal manera que permita dar cuenta de la reconversión tecnológica de la institución, mediante elementos de la teoría de recursos y capacidades en aspectos tales como:

- El liderazgo gerencial de la institución ha sido débil. El plan estratégico organizacional no se ha visto reflejado en el cumplimiento de acciones a

todo nivel en la organización. Esto se refleja en el estado de resultados de la institución, que es insostenible desde el punto de vista administrativo y financiero.

- Institución con altos costos, altos gastos e ingresos insuficientes frente a los mismos. Insumos necesarios para la atención son insuficientes, así como también lo son equipos humanos especialmente en algunas áreas críticas del hospital. Esto, sumado al excesivo individualismo a todo nivel que lleva al incumplimiento de actividades asociadas al objeto de contrato, han llevado al hospital a ser una institución, además de insostenible financieramente hablando, no competitiva en el mercado.
- El incumplimiento de estándares de habilitación pone en riesgo la continuidad de su actuar prescricional. El no cumplimiento de estándares del Sistema Único de Acreditación (SUA) pone en riesgo su condición de hospital universitario.
- Los recursos tecnológicos con que cuenta actualmente el HUV son obsoletos, y algunos de ellos se encuentran sin funcionamiento por no contar con un adecuado proceso de mantenimiento de los mismos, situación que limita la producción poniendo a la institución en desventaja frente a otras IPS de mediana y alta complejidad en la ciudad.
- Los activos estratégicos de la Universidad del Valle, vistos en personal asistencial (médico, enfermería, odontólogos, terapeutas físicos y respiratorios bacteriólogos, por contar solo unos cuantos) con altas cualidades científicas y técnicas y la voluntad política de la Rectoría de la Universidad de coadyuvar en el diseño y desarrollo de estrategias conducentes a la reactivación del HUV (no solo salud sino todas las facultades y escuelas que puedan hacer parte del proceso) sino a la conversión a hospital inteligente, son una oportunidad de oro para la reconstrucción de la institución.
- Potencialidad de desarrollar desde lo científico programas, productos y servicios diferenciados de mediana y alta complejidad, que pueden nuevamente ubicar en la vanguardia al Hospital Universitario del Valle. El Banco de Sangre, el Banco de Tejidos, la Unidad de Quemados, las Unida-

des de Cuidados Intensivos, el servicio de Urgencias y su potencialidad de manejar pacientes de trauma de alta complejidad, el programa de Quimerización; siendo solo algunos ejemplos de las potencialidades que, en conjunto con la Universidad del Valle tiene el Hospital para poner al servicio de la comunidad en general un portafolio de servicios repotenciado.

Antecedentes

La marca Hospital Universitario del Valle Evaristo García, E. S. E., es tal vez el activo más valioso del hospital, junto con su personal de alto nivel y la relación sólida con la Universidad del Valle, prácticamente desde su creación. Podría decirse que casi todas las investigaciones importantes en salud y los acontecimientos médicos de impacto han tenido algo que ver con el HUV desde su inicio.

Pero también hay una realidad indiscutible y es que desde la promulgación de la Ley 100 en 1993 que lo obligó a convertirse en ESE, su quehacer educativo, científico y operativo en el sector salud se ha afectado al no haber logrado convertirse en una empresa con criterio de productividad y generación de valor económico, en tal sentido, es importante conocer los antecedentes y evolución del sistema de salud colombiano.

Si bien se ha desarrollado este tema en otros apartes del documento, se traerá a este punto un resumen, a modo de recontextualización, en el que se plantean tres fases en el desarrollo de la Ley 100 que han sido importantes frente a la situación actual:

Primera Fase, Descubrimiento y Ajuste 1993-2002

Las IPS privadas se resistieron hasta verse obligadas a entrar en la nueva dinámica. Por su parte, las IPS públicas fueron necesariamente convertidas en Empresas Sociales del Estado (ESE) y debieron aprender a facturar y a generar recursos para su autosostenibilidad, las que lo asimilaron, tanto públicas como privadas, se consolidaron, crecieron y obtuvieron ganancias importantes, las que no lo

lograron desaparecer con el tiempo; las EPS iniciaron acumulando excedentes y no asumieron la responsabilidad de tener una UPC cierta, situación que generó severos problemas en su cálculo inicial y posterior ajuste.

Segunda Fase, Expansión del aseguramiento 2002-2008.

El plan de beneficios se amplía, y esto no necesariamente se compensa de forma adecuada en la UPC, las EPS buscan estrategias de contención del costo, y trabajan para construir sus propias IPS, iniciando el modelo de integración vertical. El régimen subsidiado, con su cobertura parcial y los pagos no oportunos empiezan a afectar la situación financiera de las IPS, especialmente de aquellas públicas que no desarrollaron sus modelos de gestión acorde a las nuevas necesidades del entorno, por otra parte, las tutelas y los derechos de petición empiezan a afectar el equilibrio del sistema, por lo que en términos generales el costo de atención en salud copa la UPC y desaparecen los excedentes espurios de la EPS.

Tercera Fase, El abuso y el desborde del sistema 2008-2014.

La sentencia T-760 de 2008 marca un desborde del acotamiento del plan y el sistema no tuvo como asimilar el pago de los nuevos servicios, se acumularon cuentas exponencialmente que ahora están anidadas en una punta en los prestadores, y en la otra, en un Estado que no reconoce su papel de último pagador.

Con base en lo anterior, de acuerdo a la OCDE (s. f.) citada por el Centro de Estudios en Economía Sistémica (s. f.):

- Colombia ahora debe enfocarse en mejorar la eficiencia y fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
- Desarrollo de sistemas de información efectivos.
- El reporte recomienda que Colombia trate de instaurar una gestión del desempeño y una rendición de cuentas más sólidas en torno a las aseguradoras de salud.
- Una gestión del desempeño más rigurosa es igualmente necesaria para las clínicas, los hospitales y otros proveedores de servicios de salud.

Sin embargo, las recomendaciones de la OCDE no fueron acatadas en su momento, y la crisis del sistema siguió su curso. Las fallas del actual sistema de salud colombiano y que ha contribuido a la crisis del HUV se resume en las siguientes líneas (ver Figura 56).

Hoy, la situación financiera del Hospital Universitario del Valle es insostenible. La Nación ha considerado la liquidación del Hospital, pero han sido los esfuerzos de la Gobernación del Valle los que han evitado que esto se dé y ha pedido la oportunidad de trabajar para evitarlo.

Es por lo anterior que desde la Junta Directiva se tomó la decisión de solicitar entrar en Ley 550 o de insolvencia económica, esto con el fin de lograr diseñar un plan de trabajo que permita estabilizar a la institución, de tal manera que pueda pensarse en una fase de reconstrucción de la organización y el logro de un Hospital reconvertido, que logre cubrir con todas las necesidades de la población vallecaucana. Es cierto que entrar en Ley 550 es un riesgo, pero en estos momentos de crisis es un riesgo que debe asumirse, con el fin de tratar de evitar una crisis aún mayor. Dejar a la región sin un Hospital Universitario sería una pérdida irreparable para la comunidad en general.

Es el Hospital un centro importante de generación de conocimiento, y es la única institución que atiende a la población menos favorecida de la región. Con la actual situación de la red, donde el colapso de la misma es más que evidente, el no tener hospital, pondría a los vallecaucanos en una posición de riesgo frente a cualquier situación de salud, al no contar con la capacidad de oferta, desde las otras IPS tanto públicas como privadas para la atención de los miles de personas que mensualmente son atendidas en la institución.

Sin embargo, no puede desconocerse el riesgo de someterse a esta Ley. Estudios de la Superintendencia de Sociedades indican que en la historia de la denominada Ley 550 en el periodo 31 de diciembre de 1999 a octubre 31 de 2012, de las 546 empresas que fueron admitidas en dicha Ley, 378 se liquidaron en forma definitiva y de las otras 168 que aparentemente podían salir con éxito de dicha Ley después de negociaciones promedio de ocho años, posteriormente un 26% siguieron perdiendo dinero y un 15% pasaron a liquidarse en los tres años siguientes. Es decir, el porcentaje de éxito de la Ley 550 no llega al 20% del total de casos admitidos.

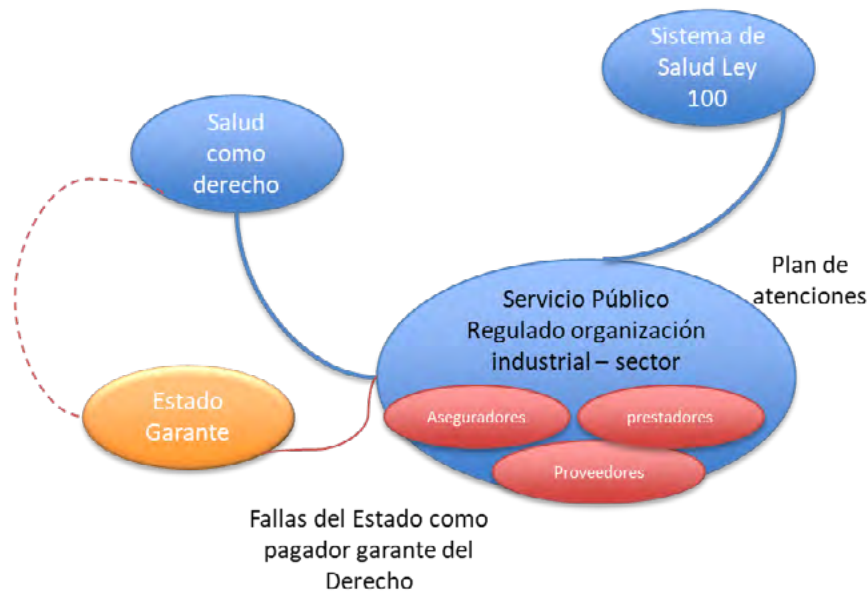


Figura 56. Fallas del sistema de salud colombiano.

Fuente: Centro de Estudios en Economía Sistémica (s. f.).

Ante esta realidad es más que importante que todos los actores que tienen la responsabilidad de salvar al hospital entiendan que su papel es determinante. Un error, una omisión, un acto de individualismo no medido pueden ser la cuota que se necesita para el no logro de el único fin buscado: salvar al Hospital Universitario del Valle, salvar la vida de miles de vallecaucanos, sabiendo de antemano que la Junta Directiva y equipo directivo del Hospital en cabeza de su gerente se van a enfrentar siempre a situaciones desconocidas e inesperadas que aparecen en el horizonte y frente a las cuales no siempre se tendrán todas las respuestas, pero han aceptado el reto de trabajar en pro de encontrar la mejor de las soluciones.

El año 2015 el HUV tuvo un deterioro en su situación administrativa, financiera y jurídica que lo ha llevado a que en términos económicos sus resultados lo hagan ver como inviable por sus altos costos operativos y la demora en el flujo de recursos en medio de una profunda crisis del sistema de salud, esta última, generalizada en todas las IPS del país, pero afrontada de mejor modo por aquellas que lograron diseñar sus modelos de gestión acordes a las necesidades del entorno.

Estabilizar el Hospital implica un plan de choque, en el que se logre en control de costos y gastos, a la vez que se potencializa la producción soportando todo en un modelo administrativo que permita la facturación efectiva de todas las actividades realizadas (hoy una gran debilidad) y el recaudo de los dineros adeudados por parte de las aseguradoras.

El HUV sigue conservando su marca, aquella que ha logrado cimentar, en conjunto con la Universidad del Valle en el trasegar de 60 años de trabajo conjunto, sigue siendo la institución que más aprecian los vallecaucanos, y está en toda la capacidad de recomponer su camino, logrando su reestructuración.

Para tal fin, en la estabilización, como paso previo a la reestructuración, es importante iniciar por redefinir contratos con las aseguradoras, optimizar su portafolio de servicios, aprovechar la voluntad política de la dirigencia local para reclamar derechos tales como los mínimos exigidos por ley para la

contratación con instituciones de su tipo y ajustar los pagos acordes a lo establecido por la norma.

Pero todo esto no podrá lograr la efectividad deseada si los colaboradores de la institución no entienden que es necesario hacer un amplio reajuste interno que le permita ser competitivo y generar excedentes operacionales, y no repetir situaciones como la vivida en 2015 cuando sus ventas por servicios llegaron a \$180.000 millones de los cuales se recuperaron de la vigencia en el año menos de \$90.000 millones y el costo de su Recurso Humano contratado de diversas formas superó los \$150.000 millones, habiéndolo llevado a la inviabilidad financiera en la que hoy está sumido.

Es claro que para lograr la estabilización que permita la reestructuración de la institución se exige un urgente ajuste en su modelo de trabajo, así como lograr finalizar totalmente con todas aquellas situaciones que lo están afectando de manera importante.

Un Hospital estable permite pensar en una reestructuración, en un modelo de integración en red con las otras instituciones públicas de la ciudad y del departamento, que permita la atención por nivel de complejidad en cada institución según sus capacidades para lograrlo, evitando la congestión en niveles superiores de complejidad, permite pensar y soñar a futuro con un hospital inteligente.

Esto significa un gran trabajo articulado que busca disminuir la carga de enfermedad, potenciando en los niveles inferiores modelos de medicina preventiva que permitan tener una población más sana. La Universidad del Valle ha sido pionera a nivel nacional en los modelos de Medicina Familiar, y esto ha sido, por supuesto, posible gracias al trabajo conjunto con el HUV.

La nueva política a ser implementada por el Estado, PAIS (Política de Atención Integral en Salud) es una gran oportunidad para lograr este nuevo horizonte, la región tiene toda la potencialidad no solo de lograr el objetivo sino de ser pionero a nivel nacional y generar para todos los vallecaucanos salud de alta calidad.

Para esto se necesita colaboradores conscientes de su responsabilidad social con la región y con el país, que entiendan que cada una de sus acciones será el reflejo en la vida de un ser humano, y que la sostenibilidad del modelo se basa en pequeños y grandes logros del día a día. Deben ser personas orientadas al logro, que trabajen con indicadores de gestión que estén diseñados para alcanzar la meta institucional, que no es más que lograr ser una institución competitiva, socialmente responsable, académicamente superior y financieramente rentable.

Un gerenciamiento en red puede, además de lograr una mejor calidad en la atención en salud para la población, contribuir a una administración más rentable de recursos, compras en red, administración centralizada, procesos administrativos ágiles y comunes que permitan comunicación en tiempo real, son solo algunas de las ventajas que pueden generarse con este modelo, en el que un HUV nuevo puede ser cabeza de red. No intentar estabilizar al HUV en este momento es exponer a todos los actores del sistema a altísimos costos, sociales y financieros, como ha ocurrido ya en otras regiones del país.

Escenario actual –insostenibilidad financiera y administrativa– Inminente ingreso a proceso de reestructuración económica - Ley 550

Es una realidad que la Ley 550 obliga a acciones de choque, pero también lo es que la liquidación de los entes económicos solo produce pérdidas enormes a la sociedad y al sistema productivo en general, y para ilustrarlo basta con mencionar el reciente ejemplo de Saludcoop, cuyo proceso liquidatorio tiene en vilo a numerosos acreedores por una suma de más de 3 billones de pesos, es decir, media reforma tributaria, esto sin contar con el impacto para la población asegurada, que durante meses ha sufrido las consecuencias en su atención en salud, es así que el impacto de una defraudación a los acreedores de ese tamaño es innegable en cualquier economía, por lo que se recomienda ejecutar las acciones puntuales del plan de salvamento o de estabilización con

el fin de evitar una liquidación en el corto y el mediano plazo.

Es claro que el Hospital tiene importantes sumas por cobrar, si bien es complicado con las EPS quebradas como Saludcoop o Caprecom, la gestión de cobro puede hacerse ante cualquier responsable subsidiario, entre los que se encuentran el Gobierno Municipal, Departamental y Nacional.

También existe suficiente margen de maniobra legal y reglamentaria para reconfigurar las cargas y pasivos del HUV, no solo es posible sino igualmente necesario encontrar una fórmula eficiente para atender a la población vulnerable del suroccidente desde el HUV, con estructuras de costos razonables y procesos efectivos, en interacción armoniosa y exenta de mala fe con actores públicos y privados.

Es importante que todos los actores tengan absoluta claridad de lo que significa un trámite de Ley 550, y que se entienda que una cosa es lo que citan los textos jurídicos en su narración y otra completamente diferente puede ser el procedimiento “real” que se surte entre seres humanos que pugnan por diversos intereses, donde cada uno hace prevalecer los suyos, en beneficio propio, perdiéndose la institucionalidad y exponiendo la empresa a que sea liquidada.

Así las cosas, tenemos en cuenta que en el trámite de la Ley 550 se nombra a un Promotor que debe evaluar las condiciones internas y externas del Hospital, debe relacionar sus acreedores y sus cuentas por cobrar, y en suma, debe dictaminar si la empresa es viable o no. Este es el primer riesgo, teniendo en cuenta que, el HUV sin estabilización tiene serios problemas de viabilidad. Por otro lado, los acreedores adquieren un poder considerable sobre el Hospital, debido a que son los que finalmente deciden si firman o no el acuerdo de reestructuración (un contrato) que elabora el Promotor, en caso de que encuentre viable a la institución.

Por lo anterior, el Promotor bien podría indicar que la institución es viable si se cumple con el acuerdo de reestructuración que propone, pero ello en nada obligaría a los acreedores a aceptar el contrato de

reestructuración y bien podrían ser ellos los que deciden si envían o no al Hospital al proceso de liquidación. Paralelamente, todas las obligaciones que se generen durante el trámite de reestructuración de pasivos deben pagarse sin demora alguna, pues de lo contrario y en caso de incumplimiento de alguna de estas obligaciones conocidas como "gastos de administración", la empresa puede ser enviada a la liquidación ante la queja de uno de los afectados.

De manera que la incertidumbre en estos trámites de reestructuración es amplia, especialmente en escenarios fuertemente contenciosos como el que presenta el Hospital, en el que se ven en pugna los intereses de diversos grupos como sindicatos, Gobernación, Nación, EPS y Acreedores. Tal vez lo único claro en este escenario es que las probabilidades de fracaso, sin el compromiso de los colaboradores del Hospital y de todos los actores involucrados, son más amplias que las de éxito, tal como se analizó en el desarrollo de este documento.

Puede entonces decirse que es necesario estructurar un plan lo suficientemente sólido para que sea válido no solo para el Promotor sino también para todos los acreedores del HUV, este, de no ser cumplido, es la puerta de entrada de la institución hacia una eventual liquidación. Si esto no es claramente entendido por todos los actores directamente responsables de la estabilización, no será posible el logro del objetivo, salvar el HUV, salvar la vida de miles de vallecaucanos.

Salir adelante en este proceso implica por lo menos dar cumplimiento estricto a los siguientes ocho (8) principios:

- 1) Colaborar con el Promotor con miras a hacer un diagnóstico profundo, riguroso, preciso en sus cifras y en sus calificaciones contables y jurídicas.
- 2) Corregir los aspectos que se identifiquen en dicho diagnóstico y eliminar las causas internas que dieron lugar a que la empresa entrara en reestructuración para poder estabilizarla.
- 3) Ser competitivos en el mercado, de manera tal que se garanticen los ingresos que necesita toda empresa para desarrollar su objeto social.

- 4) Cobrar la cartera de manera eficaz.
- 5) Cumplir puntualmente con absolutamente todos los gastos de administración.
- 6) Lograr relaciones armoniosas, de buena fe y de confianza, entre los acreedores de todo tipo (laborales, fiscales, proveedores, etc.) de un lado, y del otro lado el Hospital como persona jurídica deudora, la Gobernación y la Nación como eventuales responsables subsidiarios y el Promotor como amigable componedor entre las partes.
- 7) Formular un acuerdo de reestructuración que genere confianza a los acreedores en términos reales y monetarios y no solo retóricos; el acuerdo debe ser realista con sus metas y plazos, flexible ante las contingencias legítimas en los mercados, y orientado a generarle a la Empresa la riqueza y el valor necesarios para garantizar el pago de los créditos adeudados.
- 8) Cumplir a cabalidad con el contrato de reestructuración.

Por la incertidumbre reinante en el sector, es importante acotar que el cumplir con los ocho principios mencionados es difícil y que genera incertidumbre, pero también es claro que con el concurso real de todos los involucrados no debe ser misión imposible. Entendiendo todo lo anteriormente descrito, se plantea que el mejor escenario para el Hospital es el de reestructuración, esto significa hacer un nuevo hospital, donde un modelo de gestión orientado al logro de los objetivos le permita ser una institución competitiva, socialmente responsable y financieramente rentable. Lo anterior, pensando en diseñar una red estructurada de atención donde el HUV sea cabeza de red, para luego pasar a el diseño de un hospital inteligente, siendo este último una meta a largo plazo.

Pero este es imposible de iniciarse sin antes trabajar arduamente en un plan de estabilización, que, dadas las condiciones actuales, no debe ser superior a seis meses-un año, donde se logre el punto de equilibrio de los estados financieros. Una vez estabilizada la institución se proseguiría con la reestructuración del HUV, escenario que se plantea en un lapso de 1-5 años de trabajo, partiendo de una simultaneidad con la etapa de estabilización, siendo así las cosas, se

plantea configurar un modelo de Holding que, bajo una estructura corporativa a cargo del HUV y una estructura operativa a cargo del holding permita el óptimo funcionamiento de la institución.

El objetivo es constituir alianzas para el desarrollo del esquema, alianzas que pueden darse bajo tres opciones:

- Alianzas público-público: HUV - Univalle - Gobernación del Valle.
- Alianzas público-privadas: HUV - Instituciones privadas.
- Alianzas público-privadas-público: puede ser la mejor opción. En esta, intervienen el HUV, la Universidad del Valle, la Gobernación y la empresa

privada, dando, además de respiro económico y potencialidad para fortalecer la base tecnológica para la atención de la alta y muy alta complejidad, el respaldo suficiente para garantizar que la institución continúe siendo un Hospital Público Universitario.

El escenario de reestructuración y diseño de alianzas público-privado-público, se enfoca en las siguientes estrategias macro:

- Atención centrada en el paciente.
- Modelo de gestión orientado a resultados.
- Cultura organizacional fuerte.
- Institución prestadora de servicios de salud altamente competitiva.



Figura 57. Modelo de reestructuración

Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, la meta no debe llegar hasta la reestructuración, es necesario trabajar por lograr convertir al HUV en un Hospital Inteligente y para este último logro se plantea un lapso que puede ir de 5 a 10 años para ser alcanzado.

Un Hospital inteligente es aquel que aprende, que se autosostiene y que es rentable, que es centro de

excelencia por sus altas competencias científicas y técnicas, referente nacional e internacional y centro formador de los mejores profesionales en salud, por lo anterior, en el siguiente cuadro se desarrollan las posibilidades o escenarios que pudieran ser tenidos en cuenta entre otros y se ofrecen unas consideraciones generales de cada escenario de los mencionados como punto de partida, así:

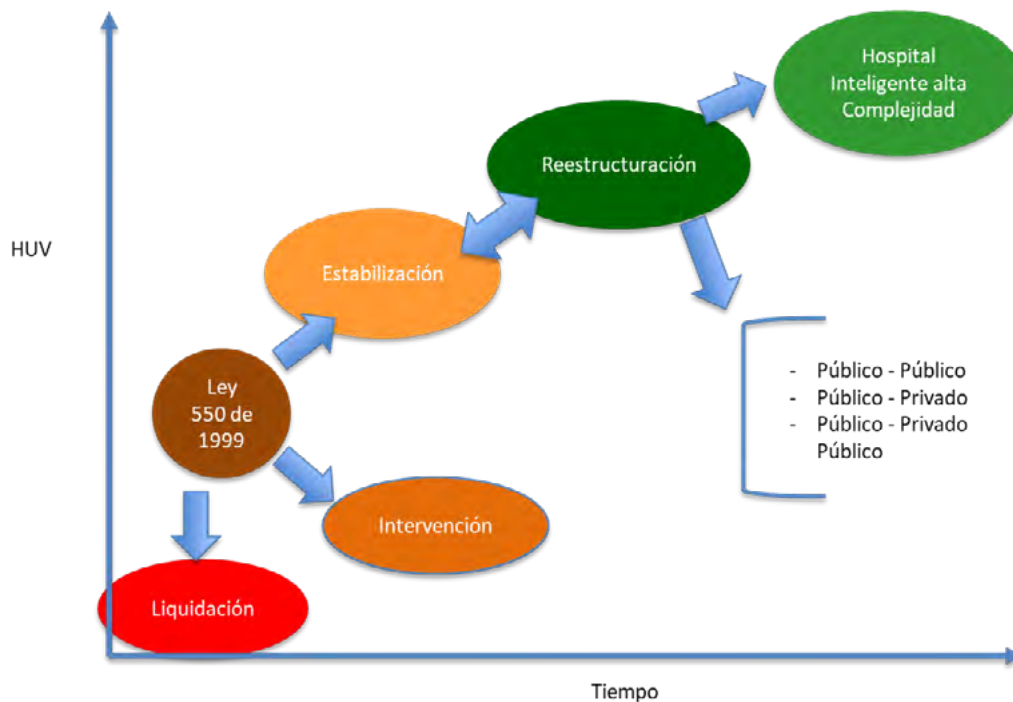


Figura 58. Planteamiento de escenarios.

Fuente: elaboración propia.

Desarrollo de perfiles de escenarios

La descripción de escenarios, actores, y la formulación de conjeturas y recomendaciones es relevante para la toma de decisiones ante un panorama tan delicado.

Primera parte. Descripción general de los Actores

HUV: persona jurídica caracterizada como Empresa Social del Estado, prestadora de servicios de salud. Presenta en estos momentos problemas de produc-

tividad y competitividad que la ha llevado a retrasarse en pagos a sus proveedores y empleados. De continuar así se convierte en una institución financiera inviable, razón por la cual, tratando de evitar la liquidación, su Junta Directiva ha aprobado dar inicio al trámite de la Ley 550.

Usuarios: son los ciudadanos que usan los servicios del HUV. Siendo: **i)** Población no asegurada y vulnerable proveniente de todo el suroccidente colombiano. **ii)** Estudiantes de la Universidad del Valle.

Gobernación del Valle: entidad territorial encargada del manejo de los Recursos de la Salud y Educación en el Departamento y de formular e implementar sus políticas públicas, miembro de Junta Directiva del HUV.

Ministerio de Salud y Protección Social: entidad del orden Nacional encargado de formular e implementar las políticas públicas del sector salud en el país, otorga recursos, vigila a las entidades directamente y a través de la respectiva superintendencia.

Universidad del Valle: universidad pública del Departamento del Valle del Cauca, su Facultad de Salud opera en las instalaciones del Hospital Universitario.

Acreedores: son las personas naturales y jurídicas que tienen cuentas por cobrar a cargo del HUV, entre ellos se encuentran: **i)** Acreedores laborales

(trabajadores) cuyos créditos tienen prelación legal sobre los demás; **ii)** Proveedores de bienes y servicios al Hospital, dentro de los cuales tendrán prelación aquellos con créditos hipotecarios; **iii)** Prendarios y **iv)** Quirografarios.

Deudores: son las personas naturales y jurídicas que tienen cuentas por pagar al HUV. Estos son: **i)** EPS activas; **ii)** EPS en proceso de liquidación; **iii)** Responsables subsidiarios de las EPS ya liquidadas que no alcanzaron a pagar créditos reconocidos calificados y graduados; y **iv)** Cualquier entidad que haya causado algún daño antijurídico.

Atendiendo la teoría de los stakeholders, que deviene de la teoría contractual donde se definen las organizaciones como un conjunto de contratos donde los agentes tienen intereses disímiles, se describen a continuación las caracterizaciones comportamentales de cada uno de ellos.



Figura 59. Stakeholders HUV

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se describe su caracterización/posición frente al proceso de restructuración económica

y los riesgos abordados frente a una eventual liquidación del Hospital:

Tabla 124. Caracterización de los actores y servicios en medio de la reestructuración.

Actor	Servicio	Decisiones	Activos	Pasivos	Regulación	Riesgos	Probables pretensiones
Usuarios	Continúa pero con deficiencias porque los proveedores de insumos y medicamentos pueden no asumir el riesgo.	Solo en aspectos de su tratamiento (puede acudir a otra IPS autorizada).	N. A.	N. A.	El Estado colombiano está obligado a brindarles el servicio independientemente del prestador.	Barreras de acceso al servicio.	Mantenimiento de un servicio de calidad.
EPS	No están obligadas a contratar el servicio (60%), con el HUV por la falta de garantías de capacidad.	Envía los pacientes a IPS privadas para garantizar el servicio. Buscan también IPS con tarifas más bajas.	Deben ponerse al día en las obligaciones con el Hospital. Los acreedores pueden ejercer cobro coactivo.	N. A.	El problema no es regulativo, es de cultura de incumplimiento y probablemente este proceso no será la excepción.	Incremento en tutelas por servicio.	Mantenimiento de un servicio de calidad pero a bajo costo.
Ministerios: Hacienda y Salud	Solicitan información permanente antes del acuerdo y durante el acuerdo si lo hubiere.	Ante incumplimiento solicitan a la Superintendencia el trámite de liquidación.	Si en el proceso de liquidación de CAPRECOM no se cancelan las acreencias con el HUV se convierten en deudores solidarios.	N. A.	Les corresponde el deber legal y constitucional de cumplir y hacer cumplir la Ley.	Deudor solidario.	Estructura financiera saludable.
Supersalud	Controla la efectividad en la aplicación de la ley y el cumplimiento del acuerdo si lo hubiere.	Si observa algún incumplimiento puede hacer intervención forzosa o decretar liquidación.	N. A.	N. A.	Tiene la competencia de vigilar el proceso y asegurar su cumplimiento.	Responsable del control en el proceso.	Estructura financiera saludable. Calidad del servicio, eficiencia y eficacia.
Gobernación	Con doble carácter como deudor y como garante subsidiario ante los terceros.	Seguir con el inicio del proceso de restructuración o aceptar una reconversión o una liquidación para crear una nueva.	Deben ponerse al día en las obligaciones con el Hospital. Los acreedores pueden ejercer cobro coactivo.	N. A.	Ibídem Ministerios.	Deudor solidario, responsable de la prestación del servicio.	Estructura financiera saludable. Calidad del servicio, eficiencia y eficacia o liquidación.

Continúa

Actor	Servicio	Decisiones	Activos	Pasivos	Regulación	Riesgos	Probables pretensiones
Municipio	Deudor.	Puede apoyar el proceso. Dependiendo del valor del patrimonio incide o no en las decisiones.	Deben ponerse al día en las obligaciones con el Hospital. Los acreedores pueden ejercer cobro coactivo.	Eventual acreedor en materia de impuestos territoriales.	Ibídem Ministerios.	Deudor solidario responsable de la prestación del servicio	Estructura financiera saludable. Calidad del servicio, eficiencia y eficacia o liquidación.
Empleados	Una de las condiciones de la ley es el pago oportuno de la nómina (posición ventajosa).	Seguramente mantenerse hasta el final y resistirse a la liquidación mediante acciones de hecho a través de los sindicatos.	Riesgo de desmantelamiento.	En los pagos durante el proceso de reestructuración tienen prelación al igual que la graduación de los pasivos en una eventual liquidación.	Podrían tener la voluntad de renegociar la convención colectiva para propiciar acuerdo de reestructuración y salida de la crisis para no liquidar. Tienen prelación de pagos.	Quedarse sin empleo, sin seguridad social y sin las prebendas adicionales que hoy ostentan.	Mantener su zona de confort, especialmente algunos empleados con prebendas especiales.
Alianzas Estratégicas	Si el negocio es rentable y logran acuerdos pueden continuar hasta una nueva etapa.	Probablemente se mantengan por rentabilidad.	Riesgo de desmantelamiento.		Podrían tener la voluntad de renegociar sus contratos para generar mejores ingresos al HUV propiciar acuerdo de reestructuración y salida de la crisis para no liquidar.	Perder un cliente importante como son aquellos a los que acceden a través del HUV	Mantener su zona de confort. Mantener el ingreso / o volverse partícipes del patrimonio.
Acreedores prendarios e hipotecarios (sector Financiero)	N. A.	Dependerá del valor del pasivo a su favor. Puede aliarse con otros.	N. A.	Tercera prelación en la graduación de pasivos.		Pérdida de activos.	Recuperar sus activos (equipos o incluso instalaciones del hospital).
VALLEPHARMA	Pueden continuar entregando los medicamentos si se mantiene el contrato y si ven posición dominante en una junta de acreedores (ver cifras).	Dependerá del valor del pasivo a su favor. Puede incidir en la firma o no firma del acuerdo y puede direccionar las decisiones en el proceso de liquidación si el porcentaje de la acreencia es superior a otros.	Riesgo de desmantelamiento.		Los contratos vigentes están amparados por la Ley, gozan de presunción de legalidad y en un proceso de liquidación se gradúan como quirografarios.	Pérdida de activos.	Mantener su zona de confort. Mantener el ingreso / o volverse partícipes del patrimonio.

Continúa

Actor	Servicio	Decisiones	Activos	Pasivos	Regulación	Riesgos	Probables pretensiones
UNIVALLE	Pude mantener temporalmente el CODA, se quedaría sin el HUV como sitio de práctica en una eventual liquidación.	En el trámite de la Ley 550 no tiene concurso ya que no figuran acreencias a su nombre. Es un gran apoyo a la luz de lograr la estabilización y la reestructuración al volcar la Universidad al HUV.	Hacer parte de una alianza público-privado-público que ayude a lograr la conversión hacia un hospital reestructurado.		Debe garantizar el mejor sitio de práctica para estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud.	Competencia con otras universidades de la ciudad por sitios de práctica ya "colonizados". Algunas especialidades y subespecialidades pueden sufrir.	Contar con un Hospital Universitario en condiciones financieras estables con alta tecnología y una organización eficiente del CODA.
Organizaciones Sindicales	Si el contrato es viable y el HUV necesita contratar el proceso y tiene como pagarlo continúan con el servicio.	Buscarán alianzas con otros proveedores para votar el acuerdo de reestructuración o la liquidación.	N. A.	El pasivo a su nombre se trata como quirografario.	Consultar un acuerdo de reestructuración de otro hospital. Por ejemplo, San José de Popayán.	Disminución del ingreso (en un alto porcentaje proviene del HUV).	Mantener el ingreso / o volverse partícipes del patrimonio.
Proveedores	Difícilmente aceptan despachar bienes o pagar servicios si no se les paga por anticipado, (excepto que de acuerdo con la conformación del pasivo tengan posición dominante).	Tiene derecho a voto y pueden aliarse con otros para incidir.	N. A.	Ocupan el cuarto renglón en la graduación de pasivos.		Alto riesgo de pérdida de los valores o por lo menos si el HUV es un cliente de alta participación en sus ventas, puede generarle iliquidez.	Mantener el ingreso / o volverse partícipes del patrimonio.

Fuente: elaboración propia.

Escenario hospital en Ley 550 / intervención económica

Aspecto Jurídico

El HUV inmerso en Ley 550 debe cumplir con varios requisitos para salir avante de su situación. Ingresar a un proceso de reestructuración de pasivos es una situación bastante delicada para la empresa, pues se enfrenta a un proceso en el que sus acreedores tienen un poder de decisión e intervención bastante fuertes, a tal punto, que en la parte final del trámite

deciden si firman o no el contrato de reestructuración de pasivos con la empresa deudora, o si se niegan y con ello la empresa es enviada a la liquidación.

El éxito de un trámite se empieza a vislumbrar cuando luego del diagnóstico de la empresa que haga el Promotor, este estime que la empresa tiene posibilidades de permanecer competitivamente en el mercado e invite a los acreedores a firmar un acuerdo de reestructuración en el que se estipulan los eventuales periodos de gracia, condonaciones, plazos, y

compromisos de la deudora en sus prácticas internas, cumplimiento de pagos, etcétera.

Pero la firma del Acuerdo no es suficiente para declarar como exitoso el proceso. Se debe además dar cumplimiento a todas las obligaciones adquiridas con el acuerdo de reestructuración, y en general, se deben cambiar sustancialmente todas las prácticas organizacionales y productivas que llevaron a la Empresa hacia su situación actual.

No hacerlo es continuar con una fórmula que ya ha probado su fracaso por cuanto ya ha llevado a la entidad a la reestructuración y que a futuro podría llevar al Hospital a su liquidación. En particular, se debe ser muy cuidadoso en siempre pagar todos los gastos de administración que se generen durante el proceso de reestructuración de pasivos, pues de lo contrario, queda inmerso en una causal de liquidación casi insalvable.

En síntesis, el rol del HUV como actor central del proceso de reestructuración, es el de ejercer todas las actividades y mejoras organizacionales y productivas, con miras a honrar los créditos reestructurados y convertirse en una empresa plenamente competitiva.

De otro lado, la empresa adquiere un rol pasivo bastante delicado, en el que depende plenamente de la confianza que los acreedores tengan en su proceso de recuperación. Si tal confianza no existe, es muy probable que los acreedores no acepten firmar el acuerdo de reestructuración y decidan enviar al HUV a su liquidación.

Gobernación del Valle

La Gobernación del Valle tiene por lo menos dos roles dentro del proceso de reestructuración. De un lado, es miembro de la junta directiva del Hospital y es la Entidad Territorial responsable de los lineamientos que sigue el HUV. En ese sentido, y por virtud de la Ley, es un eventual responsable subsidiario de los pasivos que no llegase a pagar el HUV en una eventual liquidación. Por tal razón, y nuevamente por mandato legal, la Gobernación tiene a su cargo realizar todas las acciones tendientes a recuperar la

empresa, pues de lo contrario podría ser responsable subsidiaria ante los acreedores reconocidos y calificados a los que no se les haya podido pagar.

El segundo rol que juega la Gobernación es el de deudora del HUV. En efecto, existen cuentas por cobrar que el HUV, y su promotor (en reestructuración) o su eventual liquidador, están en obligación de cobrarlas para acrecentar la masa patrimonial del Hospital.

Pero este segundo rol también debe ser contextualizado: la Gobernación del Valle viene ella misma de un proceso de Ley 550, y como encargada de la política pública departamental de salud y de dictar lineamientos al Hospital, debe sopesar los pros y contras, en pocas palabras, hacer una relación de costo-beneficio entre los dineros invertidos a un Hospital que ha sido lento en mejorar su productividad y en cambiar sus malos hábitos organizacionales, versus las eventuales responsabilidades ante acreedores insatisfechos en sus pagos y la garantía de oferta en salud para la población vulnerable no asegurada.

La Gobernación, pues, tiene algunas restricciones legales, especialmente aquellas propias del proceso de Ley 550 y aquellas relativas a la responsabilidad subsidiaria por los pasivos del Hospital, pero no se puede negar la amplitud de su margen de maniobra en términos políticos y jurídicos, ni tampoco el deber que tiene de tomar decisiones fiscalmente responsables ante un Hospital que hoy se perfila como problemático e improductivo, por decir lo menos.

Acreedores

Los acreedores del HUV enfrentan un panorama litigioso, por usar un adjetivo ponderado. Con la apertura del trámite de reestructuración, los acreedores deben presentar sus créditos al Promotor, esperar el dictamen del Promotor sobre la Empresa luego de la evaluación que debe realizar, y si este considera que la empresa es viable, y luego de un análisis cuidadoso del acuerdo o contrato de reestructuración que se proponga, deben decidir los acreedores si se firma o si por el contrario se envía al HUV a la liquidación.

Esta decisión debe ser bien cuidadosa por parte de los acreedores, pues no existe garantía alguna de que en un proceso liquidatorio se le pague a los acreedores. Antes, por el contrario, la experiencia muestra que son pocos, muy pocos, los casos en que una liquidación alcanza a cubrir todos sus pasivos. Por tal razón, los acreedores deberían decidir con aplomo sobre la suerte de sus créditos y del HUV.

En caso de que los acreedores firmen el acuerdo de reestructuración, tendrán a su favor las prerrogativas consignadas en el contrato de reestructuración y los mecanismos legales para reclamar sus derechos. El más fuerte de esos mecanismos, es la posibilidad de denunciar cualquier incumplimiento del acuerdo de reestructuración y con ello enviar al HUV a la liquidación.

La capacidad de negociación de cada acreedor se determina en una reunión de determinación de derechos de voz y voto. En ella se adjudican los derechos de acuerdo al valor de los créditos. Pero en general, la fuerza de negociación de todos los acreedores es altísima, pues entre todos ellos tienen el poder de enviar al HUV a la liquidación, incluso por encima del parte de viabilidad que eventualmente llegase a dar el Promotor.

Universidad del Valle

La Universidad del Valle tiene un rol adicional al de eventual deudor o acreedor del Hospital, y es que su Facultad de Salud opera en las instalaciones del Hospital, en ese sentido, tiene un interés en seguir operando en dichas instalaciones, pero tal interés podría llegar a ser contrario a los intereses de los acreedores del HUV, en la medida en que sin lugar a dudas el inmueble del Hospital es uno de sus activos más valiosos, por su excelente ubicación y enormes proporciones, este inmueble es quizás la principal garantía de pago que tienen los acreedores del Hospital.

En un eventual proceso liquidatorio, el liquidador tiene la obligación de vender el inmueble al mejor postor y con ese dinero pagar los gastos de administración de la liquidación (es decir, honorarios del liquidador, y gastos de la liquidación que general-

mente se vuelven enormes) y los créditos reconocidos calificados y graduados.

Este proceso de venta, por supuesto, se ve permeado por los intereses de los oferentes, del liquidador, en fin, de varios actores adicionales a la misma Universidad del Valle, así las cosas, los acreedores por su parte tendrán interés en que el inmueble se venda al mejor precio y para ello pueden revisar e impugnar los avalúos que se hagan del inmueble (esto en el trámite liquidatorio); los compradores querrán lo opuesto y buscarán ofertar la menor cantidad posible, la Universidad del Valle y la Gobernación por su parte deberán intervenir para definir de la mejor forma la operación de la facultad de salud más importante del sur de Colombia.

En todo caso, enajenar el inmueble del HUV a favor de cualquier persona natural o jurídica, incluso de la Universidad del Valle, deberá ser una operación que cuente con el aval y visto bueno de los acreedores del HUV, pues de lo contrario, podrían interponer acciones revocatorias del acto de enajenación, para que el bien se reintegre a la masa patrimonial del Hospital Universitario. Visto todo lo anterior, conviene a la Universidad del Valle hacerse parte activa en el proceso de estabilización y reestructuración del HUV, volcando todo su potencial para el proceso de estabilización y reestructuración del hospital que queremos.

Consecuencia del fracaso del proceso de estabilización y reestructuración con la Ley 550

Aspecto Jurídico

Como se ha expuesto anteriormente, el proceso de reestructuración de la Ley 550 es un proceso sumamente delicado para cualquier organización, debido a que pone en manos de sus acreedores la decisión final de continuar operando para pagar las deudas, o cerrar definitivamente las operaciones, cesar el desarrollo del objeto social y finalmente juntar todos los activos de la empresa, y liquidarlos.

El escenario de liquidación es el escenario final de una empresa, donde todos sus bienes deben ser

vendidos a un precio bastante inferior al de su valor de funcionamiento para pagar a los acreedores y finalmente extinguirla. Es un escenario difícil, teniendo en cuenta su alto nivel de litigiosidad entre todos los participantes, lo que a su vez genera una gran incertidumbre sobre los dos aspectos principales de este tipo de procesos:

- A. A quién se le va a vender los bienes de la empresa a liquidar.
- B. A quién, de entre todos los acreedores, se le va a pagar y a quién no.

Para explicar lo anterior, se narrarán brevemente los aspectos principales de un proceso liquidatorio:

1. Una vez una empresa entra a un proceso de liquidación, la primera consecuencia para ella es que debe dejar de desarrollar su objeto social, en el caso del HUV, debe dejar de atender pacientes y esto es así debido a que se entiende que la operación de la empresa fallida no va a acrecentar sino a disminuir su patrimonio, y en ese sentido, perjudicaría a los acreedores.
2. Se nombra entonces a un Liquidador, que tiene a su cargo levantar un inventario de todos los bienes de la empresa, sean estos inmuebles, muebles, créditos, litigios, etc. También debe levantar una relación de pasivos.
3. Seguidamente, se abre un periodo de tiempo en el que todos los acreedores interesados deben presentar pruebas "siquiera sumarias" de la existencia del crédito que pretenden reclamarle a la empresa fallida, es allí cuando se deben presentar las facturas, cuentas de cobro y todos los soportes que justifiquen la existencia del crédito reclamado.
4. Una vez se termina el periodo para presentar los créditos reclamados al Liquidador, se abre un periodo de tiempo que se conoce como "traslado". En dicha etapa procesal, cada uno de los interesados en el proceso liquidatorio entra a revisar los créditos presentados por los demás acreedores, y tiene la oportunidad de formular objeciones frente a dichos créditos. Por ejemplo, un acreedor puede objetar la factura presentada por otro cuando note que está prescrita, o que no es un título valor original sino una fotocopia, y así, cualquier otra razón de hecho o derecho que pueda cuestionar la exigibilidad del crédito.

Esta etapa procesal tiene como propósito abrir un espacio de verdadero litigio y confrontación entre los acreedores que "concurran" por el poco dinero que usualmente queda en una liquidación, por tal razón es que se afirma que este tipo de procesos son altamente litigiosos y llenos de incertidumbres, por la misma razón, los interesados deben hacer su mejor esfuerzo en presentar sus créditos de manera impoluta, de forma que ninguna objeción prospere.

5. Surtida la etapa anteriormente descrita, el Liquidador pasa a Reconocer, Calificar y Graduar los créditos presentados, es decir, pasa a decidir si acepta o no el crédito presentado (en el sector salud se habla del imponer "glosas" a los créditos) y si es aceptado lo califica y lo gradúa de acuerdo a la prelación legal que tiene cada tipo de acreedor: en primer lugar, se encuentran los acreedores laborales, acreedores que guardan prelación sobre todos los demás. En segundo lugar, los acreedores fiscales, seguido de los acreedores hipotecarios, luego los prendarios y finalmente los acreedores quirografarios, es decir, los acreedores que no tienen ningún contrato de garantía respaldando su obligación.
6. Hecho lo anterior, se subastan los bienes de la empresa, se realiza un plan de pagos y se paga a los acreedores reconocidos, calificados y graduados, por supuesto, la liquidación genera unos gastos (honorarios del liquidador y su equipo de trabajo, viáticos cuando son de otras ciudades, entre otros). Estos gastos se denominan como "gastos de administración", se pagan antes que cualquier otro crédito y los paga la misma empresa a liquidar; por lo anterior, no es de extrañar que en muchos procesos liquidatorios el único que bajo cualquier circunstancia sale con su crédito pago es el liquidador y su equipo de trabajo, mientras que los acreedores ven que sus créditos son rechazados —a veces arbitrariamente— o que, a pesar de ser reconocidos, calificados y graduados, no alcanzó el dinero para pagarles.

En este escenario cambia por completo el balance entre cada uno de los actores señalados en el capítulo anterior: los usuarios ya no tendrán HUV operando; el HUV en sí mismo, cesa todas sus actividades, despide a su personal y deja de desarrollar su objeto social, y pasa ahora a ser administrado por un Liquidador que tiene como único deber el de evaluar los bienes, realizarlos y pagar a los acreedores.

De otro lado, los acreedores ya no son una de las partes en un proceso de negociación, tal y como lo eran en la Ley 550, sino que pasan a ser meros "concurso" de un proceso liquidatorio lleno de litigiosidad, incertidumbre y muchas veces arbitrariedad en las decisiones. Ahora bien, la Universidad del Valle, como parte interesada en el asunto, tiene a su cargo, de un lado, velar porque sus equipos.

Ahora bien, la Universidad del Valle, como parte interesada en el asunto, tiene a su cargo, de un lado, velar porque sus equipos y en general todos los bienes que le pertenezcan, sean excluidos de la masa a liquidar del HUV. Para ello tiene mecanismos judiciales y etapas procesales puntuales dentro del proceso de liquidación.

De otro lado, si desea continuar operando la Facultad de Salud en las instalaciones del HUV, no tendría más alternativa que ofertar por el inmueble del Hospital en la subasta pública que realice el liquidador, o contar con la fortuna de que quien sea que adquiera el inmueble del HUV, le permita trabajar allí a la Universidad del Valle mediante convenios o cualquier figura contractual.

Una universidad sin hospital – un hospital sin universidad

En un eventual proceso de liquidación, los activos estratégicos del HUV deben ser subastados para pagarle a los acreedores, ello implica que cualquier oferente, un grupo económico de la salud, una cadena hotelera, en fin, cualquier persona con el dinero suficiente, puede ofertar por el inmueble y los activos estratégicos que pertenezcan al HUV (con excepción de los equipos que pertenezcan a la Uni-

versidad u otras personas, que sean excluidos de la masa patrimonial a liquidar).

En dicho escenario, la Universidad simplemente entraría a pujar en la subasta como cualquier otra persona, de suerte que su capacidad de negociación y la certeza sobre la posibilidad de quedarse con el inmueble sería tan grande como su chequera.

Si en el proceso es un tercero el interesado que paga los pasivos del HUV y se subroga en sus créditos, o en suma propone fórmulas para honrar el crédito de los afectados, bien podría este tercero adquirir el inmueble y los activos estratégicos y con ello obstaculizar el funcionamiento de la Universidad. Por supuesto, cualquier negociación en que incurra un tercero con los acreedores del HUV también tendrá que ser garantista de los derechos de los acreedores y de todos los implicados, pero, en suma, se hace explícita la necesidad de que Univalle atienda a la recomendación de participar activa y decididamente en las fórmulas de recuperación del HUV.

Pero es también absolutamente riesgoso que el Hospital pudiera quedarse sin la Universidad, dado que la relación entre ambas instituciones se ha caracterizado como una simbiosis creativa que ha generado conocimiento, ciencia, medicina de alta calidad para la población en general y altos estándares académicos en salud, por lo que podría afirmarse que la posibilidad de fortalecer las unidades estratégicas de atención que beneficiarán a ambas instituciones, es inversamente proporcional a los intereses que un tercero tenga en el recién adquirido hospital.

Si el nuevo propietario de la institución no está interesado en la academia, el Hospital pasaría a ser una prestadora de servicios de salud con un fin más orientado a la rentabilidad financiera. Unidades de atención que son críticas para la ciudad y de vital importancia para la academia, tales como pediatría y ginecología (por citar algunas) podrían desaparecer en una lógica netamente comercial, dejando a la Universidad sin sitios de práctica formativa; a la ciudad la pondría en una situación bastante complicada, teniendo en cuenta que un número importante

de estas unidades se han ido cerrando en otras IPS de la red; por último, la comunidad en general estaría en riesgo latente dado que la red prestadora que tiene estas unidades de atención serían insuficientes para colmar las necesidades de la población que dejaría de ser atendida en el hospital.

Escenario de Intervención

La Superintendencia Nacional de Salud, como ente de vigilancia puede convocar un comité de medidas especiales con el fin de evaluar la información y/o concepto técnico de la institución, resultante de un proceso de auditoría integral y del proceso de evaluación de riesgos de la operación de la misma, para determinar la acción o medida especial a adoptar como medida preventiva.

Como se puede ver en el diagnóstico realizado en este documento, la situación actual del HUV es tal que las posibilidades de que la Superintendencia de Salud adopte medidas y acciones especiales no es lejana. Tales medidas y acciones especiales son definidas como la:

Potestad de intervención propia de los órganos de supervisión y control, tendientes a la adopción de correctivos por parte de la Superintendencia Nacional de Salud a una entidad vigilada, con el propósito de superar la situación crítica o irregular que se esté presentado en los actores del SGSSS.

Las medidas que se contemplen podrán incluir, entre otras, la toma de posesión, intervención forzosa, así como las previstas por el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. (Supersalud, 2014)

A su vez, el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Ley 510 define la toma de posesión de una institución vigilada como:

La toma de posesión tendrá por objeto establecer si la entidad debe ser objeto de liquidación; si es posible colocarla en condiciones de desarrollar adecuadamente su objeto social, o si se pueden realizar otras operaciones que permitan lograr mejores condiciones para que

los depositantes, ahorradores e inversionistas puedan obtener el pago total o parcial de sus acreencias.

Lo anterior no impedirá que si en el desarrollo del proceso de liquidación se encuentra que es posible colocar la entidad en condiciones de desarrollar su objeto social o realizar actos que permitan a los ahorradores, inversionistas o depositantes obtener mejores condiciones para el pago total o parcial de sus acreencias de acuerdo con lo dispuesto en este artículo, se adopten, previa decisión en tal sentido de la Superintendencia Bancaria, las medidas para el efecto. (1999, p. 8)

Como se observa, la medida implica la toma de control de la entidad intervenida por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con el objeto de levantar la información diagnóstica correspondiente y decidir si la empresa puede ser salvada o por el contrario debe ser liquidada.

En el primer evento, se procede a implementar las correcciones que la Superintendencia estime convenientes, a fin de recuperar a la empresa, en el segundo, se da paso a la intervención para la liquidación. La intervención para la liquidación es definida en el Estatuto Orgánico Financiero como aquella en la que se dispone la extinción de la persona jurídica de la entidad.

El trámite liquidatorio, como se ha indicado en otros apartes de este documento, es el regulado por el Estatuto Orgánico Financiero y se orienta por las etapas procesales de presentación de créditos:

- Traslado y oposición a los créditos presentados.
- Aceptación, calificación y graduación de créditos.
- Avalúo de bienes y su realización y subasta.
- Elaboración de plan de pagos y pago de los créditos reconocidos, calificados y graduados.

Para identificar las políticas de adopción de medidas especiales, vale la pena revisar la directriz de la Superintendencia de Salud sobre el tema que se anexa a este documento. (Anexo XC Procedimiento Código MEPD01 Determinación de la acción o medida especial y MEPD03 adopción y seguimiento a las acciones o medidas especiales).

Escenario de reestructuración

El escenario actual del HUV es de reestructuración con base en la Ley 550 y lo determinado por la Junta Directiva, esta ha sido una decisión dura, pero necesaria, entendiendo que es indispensable llegar a este punto para lograr pensar en un escenario de reestructuración de la Institución, buscando alcanzar la meta de un hospital inteligente.

En este punto la Gobernación del Valle del Cauca actúa decididamente en lograr este escenario, a la que la Universidad del Valle, como entidad legítimamente interesada en garantizar la continuidad en el funcionamiento de su Facultad de Salud, ha decidido volcar todos sus esfuerzos y apoyar al Hospital para el logro de los objetivos deseados.

Desarrollo del Escenario

A partir de la premisa de que las grandes crisis deben ser oportunidades y teniendo en cuenta las dificultades y potencialidades del HUV, en este apartado se esquematiza una propuesta de reestructuración a adelantar antes, durante y después del acuerdo con el objeto de modernizar el servicio e impactar en forma positiva la prestación del servicio en el suroccidente colombiano. Antes de detallar las estrategias de reconversión a hospital inteligente, es necesario aclarar algunas variables requeridas para adelantar la propuesta de este escenario que se detallan a continuación:

Tabla 125. Caracterización de variables.

Variable	Detalle
¿Quién paga la cuenta?	Definición del origen de los recursos requeridos para dar el salto tecnológico, la reconversión de los activos, el pago de las acreencias actuales y algunos sacrificios que permiten optimizar los costos y las finanzas (Plan Financiero).

Continúa

Variable	Detalle
Modelo de gestión	El HUV requiere reestructurar la forma como organiza y combina los recursos (humanos, financieros, técnicos, tecnológicos) para cumplir las políticas, procedimientos objetivos, en un escenario de alta calidad.
Confianza y acuerdos	La presencia de diferentes grupos de interés deber orientarse a sumar, habida cuenta de la necesidad de una relación de confianza basada en el respeto, el interés común y una visión compartida que jalone hacia salir de la crisis y forjar el camino de la conversión a hospital inteligente.
Disposición de los activos estratégicos	El modelo de hospital inteligente requiere la identificación de los activos estratégicos, su mantenimiento y plan de reposición y el estudio e investigación permanente que le permitan al Hospital mantener tecnología de avanzada en todos sus niveles.
Rol de Univalle	Como aliado estratégico de la Universidad del Valle, es vital que esté presente en todos los momentos medianamente apoyo no solo en temas de salud, todas las facultades de la Universidad tienen como aportar en el rediseño de lo que debe ser el HUV a futuro.
Relación gobierno nacional / gobierno regional	El apoyo financiero, operativo y jurídico más importante deviene del Estado, en el orden nacional y territorial, toda vez que de las políticas que emanan del gobierno nacional depende la normalización del flujo de recursos, en igual forma los entes territoriales pueden y deben fortalecer la contratación con el HUV, la recuperación de la cartera de las EPS y los procesos de habilitación y acreditación.

Fuente: elaboración propia.

Las estrategias de reestructuración y sus implicaciones legales financieras, de servicios y de la relación con la Universidad (ver Figura 60).

Seguidamente se detallan las estrategias planteadas en la propuesta de reconversión a hospital inteligente.

Diversificación del ingreso (¿quién paga la cuenta?)

El Hospital necesita nuevas fuentes de financiación y fortalecimiento de las ya existentes:



Figura 60. Reconversión a hospital inteligente.

Fuente: elaboración propia.

- Fortalecer lo que ya conoce y maneja: Medicina Especializada (invasiva y no invasiva), Odontología, Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, Medicina Física y Rehabilitación, de mediana y alta complejidad.
- Descentralización de servicios de baja-mediana complejidad. A este respecto un modelo de red integrada es ideal.
- Implementación de sistemas de Medicina Preventiva-fortalecimiento del programa de Medicina Familiar-Política de Atención Integral en Salud (PAIS).
- Operar en red con el Servicio Médico Universitario, vera viabilidad de 1° y 2° nivel con esta entidad.
- Incursionar en la investigación innovación y desarrollo de productos y servicios alternativos en coordinación con la Universidad del Valle para posibilitar el acceso a recursos de Colciencias, regalías y cooperación técnica internacional.
- Definir mecanismos alternativos de cobro de cuentas: (*forwards* u opciones de futuro, *Factoring*, encargos fiduciarios).
- Buscar acceso a los recursos del presupuesto nacional definidos en el artículo 69 de la Ley 1438 de 2011:

ARTÍCULO 69. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE HOSPITALES PÚBLICOS. *El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención.*

Las Empresas Sociales del Estado articuladas en red, que demuestren buenos resultados en los indicadores de salud, bajo riesgo fiscal y financiero, y documenten trabajo en el proceso de

calidad podrán acceder a créditos condonables y otros estímulos que ofrezca el Gobierno Nacional, en especial para dotación tecnológica y capacitación del talento humano. Si bien es cierto el hospital es de nivel III de complejidad, no es menos cierto que ante la baja capacidad resolutoria de la red, también debe atender niveles I y II, aunque sea eventual. (Departamento Administrativo de Función Pública, 2011. p. 17)

- Acceso a los recursos de FONSAET, creado en el artículo 50 de la misma ley:

ARTÍCULO 50. FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD (FONSAET). Créase el Fondo de Garantías para el Sector Salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se financiará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las Empresas Sociales del Estado liquidadas, se pagará hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social.

Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010.

Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para

evitar la intervención o liquidación. (Departamento Administrativo de Función Pública, 2011, p. 13)

- Buscar recursos de cooperación técnica internacional en coordinación con la Universidad del Valle (Anexo 1. Fuentes de cofinanciación a través de recursos de cooperación técnica internacional-fuentes posibles en materia de salud, investigación y otras alternativas conexas).

Uso de tecnologías de punta (modelo de gestión)

Enfoque sistémico de los procesos médicoasistenciales y administrativo:

- Sistemas de información amigables que posibiliten la interacción de los procedimientos asistenciales con los procedimientos administrativos en línea, de tal manera que facilite:
 - o Identificación del paciente y asignación a un pagador.
 - o Generación de autorizaciones electrónicas en tiempo real.
 - o Efectividad de la facturación.
 - o Facilidad para el proceso de radicación.
 - o Disminución de glosas.
 - o Gestión de cobro eficiente.
 - o Modelos de atención basados en procesos que generen satisfacción en el usuario y costoefectividad para la institución a la vez que favorezcan la investigación y la innovación y la generación de conocimiento.

Tabla 126. Ejemplo de tecnologías recomendadas en HUV.

N°	Programa	Efecto esperado
1	Clasificación o TRIAGE.	Precisión y disminución de tiempo en el proceso (8").
2	Tableros de pacientes.	Disminuye la ansiedad de los usuarios, permite ordenar y respetar el turno excepto si el paciente requiere atención prioritaria dos minutos por paciente que pregunta.
3	Historia clínica integrada	Facilita el análisis y seguimiento del paciente y su patología. Disminuye las glosas de facturación. Mantiene información en línea. Puede recibir resultados de apoyo diagnóstico en forma directa. Evita confusiones por error médico.

N°	Programa	Efecto esperado
		Facilita la extracción de información estadística de tipo epidemiológico diez minutos por consulta.
		Interdependencia con entre la historia clínica médica con la historia clínica de enfermería, resultados de laboratorios, farmacia, compras y todos los actores de la atención-seguridad y costoefectividad de la atención.
4	Historia clínica Médica.	Alternativas de tratamiento.
		Seguridad del paciente.
		Alternativas de medicación-interacciones medicamentosas.
		Seguimiento a diagnósticos-enlaces interdisciplinarios de los mismos y de las atenciones generadas.
		Semáforo de control para estancias prolongadas-identificación de causas y soluciones.
5	Historia clínica de Enfermería.	Seguimiento del paciente.
		Seguridad del paciente.
		Control de aplicación e intervención en horarios estipulados por tratantes.
		Semáforo de advertencia para intervención frente a hallazgos de enfermería en pacientes asignados.
6	Elaboración, control y seguimiento de órdenes médicas.	Enlace con almacén e inventario de medicamentos.
		Control de consumo.
		Control de vencimientos.
		Control de aplicación en horarios estipulados por tratantes.
7	Gestión y consulta de informes de resultados	Mayor interacción con el paciente.
		Documentación de eventos epidemiológicos.
8	Nutrición.	Monitoreo del estado nutricional y recomendaciones de ajuste.
		Integración con historia clínica general.
9	Hemodinámica y Electrofisiología.	Polígrafos para estudios electrofisiológicos y hemodinámicos.
		Enlace en historia clínica integrada-facilita el diagnóstico al médico encargado de la ayuda diagnóstica o terapéutica, al permitirle contextualización completa del caso clínico.
10	Cirugía Robótica.	Cirugía asistida por computador mediante sistema interactivo computarizado veloz e intuitivo.
		A través de la realidad virtual el cirujano determina las maniobras que el robot ejecutará en el paciente, la consola de mando donde trabaja el cirujano puede estar en el mismo quirófano o en cualquier lugar del mundo. La cirugía robótica o cirugía de telepresencia está basada en dos conceptos fundamentales que son: Realidad virtual Cibernética. Fundamental para el desarrollo de telemedicina en hospital inteligente integrado en red.
11	Obstetricia y neonatos.	Monitoreo de trabajo de parto, posición del bebé, señales de dilatación, periodicidad de contracciones, control el recién nacido en parto normal, prematuro, con cesárea o con dificultades.
		Monitoreo efectivo en tiempo real de embarazadas de alto y muy alto riesgo obstétrico.
12	Oftalmología.	Equipos biomédicos e insumos de última tecnología que permitan ejecutar de forma efectiva, entre otros, de los programas de prevención de ceguera en la región y manejo efectivo del trauma ocular.
13	Oncología, radioterapia.	Radioterapia Convencional, Radioterapia Conformal (3D-CRT) y Radioterapia Intensa Modulada (IMRT), Radiocirugía craneana, extracraneana y Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Fortalece la calidad de las imágenes para mejorar los diagnósticos.
		Uso de sistemas no invasivos

N°	Programa	Efecto esperado
14	Sistemas de laboratorio con conexión a analizadores.	Pruebas de laboratorio realizadas en analizadores automáticos conectados a ordenador con <i>software</i> de análisis que asocia los resultados al ID del paciente y presenta las distribuciones de los resultados y mediciones frente a valores de referencia. Envío de resultados a la historia clínica en tiempo real, en línea o vía correo electrónico. Tecnología de punta que permita diseñar ofertas únicas en la región-exámenes microbiológicos, de bionalálisis, entre otros.
15	Lectura de imagenología.	Ultrasonido (ecografía de alta resolución) tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones (PET con tecnología que disminuyen irradiación y permiten ahorro en tiempo y dinero). Lecturas en línea utilizando correo electrónico, migración de datos en línea, telemedicina.
16	Agenda de citas médicas.	Scheduler de citas, actividades y programación de productos médicos. Pude instalarse mediante Pad-Med. También sirve como programador de P&P y controlador de OLM. Sistemas de referencia y contrareferencia efectivos-logística de ambulancias.
17	Biomagnetismo médico.	El Par Biomagnético supone la comunicación con la sabiduría corporal para determinar, a través de un diálogo binario (extensión-contracción) entre terapeuta y células corporales, la región biomagnética que se encuentre en estado disfuncional y que ha sido invadida por elementos patógenos. A partir de esto, los campos irregulares pueden modificarse por medio de imanes para restablecer el equilibrio tanto Biomagnético (frecuencias celulares) como bioquímico (PH, neurotransmisores, neuroreguladores, hormonas y enzimas). El método supone que la gran mayoría de las enfermedades son provocadas por una infección, ya sea micro, es decir subclínica, o macro infección a nivel manifiesto.
18	<i>Software</i> de Fitoterapia guiada.	<i>Software</i> parametrizable según sintomatología que adecua procedimientos de terapia física según patología del paciente. Enlace con historia clínica integrada-contexto clínico del paciente. Equipos orientados a fortalecer una oferta de medicina física y rehabilitación a la vanguardia en la región.
19	Redes de información de apoyo para personal asistencial.	Listados de medicamentos, tecnologías e información médica en línea. Publicaciones médicas de vanguardia al alcance de todos.
20	Analista de sintomatología.	Aplicativos de consulta sobre diagnóstico como respuesta a síntomas del paciente. Presenta opciones de consulta de tratamientos recomendados y alternativas de procedimiento médico.
21	Guías y Protocolos de atención.	Basadas en Medicina apoyada en la evidencia. Al alcance de todos los equipos asistenciales. Sistemas de información que facilitan el conocimiento en línea para todos los responsables de la atención.
22	Herramientas digitales de evaluación.	Mediante lector de huella, el paciente o su familia pueden colocar un indicador de calificación visible en pantalla que se almacena para revisar tendencias y mejorar la calidad del servicio.
23	Equipos y suministros de odontología especializada.	Equipos biomédicos y recursos para la atención de odontología especializada de alta complejidad. Diseño de modelos de atención para la intervención en tiempo real en urgencias odontológicas-fortalecimiento tecnológico.

Fuente: Elaboración propia a partir de búsqueda en web de tecnologías mencionadas como requerimientos en documentos del HUV 2015. DOFA Facultad de Salud.

Organización eficiente (modelo de gestión)

Los pilares sobre los cuales subyace una organización altamente efectiva son los siguientes:

- Conformación de equipos de trabajo altamente efectivos CEAD: a figura siguiente muestra sus características.

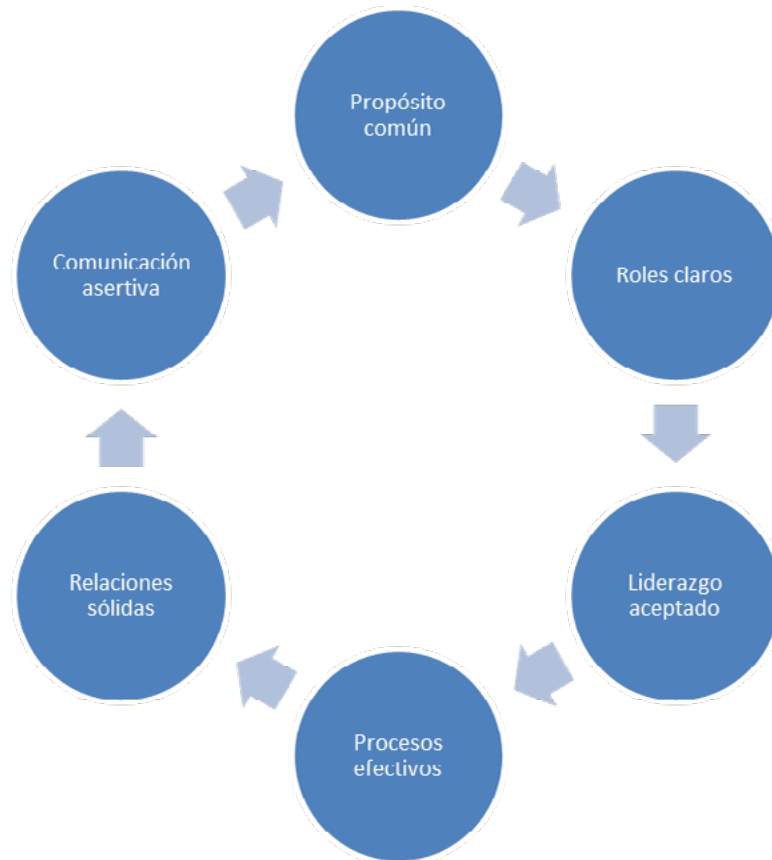


Figura 61. Características del CEAD.

Fuente: elaboración propia.

- b) Efectividad en el uso del recurso y el logro del resultado (mediciones-gestión basada en resultados): la cultura de la medición mediante indicadores procesados a través de los sistemas de información permiten monitorear la productividad (resultados y calidad) de las diferentes áreas misionales, de apoyo misional y administrativas. Se propone un sistema de indicadores sencillo pero efectivo cuyo resultado genere acciones y decisiones.
- c) Liderazgo, empoderamiento y gestión del cambio: no son simples teorías; las organizaciones de éxito tienen inmerso un alto componente de liderazgo para conducir equipos eficientes, monitorear resultados con base en indicadores y motivar la consecución de los resultados exitosos.
- d) Aprovechamiento de sus aliados estratégicos.

Optimización de recursos (¿quién paga la cuenta?)

- Es prioritario iniciar la renegociación de la convención colectiva. Revisar con detalle la posibilidad de existencia de beneficios que generen sobrecostos a las obligaciones derivadas de la nómina, así como la productividad en cada área de servicio que los colaboradores cobijados por convención sindical tengan y que puedan afectar la eficiencia operacional de la institución, esto puede lograrse por acuerdo entre las partes o por demanda de la convención, el ingreso a la Ley 550 es un arma que puede utilizarse como mecanismo de presión: es negociar la convención o la liquidación del hospital.
- Trámite pensional definitivo a quienes cumplen con los requisitos por edad, por incapacidad permanente o reiterada.

- Reubicación adecuada a los colaboradores con restricciones laborales.
- Disminución de cargos no misionales, el hospital debe centrar sus esfuerzos en lo misional.
- Negociación de retroactividad de cesantías.
- Renegociación de los costos por medicamentos.
- Estudio de tiempos y movimientos para asignar la planta de personal acorde con las necesidades y eliminación de costos por tiempos improductivos (trabajo dominical y extra).
- Definición de planta de cargos por competencias.
- Estandarización de procesos y actividades que permitan su agilidad y precisión.
- Eliminación de gastos innecesarios: viáticos, gastos de representación, gastos financieros,
- Optimizar los gastos de capacitación a través de la Universidad del Valle.
- Alianzas público-privadas o público-privado-público que permitan el fortalecimiento de la institución desde el punto de vista tecnológico y de procesos, sin dejar de ser un hospital universitario, con las ventajas ampliamente descritas ya conocidas. Lo anterior conservando el HUV el control de todas las acciones generadas en la institución.
- Disminuir probables pérdidas derivadas de la corrupción y la falta de control de los recursos.
- Optimizar el uso de la capacidad instalada mediante el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos.
- Disminución de las pérdidas (gastos) por glosas no conciliadas.
- Cobro efectivo de los valores provenientes de recobros (Resolución 1479 de 2015).
- Modificar la política de provisiones.
- Ejercer en forma eficiente las acciones de repetición.
- Disminuir los gastos por pérdidas en procesos judiciales.
- Dotación de habitaciones domóticas y laboratorios especializados con tecnología de punta.
- Inversión en actualización, reposición y mantenimiento de tecnología biomédica.
- Inversión en UCI adultos, neonatos, pediátrico y obstétrico, para fortalecer oferta de alta complejidad.
- Capacitación, especialización y reconversión del recurso humano misional del HUV (Universidad del Valle).
- Inversión tecnológica-*Software* administrativo integral con operación en línea y articulado con los procesos asistenciales (ver Figura 62).

Nuevos estilos de dirección orientados a resultados (Modelo cultural)-Health Managment

Sánchez (2009) trae a Likert para exponer la importancia del humano como factor de suma importancia a considerar en cualquier tipo de organización: "Todos y cada uno de los aspectos de las actividades de la firma vienen determinados por la competencia, motivación y eficacia generales de su organización en el plano humano" (p. 15). Sánchez también define en qué consiste el liderazgo:

El proceso de influencia recíproco en el cual uno de los miembros del grupo (líder) ejerce un mayor grado de influencia que el que el grupo en su conjunto ejerce sobre él cuando el contexto en el que se desarrolla dicho proceso así lo demanda, logrando de esta manera la orientación de todos hacia el logro de unos objetivos comunes previamente establecidos. (2009, pp. 94-95)

Los *health management* o gerentes de salud requieren una serie de competencias mixtas que posibiliten el óptimo desempeño de sus equipos en lo referente a uso de los recursos, ejecución de los procesos, desempeño de las personas, y todas estas acciones deberán conllevar a la prestación de un servicio de calidad centrado en la persona (usuarios sanos y enfermos).

Es necesario resaltar que en el ámbito de lo público se presentan procesos financieros complejos por lo que debe estar preparado para combinar las decisiones estratégicas con "*lo permitido*" por la norma.

Actualización de infraestructura y medios (disposición de activos estratégicos / valor de la inversión)

- Cumplimiento de la norma técnica de sismo resistencia: reforzamiento estructural de la edificación.
- Cumplimiento de las normas de habilitación distribución de espacios, separación de pacientes y descentralización de la atención.

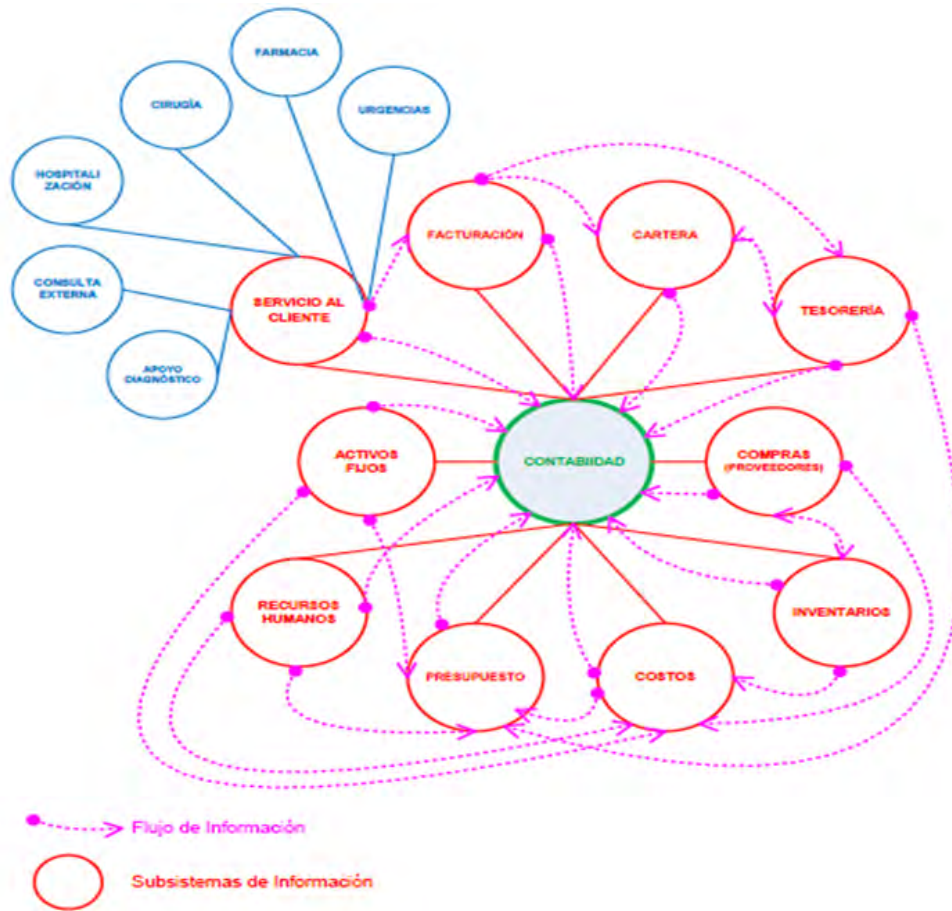


Figura 62. Estructuración de los sistemas de información hospitalarios.

Fuente: elaboración propia.

Las competencias asociadas al *health management* deben reflejar una combinación entre los conocimientos, habilidades y destrezas propias del servicio de salud, de la administración pública, del marco normativo de la organización hospitalaria y de la academia (investigación, extensión y docencia).

Por lo anterior el diseño de los cargos de dirección debe estar sopesado por variables de efectividad que le posibiliten el éxito en la gestión:

- **Reglas de juego claras:** el compromiso de cada empleado con la carta estratégica de la organización, deberes, derechos y obligaciones de las partes.

- **Formas de medición asertivas:** Cuadros de Mando Integral, indicadores de gestión, definición de tareas y actividades, reportes de información, objetivos y cánones de actuación.
- **Procedimientos de control y monitoreo:** definición de los medios y las formas utilizadas por este para monitorear los resultados parciales y finales con el objetivo y la toma de decisiones de ajuste.
- **Evaluación del desempeño:** reconocimiento de la efectividad en el logro de los objetivos y las tareas asignadas a sus colaboradores, así como también el carácter o el uso que tiene la información de dicho desempeño dentro del proceso de promoción.

- **Códigos efectivos de comunicación:** forma de impartir instrucciones a los colaboradores y el carácter de su contenido.
- **Segregación de funciones y responsabilidades:** conocer las líneas que dividen los procesos y los límites de responsabilidad para poder evaluar el desempeño.
- **Poder:** el poder formal o informal, así como también sus posibles usos en la solución de conflictos individuales, grupales y organizacionales.
- **Decisión:** capacidad para decidir con oportunidad y asertividad; las decisiones de hoy se basan en información.
- **Motivación:** capacidad para mantener equipos de trabajo de alto desempeño, con mística en el trabajo, sentido de pertenencia y orientación a resultados de calidad con valor agregado al usuario del servicio

Tabla 127. Interrelación de variables por escenario.

	Público-Privado	Público-Privado-Público	Privado-Privado
¿Quién paga la cuenta?	Ente territorial-Universidad-Aliados estratégicos (tercero privado).	Aseguradores. Aliados estratégicos (tercero privado). Ente territorial. Universidad.	Ente o grupo privado/Gran superficie de salud
Modelos de gestión	Seguridad paciente.	Seguridad paciente.	Predominio de negocio basado en finanzas.
	Calidad académica.	Calidad académica.	Rentabilidad.
	Investigación y gestión de conocimiento.	Investigación y gestión de conocimiento.	
	Lógica de sostenibilidad institucional.	Lógica de rentabilidad financiera.	
Confianza y acuerdos	Se conjugan el interés público y la atención de la población con la lógica de sostenibilidad institucional.	Mediación público-privada bajo primacía de lógica selectiva de unidades de atención estratégicas que generen rentabilidad social y financiera.	Subordinación a la lógica privada y al pago de la deuda.
Disposición de activos estratégicos	Univalle dispone todos sus activos estratégicos vistos en Facultades, Escuelas y Programas como apoyo para el desarrollo del HUV.	Univalle dispone de todos sus activos estratégicos vistos en Facultades, Escuelas y Programas como apoyo al desarrollo del HUV, orientando estas al fortalecimiento y diseño de unidades de atención estratégica que permitan generar conocimiento, seguridad en la atención y rentabilidad financiera.	No existe participación de la Universidad.
Modelo Cultural	Prácticas de cooperación.	Prácticas de cooperación y selección de Unidades estratégicas de atención basadas en gestión de conocimiento y rentabilidad social y financiera.	Modelo enfocado en la rentabilidad.
	Finalización de prácticas individualistas.	Modelo de atención basado en seguridad para el paciente y calidad de formación basadas en las Unidades de Atención seleccionadas.	Decisiones basadas en costo-beneficio.
	Modelo se centra en la seguridad del paciente y prácticas formativas.	Finalización de prácticas individualistas-modelo de gestión basado en procesos.	No interés académico. Predominio del interés privado sobre el público.

	Público-Privado	Público-Privado-Público	Privado-Privado
Rol Univalle	Liderazgo compartido con HUV, Gobernación y entes públicos.	Limitado compartido y selectivo según las unidades de atención y el privado que está en asocio.	Pierde liderazgo y participación.
Acuerdo entre Gobierno Nacional y Regional	Liderazgo compartido.	Liderazgo compartido.	Disminuye sustantivamente o desaparece su participación.

Fuente: elaboración propia.

Integración en red como paso para alcanzar el escenario de Hospital Inteligente

A la luz de la optimización de recursos tanto para la institución como para la ciudad y la región, pensar en integración de redes es una excelente opción para todos los actores. Desde hace tiempo la normatividad colombiana se ha ido orientando hacia la necesidad de conformar redes de atención que garanticen la adecuada prestación del servicio de salud. La Ley 1438 de 2011, por citar un importante ejemplo, define en su contenido la importancia de la implementación de estas redes para la atención efectiva de los pacientes.

La Política de Atención Integral en Salud para Colombia se presentó, según palabras del ministro de salud Fernando Ruiz Gómez durante la jornada de socialización de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) realizado en la sede San Fernando de la Universidad del Valle en el año 2016, política que muestra un enfoque hacia los ciudadanos:

Buscamos mejorar el modelo de atención en salud para la población. El sistema de salud en Colombia tiene diferentes problemas, desde la falta de oportunidad en la atención, excesos de autorizaciones y trabas que se le ponen a la gente para tener un buen servicio. Lo que busca la política es generar un modelo que elimine esas trabas y problemas. (Agencia de Noticias Univalle, 2016)

Esta nueva política obliga a las EPS y entes territoriales a tener definida la red para la atención de cada evento en salud, y plantea las redes integrales de atención, así mismo, hace énfasis en la Medicina Familiar, centrando esfuerzos en la atención primaria.

La idea es que los niveles básicos sean más resolutivos, dejando para la mediana y alta complejidad lo que realmente le compete para su intervención. La política de atención integral también define además la reestructuración completa de los servicios de urgencias, proponiendo un plazo aproximado de tres años para su implementación total en el país.

De ser adecuadamente implementado lo anterior, la carga de enfermedad bajaría, por tanto, las atenciones de alta complejidad serían menores en cantidad y complejidad, situación que mejoraría la atención y el servicio y que resulta importante tenerlo en cuenta a la luz de redefinir el portafolio a ofertar por parte del HUV.

Siendo la Universidad del Valle en conjunto con el Hospital pioneros a nivel nacional en el programa de Medicina Familiar, esta es una oportunidad única para constituirse en nodo de red a nivel país en la implementación de esta nueva política.

Los cambios en el modelo de atención son impactantes, ya que llevaría a que el usuario deje de ser autogestor de su atención, trasladando a la prestación del servicio (en este caso el Hospital) todo el ciclo del proceso de atención en salud de los pacientes; en este orden de ideas, un Hospital Universitario del Valle reestructurado y con un nuevo modelo de gestión es el indicado para ser la cabeza de red e integrar los nodos de atención en pro de un bien común: la seguridad del paciente, la gestión del conocimiento y la innovación todo en marco de la rentabilidad financiera de las instituciones pertenecientes a la red, que permita la perdurabilidad en el tiempo.

Siendo cabeza de red, el hospital puede centrar sus esfuerzos en dotarse en recursos humanos y físicos para la atención en centros de excelencia de mediana y alta complejidad, derivando a otras IPS de la red las atenciones de nivel más bajo, pudiendo compartir infraestructura para optimizar espacios, todo basado en acuerdos de confianza entre las partes, que garanticen la prestación de un servicio oportuno. Puede darse la adquisición de bienes y equipos así como de insumos en red, por tanto, además de la economía a escala se da la optimización en la utilización de estos recursos no solo para el HUV sino para el resto de la red. Es de anotar que una integración basada en acuerdos de confianza evita la competencia innecesaria, frente a un mercado finito con el fin de prevenir el desperdicio de recursos.

Este tipo de alianzas benefician la reducción de costos, regulando un crecimiento racional donde cada nodo desarrolla su propia competencia, permitiendo la especialización y subespecialización, favoreciendo así el desarrollo de centros de excelencia. Los centros de excelencia permiten la especialidad y subespecialidad, generando mayores incentivos para la investigación y la docencia, siendo el escenario ideal para una atención segura y cálida. Para lograr esta integración en red es necesario contar con sistemas de información fortalecidos, que faciliten el intercambio de información en tiempo real, de manera que las atenciones de los pacientes sean fácilmente conocidas y seguidas por los equipos asistenciales de cualquier nodo de red, esto facilita la atención en cualquiera de los puntos, evitando reprocesos, costos innecesarios por duplicidad de acciones y garantiza el adecuado seguimiento, remisión contrarremisión dentro de las IPS de la red.

La maximización de la eficiencia de cada uno de los integrantes de la red es clara; cada uno se dedicará a su core de atención, permitiendo poner las bases de creación de centros de excelencia, favoreciendo el desarrollo a hospital inteligente y facilitando los procesos de compras en conjunto para aprovechar las economías a escala que favorecen la rentabilidad operacional. Así mismo, la posibilidad de ofertar atenciones integrales gracias al fortalecimiento

interinstitucional es un gancho atractivo para la contratación con las aseguradoras que encontrarán una propuesta atractiva desde el punto de vista comercial y seguro desde el punto de vista asistencial.

Reconversión hacia un Hospital Inteligente

El Hospital Inteligente es el Hospital del Futuro, aquel que genera ciclos de aprendizaje y crecimiento, donde la investigación la innovación y la generación de conocimiento es del día a día, donde se interrelacionan las escuelas, facultades y programas de todas las disciplinas de la universidad para fortalecer un proyecto conjunto: la prestación de salud.

Es un escenario ambicioso, pero como se dijo al principio de este documento, el fin de la prospectiva es orientar a pensar en el mejor de los escenarios futuros, cuando se tiene clara la meta es más fácil orientar los planes para el alcance de los objetivos propuestos.

Siguiendo el hilo conductor de los escenarios propuestos, se observa que una vez estabilizado se puede lograr la reestructuración de la institución, se puede evidenciar que el Hospital, con un adecuado modelo de gestión y orientando sus pasos de la forma indicada, tiene todo lo necesario para lograr ser el hospital inteligente más importante del país.

Un Hospital Inteligente es parte de una red integrada de servicios, pero actúa como promotor de un sistema de innovación, es el orquestador de un sistema de innovación donde no solamente está involucrado el sector salud, sino que puede haber conexos y complementarios, por ejemplo, en el sector educativo para prevención; alimentos para nutrición, con equipos médicos para el desarrollo tecnológico del sector. En este escenario el HUV debe tener una gran capacidad de orquestación, ya que debe ser cabeza de red y orientar el trabajo de las otras IPS, a la vez que tiene que trabajar coordinadamente con la Universidad del Valle y otras instituciones con que tenga convenios docencia/servicio asistencial CODA para la gestión de innovación y conocimiento; en este orden de ideas, el HUV no solamente puede vender servicios asistenciales sino también modelos

de gerenciamiento en salud, apoyo en investigación y capacitaciones, entre otros.

El Hospital Inteligente trabaja en red, de tal manera que garantiza el flujo de atención arriba descrito, los centros de excelencia creados en cada una de las IPS están orientados a la investigación y generación de un conocimiento que se hace visible en el paciente. Los modelos van más allá de lo asistencial; involucran aspectos tales como apoyo con trabajo social y psicología para la orientación del paciente altamente complejo en su entorno familiar y laboral; aprovechamiento del tiempo con el apoyo de la Universidad del Valle y el Ministerio de Educación para la escolarización de pacientes con larga estancia por enfermedades crónicas, entre otros portafolios que pueden ofertarse desde la institución, con el apoyo de la red. En este escenario la investigación, innovación y gestión de conocimiento se comparte a nivel nacional e internacional en red, de tal manera que los centros de excelencia diseñados en el HUV son sitio de referencia para la atención de pacientes complejos de cualquier sitio del país, y referentes para el intercambio de docentes y estudiantes de todas las disciplinas, no solamente salud.

Entendiendo las ventajas que la implementación de la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) a implementarse en Colombia tendría para el Hospital con el apoyo de la Universidad del Valle y partiendo de la base del logro de una estructuración en red, es claro que el diseño del hospital inteligente que es necesario debe tener en cuenta que el mercado objetivo cambiará en el futuro de lograrse la meta propuesta por el Estado orientada a reducir la carga de enfermedad.

Es por esto que el diseño de portafolios a ofrecer, debe ser retador, orientarse a ser fuertes en la atención de la alta y muy alta complejidad basándose en la conformación de centros de excelencia, siendo cabeza de redes integradas que garanticen el adecuado proceso de atención. El cambio a los modelos actuales es importante, dado vez que hoy el hospital está enfocado en curar, el hospital del futuro estará enfocado en prevenir la enfermedad, así como en curar la ya existente, trabajando en un enfoque biop-

sicosocial, en el que la familia y las condiciones del ambiente son factores clave para la rápida recuperación del enfermo.

Puede ser pionera la institución donde se den las condiciones para la visita permanente del familiar, donde las condiciones de las habitaciones generen confort (televisión, sábanas y almohadas cómodas, ambientes confortables), manejo en conjunto con el paciente y la familia permitirá disminuir el riesgo en salud, ya que todos harán parte del proceso de curación (el paciente o el familiar puede “recordar” el horario del medicamento o la hora de toma de alguna ayuda diagnóstica).

En este orden de ideas, los hospitales podrían tener menos ingresos por atención de pacientes, ya que el sistema se orienta a la prevención de la enfermedad, siendo indispensable tener claro cuál será la estrategia para la generación de ingresos; un hospital del futuro hace parte de una red integrada de servicios, centros de excelencia que enfocan sus esfuerzos en dar el cuidado correcto a la hora correcta en el lugar correcto.

La conformación de Centros de excelencia para manejar oncología, salud de la mujer, cardiovascular, en fin, cualquier proceso de enfermedad que pueda ser manejada desde la óptica de la prevención. En una punta de esta red se encuentran las IPS encargadas de dar educación, apoyo, enfoque preventivo; en la medida que se avanza en la enfermedad habrá otras IPS encargadas cada una de las atenciones según la necesidad, y en la cúspide de la red está el HUV para el manejo de todas las atenciones complejas que se puedan derivar, como mejor opción para el paciente, quien nunca sale del sistema, ya que la referencia y contrareferencia, al ser interna, no se traslada al usuario y su familia, cumpliéndose uno de los fines estipulados por la nueva política “no autogestión”.

Para los aseguradores es la mejor opción de contratación, ya que esta red, manejada de forma eficiente, garantiza la atención integral de los pacientes, a la vez que trabaja para evitar la enfermedad prevenible, con lo que se espera que a mediano y largo plazo el costo social y financiero de estas situaciones en salud disminuya, generando recursos excedentes

para dar un alivio a la situación financiera del sistema y generar flujos de caja constantes para todos los actores. Este cambio en el modelo de atención hace necesario que se redimensione el sistema de pagos por parte de los aseguradores a las IPS, generando así estímulos por eficiencia, estímulos por núcleo familiar sano; será más rentable tener los hospitales vacíos que llenos de pacientes.

Seguirán dándose, por supuesto, las atenciones no evitables, asociadas entre otras a trauma, por poner solo un ejemplo, la centralización de estas atenciones en uno o dos prestadores permitirá mejorar los costos asociados a la atención a la vez que favorecerá la experticia generándose atenciones costoefectivas.

Consideraciones de infraestructura, recursos y capacidades

Se propone implementar el concepto de hospitales inteligentes, donde todos los procesos, procedimientos y manejo de recursos estén asistidos por el desarrollo, manejo y consulta de información en la nube, mediante aplicativos construidos sobre bases de datos relacionales que permitan la fácil parametrización bajo el concepto de sistemas abiertos.

El Hospital Inteligente implementa de forma masiva, tecnologías de información y de comunicación

logrando establecer una red interna (profesionales, pacientes, personal de apoyo misional) y una red externa con sus proveedores (laboratorios farmacéuticos, proveedores de insumos, proveedores de tecnología, organismos de inspección, vigilancia y control, usuarios del sistema, organizaciones sociales y de participación e Instituciones de Dirección Estratégico). Así mismo, los procesos, procedimientos, récord estadístico, información epidemiológica y el servicio en general, presentan mejoras sustantivas en su calidad y hacen de la tecnología su mejor aliado para la prestación de servicios eficientes, integrales, oportunos, garantizando calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

Ejemplos de hospital inteligente se encuentran: el hospital "sin papeles" de Son Llátzer, en Baleares-España, el hospital digital de Sanitas, La Moraleja España, el hospital General de Zona 7 "Dr. Mariano Azuela González", del Instituto Mexicano del Seguro Social, el hospital solar de Mirebalais en Haití y el hospital es el Gundersen de USA los dos últimos calificados más por su desempeño ambiental que por su naturaleza digital.

ESTRATEGIAS DE ESTABILIZACIÓN

Teniendo en cuenta que, la institución presenta una situación notoriamente desencadenada y desunida, es por ello que, hemos denominado el contexto del Hospital como el de “venas rotas”. A continuación, se determinan las estrategias para el proceso de estabilización y reestructuración del HUV:

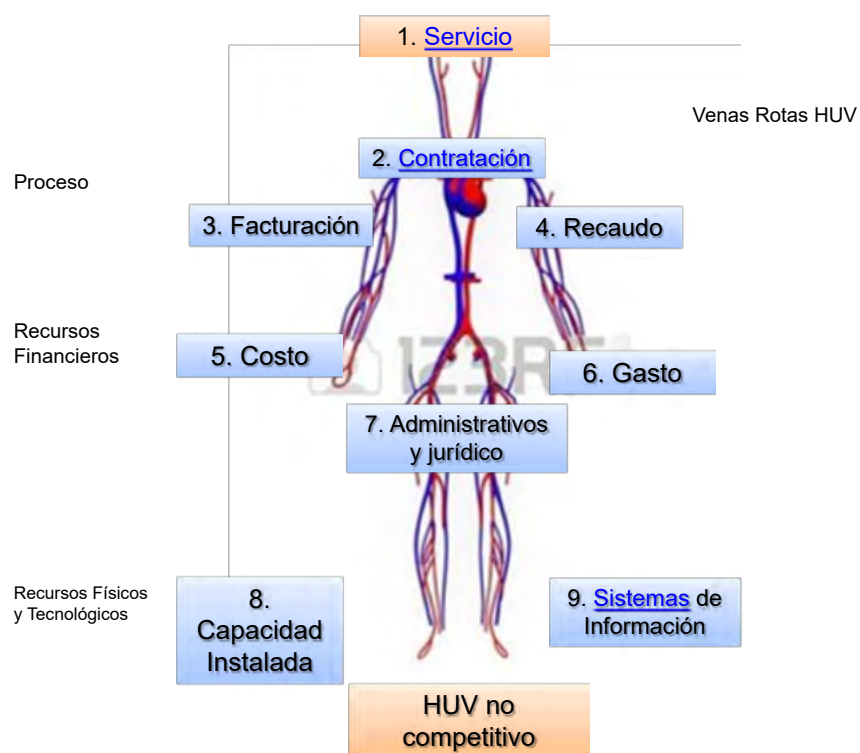


Figura 63. Venas rotas del HUV

Fuente: elaboración propia (2016).

Tabla 128. Estrategias de estabilización HUV.

Modelos de atención	El Hospital trabaja orientado a la atención por patología.	Centros de excelencia que permiten mayor competitividad.	Es una fase avanzada del de redes integradas de servicio siendo el hospital cabeza de red.
	Al no ser centro de excelencia compite con otras IPS de mediana alta complejidad por un mercado finito.	Integración en red que evita el desperdicio de recursos y la competencia innecesaria frente a un mercado finito.	Es más costos, pero tiene un mayor potencial de servicios a ofertar.
	El nuevo modelo propuesto por el gobierno que propende por trabajar en medicina preventiva haría que a futuro disminuyera la carga de enfermedad, con lo que puede afectarse con un menor flujo de pacientes susceptible a atender.	Trabajo orientado a la atención de la enfermedad y a la prevención de la misma, diseñando, frente a esta última opción, centros de excelencia que generarán perdurabilidad a futuro.	Tiene una mayor posibilidad de generar recursos, por lo que los costos y los gastos son controlables y se genera rentabilidad organizacional.
		Este modelo de atención permite la especialidad y subespecialidad generando mayores incentivos para la investigación y docencia, siendo el escenario ideal para centros de excelencia donde la confianza se convierte en un asunto central.	Ofrece un mayor potencial de servicios, generando una mayor cobertura y una diferenciación en el mercado.
			Se fortalece la investigación y sus alianzas docencia-servicios, requiriendo de estrategias para provocar formación de capacidades en el sistema.
Centros de excelencia	De lograr diseñarse estos serían limitados, tendrían menos vitalidad por estar muy dispersos lo que no contribuye a la concentración de los esfuerzos, carecerían de un enfoque claro y definido, generando presión estratégica.	Permite la creación y operacionalización de centros de excelencia.	Es la evolución del escenario como cabeza de red.
		Permite la diferenciación en el sector y disminuye la competencia innecesaria, al centrar las actividades según nivel de atención y por acuerdos de servicios.	Aquí hay mayor integración entre las redes, y se favorece la integración a estos de múltiples disciplinas, gracias al acompañamiento y apoyo permanente de la Universidad del Valle.
			La Universidad apoya la formación de recurso humano especializado y con competencias distintivas que permitirá contar con centros de excelencia pioneros e innovadores.

Fuente: elaboración propia (2016).

Tabla 129. Estrategias de estabilización HUV, venas rotas y estrategias.

VENAS ROTAS	ESTRATEGIAS
Servicio	<p>Implementar un modelo de gestión basado en procesos donde se establezcan indicadores de gestión orientados a resultados con el correspondiente seguimiento periódico.</p> <p>Apoyo de la Facultad de Administración para el rediseño organizacional y la implementación de la estructura que el HUV requiere, en tal sentido, conformar un equipo orientado al desarrollo de procesos centrados en el paciente y el estudiante.</p> <p>Reestructurar los procesos administrativos y asistenciales.</p> <p>Selección de los trabajadores por meritocracia de acuerdo al perfil del cargo establecido, se ofrecerá vinculación por contrato laboral para fortalecer la pertenencia a la institución. Diseñar esquema de remuneración salarial y no salarial cuando exista un desempeño superior.</p> <p>Generar una nueva cultura organizacional, donde exista conciencia en todos los colaboradores sobre la importancia del desarrollo de capacidades como estrategia para alcanzar los objetivos. Así mismo, entender que cada uno de los miembros de los equipos asistencial-administrativo y operativo son actores vitales de la atención y que se hace parte de un sistema, que debe ser gestionado de forma adecuada para garantizar la sostenibilidad del mismo.</p> <p>Modernizar el modelo de atención al paciente con la intervención de las Facultades de Salud, Artes Integradas y Humanidades, por ejemplo, se estructurarán planes de trabajo que permitan escolarizar a niños con larga estancia. Fortalecer y/o diseñar unidades estratégicas de atención: Unidad de Hematología, Unidad de Trauma, Unidad de Ginecoobstetricia-alto riesgo obstétrico, Unidad de Terapia intensiva adulto, neonatal, pediátrica y obstétrica, Medicina Física y Rehabilitación, Banco de Sangre, Unidad de Salud Mental, Programas Quirúrgicos Especiales para generar rentabilidad social y financiera. Apoyo de la Facultad de Salud de Univalle. Se generará atención clínica con alta calidad técnico científica siendo competitivos, atractivos y complementarios para los niveles de mediana y alta complejidad.</p> <p>Optimizar la oportunidad de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) fortaleciendo a la Escuela de Medicina Familiar, puede ser exportador de este modelo de atención al país, a la vez que se implementa este en las diferentes IPS de nivel básico.</p> <p>Seguimiento continuo al cumplimiento del CODA, HUV-UV.</p> <p>Optimizar la estructura UV-HUV orientada a la investigación aplicada en todas las facultades de la Universidad, y, además, acceder a recursos provenientes de entidades nacionales e internacionales que reconocen el prestigio de las dos instituciones.</p> <p>Identificar posibles alianzas que favorezcan al HUV y a la práctica formativa de UV: público-público o público-privado-público.</p>
Contratación	<p>Garantizar un adecuado manejo de modelos de contratación y control de los mismos. Apoyar los procesos de mercadeo y financieros que permitan optimizar todos los recursos existentes.</p> <p>Renegociar contratos con aseguradores, sirviendo como garante el Ente Territorial e implementar seguimientos para establecer una relación contractual justa donde exista una relación de ganar-ganar.</p>
Facturación y Recaudo	<p>Diseñar e implementar modelos efectivos de facturación.</p> <p>Modernizar procesos de radicación y gestión efectiva de cartera para lograr el flujo de recursos a la institución.</p> <p>Compromiso del Estado con el adecuado flujo de recursos-pago por atención a población pobre no asegurada, vigilancia y control a aseguradoras para pagos oportunos por atención.</p>
Costo y Gasto	<p>Definir reglas de juego claras para todos los actores, basando estas en indicadores de gestión, seguimiento a resultados y responsabilidad residual a todo nivel tanto para equipos asistenciales como administrativos. Se entiende la responsabilidad residual como la construcción en conjunto de planes de mejora cuando sea lugar, pero también la retribución de algún tipo frente al trabajo bien hecho.</p> <p>Revisar situación de incapacidades y personas candidatas a ser pensionadas.</p> <p>Revisar y concertar ajustes a la convención colectiva y régimen sindical.</p> <p>Optimización del plan de compras.</p>
Administrativos y Jurídicos	<p>Apoyar la construcción de modelos de atención centrados en la seguridad y satisfacción del paciente, diseño de nuevas y mejores formas de hacer lo mismo serán el trabajo del día a día de un equipo orientado a trabajar en pro del crecimiento y fortalecimiento del Hospital.</p> <p>Diseñar e implementar un modelo integral de auditoría.</p> <p>Seguimiento y respuesta oportuna a los asuntos jurídicos y legales que deba afrontar el HUV.</p> <p>Establecer una mecanismo que permita garantizar la corresponsabilidad en procesos legales asociados a la responsabilidad médica.</p>
Capacidad Instalada	<p>Diseñar un plan de renovación tecnológica y de mantenimiento de equipos biomédicos.</p> <p>Apoyo de las Facultades de Ingeniería y de Arquitectura para el diseño de los ajustes de infraestructura, buscando alternativas amigables con el planeta y costo-efectivas que permitan continuar prestando la atención del servicio cumpliendo requisitos de habilitación e incluso de acreditación.</p>

Fuente: elaboración propia (2016).

Roles de los actores involucrados frente al proceso de estabilización

Tabla 130. Roles de los diferentes actores

Rol del Hospital Universitario del Valle	Rol del Hospital Universitario del Valle
Reestructurar todos los procesos administrativos y asistenciales. Realizar, en conjunto con la academia, estudios de cargas de trabajo y necesidades de la organización, que serán la base para el diseño de procesos y modelos organizacionales.	Definir cargas académicas y asistenciales de forma clara; asimismo, definir roles, perfiles y procesos, metas e indicadores y mecanismos de seguimiento a todo nivel.
Revisar situación incapacidades y personas candidatas a ser pensionadas	Seguimiento continuo al cumplimiento de CODA, HUV-UV.
Revisar y concertar ajustes de la convención colectiva y régimen sindical.	Implementar proceso de mercadeo institucional que se encargará de hacer inteligencia de mercado, diseñar en conjunto con las áreas asistencial y administrativa productos y servicios orientados a cubrir las necesidades de clientes. Lo anterior en el marco de un hospital que pueda transformarse con agilidad frente a las necesidades y cambios en el entorno.
Definir reglas de juego claras para todos los actores, basando estas en indicadores de gestión, seguimiento a resultados y responsabilidad residual a todo nivel tanto para equipos asistenciales como administrativos. Se entiende la responsabilidad residual como la construcción en conjunto de planes de mejora cuando sea lugar, pero también la retribución de algún tipo frente al trabajo bien hecho.	Construir unidades de atención basadas en estructuras de costos claros, que permitan diseñar modelos y procesos que garanticen seguridad y calidad académica así como la rentabilidad organizacional.
Orientar la gestión del Hospital a la gestión por resultados. Selección de los trabajadores por meritocracia a todo nivel. Vinculación por contrato laboral, con lo que se logra sentido de pertenencia y arraigo.	Identificar posibles alianzas que favorezcan al HUV, y a la práctica formativa de la Universidad del Valle: público-público-privado-público.
Definir claramente los perfiles para cada cargo, el rol a desempeñar, las interrelaciones con las demás áreas de la institución y las competencias conductuales y técnico-científicas que cada uno de los trabajadores de la institución deben tener.	Diseñar e implementar modelos efectivos de facturación.
Metas para cargo definidas y los indicadores de gestión orientados a tal fin. Seguimiento a resultados periódicamente. Definición de planes de trabajo cuando existan oportunidades de mejora. Diseñar esquema de remuneraciones salariales y no salariales cuando existe un desempeño superior.	Modernizar procesos de radicación y gestión efectiva de cartera.
Encargar un equipo orientado al desarrollo de modelos gerenciales orientados a la optimización de procesos.	Diseñar e implementar un modelo integral de auditoría.
Garantizar un adecuado manejo de modelos de contratación y control de los mismos. Apoyar los procesos de mercadeo y financieros que permitan optimizar todos los recursos existentes.	Optimización de plan de compras-comité de compras.
Renegociar contratos con aseguradores sirviendo como garante el ente territorial. Implementar seguimientos.	Mejorar sistemas de información.
Cultura organizacional: generar conciencia en todos los colaboradores del Hospital de la importancia del desarrollo de capacidades como estrategia para alcanzar los objetivos alcanzados. Así mismo, entender que cada uno de los miembros de los equipos asistencial, administrativo y operativo son actores vitales de la atención y que se hace parte de un sistema, que debe ser gestionado de forma adecuada para garantizar la sostenibilidad del mismo.	Modernizar modelo de atención del paciente.
	Estandarización de manuales, guías, proceso y procedimientos clínicos y administrativos.
	Fortalecer historia clínica sistematizada.
	Garantizar suministros para la atención de los pacientes de forma oportuna y suficiente.
	Diseñar un plan de renovación tecnológica-mantenimiento de equipos biomédicos.
	Modelo de gestión basado en procesos.
	Fortalecer-diseñar unidades estratégicas de atención: Unidad de hematología-oncología. Unidad de trauma, unidad de ginecología-obstetricia -alto riesgo obstétrico. Unidad de terapia intensiva adulto, neonatal, pediátrica y obstétrica. Medicina física y rehabilitación, banco de sangre, unidad de salud mental, programas quirúrgicos especiales.

Continúa

Continúa

Rol de la Universidad del Valle

Apoyo de la Facultad de Administración para el rediseño organizacional y la implementación de la estructura que el Hospital necesita. Trabajar en el diseño e implementación de la estructura y política de costos, en el rediseño de los procesos de facturación y gestión de cartera.

Diseño y fortalecimiento de unidades estratégicas de atención con el apoyo de la Facultad de Salud y el concurso de toda la universidad. Constituir las como unidades de negocio centradas en el paciente y el estudiante, generando rentabilidad social y financiera.

Diseñar e implementar con el apoyo de la Facultad de Salud modelos de auditoría que abarquen aspectos importantes como la calidad de atención, la prevención, la intervención en tiempo real de acción conyunturales y el apoyo al área administrativa, siendo su meta erradicar las glosas prevenibles en la organización.

Apoyo de la Facultad de Ingeniería y la Facultad de Arquitectura para el diseño de los ajustes de la infraestructura, buscando alternativas amigables con el planeta y costo-efectivas que permitan continuar prestando la atención del servicio, con el cumplimiento de los requisitos de la habilitación e incluso de acreditación.

Trabajo en equipo entre Artes Integradas, Psicología, Música con la demás escuelas para lograr altos niveles de satisfacción y confort para los pacientes.

Estructurar desde la Facultad de Humanidades, Literatura, Matemáticas Física, entre otras, planes de trabajo que permitan escolarizar a niños con largar estancia en el Hospital.

Continúa

Rol de la Universidad del Valle

Optimizar la oportunidad de la política de atención integral de Salud (PAIS) fortaleciendo la Escuela de Medicina Familiar. Puede ser exportador de este modelo de atención en el país, a la vez que implementa este en las diferentes IPS de nivel básico.

Formar el recurso humano que se necesita para administrar el Hospital en el hoy y en el mañana. Preparar gerentes, directores, jefes y coordinadores (entre otros cargos) con las competencias suficientes para mantener al Hospital en la vanguardia con procesos eficientes.

Apoyar la construcción de modelos de atención centrados en la seguridad y satisfacción del paciente, diseño de nuevas y mejores formas de hacer lo mismo serán el trabajo del día a día de un equipo orientado a trabajar en pro del crecimiento y el fortalecimiento del Hospital.

Optimizar la estructura Universidad-Hospital orientada a la investigación aplicada en todas las escuelas, programas y facultades de la universidad.

Rol del Estado nación

Compromiso con el adecuado flujo de recursos-pago por atención a población pobre no asegurada, vigilancia y control a aseguradoras para pagos oportunos por atención.

Rol de los aseguradores

Contratación con el Hospital Universitario del Valle, garantizando relación contractual justa donde exista una relación de ganar-ganar.

Garantizar el flujo adecuado de recursos a la institución.

Fuente: elaboración propia.

UNA MIRADA PROSPECTIVA A LOS 30 MESES DE ESTE ESTUDIO

Una de las apuestas de mayor impacto social establecido en el Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 del Valle del Cauca "*El Valle está en voz*", se relaciona con el sector salud y la relevancia que dentro de este se le ha dado al plan de salvamento del Hospital Universitario del Valle, habida cuenta de ubicarlo como la columna vertebral de lo que sería la conformación de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud del Departamento, gracias a la experiencia institucional de la entidad, la conformación de un importante capital intelectual derivado de los procesos de investigación y docencia en alianza con la Universidad del Valle.

El HUV tal como se describe en los primeros capítulos de esta publicación y se reafirma en su visión, ha sido y será una institución líder en los procesos de rehabilitación de la salud, de mediana y alta complejidad, siendo el mejor escenario para la formación y entrenamiento del talento humano del sector salud.

El compromiso de la Gobernación, de la Secretaría de Salud Departamental y de la entidad con el apoyo de la Universidad del Valle ha tenido como meta decidida: la sostenibilidad financiera, la calidad de los servicios (acreditación en alta calidad) y el apoyo a la formación del capital humano en las profesiones de la salud; un reto que no es de poca monta si retomamos las cifras de los estados financieros y presupuestales 2014, 2015, el uso de la capacidad instalada y demás debilidades ya mencionadas en el presente documento.

No obstante, lo anterior en este apartado se pretende realizar una propuesta de rendición de cuentas que permita medir el grado de avance y los aciertos y desaciertos en el proceso denominado por algunos "la cauterización de las venas rota del Hospital Universitario del Valle".

A continuación, se resumen los principales hitos del proceso.

Línea de tiempo del hospital y del proceso de reestructuración de pasivos

Transcurridos treinta meses, desde la culminación de la estructuración de las "Bases para la construcción del plan de salvamento del HUV", (junio de 2016), y treinta y nueve (39) meses desde que asumió la actual Gobernadora del Departamento y como Presidenta de la Junta Directiva del HUV, a iniciativa de la Rectoría de la Universidad de Valle, se retoma el análisis para establecer cómo va el proceso, observando que aunque no ha sido posible suscribir el acuerdo de reestructuración, los procesos de saneamiento han hecho posible los siguientes logros, evidenciados en los informes de rendición de cuentas.

- Mejora en el flujo de recursos derivado de acuerdos entre la Gobernación y las EPS del régimen subsidiado para realizar giros directos al HUV.
- Acuerdo de acreedores en la recta final de negociación.
- Planes de fortalecimiento y estabilización financiera adelantados.

- Mejora en las cifras financieras y de servicio.
- Ajustes fiscales y presupuestales.
- Racionalización de costos y gastos sin detrimento de la calidad.
- Mejora en la calidad del servicio.
- Ampliación de cobertura mediante habilitación de un mayor número de camas, laboratorios, quirófanos.
- Mejoras en los recaudos de cartera.
- Disminución de glosas.
- Mejoras en los procesos de facturación.

La aprobación de la entrada del Hospital Universitario del Valle en la Ley 550 de 1999, no fue de buen recibo para algunos sectores cercanos al Hospital (terceros interesados), ante el argumento del bajo nivel de éxito que presentan las entidades que ingresan a este proceso:

En el contexto colombiano es importante recordar que, de las 546 sociedades en reestructuración con información financiera, sólo 168 empresas tuvieron por actuación final el cumplimiento del acuerdo, mientras que los 378 restantes tu-

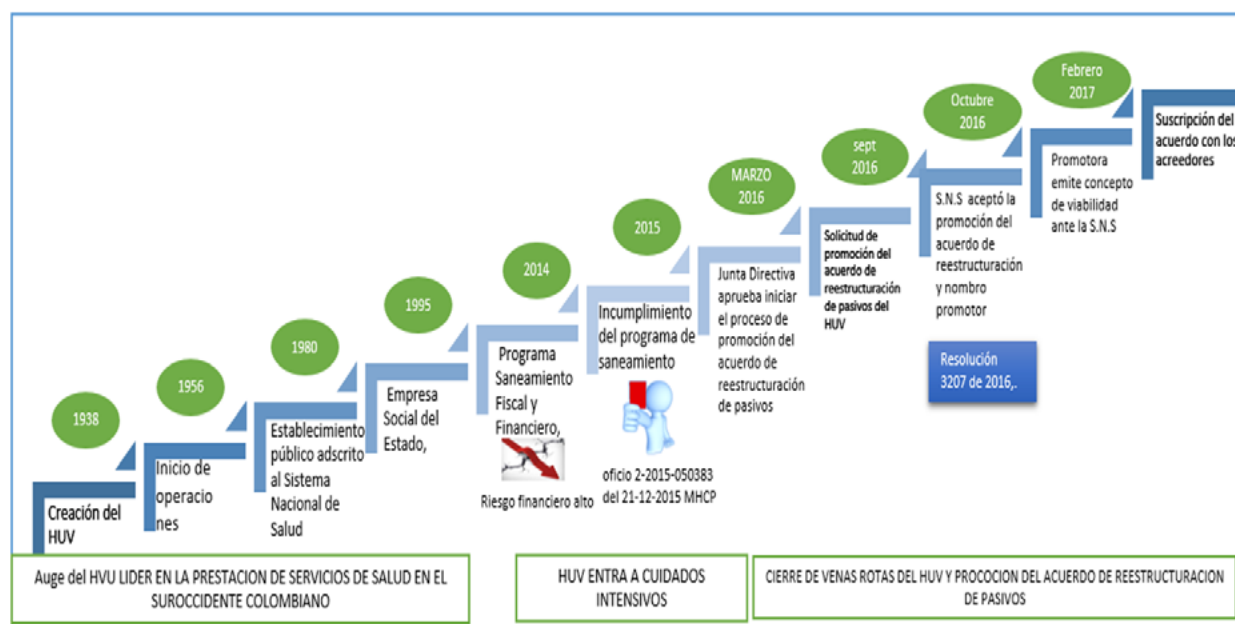


Figura 64. Línea de tiempo Reestructuración del HUV.

Fuente: elaboración propia.

vieron por actuación final su liquidación. Ahora bien, de las sociedades que no terminaron en liquidación, el 26% obtuvo pérdidas operativas en los tres años siguientes al proceso de reestructuración, y un 15% se liquidó o canceló su matrícula 3 años después de terminado el proceso de reestructuración 69% se liquidan. (Superintendencia de Sociedades Colombia, 2013, p. 19)

Probablemente, parte de las inconformidades se dan por la necesidad de racionalizar los costos y gastos en tal forma que permitan hacer del Hospital una entidad más competitiva, como condición para sobrevivir en las condiciones actuales, tanto regulativas como de mercado¹³. Igualmente, la falta de credibilidad en el proceso, puesto que durante el tiempo que dure el acuerdo, la entidad se obliga a cumplir cabalmente con sus obligaciones en los tiempos y plazos estipulados en el mismo.

A pesar de las inconformidades, la apuesta política de la Junta Directiva del HUV por salvar a la Institución en alianza estratégica con la Gobernación del Valle del Cauca y la Universidad del Valle, fue decisiva para emprender el proceso de reestructuración dos meses después de haber asumido como gobernadora del Valle la Dra. Dilian Francisca Toro Torres.

Iniciar el proceso trajo consigo diferentes desafíos, relacionados con los requerimientos de información propios del proceso, entre ellos, establecer los saldos insolutos en favor de terceros y elaborar el plan financiero con el horizonte requerido para estabilizar los flujos financieros y cumplir con el acuerdo.

De acuerdo con el documento publicado por la entidad, el ya mencionado plan financiero se basa en una mejora notoria de los ingresos fundamentado en la capacidad instalada presente, la mejora en los procesos de facturación, la disminución de glosas y el logro de una mayor celeridad en la recuperación de la cartera. Aunado a la necesidad de fortalecer el ingreso la meta también debía contemplar la optimización de los costos y gastos, habida cuenta de las fisuras existentes reflejadas en los análisis de competitividad contenidos en la formulación de debilidades de este documento.

Del plan financiero se resalta:

- a) Ingresos proyectados en millones de pesos, a partir de 2017 (año uno) y los 13 años siguientes en los cuales se espera adelantar el proceso.

Tabla 131. Ingresos proyectados 2017-2029.

Concepto \ año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Facturación anual	168,313	177,267	186,698	196,630	207,091	218,108	229,712	241,932	254,803	268,359	282,635	297,050	312,199
Comisiones	8,366	8,758	9,170	9,605	10,063	10,545	11,053	10,588	11,151	11,744	12,369	13,000	13,663
Estampilla	29,659	30,252	30,882	31,550	32,259	33,010	33,806	35,540	37,367	39,290	41,316	43,423	45,637
Total Ingreso	206,338	216,277	226,750	237,785	249,413	261,663	274,571	288,060	303,321	319,393	336,320	353,473	371,500

Fuente: Plan financiero de reestructuración a 13 años HUV.

¹³ Se usa el término mercado porque la Ley 100 de 1991 convierte la salud en un sistema de mercado.

- b) Gastos proyectados en millones de pesos, a partir de 2017 (año uno) y los 13 años siguientes en los cuales se espera adelantar el proceso (ver Tabla 132).

Tabla 132. Gastos proyectados 2017-2029.

Concepto \ año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Personal	119,192	125,533	132,211	130,239	137,167	144,465	152,150	160,245	168,770	177,748	187,204	196,752	206,786
Generales	20,229	21,305	22,439	23,633	24,890	26,214	27,609	29,077	30,624	32,254	33,969	35,702	37,523
Total Gastos	139,421	146,838	154,650	153,871	162,057	170,679	179,759	189,322	199,394	210,002	221,174	232,454	244,309

Fuente: Plan financiero de reestructuración a 13 años HUV.

- c) Costos proyectados en millones de pesos, a partir de 2017 (año uno) y los 13 años siguientes en los cuales se espera adelantar el proceso (ver Tabla 133).

Tabla 133. Costos proyectados 2017-2029.

Concepto \ año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Costos	25,345	26,694	28,114	29,609	31,185	32,844	34,591	36,431	38,369	40,411	42,560	44,731	47,012

Fuente: Plan financiero de reestructuración a 13 años HUV.

- d) Excedentes financieros proyectados en millones de pesos, a partir de 2017 (año uno) y los 13 años siguientes en los cuales se espera adelantar el proceso:

Tabla 134. Excedentes financieros proyectados.

Concepto \ año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Excedentes de liquidez	41,572	42,745	43,987	54,305	56,171	58,141	60,221	62,307	65,558	68,981	72,586	76,288	80,179

Fuente: Plan financiero de reestructuración a 13 años HUV.

- e) Excedentes de liquidez proyectados en millones de pesos, a partir de 2017 (año uno) y los 13 años siguientes en los cuales se espera adelantar el proceso:

Tabla 135. Excedentes de liquidez proyectados.

Concepto \ año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Excedentes de liquidez	18,003	22,021	21,774	30,860	30,504	30,505	30,076	18,325	19,235	20,194	21,204	152,021	159,774

Los cambios mas relevantes-desempeño financiero 2016-2018

A partir de los Estados Financieros publicados en el Chip de la Contaduría General de la Nación, se revisan las tendencias que permiten evidenciar cuál ha sido el resultado de las políticas de austeridad y optimización de recursos. Es pertinente aclarar que algunas cifras no son comparables, toda vez que, en cumplimiento de la Regulación Contable Pública, expedida por la Contaduría General de la Nación, el Hospital realizó la reexpresión correspondiente para implementar el nuevo marco normativo.

A continuación, se revelan las cifras de interés para establecer el resultado de los planes y programas establecidos para "cauterizar las venas rotas del HUV".

Ingresos totales

Valores en miles de pesos-acumulados por trimestre:

Tabla 135. Ingresos totales por trimestre 2016-2018.

Ingresos totales			
2016-1	2016-2	2016-3	2016-4
64,066,494	115,861,875	191,906,486	279,676,683
2017-1	2017-2	2017-3	2017-4
54,876,991	192,666,862	283,992,101	383,913,426
2018-1	2018-2	2018-3	2018-4
91,413,752	152,196,396	240,100,605	363,680,889

Fuente: Sistema Chip.



Figura 65. Ingresos totales anuales 2012-2018.

Fuente: elaboración propia apartir de los datos arrojados por el Sistema Chip.

El ingreso de 2017 se fortalece mediante el incremento en la facturación, los giros por transferencias de la Gobernación del Valle y la reversión de pérdidas por deterioro de las cuentas por cobrar, que probablemente castigó los ingresos de 2016.

En el año 2018 el ingreso de mayor participación corresponde a los servicios de salud respondiendo así a las metas trazadas en el plan financiero; el detalle de la composición de los ingresos en los tres últimos años es el siguiente (valores en millones de pesos):

Tabla 136. Composición de los ingresos 2016-2018-Miles de \$.

Ítem	2016	%	2017	%	2018	%
Servicios	154,216,386	55%	180,144,445	46.9%	255,938,578	70%
Estampillas	28,242,717	10%	36,787,747	9.6%	41,145,401	11%
Transferencias	60,000,000	21%	38,808,049	10.1%	19,918,778	5%
Otros	37,217,580	13%	128,173,185	33.4%	46,678,132	13%
Total	279,676,683	100%	383,913,426	100%	363,680,891	100%

Fuente: Sistema Chip.

El ingreso que permite estabilizar una entidad es precisamente el proveniente de la facturación de los servicios situación que se evidencia en los años analizados, toda vez que al cierre de 2018 los ingresos por servicios de salud representan el 70% de los ingresos totales, por su parte, la Estampilla mantiene un crecimiento sostenido y las transferencias y otros ingresos robustecen el esfuerzo en la generación interna de fondos.

Ingresos por servicios

Tabla 137. Ingresos por servicios-valores trimestrales 2016-2018 miles.

Ingresos por servicios			
2016-1	2016-2	2016-3	2016-4
33,908,185	74,122,284	118,173,109	154,216,386
2017-1	2017-2	2017-3	2017-4
35,815,960	80,959,258	130,983,408	180,144,445
2018-1	2018-2	2018-3	2018-4
53,681,794	119,910,422	183,186,616	255,938,578

Fuente: Sistema Chip.

Comparativo de ingresos por servicios (ver Figura 66).

Tal como se evidencia en el análisis de los ingresos totales, el fortalecimiento del ingreso proviene de una política de aprovechamiento de la capacidad instalada y la calidad de los servicios que el Hospital está en capacidad de brindar.

Margen de productividad

a) Margen operativo

Tabla 138. Relación coto / ingreso trimestral 2016-2018.

Margen de productividad (ingreso por servicio-costo servicio)			
2016-1	2016-2	2016-3	2016-4
98%	87%	84%	85%
2017-1	2017-2	2017-3	2017-4
90%	84%	86%	90%
2018-1	2018-2	2018-3	2018-4
79%	76%	72%	76%

Fuente: Sistema Chip (2018).

La política de optimización de costos se evidencia en la disminución gradual del % de costo frente al ingreso; al cierre de 2018 el margen de productividad neto es del 76%, 14 puntos menos que 2017 y 9 puntos inferiores al 2016.

La relación ingreso costo mejora en los últimos años (ver Figura 67).

El fortalecimiento del ingreso presenta varias aristas a resaltar, que son evidentes en la composición de las fuentes de ingreso (ver Tabla 139).

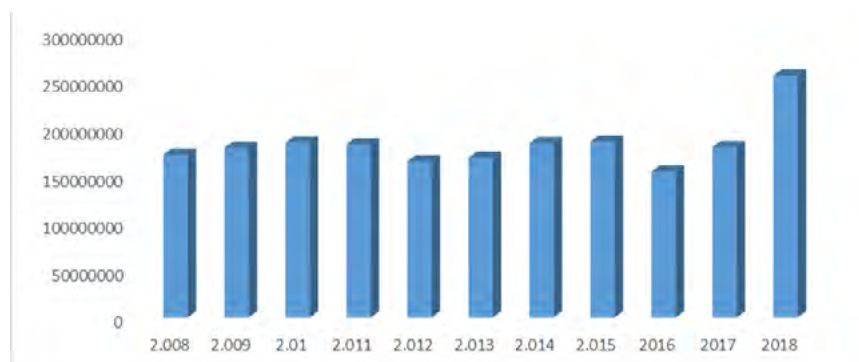


Figura 66. Ingresos por servicios 2008-2018.

Fuente: elaboración propia a partir de la información del Sistema Chip.

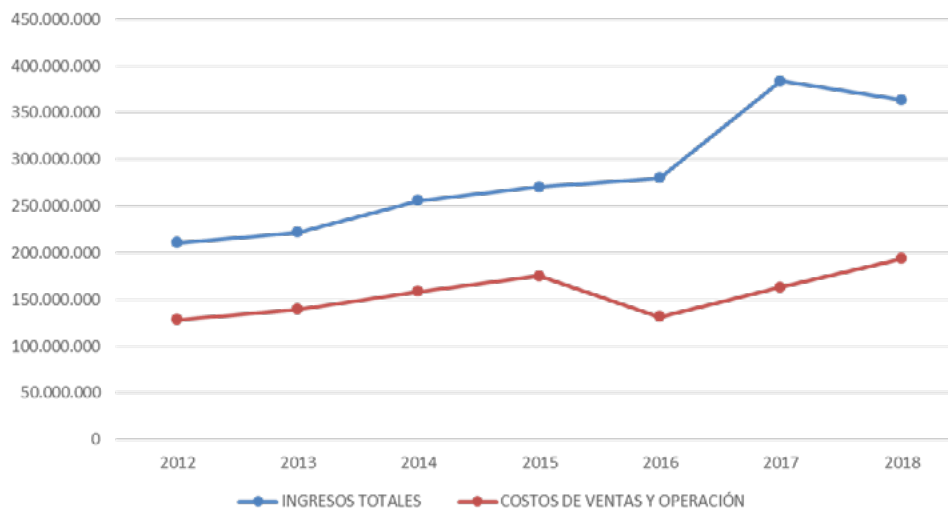


Figura 67. Relación ingreso costo 2012-2018.

Fuente: Contaduría General de la Nación (CGN) Sistema Chip (2018).

Tabla 139. Composición del Ingreso 2016-2018
(miles de \$).

Fuente	2016	2017	2018
Servicios	154,216,386	180,144,445	255,938,578
Estampilla	28,242,717	36,787,747	41,145,401
Transferencias	60,000,000	38,808,049	19,918,778
Otros ingresos	37,217,580	128,173,185	46,678,132
Total	279,676,683	383,913,426	363,680,889

Fuente: Contaduría General de la Nación (CGN) Sistema Chip (2018).

- El comportamiento creciente de los ingresos provenientes de servicios venía siendo vegetativo y en el periodo analizado presenta un crecimiento promedio del 11,8, es decir más de dos veces la inflación.
- La estampilla mantiene un crecimiento sostenido.
- Las transferencias hacen parte vital del ingreso y representan el impulso dado por el Gobierno Departamental especialmente al comienzo del proceso (2016).
- En el rubro de otros ingresos se destaca el comportamiento del 2017 que representan el 17% del total, siendo la cuenta de mayor impacto "Rever-

sión de pérdidas por deterioro", indicativo de una disminución de la cartera de dudoso recaudo y la cartera en mora, derivada de la mayor celeridad en la recuperación de cuentas por cobrar a las EPS, como consecuencia de giros directos de la Gobernación, disminución de glosas y celeridad en los procesos de facturación.

b) Margen de productividad total

Tabla 140. Productividad en 2016-2018.

Año	Productividad
2016-4	-28,164,126
2017-4	-4,498,425
2018-4	67,734,584

Fuente: Contaduría General de la Nación (CGN) Sistema Chip (2018).

Después de muchos años, el Hospital en 2018 vuelve a tener excedentes operacionales, símbolo de acierto en las políticas implementadas.

Niveles de gasto

Se observa que la política de austeridad del gasto y los menores requerimientos en el deterioro de la cartera propician una disminución del gasto lo que posibilita asegurar la viabilidad financiera del Hospital.

Tabla 141. Consumo de recursos por trimestre 2016.

Gastos			
2016-1	2016-2	2016-3	2016-4
31,869,942	88,788,277	111,867,433	176,531,905
2017-1	2017-2	2017-3	2017-4
56,239,294	30,233,975	162,318,869	225,515,837
2018-1	2018-2	2018-3	2018-4
18,563,030	42,877,553	62,706,485	102,317,817

Fuente: Contaduría General de la Nación (CGN) Sistema Chip (2018).

A manera de conclusión en este análisis, podemos afirmar que el salvamento del hospital es posible y así se ha demostrado en los tres últimos años: con voluntad, disciplina, compromiso, calidad de servicio, austeridad del gasto y optimización del costo es posible lograr el hospital inteligente aquí propuesto.

Los cambios mas relevantes-servicios 2016-2018

Capacidad instalada

De acuerdo con el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) y los informes de gestión 2016-2018, la capacidad instalada y los servicios presentan el siguiente comportamiento:

Tabla 142. Capacidad instalada y servicios del HUV 2016-2019.

Ítem	2016	2017	2018	2019
Camas habilitadas	282	342	397	400
Ambulancias básicas	2	2	2	2
Ambulancias medicalizadas	1	1	2	2
Sillas de quimioterapia	20	20	20	20
Quirófanos	11	15	15	16

Fuente: Ministerio de Salud, prestadores de servicio.

Inversiones en infraestructura

El Hospital ha tenido transformaciones e inversiones en infraestructura para los años 2017 y 2018 que se concentran en un 60% en las áreas de Urgencias (2.537 millones), Unidad de Trasplante (1.161 millones), Unidad de Quemados piso 2 (1.141 millones), Salas Quirúrgicas (1.019 millones) y servicios de alimentación y lavandería (1.083 millones) que permiten dar inicio al fortalecimiento de la infraestructura con miras a sentar las bases para adelantar procesos de acreditación en alta calidad. La Tabla 143 muestra las inversiones realizadas para los citados años.

Tabla 143. Inversiones en infraestructura 2017-2018

Inversión	2017	2018
Piso 1 - Consulta externa		457
Central de gases		474
Sala de partos	1,092	922
Compresores de aire medicinal		380
Remodelación Urgencias		2.537
Cubiertas de servicios priorizados		732
Sala de puerperio		855
Salas quirúrgicas		1.019
Ducteria aire acond. Neurocirugía		849
Unidad de trasplante		1.161
2° piso - Unidad de quemados		1.141
Servicio de alimentación lavandería y morgue	289	1.083
U. salud mental, farmacia y oncología	194	
Áreas administrativas	495	
Medicina Nuclear	389	
Total	2,459	11610

Fuente: Hospital Universitario del Valle Evaristo García ESE
(2018, p. 10).

CONCLUSIONES

- El trabajo desarrollado, permitió obtener un diagnóstico integral del estado actual del Hospital Universitario del Valle HUV, donde se evidencia la necesidad de establecer acciones de choque (corto plazo) y acciones de fortalecimiento a mediano y largo plazo; se hace necesario volver realidad las propuestas y estrategias aprobadas por la Junta Directiva con el fin de cerrar las brechas (venas rotas), mejorar el flujo de recursos y estabilizar la prestación de servicios de alta complejidad con calidad.
- El Hospital debe iniciar un proceso de corto plazo que tenga como punto de partida el liderazgo de la alta dirección y el acompañamiento (seguimiento) de la Universidad del Valle, en forma tal que se genere una cultura de compromiso con las acciones, la calidad en los resultados, pero ante todo el cumplimiento de metas e indicadores.
- La Junta Directiva debe impartir instrucciones para que la alta gerencia del Hospital efectúe los ajustes pertinentes y adelanten las actividades de estabilización, así como obtener y organizar la información requerida para el inicio del proceso de reestructuración (a través de solicitar el ingreso a la Ley 550 de 1999), como requisito *sine qua non* para la aprobación del proceso y posterior reconversión hacia un hospital inteligente con el concurso de la Universidad.
- Para salir de la crisis e iniciar un verdadero proceso de reestructuración con miras a la reconversión hacia hospital inteligente, se recomienda la siguiente hoja de ruta:

Programa en el corto plazo

Tabla 144. Acciones de contención para evitar que la crisis se extienda y se profundice (100 días).

Plan de acción (El qué)	Por qué hacerlo (Objetivo)	Cuándo hacerlo (cronograma)	Cómo hacerlo (Metodología)	Quién (Responsables)
Incrementar el ingreso	Necesidades de supervivencia competitividad		Orientar contratación del Régimen Subsidiado según normatividad vigente hacia el Hospital Universitario del Valle.	
			Cumplimiento en tiempos para pagos, glosas y devoluciones según normatividad vigente-garantizar ingresos con flujo constante.	
			Garantizar un adecuado manejo de modelos de contratación y control de los mismos.	
			Identificar posibles alianzas que favorezcan al HUV y a la práctica formativa de la Universidad, con las que se pueda fortalecer la oferta de alta complejidad de la institución. Alianzas Público-Privado o Público-Privado-Público.	
			Optimizar la estructura financiera del Hospital, apoyándose en la Universidad del Valle, para fortalecer la investigación aplicada en busca de optimización de recursos existentes y búsqueda activa de otros que pudieren provenir de entidades nacionales e internacionales.	
			Garantizar facturación del 100% de los servicios-Diseño e implementación de modelos efectivos de facturación.	
			Disminución de glosas.	
Optimización del gasto	Necesidades de eficiencia y eficacia		Garantizar la radicación del 100% de lo facturado-Diseño e implementación de proceso efectivo.	
			Efectividad de recaudo.	
			Adelantar trámites de pensión y de retiro forzoso.	
			Racionalizar los gastos administrativos (fijar topes).	
			Reestructuración organizacional (planta de cargos óptima) - estudio Tiempos y Movimientos.	
			Renegociación de las convenciones colectivas de trabajo.	
			Racionalización del trabajo acorde a las necesidades organizacionales en horas extras, nocturnos, festivos para personal administrativo.	
Optimización del costo	Necesidades de eficiencia y eficacia		Depurar la información de cartera y de procesos jurídicos para definir una política adecuada de provisiones.	
			Disminuir gastos por ausentismos laborales.	
			Reestructurar la composición del costo para asegurar la asociación y oportunidad con el ingreso (crear cuentas de servicios en proceso).	
			Revisar los costos asociados a los medicamentos y suministros para establecer protocolos de consumo.	
		Adherencia a guías y protocolos de atención diseñados que garanticen seguridad y costoefectividad.		
		Disminuir probables desperdicios de insumos.		

Continúa

Plan de acción (El qué)	Por qué hacerlo (Objetivo)	Cuándo hacerlo (cronograma)	Cómo hacerlo (Metodología)	Quién (Responsables)
Optimización del costo	Necesidades de eficiencia y eficacia		<p>Revisar manejo y control de dosis parciales.</p> <hr/> <p>Diseñar e implementar modelo de Auditoría Integral.</p> <hr/> <p>Revisar plan de compras y ajustar a las necesidades.</p>	
Servicio Asistencial	Necesidades de supervivencia competitividad		<p>Garantizar el adecuado suministro de insumos que permitan la atención oportuna, segura y suficiente.</p> <hr/> <p>Implementar modelo de gestión basado en procesos con metas por cargo definidas e indicadores de gestión orientados a resultados que permitan el seguimiento periódico y sistemático.</p> <hr/> <p>Reestructurar procesos asistenciales en concordancia con los administrativos buscando optimización.</p> <hr/> <p>Vinculación de personal asistencial por contrato laboral según necesidades organizacionales, cumpliendo perfil estructurado según área de desempeño, en el que las competencias tecnicocientíficas, conductuales y de producción sean factores condicionantes para la permanencia en el cargo.</p> <hr/> <p>Fortalecer y/o diseñar unidades estratégicas de atención: Unidad de Hematología, Unidad de Trauma, Unidad de Ginecología-obstetricia-alto riesgo obstétrico, Unidad de Terapia intensiva adulto, neonatal, pediátrica y obstétrica, Medicina Física y Rehabilitación, Banco de Sangre, Unidad de Salud Mental. Unidades de atención basadas en estructuras de costos claros que permitan diseñar modelos y procesos que garanticen seguridad y calidad académica, así como rentabilidad social y financiera.</p> <hr/> <p>Fortalecimiento del modelo de Medicina Familiar orientando a este según lo estipulado en la propuesta de Política de Atención Integral en Salud (PAIS), único en la región y en el país.</p> <hr/> <p>Definir guías y protocolos de atención institucionales que deben garantizar la seguridad para la atención y la costoefectividad de la misma. Los costos asociados a medicamentos, insumos y demás aspectos del proceso asistencial deben ser tenidos en cuenta al momento de implementar las mismas.</p>	
Capacidad instalada	Necesidades de supervivencia competitividad.		Diseñar plan de renovación tecnológica y mantenimiento de equipos.	
Facturación	Necesidades de efectividad y contribución a las metas financieras y de servicio.		Normalizar los procesos (correspondencia entre la acción y el documento de proceso).	
Mercadeo	Necesidades de efectividad y contribución a las metas financieras y de servicio.		Seguimiento y respuesta oportuna a los asuntos jurídicos y legales que deba afrontar el HUV.	
Recaudo	Necesidades de efectividad y contribución a las metas financieras y de servicio.		Implementar proceso de mercadeo institucional encargado de hacer inteligencia de mercado, diseño de productos y servicios orientados a cubrir las necesidades de los clientes (en equipo con asistencial, financiero y administrativo).	
Jurídicos	Necesidades de efectividad y contribución a las metas financieras y de servicio.		Establecer puntos críticos y barreras de eficiencia	
Logísticos	Necesidades de efectividad y contribución a las metas financieras y de servicio.		Concertar acciones de mejora a partir de causas raicales-rediseño.	
Administrativos	Necesidades de efectividad y contribución a las metas financieras y de servicio.		Implementar rediseños.	

Continúa

Plan de acción (El qué)	Por qué hacerlo (Objetivo)	Cuándo hacerlo (cronograma)	Cómo hacerlo (Metodología)	Quién (Responsables)
Gestión Humana	Necesidades de eficiencia y eficacia. Cultura Organizacional. Generación de confianza, sentido de pertenencia y arraigo institucional, mejora de productividad.		<p>Generar una nueva cultura organizacional donde exista conciencia en todos los colaboradores de la importancia del desarrollo de capacidades como estrategia para alcanzar los objetivos. Asimismo entender que cada uno de los miembros de los equipos asistenciales administrativos y de apoyo son actores vitales de la atención.</p> <p>Diseño de perfiles por cargo que tengan claras las competencias técnico científicas, conductuales y de productividad del colaborador. Claridad en el rol a desempeñar, las interdependencias con otras áreas de la institución.</p> <p>Metas por cargo definidas con indicadores de gestión orientados a tal fin. Seguimiento a resultados de forma periódica y sistemática. Construcción de planes de trabajo conjuntos cuando existan oportunidades de mejora.</p> <p>Vinculación laboral que permita hacer seguimiento a indicadores por cargo, generación de planes de trabajo implementando ciclos de PHVA generadores de valor para el colaborador y la institución.</p> <p>Orientar la gestión del Hospital por resultados. Selección de colaboradores por meritocracia a todo nivel.</p>	
Informáticos	Necesidades de información íntegra, para la planeación ejecución y control de procesos recursos y decisiones.		<p>Elaborar relación costo-beneficio entre mantener a Servinte Clínica, actualizarlo o adquirir un nuevo <i>software</i>.</p> <p>Fortalecer la historia clínica sistematizada.</p> <p>Fortalecer dotación de equipos de cómputo para favorecer la gestión asistencial y administrativa – diligenciamiento oportuno orientado a rentabilidad.</p> <p>Articular el 100% de procesos en línea.</p> <p>Generar confianza y credibilidad en las cifras (reportes diarios).</p>	
CODA	Necesidades de fortalecimiento del proceso asistencial y formativo (relación ganar-ganar).		<p>Revisar esquema.</p> <p>Establecer puntos críticos y requerimientos de control.</p> <p>Ajustar y establecer puntos de control.</p> <p>Hacer auditoría de cumplimiento.</p> <p>Universidad del Valle volcada al HUV apoyando de forma transversal los procesos organizacionales, utilizando para esto el conocimiento de las diferentes Facultades, Escuelas y Programas de la Universidad.</p>	
Contable financiero y presupuestal (costos-NIIF)	Generar confianza, fidedignidad y oportunidad de la información (realidad económica).		<p>Depuración de saldos.</p> <p>Auditoría financiera de fondo.</p> <p>Plan de saneamiento (sostenibilidad).</p> <p>Simular el ESFA y establecer la política contable a seguir en la aplicación de las IPSAS.</p> <p>Producción de información íntegra (confiable, oportuna, fidedigna y útil en la toma de decisiones)</p>	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 145. Comunicación oportuna y efectiva a todos los niveles jerárquicos.

Plan de acción (El qué)	Por qué hacerlo (Objetivo)	Cuándo hacerlo (cronograma)	Cómo hacerlo (Metodología)	Quién (Responsables)
Establecer responsable directo por proceso (equipos de estabilización).	Necesidad de contar con un equipo comprometido capaz de adelantar las acciones necesarias para salir de la crisis.		Designar a un equipo encargado del desarrollo de modelos gerenciales orientados a la optimización de procesos que garanticen una operación segura y rentable que permita la sostenibilidad y el crecimiento organizacional. Asignación de responsabilidades e indicadores. Calendario de seguimiento. Evaluación y evolución del indicador (BSC).	
Monitoreo y seguimiento externo (evaluación continua).	Coadyuvar en el logro de los objetivos de todas las áreas.		Plan de seguimiento. Sistematizar los indicadores. Verificar los informes de avance.	Universidad del Valle
Revisión de expertos:				
Planta de cargos	Necesidad de fortalecer los procesos y las áreas.		Contratación (comisión de éxito o gestión lograda). Seguimiento y monitoreo.	
Apoyo para la construcción de modelos de atención centrados en la seguridad y satisfacción del paciente, que generen rentabilidad social y financiera.				
Apoyo para el rediseño organizacional y la implementación de la estructura orgánica funcional que permita optimizar los recursos organizacionales.				
Sistemas de información				

Fuente: elaboración propia.

Tabla 146. Fuentes de cofinanciación a través de recursos de cooperación técnica internacional.

Fuente de cooperación internacional	Líneas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID.	Población vulnerable	La institucionalidad a todos los niveles, nacional regional y local y las organizaciones de la sociedad civil, las instancias legítimas de participación de los grupos afro e indígenas.	Mediante respuesta a convocatorias abiertas de los operadores a través de medios masivos. Bajo esta oficina se implementan los siguientes programas de ámbito nacional: apoyo a las víctimas del conflicto, desmovilización y reintegración operado en Colombia por oim y fupad y población afro e indígena, acip, operado por acci-voca.	Cada operador define los plazos y periodos de presentación de las propuestas.	Ver arriba en información general de este cooperante	Brinda especial atención a las minorías étnicas, mujeres, discapacitados, víctimas del conflicto y población vulnerable para que disfruten del goce efectivo de derechos	Los montos son fijados en cada convocatoria.

Continúa

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Unión Europea - UE	Cooperación geográfica programable	Entidades oficiales que actúan como ejecutoras de los respectivos proyectos, aunque pueden finalmente ser ejecutados con la participación de organizaciones comunitarias, ong u otras entidades oficiales. En la definición y aprobación participa la apc-colombia como responsable de la coordinación nacional de la cooperación europea.	Negociación bilateral gobierno colombiano y ue. Se realiza la identificación y formulación de proyectos que concretizan lo descrito en el dep, en conjunto con la apc-colombia y la(s) institución/entidad(es) directamente relacionada(s) con la acción. Se formula una ficha de identificación, y una ficha de acción que debe ser aprobada por la sede de la ce en bruxelas. Los recursos se comprometen a través de convenios específicos firmados por la cancillería colombiana bajo mecanismos como presupuesto programa, gestión centralizada o apoyo presupuestal sectorial y requieren del aporte de contrapartida de aproximadamente el 20% del total de la acción.	Según el plan de acción anual de la unión europea.	Ver arriba en información general de este cooperante	Cooperación de ayuda oficial al desarrollo	No existen montos predefinidos. La definición de proyectos se hace paulatinamente, con base en los acuerdos que se van definiendo en concordancia con la programación establecida por la ce.
Unión Europea - UE	Línea temática adscrita al instrumento icd - instrumento de financiación de la cooperación al desarrollo: invirtiendo en la gente.	Organizaciones gubernamentales, universidades, sociedad civil y autoridades locales.	A través de convocatorias públicas descentralizadas, es decir, se lanzan por la delegación de la unión europea en colombia y son exclusivas para colombia. Los actores a los cuales está dirigida esta convocatoria presentan una propuesta sobre la base de los términos de referencia de una convocatoria pública ya sea abierta o restringida.	En diferentes fechas del año	Ver arriba en información general de este cooperante	Busca mejorar la calidad de vida y bienestar integral de la población desde una perspectiva de acceso al disfrute pleno de los derechos básicos. Consta de cuatro componentes: • salud para todos • equidad de género • educación, conocimiento y adquisición de habilidades • otros aspectos de desarrollo social y humano	Información no disponible, varía según monto asignado para el eje por año

Continúa

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Unión Europea - UE	Instrumento de estabilidad	Países y regiones socias, organizaciones internacionales, agencias europeas, organismos de estados miembros, y todo otro país que contribuya a los objetivos de este instrumento.	Por la misma naturaleza del componente de corto plazo, los montos destinados a este no son programables. Los programas de este componente se desarrollan como respuesta a situaciones de crisis o crisis emergentes, cuando el apoyo no puede ser canalizado de forma suficientemente rápida por otros instrumentos de financiación de la ue. Los montos correspondientes al componente de largo plazo se programan a través del documento estrategia para el instrumento de estabilidad.	En diferentes fechas del año.	Ámbito nacional	Es un instrumento estratégico concebido para abordar retos en materia de seguridad mundial y desarrollo. Está constituido por dos componentes, uno a corto plazo "preparación y reacción a las crisis", que busca anticipar o responder a crisis políticas, conflictos o desastres naturales; y un segundo componente de largo plazo para cuando las condiciones de estabilidad han sido alcanzadas y cuyas prioridades son la lucha y protección contra la proliferación de armas masivas, el refuerzo de las capacidades de los países no pertenecientes a la ue a las amenazas transfronterizas, y la mejora del desarrollo de capacidades ante situaciones anteriores y posteriores a las crisis. Menta los instrumentos geográficos.	Información no disponible
Unión Europea - UE	Séptimo programa marco de investigación y desarrollo tecnológico	Países europeos y países socios. Beneficia a instituciones y personas.	A través de convocatorias centralizadas. Es decir, se lanzan desde la sede de la comisión europea.	En diferentes fechas del año.	Ámbito nacional	El 7pm busca promover la investigación y el desarrollo tecnológico. Tiene un presupuesto de más de 50.000 m€ que se traducen en subvenciones para agentes de investigación de toda europa y fuera de ella con el fin de cofinanciar proyectos de investigación, desarrollo tecnológico y demostración (2007/2013).	Información no disponible

Continúa

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Unión Europea - UE	Alfa iii	Instituciones de educación superior - ies.	A través de convocatorias públicas centralizadas, es decir se lanzan por la comisión de la unión europea para europa y américa latina.	La 1ª convocatoria fue en 2008. En marzo de 2010 abrió la 2ª convocatoria y la 3ª fue abierta en febrero de 2011	Ámbito nacional	Alfa es un programa de cooperación entre las instituciones de educación superior. Busca promover la educación superior en américa latina como un medio para contribuir al desarrollo económico y social, por medio de recursos humanos más capacitados en la región.	El programa alfa iii define los montos del programa según la convocatoria
Unión Europea - UE	@lis2	Entidades, organismos, comisiones, secretarías o autoridades de cada país encargadas o designadas de los temas de tic.	Canales gubernamentales.	Na	Ámbito nacional	@lis2 es un programa regional enfocado en la mejora del desarrollo de la sociedad de la información y a luchar contra la brecha digital en américa latina	Nd
Unión Europea -UE	Erasmus mundus	Instituciones de educación superior-ies, estudiantes, profesores, staff universitario.	A través de convocatorias públicas centralizadas, es decir, se lanzan por la comisión de la unión europea en la región. Los actores a los cuales está dirigida esta convocatoria presentan una propuesta sobre la base de los términos de referencia de una convocatoria pública.	En diferentes fechas del año	Ámbito nacional	El programa erasmus mundus está enfocado en la movilidad de los estudiantes de la educación superior, con lo que se pretende la transferencia del know-how, mejores prácticas y vínculos entre las instituciones de educación superior - ies-	Información no disponible, varía según monto asignado por convocatoria
Unión Europea - UE	Ralcea	A los centros de conocimiento, a nivel científico/-técnico. A nivel de la implementación de políticas públicas es dirigida a ministerios y demás instituciones o agencias relacionadas con el sector del agua.	Información página web de la unión europea. Consulte apc colombia.	Nd	Ámbito nacional	Ralcea es un programa de cooperación regional que busca la promoción de políticas públicas basadas en el conocimiento científico-técnico en el marco del sector del agua	Nd

Continúa

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
España:	Cooperación técnica (ct)	Entidades públicas del orden nacional y territorial.	Se define, demanda y provee, en coordinación con apc colombia, desde las entidades públicas del país socio conjuntamente con la oficina técnica de cooperación de aecid/ ministerio de la age española.	Sin determinar		Actividades de asistencia técnica vinculada a la construcción de capacidades propias en colombia. Pública, universitaria y privada y especializada.	Costos entre 5.000 y 25.000 €
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-Ilo-AECID			Funciona a demanda de las entidades públicas del orden nacional y territorial. Enmarcada en los cuatro sectores prioritarios de la cooperación española en colombia.				
España:	Programa iberoamericano de formación técnica especializada	Funcionarios públicos de los países de iberoamérica.	Dependiendo del tipo de la convocatoria, los interesados deben diligenciar el formulario de inscripción y enviarlo directamente a la embajada de España, al centro de formación o al ministerio español de la rama en la cual se inscriba el curso.	A lo largo de todo el año	Ámbito nacional	El programa facilita capacitación a funcionarios y técnicos de la administración pública de iberoamérica en una amplia gama de sectores.	Se apoya a través de becas parciales o completas.
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-Ilo-AECID			El centro cubre los gastos de alojamiento, alimentación y manutención, pero rara vez los de transporte.			Información: centro de formación de la cooperación española en cartagena de indias (plaza de santo domingo); www.aecidcf.org.co otros centros y cursos: www.aecid.es	El centro cubre los gastos de alojamiento, alimentación y manutención pero rara vez los de transporte

Continúa

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
España:	Programa de cooperación interuniversitaria	Las universidades que pertenecen a la red del programa.	La universidad latinoamericana establece contacto con la española, esta es la que se presenta a la convocatoria y recibe los fondos.	Se abre la convocatoria a mitades de año	Nd	Consiste en la realización de proyectos conjuntos entre universidades españolas y de América Latina.	5.000 a 100.000 € por año
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-AECID	Programa de cooperación económica-comercial	Sector empresarial de Colombia.	http://colombia.nlembajada.org/	Ver sitio web;	Nd	Dentro de este programa existen tres líneas: i) Oret/miliev: consiste en donaciones de gobierno a gobierno, cuyo propósito es financiar	Ver sitio web;
	Países Bajos			http://colombia.nlembajada.org/		Parcialmente la compra de bienes de capital, servicios o ejecución de obras holandeses. ii) línea pesp: está dirigido únicamente a actividades correspondientes a la pre-fase de un proyecto de infraestructura. A través de éste se financia la identificación de un proyecto, estudios de prefactibilidad y estudios de inversión. iii) cbi: es un centro de promoción a las exportaciones que presta apoyo a las pequeñas y medianas empresas y organismos de promoción del comercio, con el fin de promover las importaciones a Holanda y a la Unión Europea.	http://colombia.nlembajada.org/

Fuente de cooperación internacional	Líneas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Alemania	Cooperación técnica (ct)	Entidades públicas del orden nacional y territorial, sector privado, organizaciones no gubernamentales. La ct funciona a demanda de las entidades públicas del orden nacional y territorial, sector privado y organizaciones no gubernamentales. Enmarcada en las dos áreas prioritarias de la cooperación alemana en Colombia.	Una vez se ha hecho la asignación de la cooperación técnica en el marco de las negociaciones intergubernamentales, Colombia debe enviar una solicitud formal de dicha cooperación a través de la embajada de Alemania en el país, dicha solicitud llega al bmz, este asigna a la giz la tarea de llevar a cabo un estudio de factibilidad en el marco del cual, conjuntamente entre Alemania y Colombia se formula el proyecto o programa de cooperación, se definen líneas de acción, tiempos, actores, entre otros.	Cada dos años se realizan las negociaciones, en las cuales se asignan los recursos. Mayor información: apc Colombia. Ver sitio web: www.bogota.diplo.de	Ver arriba en información general de este cooperante	La agencia alemana de cooperación - giz, brinda apoyo a contrapartes políticas a través de programas bilaterales y regionales. Apoya procesos de construcción de paz, fortalecimiento del estado de derecho, apoyo a la implementación de la ley de justicia y paz, fomento de los derechos de la mujer para prevención de la violencia. De igual forma mediante fortalecimiento institucional, formulación y acompañamiento de proyectos de impacto social, en temas de paz y medio ambiente.	No hay monto definido. El valor del alcance del programa o proyecto.
Alemania	Proyectos de apoyo en emergencias	Refugiados y desplazados en caso de fenómenos naturales extremos.	Ong nacionales que tengan una intervención directa en la zona en la que ocurra el desastre. Estos recursos se aplican exclusivamente para la atención de desastres naturales. Organizaciones sociales que estén en la zona del desastre o que puedan realizar una atención integral a las víctimas podrán aplicar a los fondos.	Sin definir	Nd	Apoyo a la ayuda humanitaria inmediata y en desastres. Ver sitio web: www.bogota.diplo.de	No hay monto definido. El valor del alcance del programa o proyecto.
Reino Unido	Fondo para asuntos de drogas y crimen	Entidades públicas (principalmente) y entidades especializadas	Directamente con la embajada.	Información disponible en la embajada.	Información disponible en la embajada	Apoyar el fortalecimiento de las instituciones colombianas en la lucha contra la droga y el delito	Información disponible en la embajada
Francia	Crecimiento verde y solidario	Ministerio de ambiente y desarrollo sostenible, ministerio de hacienda. Departamento nacional de planeación, corporaciones autónomas, alcaldías y gobernaciones entre otros.	Canales gubernamentales.	Información en apc Colombia y la afd	Ámbito nacional	Crecimiento verde y solidario	Información en la embajada
Agencia Francesa de Desarrollo (AFD)							

Continúa

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Unión Europea-UE	@lis2	Entidades, organismos, comisiones, secretarías o autoridades de cada país encargadas o designadas de los temas de tic.	Canales gubernamentales.	Na	Ámbito nacional.	@lis2 es un programa regional enfocado en la mejora del desarrollo de la sociedad de la información y a luchar contra la brecha digital en américa latina.	Nd
Unión Europea-UE	Erasmus mundus.	Instituciones de educación superior-ies, estudiantes, profesores, staff universitario.	A través de convocatorias públicas centralizadas, es decir, se lanzan por la comisión de la unión europea en la región. Los actores a los cuales está dirigida esta convocatoria presentan una propuesta sobre la base de los términos de referencia de una convocatoria pública.	En diferentes fechas del año.	Ámbito nacional.	El programa erasmus mundus está enfocado en la movilidad de los estudiantes de la educación superior, con lo que se pretende la transferencia del know-how, mejores prácticas y vínculos entre las instituciones de educación superior-ies.	Información no disponible, varía según monto asignado por convocatoria.
Unión Europea-UE	Ralcea.	A los centros de conocimiento, a nivel científico/técnico. A nivel de la implementación de políticas públicas es dirigida a ministerios y demás instituciones o agencias relacionadas con el sector del agua.	Información página web de la unión europea. Consulte apc colombia.	Nd	Ámbito nacional.	Ralcea es un programa de cooperación regional que busca la promoción de políticas públicas basadas en el conocimiento científico-técnico en el marco del sector del agua.	Nd
España	Cooperación técnica (ct).	Entidades públicas del orden nacional y territorial.	Se define, demanda y provee, en coordinación con apc colombia, desde las entidades públicas del país socio conjuntamente con la oficina técnica de cooperación de aecid/ ministerio de la age española.	Sin determinar.		Actividades de asistencia técnica vinculada a la construcción de capacidades propias en colombia. Pública, universitaria y privada y especializada.	Costos entre 5.000 y 25.000 €.
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-Illo-AECD			Funciona a demanda de las entidades públicas del orden nacional y territorial. Enmarcada en los cuatro sectores prioritarios de la cooperación española en colombia.				

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
España	Programa iberoamericano de formación técnica especializada.	Funcionarios públicos de los países de Iberoamérica.	Dependiendo del tipo de la convocatoria, los interesados deben diligenciar el formulario de inscripción y enviarlo directamente a la embajada de España, al centro de formación o al ministerio español de la rama en la cual se inscriba el curso.	A lo largo de todo el año.	Ámbito nacional.	El programa facilita capacitación a funcionarios y técnicos de la administración pública de Iberoamérica en una amplia gama de sectores.	Se apoya a través de becas parciales o completas.
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-AECID			El centro cubre los gastos de alojamiento, alimentación y manutención, pero rara vez los de transporte.			Información: centro de formación de la cooperación española en Cartagena de Indias (plaza de Santo Domingo); www.aecidcf.org.co otros centros y cursos: www.aecid.es	El centro cubre los gastos de alojamiento, alimentación y manutención, pero rara vez los de transporte,
España	Programa de cooperación interuniversitaria.	Las universidades que pertenecen a la red del programa.	La universidad latinoamericana establece contacto con la española, esta es la que se presenta a la convocatoria y recibe los fondos.	Se abre la convocatoria a mitades de año.	Nd	Consiste en la realización de proyectos conjuntos entre universidades españolas y de América Latina.	5.000 a 100.000 € por año.
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-AECID						El programa tiene las siguientes modalidades: ayudas para acciones preparatorias; acciones integradas para el fortalecimiento científico e institucional; acciones integradas para el fortalecimiento científico e institucional en triangulación interna y acciones integradas para el fortalecimiento científico e institucional en triangulación externa.	

Continúa

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Países Bajos	Programa de cooperación económica – comercial.	Sector empresarial de Colombia.	Http://colombia.nlembajada.org/	Ver sitio web;	Nd	Dentro de este programa existen tres líneas: i) oret/miliev: consiste en donaciones de gobierno a gobierno, cuyo propósito es financiar	Ver sitio web;
				Http://colombia.nlembajada.org/		Parcialmente la compra de bienes de capital, servicios o ejecución de obras holandeses. Ii) línea pesp: está dirigido únicamente a actividades correspondientes a la prefase de un proyecto de infraestructura. A través de este se financia la identificación de un proyecto, estudios de prefactibilidad y estudios de inversión. Iii) cbi: es un centro de promoción a las exportaciones que presta apoyo a las pequeñas y medianas empresas y organismos de promoción del comercio, con el fin de promover las importaciones a Holanda y a la Unión Europea.	Http://colombia.nlembajada.org/
Alemania	Cooperación técnica (ct).	Entidades públicas del orden nacional y territorial, sector privado, organizaciones no gubernamentales.	Una vez se ha hecho la asignación de la cooperación técnica en el marco de las negociaciones intergubernamentales, Colombia debe enviar una solicitud formal de dicha cooperación a través de la embajada de Alemania en el país, dicha solicitud llega al Bmz, quien asigna a la GIZ la tarea de llevar a cabo un estudio de factibilidad en el marco del cual, conjuntamente entre Alemania y Colombia se formula el proyecto o programa de cooperación, se definen líneas de acción, tiempos, actores, entre otros.	Cada dos años se realizan las negociaciones, en las cuales se asignan los recursos.	Ver arriba en información general de este cooperante.	La agencia alemana de cooperación GIZ, brinda apoyo a contrapartes políticas a través de programas bilaterales y regionales. Apoya procesos de construcción de paz, fortalecimiento del estado de derecho, apoyo a la implementación de la ley de justicia y paz, fomento de los derechos de la mujer para prevención de la violencia. De igual forma mediante fortalecimiento institucional, formulación y acompañamiento de proyectos de impacto social, en temas de paz y medio ambiente.	No hay monto definido. El valor del alcance del programa o proyecto.

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Alemania	Proyectos de apoyo en emergencias.	Refugiados y desplazados en caso de fenómenos naturales extremos.	Ong ^a s nacionales que tengan una intervención directa en la zona en la que ocurra el desastre. Estos recursos se aplican exclusivamente para la atención de desastres naturales. Organizaciones sociales que estén en la zona del desastre o que puedan realizar una atención integral a las víctimas podrán aplicar a los fondos.	Sin definir	Nd	Apoyo a la ayuda humanitaria inmediata y en desastres. Ver sitio web: www.bogota.diplo.de	No hay monto definido. El valor del alcance del programa o proyecto.
Reino Unido	Fondo para asuntos de drogas y crimen.	Entidades públicas (principalmente) y entidades especializadas	Directamente con la embajada.	Información disponible en la embajada.	Información disponible en la embajada.	Apoyar el fortalecimiento de las instituciones colombianas en la lucha contra la droga y el delito.	Información disponible en la embajada.
Francia	Crecimiento verde y solidario.	Ministerio de ambiente y desarrollo sostenible, ministerio de hacienda. Departamento nacional de planeación, corporaciones autónomas, alcaldías y gobernaciones, entre otros.	Canales gubernamentales.	Información en apc colombia y la afd.	Ámbito nacional.	Crecimiento verde y solidario.	Información en la embajada.
Agencia Francesa de Desarrollo (AFD)							
Francia	Transporte urbano, agua y saneamiento, vivienda y biodiversidad,	Entidades públicas,	Canales gubernamentales.	Información en apc colombia y la afd.	Ámbito nacional.	Créditos blandos, cuyos desembolsos se hacen en euros o dólares, tasa de interés fija o variable, hasta 20 años de plazo, con periodo de gracia de cinco años, priorización por parte de la nación (aval de dnp y minhacienda), cooperación técnica para estimular expertos franceses y colombianos.	Información en la embajada.
Agencia Francesa de Desarrollo (ADF)							

Continúa

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Francia Agencia Francesa de Desarrollo (AFD)	Cofinanciación a ong francesas	Los financiamientos acordados a las ong francesas son para estructuras que tienen por lo menos tres años de experiencia en la implementación de acciones de solidaridad internacional. En aras de asegurar la sostenibilidad, el proyecto para el cual la ong solicita un cofinanciamiento ha de ser en colaboración con una ong local.	Convocatorias.	Información en la embajada.	Ámbito nacional.	La afd apoya los proyectos relacionados con su ámbito de intervención tradicional, pero igualmente apoya proyectos ligados al fortalecimiento del estado de derecho, al respeto de los derechos humanos, a la lucha contra la corrupción, a los procesos para salir de crisis e igualmente acciones de sensibilización y educación al desarrollo.	50% del monto total de la iniciativa.
Corea Agencia de Cooperación Internacional de Corea - KOICA	Cooperación técnica (ct)	Entidades públicas del orden nacional.	Se definen los proyectos en el marco de las áreas priorizadas entre los dos gobiernos y se coordina la formulación entre apc-colombia, koica y la entidad beneficiaria. Cada año se negocia entre 2 y 3 proyectos máximo enmarcados en las áreas negociadas.	Sin definir.	Ámbito nacional, sin prioridades geográficas definidas. Sin embargo, solo pueden enviar a sus expertos a zonas seguras.	Actividades de asistencia técnica vinculada a la construcción de capacidades propias en Colombia. Pública, universitaria y privada y especializada.	Costos entre 500 mil y 5 millones de dólares, solo hay un caso excepcional con el cri de 11.5 millones de dólares.
Corea Agencia de Cooperación Internacional de Corea - KOICA	Programa capacitación a través de becas, cursos cortos y cursos de país.	Funcionarios del gobierno en general, población civil.	Koica remite a apc-colombia para la socialización y selección en el caso de capacitación de corto tiempo, en el caso de becas a través de icetex.	Sin definir.	Ámbito nacional.	Apoyo al fortalecimiento de capacidades institucionales.	Nd

Fuente de cooperación internacional	Lineas de acceso a la cooperación	Dirigida a	Mecanismos de acceso / ¿cómo acceder?	Plazos o periodos de presentación	Territorios priorizados	¿Qué apoya? - temas / actividades	Montos
Japón	Donaciones en especie.	Ministerio de cultura el sector en general.	A través de apc-colombia y el ministerio de cultura.	Mayo 31 de cada año.	Nd	Japón hace donaciones en especie para el sector cultura, modalidad conocida como la gran donación cultural.	100 mil dólares aproximadamente.
Agencia de Cooperación Internacional del Japón-JICA			Normalmente cada año, jica ofrece al ministerio de cultura y a apc-colombia la posibilidad de presentar tres propuestas para el sector cultura, se somete a consideración de jica-tokio-casa central para su aprobación.				
Japón	Apoyo a proyectos comunitarios-apc.	Alcaldías, plan padrino	La embajada del japon lanza convocatorias abiertas a través de la página web: http://www.colombia.emb-japan.go.jp/esp/apc.htm	A lo largo de todo el año.	Nd	Las alcaldías pueden presentar sus propuestas directamente a la embajada para proyectos de infraestructura para temas relacionados con servicios básicos de salud, educación elemental, paliación de la pobreza, bienestar público y medio ambiente. Siguiendo el procedimiento establecido en la página web de la embajada.	Hasta 80 mil dólares.
Agencia de Cooperación Internacional del Japón-JICA							
Israel	Israel es una fuente más enfocada en la asistencia técnica que en aportes financieros. Israel ofrece actualmente cooperación a Colombia a través de cursos cortos y actividades de formación en temas estratégicos para el país, como son: agricultura, desarrollo local, educación diferencial, ciencia y tecnología, y derechos humanos, entre otros.						
Israel	Mecanismos de cooperación programable: cooperación técnica.						
Israel	Mecanismos de cooperación no programable: cursos, becas.						
Israel	Lineas prioritarias de cooperación internacional: agrícola, salud, desarrollo social y educación.						
Israel	Territorios priorizados: todo el país.						
Israel	Becas y cursos cortos.	Funcionarios públicos.	A través de la embajada de Israel en Colombia, se realiza la convocatoria para la participación de colombianos en los cursos que ofrece, los nacionales deben llenar los formularios correspondientes y hacer su postulación ante la misma.	Según los que contemple la convocatoria.	Todo el país.	Becas ofrecidas por el mashav con el fin de fortalecer las entidades públicas nacionales.	Los cursos que ofrece Israel incluyen el hospedaje y la manutención
Israel							Del participante, pero no el costo de los pasajes internacionales, que deben ser asumidos por el beneficiario.

Fuente: adoptada de APC-Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia (s. f.).

Tabla 147. Actividades a realizar por cada ente institucional.

Rol del Hospital	El Hospital define la reestructuración de todos los procesos administrativos y asistenciales. Para tal fin realiza, en conjunto con la academia, estudios de cargas de trabajo y necesidades de la organización que serán la base para el diseño de procesos y modelos organizacionales.
Rol del Hospital	Estos permitirán definir reglas de juego claras para todos los actores, basando estas en indicadores de gestión, seguimiento a resultados y responsabilidad residual a todo nivel tanto para equipos asistenciales como administrativos.
Rol del Hospital	Se entiende la responsabilidad residual como la construcción en conjunto de planes de mejora cuando sea necesario, pero también la retribución de algún tipo ante el trabajo bien hecho.
Rol del Hospital	Apoya la transformación del Hospital, al vincular al resto de facultades y escuelas en el proceso.
Rol del Hospital	La Facultad de Administración apoya el rediseño organizacional y la implementación de la estructura que el Hospital necesita. Trabaja en el diseño e implementación de la estructura y política de costos, en el rediseño de los procesos de facturación y gestión de cartera.
Rol del Hospital	Por su parte la Facultad de Salud hace aún más visibles sus activos estratégicos de alta valor, con lo que se logra el diseño de nuevas y fortalecimiento de las unidades de atención existentes-trabajando en su transformación como unidades de negocio centradas en el paciente y el estudiante, generando rentabilidad social y financiera.
Rol de la Universidad	Además, la Facultad de Salud se compromete a apoyar el diseño e implementación de modelos de auditoría que abarquen aspectos importantes como la calidad de la atención, la prevención, la intervención en tiempo real de acciones coyunturales y el apoyo al área administrativa, siendo su meta erradicar las glosas prevenibles en la organización.
Rol de la Universidad	La Facultad de Ingeniería y la Facultad de Arquitectura apoyan los ajustes de infraestructura, buscando alternativas amigables con el planeta y costo efectivas que permitan continuar prestando la atención del servicio cumpliendo requisitos de habilitación e incluso de acreditación.
Rol de la Universidad	Artes Integradas, Psicología, Música trabajan en conjunto con las demás escuelas para lograr altos niveles de satisfacción y confort para los pacientes.
Rol de la Universidad	Facultad de Humanidades, Literatura, Matemáticas, Física, entre otras, estructuran planes de trabajo que permiten escolarizar a niños con larga estancia en el hospital.
Rol de la Universidad	La escuela de medicina familiar se fortalece con la puesta en marcha del modelo MIAS. Será exportadora de este modelo de atención a nivel país, a la vez que implementará este en las diferentes IPS de nivel básico.
Rol del Hospital	La administración del Hospital está orientada a la gestión por resultados. A todo nivel la selección de los trabajadores se hace por meritocracia, y la vinculación es por contrato laboral, con lo que se logra sentido de pertenencia y arraigo.
Rol del Hospital	El diseño de esta gerencia se hizo sobre la base de la claridad de los perfiles para cada cargo, el rol a desempeñar, las interrelaciones con las demás áreas de la institución y las competencias conductuales y tecnicocientíficas que cada uno de los trabajadores de la institución deben tener.
Rol del Hospital	Las metas de cada cargo están definidas, y los indicadores de gestión orientados a tal fin. Se hace seguimiento a resultados, y la responsabilidad residual existe. Se definen planes de trabajo cuando existen planes de mejora, pero también existen remuneraciones, salariales y no salariales cuando existe un desempeño superior.
Rol del Hospital	Existe un equipo orientado al desarrollo de modelos gerenciales orientados a la optimización de procesos, centrandose siempre el foco en el paciente y el estudiante.
Rol del Hospital	La Gerencia del Hospital garantiza un adecuado manejo de modelos de contratación y control de los mismos, a la vez que apoya los procesos de mercadeo y financieros que le permiten optimizar todos los recursos existentes.
Rol del Hospital	El equipo de gerencia es consciente de que el desarrollo de capacidades del Hospital permitirá una mejor calidad de atención y salvará vidas.

Continúa

	Se trabaja en la formación del recurso humano que se necesita para administrar el Hospital en el hoy y en el mañana.
Rol de la Universidad	Se enfoca en preparar gerentes, directores, jefes y coordinadores con las competencias suficientes para mantener al Hospital en la vanguardia. Modelos de atención centrados en la seguridad y satisfacción del paciente, diseño de nuevas y mejores formas de hacer lo mismo serán el trabajo del día a día de un equipo orientado a trabajar en pro del crecimiento y el fortalecimiento del Hospital.
Rol del Estado / Nación	Se compromete con el flujo de recursos-pago por atención a población pobre no asegurada, vigilancia y control a aseguradoras para pagos oportunos por atención.
Rol de los Aseguradores	El Hospital ha dado un giro de 180 grados. Ya no es solo el hospital universitario, es una red integrada de servicios que ofrece servicios de salud con tarifas competitivas de alta calidad con diferenciales y valores agregados no vistos en las IPS privadas.
Rol de los Usuarios	El enfoque del Hospital Universitario del Valle en asocio con la Universidad del Valle y sus altos estándares de calidad en la atención ha volcado la atención de los usuarios tanto del régimen subsidiado y población pobre no asegurada como del contributivo y medicina prepagada. Todos los actores ven en el Hospital el mejor sitio para la atención de patologías de alta complejidad. Se convierte incluso en un centro de referencia para pacientes a nivel nacional e internacional. Sus nuevos espacios físicos permiten la atención de este sector de la población, a la vez que se generan ingresos importantes para la institución.
Rol de la Comunidad Internacional	El admirable trabajo que hace el Hospital Universitario y la Universidad del Valle. La red integrada, la atención centrada en el paciente y la formación académica y la misión de la organización, hace que desde el exterior existan grupos y organizaciones interesadas en el trabajo realizado. Se favorecen las donaciones desde ONG que buscan instituciones que trabajen con esta vocación de servicio y eficiencia operacional.
	Se logra hacer una integración con las ESE del municipio, de tal manera que los niveles 1 y 2 de atención se manejan en estos centros. *Con la articulación de una única central de referencia y contrareferencia para la red pública, desde esos centros se remiten los pacientes al Hospital Universitario cuando desde los niveles inferiores se define.
Rol de la Red de servicios	El Hospital se orienta a trabajar la alta complejidad, en sus unidades de trauma, cuidados intensivos adultos, maternidad, recién nacidos y pediátricos, cáncer, cirugía general, cirugía de reemplazos y transplantes, cirugía plástica reconstructiva, hospitalización de alta complejidad. Al no existir sobreocupación en la red los pacientes son atendidos con oportunidad y comodidad. Los equipos de trabajo integrados trabajan orientados al paciente y al logro, siendo conscientes que de su eficiencia y oportunidad dependen la permanencia en la región del Hospital. Se incursiona en la telemedicina. Residentes de último año de las diferentes especialidades trabajan en un centro localizado en el Hospital para dar apoyo a los colegas de la red dispersa en la ciudad y la región, buscando no solo optimizar las remisiones a la alta complejidad, sino también apoyar el inicio pronto y pertinente de la atención en otras instituciones. Este apoyo es además de provechoso para el paciente de gran importancia para el médico, ya que en este apoyo está inmerso un trabajo de enseñanza, que fortalecerá el perfil profesional y académico de los profesionales del suroccidente del país.
	El modelo de atención será visto por la comunidad académica nacional e internacional. Incrementarán las solicitudes de práctica a través de la Universidad de estudiantes de pregrado y post grado de muchas universidades del mundo.
Rol de la Comunidad académica	Esto permitirá hacer nuevos convenios y fortalecer los existentes para lograr que estudiantes de la Univalle vayan al exterior y se formen en últimas tecnologías, mejores formas de hacer las cosas, así como facilitará también la investigación a niveles cada vez más importantes y más internacionales. Estos activos estratégicos de alta valía serán fundamentales a la hora de garantizar la permanente vigencia de la Universidad y el Hospital en la comunidad académica. El tener una visión global permite avizorar el futuro y prepararse para este.

Rol del Hospital / Rol de la Universidad	El equipo asistencial ha entendido que si bien son actores vitales de la atención hacen parte de un sistema, que debe ser gestionado de forma adecuada para garantizar la sostenibilidad del mismo.
	Los individualismos y las arrogancias han quedado atrás; estamos frente a un equipo de académicos asistenciales que hacen el mejor de sus esfuerzos por lograr que la atención que se brinda en el Hospital sea de la mejor calidad y que sea visto por todos los pacientes como una experiencia de vida.
	La definición de sus cargas académicas y asistenciales, así como el entendimiento de la necesidad de definir roles, perfiles, procesos, metas, indicadores y mecanismos de seguimiento les genera tranquilidad y confianza.
	Entienden que la administración trabaja siempre para garantizar la mejor opción para los equipos asistenciales, y que todos están centrados en el paciente, el estudiante y la sostenibilidad para el Hospital.
Rol del Hospital / Rol de la Universidad	El equipo asistencial ha entendido que si bien son actores vitales de la atención hacen parte de un sistema, que debe ser gestionado de forma adecuada para garantizar la sostenibilidad del mismo.
	Los individualismos y las arrogancias han quedado atrás; estamos frente a un equipo de académicos asistenciales que hacen el mejor de sus esfuerzos por lograr que la atención que se brinda en el hospital sea de la mejor calidad y que sea visto por todos los pacientes como una experiencia de vida.
	La definición de sus cargas académicas y asistenciales, así como el entendimiento de la necesidad de definir roles, perfiles, procesos, metas, indicadores y mecanismos de seguimiento les genera tranquilidad y confianza.
	Entienden que la administración trabaja siempre para garantizar la mejor opción para los equipos asistenciales, y que todos están centrados en el paciente, el estudiante y la sostenibilidad para el Hospital.
Rol del Hospital	Abarca desde el apoyo para la contratación con los aseguradores hasta la venta efectiva de productos y servicios.
	El departamento del Valle, hace inteligencia de mercado, se adapta a las necesidades de los clientes y pacientes, es ágil para moverse frente a los cambios del entorno.
	Es un conocedor de las estructuras de costos y gastos de la organización, así que puede diseñar modelos y procesos que garanticen la seguridad y la calidad académica, pero también la rentabilidad organizacional.
	Con su equipo de trabajo está en permanente acompañamiento al equipo de calidad en el control y seguimiento de la ejecución de cada uno de los contratos.
	El relacionamiento con los aseguradores y entes de control es activo, y permite la adecuada gestión de los procesos administrativos.
Rol de la Universidad	La Universidad de Valle y el Hospital Universitario del Valle tienen toda la estructura para hacer investigación y aplicar estos conocimientos dentro de la institución y a la comunidad en general.
	Una estructura administrativa organizada a la vez que un equipo asistencial comprometido y eficiente son la base necesaria para hacer investigación de alta calidad, aprovechando la condición del Hospital de único en su nivel de complejidad y condiciones en el suroccidente del país.
	Los sistemas de información diseñados y operacionalizados con el apoyo de la Escuela de Ingeniería de la Universidad permiten la recolección de datos de alta calidad, con lo que hacer investigación es más fácil.
Rol del Hospital	La infraestructura del Hospital ha sido remodelada en algunos espacios, y otros han sido destinados para aulas y laboratorios de investigación y práctica, habiéndose construidos a las nuevas que cumplen con todos los requisitos de ley para la atención de pacientes.
	En esos espacios se hace ciencia, academia. Con el apoyo de las Escuelas de Ingeniería y Arquitectura el Hospital puede adaptar áreas, espacios o lo que sea necesario cuando desde el área de mercadeo se evidencian oportunidades de negocio para el Hospital, por ejemplo, una sala de recuperación, un área para aplicación de medicamentos ambulatorios, un espacio para la atención en horarios adicionales de embarazadas de alto riesgo (apuntándole al mercado contributivo y prepagado) entre muchas otras posibilidades que pueden surgir, una vez la confianza y la admiración de los aseguradores y la población en general se recupera totalmente frente a la gestión compartida del Hospital y la Universidad.

Fuente: elaboración propia

REFERENCIAS

- Agencia de Noticias Univalle. (2016). *Buscamos un Sistema de Salud centrado en los ciudadanos: Viceministro de Salud*. <http://www.univalle.edu.co/salud/buscamos-un-sistema-de-salud-centrado-en-los-ciudadanos-viceministro-de-salud/>
- Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia (s. f.). *Modalidades de cooperación internacional* <https://www.mincit.gov.co/ministerio/planeacion/cooperacion-internacional-becas/modalidades-de-cooperacion-internacional>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). *Proyecto de acuerdo Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo 2012-2015 del Municipio de Santiago de Cali*.
- Arango, V., y Ruiz, I. (2006). *Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia*. Documento de investigación de la Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, 1-19.
- Así Vamos en Salud. (2020, 21 de abril). *Evolución del IPC y del IPC en salud*. <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/financiamiento/evolucion-del-ipc-y-del-ipc-salud>
- Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*, 204. Banco de la República de Colombia. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
- Bezold, C. (2014). *Public Health 2030 Scenarios: Foresight for Health Departments*. https://www.researchgate.net/publication/266786265_Public_Health_2030_Scenarios_Foresight_for_Health_Departments/citation/download
- Castaño, C. J. (2013). El sistema de Salud Colombiano. *Archivos de Medicina (Col)*, 13(2), julio-diciembre, 2013, pp. 115-117. Universidad de Manizales, Caldas, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273829753001.pdf>
- Castells, M. (2010). The Rise of the Network Society. (Second edition). *The Information Age Economy, Society, and Culture*, 1. https://urb.bme.hu/wp-content/uploads/2014/05/manuel_castells_the_rise_of_the_network_society-bookfi-org.compressed.pdf

- CEPAL. (2013). *Panorama social de América Latina*. Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35904-panorama-social-america-latina-2013>
- Constitución Política de Colombia. Artículo 19 y 20 de 1991. https://www.oas.org/dil/esp/Constitucion_Pol%C3%ADtica_de_Colombia.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Congreso la República de Colombia. (2000). Ley 550 de 1999. Publicado en *Diario Oficial No. 43.940* de 19 de marzo de 2000. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0550_1999.html
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Ley por medio de la cual se regula la salud y se dictan otras disposiciones. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Contraloría General de la República (2010). *Brechas de eficiencia en el gasto en salud por recobros. El caso de cuatro medicamentos*. https://observatoriosfiscal.contraloria.gov.co/Publicaciones/0_Estudio%204%20medicamentos%20Versi%C3%B3n%20Final%20Revisada%20CIRM.pdf
- Corredor, C. M. (2001). La modernización inconclusa. En Misas G. A. (ed.) *Desarrollo económico y social en Colombia siglo XX*. Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Ciencias Económicas. Editorial Unilibros. http://www.fce.unal.edu.co/media/files/CentroEditorial/catalogo/Libros_Digitalizados/M_desarrollo-economico.pdf
- Corte Constitucional Colombiana. (2008) Sentencia T-760 de 2008. República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf>
- Contaduría General de la Nación. (2016). *Sistema Chip* https://www.chip.gov.co/schip_rt/index.jsf
- Contaduría General de la Nación. (01 de febrero de 2022). *Estados Financieros*. Recuperado el día 01 de febrero de 2020. Estados Financieros - Contaduría General de la Nación (contaduria.gov.co)
- Cubillos, T. L. (2006). *Evaluación de Tecnologías en Salud: Aplicaciones y Recomendaciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano. Documento Técnico-Informe Final*. Ministerio de la Protección Social y Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. http://www.med-informatica.net/OBSERVAMED/PFNyLeyMedicamento/ActualizacionPOS/MPS_PARS_EvaluacionTecnologias_CTMyETde2003a2005_DocNewsNo-16192DocumentNo4236.pdf
- Departamento Nacional de Estadística [DANE]. (2016). *Encuesta nacional de hogares DANE febrero 2016*. Disponible en: https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/427/get_microdata
- Datos Macro. (2019). *Colombia: Índice de percepción de corrupción*. <https://datosmacro.expansion.com/estado/indice-percepcion-corrupcion/colombia>
- Datos Macro. (2014). *Colombia, el PIB creció un 4-5%*. <https://datosmacro.expansion.com/pib/colombia?anio=2014>
- Defensoría del Pueblo Colombia. (2019). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*. <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>
- Deloitte. (2016). *2016 Global life sciences outlook. Moving forward with cautious optimism*. <https://www2.deloitte.com/co/es/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-life-sciences-sector-outlook.html>

- Departamento Administrativo de la Función Pública. (1999). Ley 510 de 1999. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema financiero y asegurador, el mercado público de valores, las Superintendencias Bancaria y de Valores y se conceden unas facultades. República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=9916
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2011). Decreto 1438 de 2011. "Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013". República de Colombia. Encontrado en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=60226
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Decreto 2651 de 2014. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Declarada EXEQUIBLE, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-791 de 2011, por el cargo examinado. República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=41355
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2014). *Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993-2014*. Documento de Trabajo No. 2016-1. Observatorio de Políticas de las Familias-OPF.
- Dye, C., Boerma, T., Evans, D., Harries, A., Lienhardt, C., McManus, J., Pang, T., Terry, R., y Zachariah, R. (2013). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2013 OMC-Investigaciones para una Cobertura Sanitaria Universal*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf;jsessionid=7236D251C08FFFF035FB25A016B-7CAA6?sequence=1
- Centro de Estudios en Economía Sistémica (2015). <http://www.fundacionecsim.org/>
- Contraloría Departamental del Valle del Cauca. (2017). *Informe final de auditoría gubernamental con enfoque integral. Universidad del Valle, vigencia auditada-2016*. <https://www.contraloriavalledelcauca.gov.co/publicaciones/39556/procesos-audidores-realizados-en-2017/descargar.php?idFile=12080>
- Faúndez, A., Otter, T., Severo, L., Weinstein, M., y Peyrin, C. (2014). *Análisis de situación de la infancia y la adolescencia en Colombia 2010-2014*. Unicef. 10.13140/RG.2.2.36642.22722.
- Galvao, L. A. (2012). Los determinantes sociales de la salud y el desarrollo sostenible en América. En Fuentes, M. U., y Block, M. Á. G. (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gerry, J., Kevan, S., y Richard, W. (2006). *Dirección Estratégica*. Séptima edición. Ed. Pearson Educación, S. A. https://www.academia.edu/26819478/1_J_DIRECCI%C3%93N_ESTRA-T%C3%89GICA_Traducci%C3%B3n
- Guerrero, R., Prada, S., y Chernichovsky, D. (2014). *La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública*. Centro de Investigación Económica y Social Fedesarrollo. <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/146>
- Guerrero, R., y Rovetto, P. (2010). The teaching of medicine at Universidad del Valle. *Colombia Médica*, 41(4), 302-305. <https://doi.org/10.25100/cm.v41i4.720>
- Grossman, M. (1999). *The human capital model of the demand for health*. NBER Working paper, (w7078).
- Grupo de Memoria Histórica. (2013) ¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Imprenta Nacional. <https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf>
- Hospital Universitario del Valle. (2015). Audiencia Pública de Rendición de Cuenta 2015 a la ciudadanía. <https://www.huv.gov.co/wp-content/uploads/RENDICION-DE-CUENTAS/2015/PRESENTACION%C3%83%E2%80%99N-AUDIENCIA-RENDICION-VIGENCIA-2015-16032016-4.pdf>
- Hospital Universitario del Valle (2015a). Estados contables 2015. Recuperado de <http://huv.gov.co/index.php/estados-financieros/>

- Hospital Universitario del Valle. (2015b). Notas a los Estados Contables de HUV Recuperado en: <http://huv.gov.co/index.php/estados-financieros/>
- Hospital Universitario del Valle. (2012). *Plan De Desarrollo Institucional 2012-2015*. Plan-de-desarrollo-2012-2015-Aprobado.pdf (huv.gov.co)
- Indepaz. (2013). *Acuerdo general para la terminación del conflicto armado en Colombia*. http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2013/04/Acuerdo_general_para_la_terminacion_del_conflicto_y_la_construccion_de_una_paz_estable_y_duradera.pdf
- Marimón, S. (1999). *La sanidad en la sociedad de la información: sistemas y tecnologías de la información para la gestión y la reforma de los servicios de salud*. Ediciones Díaz de Santos.
- Mercosalud. (2015). *Una evaluación independiente, amplia y con rigor del sistema de salud y colombiano*. Centro Nacional de Consultoría. <http://merco.info/temp/Merco-Salud-Colombia-2015-Informe-Completo- Metodologia.pdf>
- Mercosalud. (2015). *Resultados*. <https://www.merco.info/temp/Merco-Salud-Colombia-2015-Resultados.pdf>
- Merlano-Porras, C. A., y Gorbanev, I. (2011). ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 170-180. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272011000100012&lng=en&tlng=es.
- Ministerio de Justicia. (2011). Ley 131 del 2011 "Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones". Colombia. Encontrado en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1691550>
- Ministerio de Justicia. (2011). Decreto 128 de 2010. Por medio del cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud y se dictan otras disposiciones. (Declarado inexecutable) Colombia. <http://www.suin.gov.co/viewDocument.asp?id=1691460>
- Minsalud, y Supersalud. (2014). *Reporte del número de afiliados BDUA por EPS*. <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionInstitucional/IndicadoresAfiliacion/POBLACION-AFILIA-DA-2011-2014.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Comportamiento del aseguramiento*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubsidado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubsidado.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Decreto Nacional 1020 de 2007. Por el cual se reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del régimen subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201020%20DE%202007.PDF
- Ministerio de la Protección Social (2010). *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano-2010*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%c3%ada%20Metodol%c3%b3gica%20para%20la%20elaboraci%c3%b3n%20de%20gu%c3%adas.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Análisis de situación de Salud (ASIS) Valle del Cauca. Dirección de Epidemiología y Demografía*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Presen-taci%C3%B3n%20Valle%20del%20Cauca%202014.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Cifras Financieras del Sector de Salud. Gasto en Salud de Colombia 2004-2011. Dirección de Financiamiento Social*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%C3%ADn%20No%202.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Análisis de situación de salud (ASIS) Capítulo I: Caracterización del Contexto territorial y Demográfico*. Dirección de Epidemiología y Demografía <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/>

- RIDE/VS/ED/PSP/Presentaci%C3%B3n%20Valle%20del%20Cauca%202014.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Análisis de situación en Salud Departamental y municipal Valle del Cauca 2015*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-valle-del-cauca-2015.zip>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Análisis de situación de Salud (ASIS) Departamental y Municipal Valle del Cauca*. Dirección de Epidemiología y Demografía. (2015) Repositorio Institucional Digital. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=%28%28daudience%3a%22ASIS%20Valle%20del%20Cauca%22%29%29>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 1893 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201893%20de%202015.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201479%20de%202015.PDF
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Prestadores de Servicios de Salud: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria*: (minsalud.gov.co). Recuperado de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Ministerio de la Protección Social, y COLCIENCIAS. (2010). *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano*. ISBN: 978-958-8361-81-9. Bogotá, Colombia. Mayo de 2010. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud -REPS-*. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Sistema de Información Hospitalaria -SIHO*. <https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/>
- Ministerio de Tecnología de la Información y las Comunicaciones. (2014). *Agenda estratégica de innovación nodo de salud*. <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/10.pdf>
- Montbrun, A. (2005). *Teoría de redes y complejidad: Hacia una nueva síntesis en ciencia política*. Segundas Jornadas Nacionales de Derecho Político "Joaquín V. González", La Plata, 28 y 29 de noviembre de 2005. http://www.albertomontbrun.com.ar/archivos/complejidad_y_teor%C3%ADa_de_re-des_hacia_una_nueva_sintesis.pdf
- OMS. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf;jsessionid=04A2B45A04EDE73814403A75BABD04B9?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en las Américas edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3272>
- Páez, G. N., Jaramillo, L. F., Franco, C., Arregoces, L., Bardey, D., y Ortiz, J. L. (2015). *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Porter, M. E. (1991). *Ventaja competitiva. Creación y sostenimiento de un diseño superior*. Editorial Rei Argentina S. A. [http://aulavirtual.iberamericana.edu.co/recursosel/documentos_para-descarga/1.%20Porter,%20M.%20\(1991\).pdf](http://aulavirtual.iberamericana.edu.co/recursosel/documentos_para-descarga/1.%20Porter,%20M.%20(1991).pdf)
- Porter, M. E. (1997). *Estrategia Competitiva*. Editorial Continental.
- Porter, M. E. (2015). *Estrategia competitiva: técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia*. Grupo Editorial Patria.
- Procuraduría General de la Nación. (2012, 24 de mayo). *Procuraduría General de la Nación for-*

- muló pliego de cargos a directivos de Saludcoop. Boletín 506. https://www.procuraduria.gov.co/portal/Procuraduria-General_de_la_Nacion_formul_pliego_de_cargos_a_directivos_de_Saludcoop.news
- Procuraduría General de la Nación, (2012). *Financiamiento del sistema general de seguridad social en salud seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. ISBN 978-958-99991-5-8
- Resolución 3797 de 2010 [Ministerio de Protección social, Colombia], "Por medio de la cual se establecen los criterios y requisitos designación, distribución y giro de los recursos adicionados al Presupuesto General de la Nación mediante el Decreto Legislativo 134 de 2010" 20 de septiembre de 2010
- Restrepo, J. H., Lopera, J. F., y Rodríguez, S. M. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de Economía Institucional*, 9(17), 279-308. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41901711>
- Restrepo, T. (2008). *Hospital-Empresa*. (3er edición). Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul.
- Restrepo, D. A., y López, S. L. E. (2012). La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(3), 291-299. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/11555>
- Rosselly, D. A., Otero, A., Moreno, I., Pérez, A., Heller, D., y Calderón, C. P. (2000). *La medicina especializada en Colombia: una aproximación diagnóstica*. Universidad Pontificia Javeriana.
- Sánchez, I. D. (2009). *Estilos de dirección y liderazgo en las organizaciones. Propuesta de un modelo para su caracterización y análisis*. Editorial Universidad del Valle. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/10312/Estilos-de-direccion.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Sancionadas 14 EPS y ACEMI por la Superindustria. (2011, 31 de agosto). *Semana*. <https://www.semana.com/nacion/articulo/sancionadas-14-eps-acemi-superindustria/245800-3/>
- Seguridad, Justicia y Paz. (2015). *Caracas Venezuela, es la ciudad más violenta del mundo*. <http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/biblioteca/download/6-prensa/230-caracas-venezuela-es-la-ciudad-mas-violenta-del-mundo>
- Superintendencia de Salud. (s. f.). *Normatividad*. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/normatividad/resoluciones>
- Superintendencia de Salud. (2015). *Informe de Gestión 2015*. <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/InformesGestion/GG-%2054.docx>
- Superintendencia de Sociedades. (2013). *Factores de éxito o de fracaso en la aplicación de la Ley 550 de 1999 Estudio*. Delegatura Asuntos Económicos y Contables Grupo de Estudios Económicos y Financieros Bogotá D. C. https://www.supersociedades.gov.co/delegatura_aec/estudios_financieros/Documents/Otros%20Documentos%20de%20Inter%20C3%A9s/Ley%20550%20de%201999%20analisis%20y%20resultados%2010Sept2013.pdf
- Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Primera, Sub-Sección "A" Bogotá D. C., Expediente: No. 250002341000201401455-00. (MAGISTRADA PONENTE: CLAUDIA ELIZABETH LOZZI MORENO; 8 de marzo de 2018.
- Reid, T. R. (2010). *The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care*. PEuis Editorials.
- Unesco. (s. f.). *Alfabetización*. <https://es.unesco.org/themes/alfabetizacion>
- Unesco. (1997). *Quinta Conferencia Internacional de Educación de Adultos*. Hamburgo, Conrntea, Alemania: Unesco.
- Unesco. (2005). *Hacia las Sociedades del Conocimiento. Informe Mundial de la Unesco*. Paris-Francia: Ediciones Unesco.
- Universidad del Valle. (2019) Anuario Estadístico 2019, Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional, ISSN 2145-4922. Universidad del Valle. <https://planeacion.univalle.edu.co/item-estadisticas-gie>
- Observatorio Laboral de Educación Superior [OLE]. (2019). <https://ole.mineducacion.gov.co/portal/>

Estudios-y-documentos/Informes-articulos-y-boletines/

Vega-Vargas, M., Eslava-Castañeda, J. C., Arrubla-Sánchez, D., y Hernández-Álvarez, M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), pp. 58-84. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297005>

Williamson, O. E. (1975). *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. Free Press.

Zuleta, A. P. (2015), *La corrupción su historia y sus consecuencias en Colombia*. [Artículo argumentativo para obtener el título de Especialista en Derecho Sancionatorio, Universidad Militar Nueva Granada, Facultad de Derecho. Especialización en Derecho Sancionatorio]. Bogotá, D. C., enero del 2015. <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/13973/LA%20CORRUPCION,%20SU%20HISTORIA%20Y%20SUS%20CONSECUENCIAS%20EN%20COLOMBIA.pdf;jsessionid=D1808E148AFF59EC957815D-054078C55?sequence=2>

ANEXOS

Tabla 148. Índice de referencias - comunicaciones recibidas por parte del HUV.
Índice de referencias - comunicaciones recibidas

Ítem	Fecha recepción	Código-nombre	Oficina de entrega	Observaciones
1	29/01/2016	A.N-2BALANCE GENERAL OCTUBRE12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
2	29/01/2016	A.N-3BALANCE GENERAL NOVIEMBRE12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
3	29/01/2016	A.N-4BALANCE GENERAL MAYO12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
4	29/01/2016	A.N-5BALANCE GENERAL JULIO12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
5	29/01/2016	A.N-6BALANCE GENERAL FEBRERO12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
6	29/01/2016	A.N-7BALANCE GENERAL ENERO12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
7	29/01/2016	A.N-8BALANCE GENERAL CGN SEPTIEMBRE12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
8	29/01/2016	A.N-9BALANCE GENERAL CGN JUNIO12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
9	29/01/2016	A.N-10BALANCE GENERAL CGN DICIEMBRE12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
10	29/01/2016	A.N-11BALANCE GENERAL CGN MARZO12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
11	29/01/2016	A.N-12BALANCE GENERAL AGOSTO12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
12	29/01/2016	A.N-13BALANCE GENERAL ABRIL12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
13	29/01/2016	A.N-13BALANCE GENERAL ABRIL12	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
14	29/01/2016	A.N-14balance general enero 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
15	29/01/2016	A.N-15balance general febrero 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos

Continúa

Ítem	Fecha recepción	Código-nombre	Oficina de entrega	Observaciones
16	29/01/2016	A.N-16estados financieros abril 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
17	29/01/2016	A.N-17estados financieros agosto 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
18	29/01/2016	A.N-18estados financieros Dic 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
19	29/01/2016	A.N-19estados financieros huv octubre 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
20	29/01/2016	A.N-20estados financieros julio 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
21	29/01/2016	A.N-21estados financieros junio 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
22	29/01/2016	A.N-22estados financieros marzo 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
23	29/01/2016	A.N-23estados financieros mayo huv	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
24	29/01/2016	A.N-24estados financieros noviembre 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
25	29/01/2016	A.N-25estados financieros septiembre 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
26	29/01/2016	A.N-26NOTAS A LOS EF 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
27	29/01/2016	A.N-28Estados Contables Agosto 14	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
28	29/01/2016	A.N-29Estados Contables Diciembre-14	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
29	29/01/2016	A.N-30estados contables marzo 2014	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
30	29/01/2016	A.N-31estados contables mayo 2014	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
31	29/01/2016	A.N-32Estados Contables Noviembre14	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
32	29/01/2016	A.N-33Estados Contables Octubre14	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
33	29/01/2016	A.N-34Estados Contables Septiembre14	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
34	29/01/2016	A.N-35estados financieros abril HUV 2014	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
35	29/01/2016	A.N-36estados financieros enero 2014	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
36	29/01/2016	A.N-37estados financieros febrero 2014	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
37	29/01/2016	A.N-38estados financieros julio 2014	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos

Continúa

Ítem	Fecha recepción	Código-nombre	Oficina de entrega	Observaciones
38	29/01/2016	A.N-39estados financieros junio 2014(1)	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
39	29/01/2016	A.N-40estados financieros junio 2014	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
40	29/01/2016	A.N-41NOTAS EC HUV 2014	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
41	29/01/2016	A.N-42Abril 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
42	29/01/2016	A.N-43Agosto 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
43	29/01/2016	A.N-44Enero 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
44	29/01/2016	A.N-45Febrero 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
45	29/01/2016	A.N-46Julio 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
46	29/01/2016	A.N-47Junio 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
47	29/01/2016	A.N-48Marzo 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
48	29/01/2016	A.N-49Mayo 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
49	29/01/2016	A.N-50Septiembre 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
50	29/01/2016	A.N-51NOTAS A LOS EF 2013	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
52	29/01/2016	A.N-52 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero Enero 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
53	29/01/2016	A.N-53 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero Febrero 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
54	29/01/2016	A.N-54 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero marzo 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
55	29/01/2016	A.N-55 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero Abril 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
56	29/01/2016	A.N-56 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero mayo 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
57	29/01/2016	A.N-57 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero Junio 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
58	29/01/2016	A.N-58 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero Julio 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
59	29/01/2016	A.N-59 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero Agosto 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
60	29/01/2016	A.N-60 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero Septiembre 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos

Continúa

Ítem	Fecha recepción	Código-nombre	Oficina de entrega	Observaciones
61	29/01/2016	A.N-61 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero Octubre 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
62	29/01/2016	A.N-62 Ingresos, Gastos, Costos por Tercero 62 Noviembre 2015	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
63	29/01/2016	A.N-63 Detalle y valor de los Pasivos Contingentes contabilizados	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
64	29/01/2016	A.N-64 Estado de Flujo de Efectivo Trimestres Junio-Septiembre- Diciembre 2014-2013.xls"	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
65	29/01/2016	A.N-65 Estado de Flujo de Efectivo Trimestre Junio 2015.xls"	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
66	29/01/2016	A.N-66 Estado de Flujo de Efectivo Trimestre Septiembre 2015.xls"	Sección Contabilidad	Información de los puntos 2, 3, 14 y en el 15 se adjuntaron los informes de Flujo de Caja- Fuentes y Usos
67	29/02/2016	A.N-67 FLUJO DE CAJA A DIC 2015	Oficina Tesorería	Flujo de caja de la vigencia 2015 y Enero de 2016, toda vez que febrero aún no se realiza proceso de cierre.
68	29/02/2016	A.N-68 FLUJO DE CAJA ENERO 2016	Oficina Tesorería	Flujo de caja de la vigencia 2015 y Enero de 2016, toda vez que febrero aún no se realiza proceso de cierre.
69	8/04/2016	A.N-69 CONSOLIDADO PROCESOS LABORALES Y ADMINISTRATIVOS HUV EVARISTO GARCIA E.S.E. ENERO 16 corregida	Oficina jurídica	Datos correspondientes a los meses de Enero y Febrero de 2016
70	8/04/2016	A.N-70 CONSOLIDADO PROCESOS LABORALES Y ADMINISTRATIVOS HUV EVARISTO GARCIA E.S.E. FEBRERO 16	Oficina jurídica	Datos correspondientes a los meses de Enero y Febrero de 2017
71	8/04/2016	A.N-71 Contable Litigios Enero 2016	Oficina jurídica	Datos correspondientes a los meses de Enero y Febrero de 2018
72	8/04/2016	A.N-72 Contable Litigios Febrero 2016	Oficina jurídica	Datos correspondientes a los meses de Enero y Febrero de 2019
73	8/04/2016	A.N-73 MATRIX II PROCESOS RM ENERO 2016 CORREGIDA	Oficina jurídica	Datos correspondientes a los meses de Enero y Febrero de 2020
74	8/04/2016	A.N-74 MATRIX II PROCESOS RM FEBRERO 2016	Oficina jurídica	Datos correspondientes a los meses de Enero y Febrero de 2021

Fuente: elaboración propia.



Programa ditorial




Universidad del Valle

Ciudad Universitaria, Meléndez

Cali, Colombia

Teléfono: (57) 321 2100 ext. 7687

<http://programaeditorial.univalle.edu.co>
programa.editorial@correounivalle.edu.co

   | [programaeditorialunivalle](http://programaeditorialunivalle.edu.co)