

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 (prepagado).		

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).

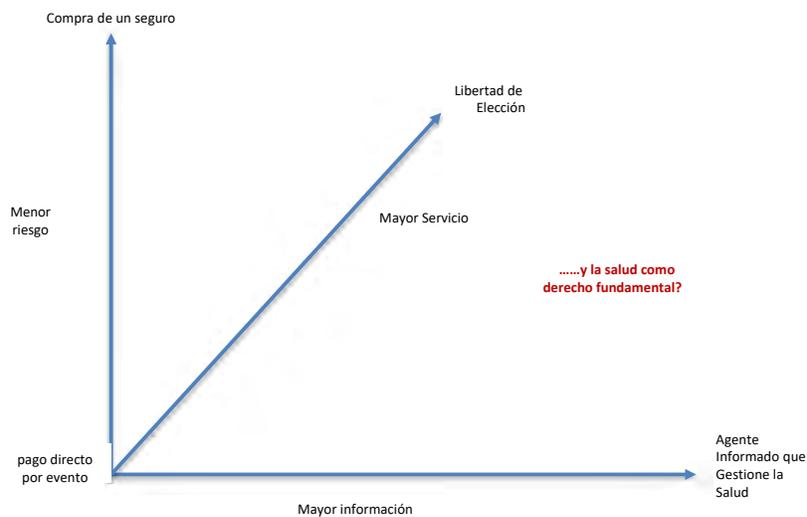


Figura 1. Evolución del Sistema de Salud.

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> <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> <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> <p>Mínimo compromiso institucional, todos son culpables menos el entrevistado.</p> <p>Abuso de la protección sindical.</p> <p>La cultura de la disculpa para no hacer las cosas.</p> <p>Cultura de rechazo a la medición asertiva (indicadores).</p> <p>Deficiencia en las comunicaciones.</p> <p>Deficiencia en la construcción y uso de la información.</p> <p>No se percibe cultura de control y autocontrol.</p> <p>Ausencia de mística en el trabajo y sentido de pertenencia institucional.</p> <p>Resistencia al cambio.</p> <p>Hablar mal del otro y atacar la institucionalidad con el propósito de defender intereses personales.</p> <p>Caos y anarquía generado por la posición dominante.</p> <p>Intención de cogobernar sin responsabilidad.</p> <p>"Que me importismo" dominante en los procesos.</p> <p>Corrupción. Politiquería.</p> <p>Incapacidad de ejercer el poder coercitivo desde la alta dirección.</p> <p>Incumplimiento de los perfiles para ejercer los cargos.</p> <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> <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> <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 provee 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.

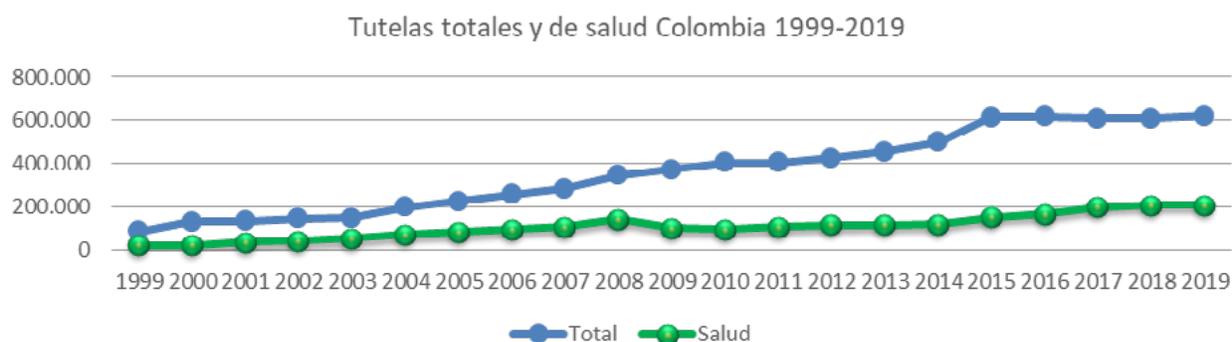


Figura 4. Tendencias del número de tutelas totales y de salud.

Fuente: elaboración propia.

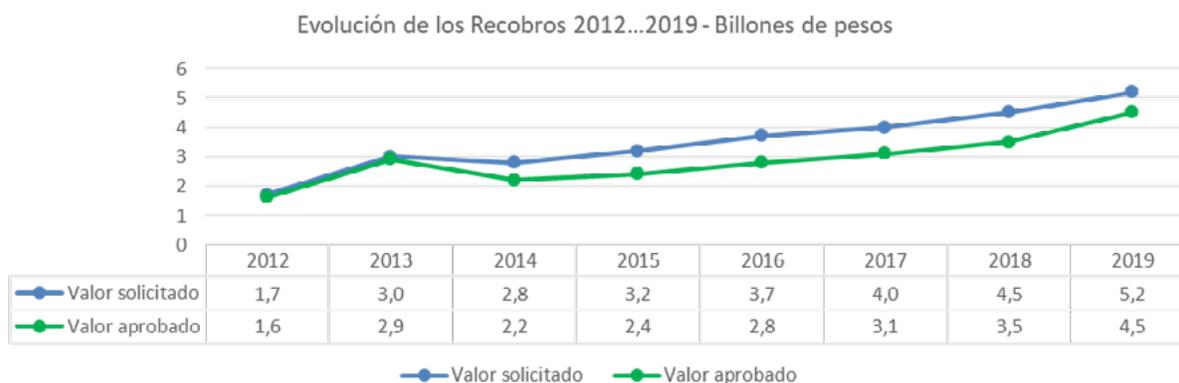


Figura 5. Evolución de los recobros 2012-2019-Billones de pesos.

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 resolutivos 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 normativa 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.

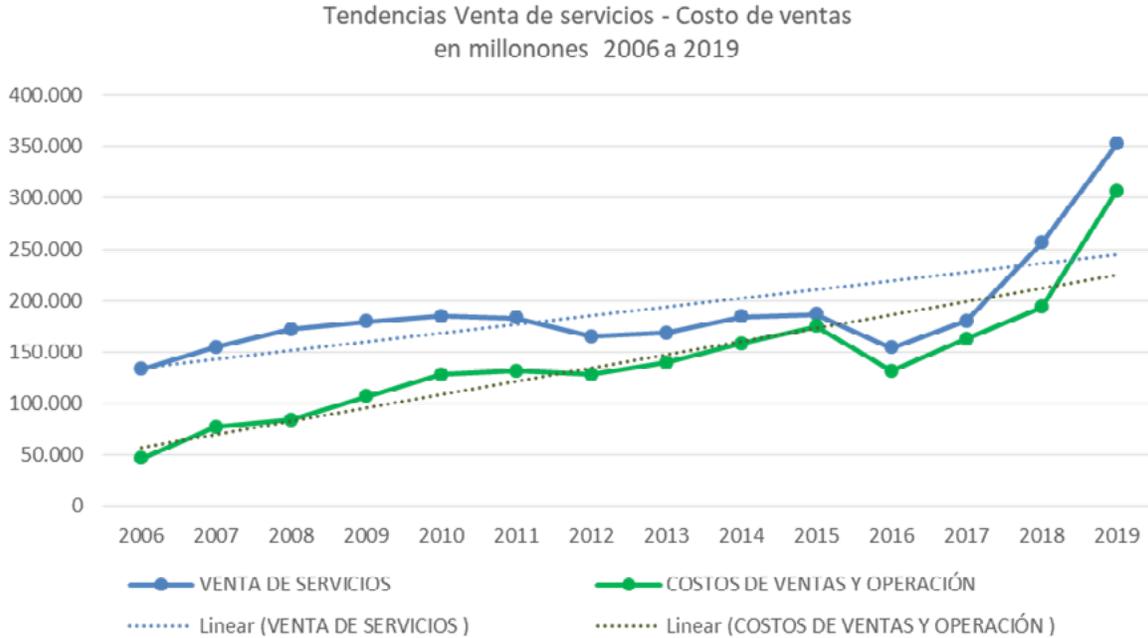


Figura 6. Venta de servicios vs. Costos de operación 2006-2019.

Fuente: elaboración a partir de la Tabla 9.

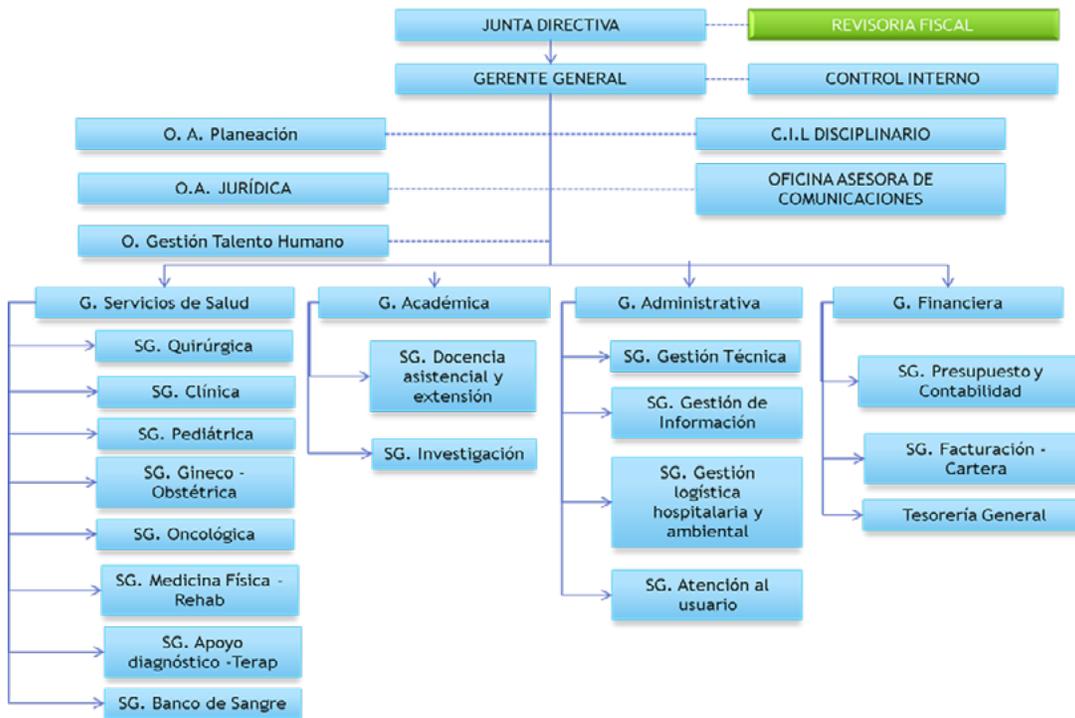


Figura 7. Organigrama HUV.

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 Vasculuar (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, Geriatría, 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).