

ANÁLISIS DE ENTORNOS

El macroentorno o diagnóstico externo lejano, corresponde a aquellas variables que afectan significativamente el funcionamiento institucional y que probablemente no son controlables, por lo que la institución debe prever alternativas que le permitan salirle al paso para proseguir con los objetivos institucionales para que cualquier variable externa lo afecte lo menos posible; siguiendo las actuales tendencias en que se mueven las instituciones, en diferentes escenarios externos, todos ellos con incidencias positivas o negativas (macroambientes).



Figura 47. Elementos del Análisis Externo Lejano.

Fuente: elaboración propia con base en Porter (2015).

En este apartado se analizan aquellas variables ajenas a la institución, no controlables por la misma, pero que, por su relevancia, es necesario prever cualquier

riesgo que ponga en vilo la hipótesis de negocio en marcha (amenazas) o en su defecto que ante variaciones de las diferentes tendencias se puedan capitalizar opciones de oportunidad, por lo que es necesario conocer y, en lo posible, medir el efecto de las variables macroeconómicas. Las variables que afectan al Hospital Universitario del Valle son las siguientes:

Entorno económico

Déficit fiscal

El Estado colombiano al iniciar el año 2016 alcanzó un déficit fiscal de 30.5 billones de pesos, con compromisos de ajuste en diferentes sectores. Dicha posición deficitaria ocasiona incumplimientos en el flujo de recursos para la salud, máxime si se tiene en cuenta que como responsable de los gastos de salud del régimen subsidiado, la situación puede lesionar seriamente el flujo de recursos hacia EPS y prestadores. "Colombia es la economía número 33 por volumen de PIB. Su deuda pública en 2014 fue de 125.890 millones de euros, un 44,28% del PIB y su deuda per cápita de 2.641 € euros por habitante" (Datosmacro, 2014).

Los hospitales públicos, más conocidos como Empresas Sociales del Estado —ESE—, permanecen en una constante disyuntiva por estar obligados a prestar el servicio (Sentencia T-760 de la Corte Constitucional Colombiana -2008-Acceso sin barreras) exista o no contratación y a soportar las dificultades de liquidez provenientes de la baja rotación de cartera con las EPS y la entidad territorial correspondiente, así como el alto volumen de "glosas sin conciliar" que aumentan el costo del servicio.

Tabla 116. Estado de glosas 2015 HUV.

RESUMEN	ACUMULADO GLOSAS VIG 2015
Régimen contributivo	84.499.135
Régimen subsidiado	4.302.735.624
Vinculados Valle del Cauca	1.021.643.070
SOAT	1.464.795

Continúa

RESUMEN	ACUMULADO GLOSAS VIG 2015
ECAT	27.200
Otras ventas de salud	229.045.636
Total	5.639.415.460

Fuente: Cartera HUV (2015).

Costos del Sistema Judicial

Los costos del sistema de salud se han desbordado respecto a la condición inicial, a raíz de los fallos de tutela para reconocer nuevos derechos a los usuarios del sistema, encareciendo los costos de transacción versus los ingresos del mismo, de manera tal que hoy los ingresos del sistema resultan insuficientes para los costos inmersos en él. De acuerdo con los reportes de la Defensoría del Pueblo las tutelas en salud crecieron entre 2010 y 2014 a un promedio del 5% anual:

Tabla 117. Tutelas en salud 2010-2014.

Año	Tutelas en salud
2010	94.502
2011	105.947
2012	114.313
2013	115.147
2014	118.256

Fuente: Defensoría del Pueblo (2019).

Comportamiento del Empleo. Una de las variables que nutre los recursos de la salud, es el aporte del empleador (8% del salario) y el empleado (4.5% del salario). De acuerdo con los vaivenes de la economía, el empleo sube o baja, situación que impacta en forma directa el flujo de recursos para la salud.

El DANE (2016) muestra una importante variación en la ocupación de los colombianos, habida cuenta de que para el año 2001, el 40% de los colombianos estaba ocupado, mientras que en enero de 2016 este porcentaje sube al 46%. No obstante, la medida de población ocupada contiene variables que no necesariamente generan cotizaciones a la salud:

Tabla 118. Variación en la ocupación de los colombianos.

Variable	2016		2001	
	Nov 15 - Ene 16		Oct - Dic	
Población total	48.203		40.814	
Ocupados total nacional	22.203	46%	16.452	40%
Obrero, empleado particular	8.478	38%	5.460	33%
Obrero, empleado del gobierno	866	4%	1.058	6%
Empleado doméstico	667	3%	727	4%
Cuenta propia	9.572	43%	6.576	40%
Patrón o empleador	878	4%	823	5%
Trabajo familiar sin remuneración	956	4%	1.048	6%
Trabajador sin remuneración en otras empresas	110	0%	0	0%
Jornalero o peón	654	3%	720	4%
Otro	23	0%	41	0%

Fuente: Encuesta hogares DANE febrero 2016.

Para el cierre del año 2016 la densidad familiar registrada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), estuvo en el 2.63%, lo que supone que por cada afiliado del régimen contributivo se atienden 2.6 personas más en promedio.

Cálculo de la UPC

Las EPS aseguran la atención de los pacientes con los ingresos de la Unidad de Pago Por Capitación (UPC), con estos recursos pagan a las IPS las prestaciones en salud a los asegurados. Del 2011 hasta la fecha ha habido ajustes a la UPC, pero también en los beneficios cubiertos por la misma de forma no ajustada, esto significa que podría no haber equilibrio en el comportamiento de la UPC frente a los requerimientos cambiantes del POS y las sentencias de tutela, afectando al final de la cadena de valor a las IPS, quienes no reciben los recursos con la fluidez necesaria.

La Ley Estatutaria de Salud (2016)

La garantía de acceso de la población al sistema de salud se evidencia en el artículo 17 (Capítulo II) de la Ley Estatutaria:

Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. (p. 10)

Competitividad

Los inversionistas privados han tenido la "visión de negocio en la salud de alta complejidad" por lo que se han creado organizaciones de salud de alta calidad, con inversión de recursos propios; nuevas clínicas con mejor y mayor dotación en camas, equipos biomédicos; sistemas de información y administración que en el esquema privado (modelo de negocio) son eficientes inclusive en algunos indicadores de costo que no pueden lograr las organizaciones de naturaleza pública.

Algunos hospitales públicos se han quedado rezagados, sin liderazgo, con problemas gerenciales y administrativos y cada vez menor participación en el mercado. La fuerte disminución del ingreso sin tener el incremento de los costos, no permite tener hospitales competitivos y puede llevar a la privatización definitiva

Tabla 119. Comparación costo-ingreso Hospitales Públicos 2014-2015.

Hospital	Costo/ Ingreso Servicios		Gastos / Ingreso	
	2015	2014	2015	2014
HGM	76%	72%	65%	46%
Tunal Bogotá	79%	75%	25%	28%
Simón Bolívar Bogotá	83%	81%	42%	33%
Universitario Caldas	67%	73%	31%	27%
E. Meoz	70%	64%	26%	26%
Samaritana	78%	77%	17%	21%
HUV	94%	86%	86%	51%
Promedio	78%	75%	421%	33%

Fuente: elaboración propia a partir del Chip – Contaduría General de la Nación (2016).

Devaluación e inflación

La capacidad de inversión y reposición de tecnologías se ve diezmada por el comportamiento de estas variables que inciden en el costo de los equipos; situación similar ocurre con algunos medicamentos, entendiendo que estos últimos tienen incidencia en el costo.

Los vaivenes de la economía nacional e internacional, propician escenarios donde cada vez es más imperante la necesidad de ser competitivo, mediante la recomposición y actualización tecnológica con una consecuente optimización de los escasos y afectados recursos por las variables inflación/devaluación.



Figura 48. Comportamiento inflación 2006-2015.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Banco de la República (2016).



Figura 49. Variación en precio de la tasa de cambio.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Banco de la República (2016).

Entorno demográfico

Perfil Demográfico

De acuerdo a proyecciones del DANE (2014), la población del Valle del Cauca será de 4.660.741 en 2016. En cuanto a Cali, capital del Departamento se establece que para el 2016 en Cali habrá 2.394.925 habitantes donde el 48% son hombres y el restante

(52%) son mujeres. La mayor parte de la población se ubica en la zona urbana (Alcaldía de Cali, 2014).

El propósito de lograr la universalización de la salud rápidamente, si bien no se alcanzó en el corto período que se esperaba, se puede decir que estuvo muy cerca de cumplirse con la firma de la Ley Estatutaria de la Salud por parte del expresidente Juan Manuel

Santos con la que se reconoció la salud como derecho fundamental de los colombianos.

Es cierto que tal propósito, la universalización, prevista en la Ley 100 reformada por la Ley 1438 de 2011, está prácticamente alcanzado de acuerdo con los porcentajes de afiliación a los diferentes regímenes de salud, pero también es cierto que la afiliación no es el todo, el sostenimiento del sistema de aseguramiento diseñado ha llevado implícitos grandes problemas financieros y operativos en la mayoría de ciudades colombianas, por las respectivas Secretarías de Salud, las IPS, EPS, trabajadores, proveedores y todos los que conforman la cadena, incluidos los usuarios; sumado a ello los costos derivados de las decisiones de las altas cortes colombianas que han otorgado derechos muchas veces de difícil cumplimiento por parte de los prestadores de los servicios, llevando a continuas tutelas que a veces han afectado a las finanzas y operatividad de las Secretarías de Salud.

Lo anterior se ha agudizado con el crecimiento de la población que según proyecciones del DANE y de Cali en cifras, para el caso de Colombia en 2015 superó los 48 millones doscientas mil personas. El crecimiento en el Valle estuvo por encima de 4.600.000 habitantes y en Cali de más de 2.300.000, esta última con tendencia a crecer por la población flotante, los desplazados y personas relacionadas con el posconflicto que siguen aumentando, lo que conlleva mayores retos para el Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud Departamental y la Secretaría de Salud Municipal.

Es importante recordar que cuando se expidió la Ley 100 en 1993, Colombia tenía 36.207.000 habitantes y Santiago de Cali al 24 de octubre llegaba a las 1.847.176 personas de las cuales el 97,1% estaba en la cabecera y el 2,1% en el resto. Esto quiere decir, que para el caso de Santiago de Cali la población a atender ha crecido al menos en 500.000 personas (28,3%), entre el momento de expedición de la Ley 100 y el año 2015, teniendo además en cuenta todos los cambios que han ocurrido en este período de 22 años de ajustes, lo que ha obligado a realizar esfuerzos crecientes en oferta de servicios, requerimiento de recursos económicos, humanos y tecnológicos y

en la búsqueda, puesta en marcha y consolidación de modelos de atención que garanticen la prestación digna de servicios a la comunidad, especialmente en atención primaria y controles de epidemias y suministro de medicamentos básicos.

De ahí que hoy día se insista de diversas maneras en la importancia de trabajar más intensamente en modelos de prevención que en modelos curativos y con ello reforzar la atención primaria para evitar que los pacientes lleguen al alto costo que conlleva riesgos muy altos de pérdida de recursos económicos y humanos por problemas operativos, técnicos y humanos tanto en el campo médico como en el administrativo, tema al que no es ajeno el HUV.

También resulta importante recordar que en 1993, según datos de Colombia médica, la tasa global de fecundidad en Colombia era del 4,2%, mientras en 2005 había bajado al 2,4%, en el caso de Cali, el tamaño de los hogares que en 1993 era cercano a las seis personas, (5,8), para 2005 había bajado a 3,5 personas y en 2015 fue de 1,6 personas. De la misma manera, en Colombia en el año 2005 la tasa de natalidad era de 21,66% y la mortalidad 5,95% para un crecimiento natural del 15,71% que al restarle las migraciones del 3,18% daba una tasa del 12,53%. Así mismo, en el 2010 la fecundidad en Colombia fue de 2,1 hijos y la esperanza de vida de 74 años.

En Santiago de Cali, el promedio anual de nacimientos que a finales del siglo XX rondaba los 40.000 anuales ha ido decayendo y mientras en 2005 estuvo en 38.719, para 2011 había bajado a 35.779 y para 2014 seguía cayendo. Lo preocupante de estas cifras es que un 20% corresponde a madres menores de 20 años, mujeres que generalmente no están preparadas para ser madres y que ocasionan nacimientos prematuros, frecuentemente con complicaciones de salud lo que debe preverse en las políticas públicas municipales de salud.

En Colombia se presenta un cambio del perfil demográfico con ensanchamiento de la base de mujeres en edad fértil, lo que modifica los perfiles de morbilidad y las patologías a atender, también se observa un leve crecimiento en el rango adulto superior a los

55 años lo que propicia perfiles de morbilidad relacionadas con accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares, entre otras, la mayor causa de muerte en América Latina. "El 63,12% de la población adulta

mayor (65 y más) se concentra en Bogotá D.C. y en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima" (Arango y Ruiz, 2006).

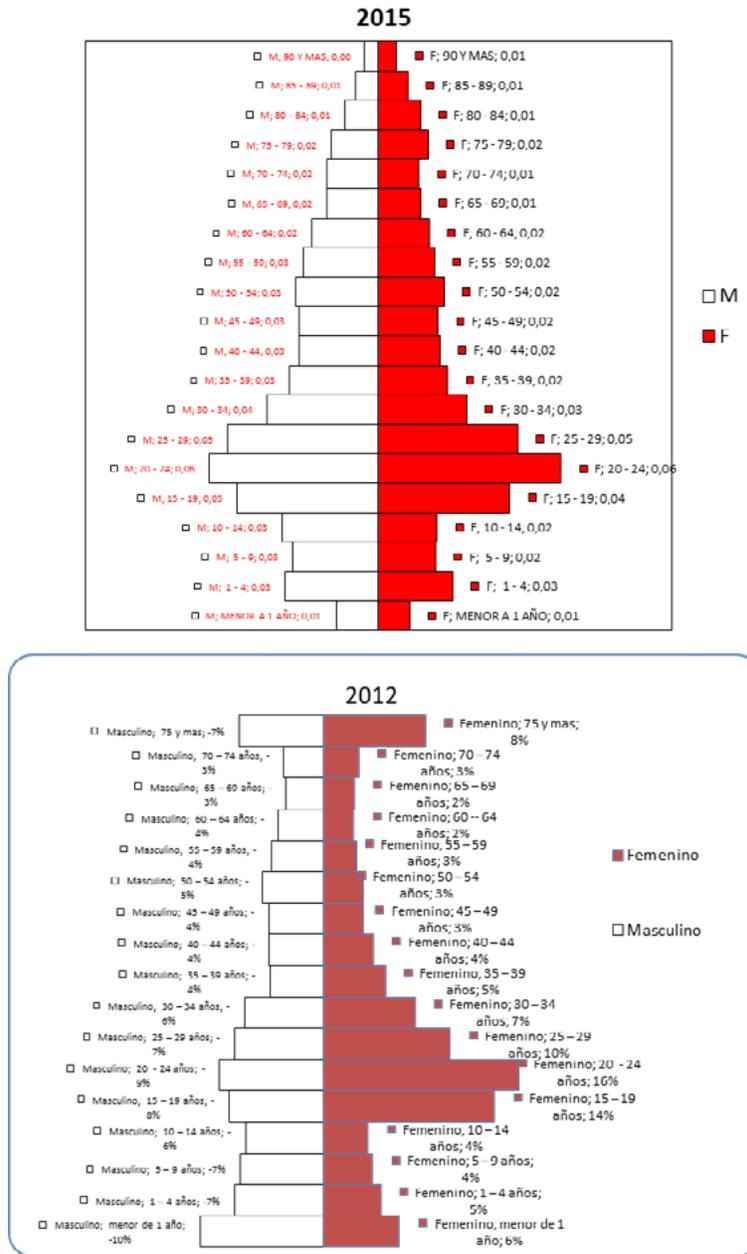


Figura 50. Cambios demográficos 2012-2015.

Fuente: Arango y Ruiz (2006).

Según datos del programa para el adulto mayor, en 2015 cerca de 254.125 mujeres se encontraban en el rango de más de 60 años en el Valle del Cauca, lo anterior teniendo en cuenta la siguiente distribución (ver Figura 51).

El comportamiento de aumento en la población femenina en la ciudad permite vislumbrar la necesidad de políticas orientadas a atender las necesidades puntuales de las mujeres del municipio y del departamento.

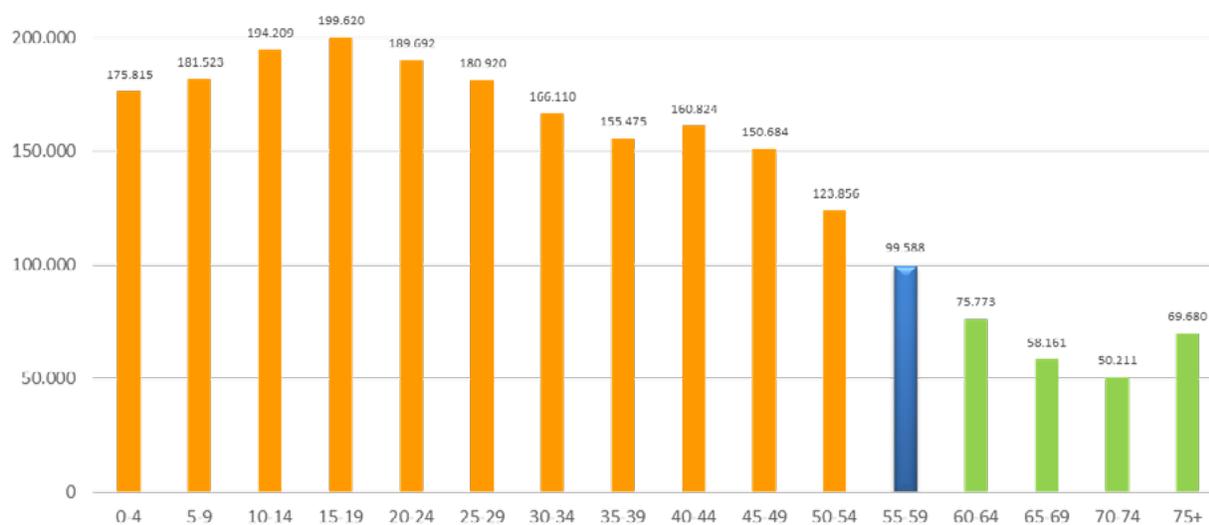


Figura 51. Valle-Población: mujeres por edad.

Fuente: Arango y Ruiz (2006).

Entorno legal

Castaño (2013) establece que el Sistema de Salud en Colombia puede sintetizarse en cuatro periodos. El primero hasta mediados de la década de 1950 denominado modelo higienista en el que la intervención del Estado se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, y la intervención básica en salud debía ser funcionada por los usuarios y algunas entidades de caridad. En 1950 se crearon dos entidades: la Caja Nacional de Previsión, encargada de la salud de los empleados públicos, y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales que hacía lo propio para los empleados del sector privado.

En el periodo de tiempo comprendido entre 1970 hasta 1989 se crea el Sistema Nacional de Salud donde los recursos Estatales para la salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos, no obstante, este sistema no garantizó el que la población

de bajos recursos accediera a los servicios de salud, finalmente, en 1990 se expide la Ley 10 y en 1993 la Ley 100, bajo los principios de la Constitución Política de 1991. El marco normativo general del Sistema de Seguridad Colombiano ha presenciado tres transformaciones, a saber:

- a) Ley 1122 del 2007. Las modificaciones al modelo de salud empezaron en el gobierno de Álvaro Uribe con la promulgación de la Ley 1122 en diciembre de 2006 que aumentó la cotización en salud del 12% al 12,5%, introdujo la limitación a la integración vertical en 30% —o su autorización puesto que la Ley 100 no consideraba este tema—, e implantó otros cambios menores.
- b) Ley 1438 de 2011. Promovida como el cambio hacia la Atención Primaria en Salud (APS), la cobertura universal, la unificación de los planes de beneficio y la portabilidad nacional del aseguramiento.

c) Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud⁹ y ley ordinaria. La ley Estatutaria sustenta que la salud es un derecho fundamental, que declarada exequible por la Corte Constitucional en 2014, manteniendo el concepto de salud como derecho fundamental, salvaguardando la acción de tutela y restringiendo el efecto de la sostenibilidad fiscal; a esta importante Ley se le sumó la propuesta de ley ordinaria, que no fue aprobada por el Congreso, a pesar de haber pasado una primera instancia en primer debate en la Comisión Séptima del Senado de la República. En el 2014 la Corte declaró exequible la ley, y fue sancionada por el presidente Juan Manuel Santos como Ley 1751 en enero del 2015.

La sentencia T-760 de 2008 en su parte resolutive, dio las siguientes órdenes:

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional sobre el alcance de las obligaciones de protección derivadas del derecho fundamental a la salud (ver capítulo 6), las autoridades competentes para adoptar medidas de regulación en salud, deberán cumplir con las siguientes órdenes atinentes a las fallas en la regulación.

8.2.1. En lo que respecta a los planes de beneficios, se impartirán ocho órdenes. A saber, (1) ordenar que se precise el contenido de los planes (numeral décimo sexto de la parte resolutive); (2) ordenar que se actualice integralmente el POS y se reduzcan las dudas (décimo séptimo); (3) ordenar que se actualice periódicamente POS (décimo octavo); (4) ordenar que se presente un informe sobre deficiencias en el suministro de lo que sí está incluido en el POS (décimo noveno); (5) ordenar que se informe las EPS que más vulneran el derecho a la salud (vigésimo); (6) ordenar que se unifique el POS de los menores de edad (vigésimo primero); (7) ordenar que se adopte un programa y un cronograma para unificar el POS en el caso de las demás personas (vigésimo segundo); y (8) ordenar que se amplíe la

competencia del Comité Técnico Científico, CTC, para que pueda autorizar servicios médicos diferentes a medicamentos, hasta tanto se diseñe un 'mecanismo' diferente (vigésimo tercero).

8.2.2. En cuanto al flujo de recursos para financiar los servicios de salud, se resolverá impartir cuatro órdenes. (1) Orden para que se asegure el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS (vigésimo cuarto); (2) orden para que no se exija copia de ejecutoria de la sentencia para autorizar el servicio o el reembolso al que haya lugar (vigésimo quinto); (3) orden para que se diseñe un plan de contingencia para pagar los recobros atrasados (vigésimo sexto); y (4) orden para corregir o rediseñar el sistema de recobro sea eficiente (vigésimo séptimo).

Adicionalmente, para superar otras fallas en el Sistema de protección, se resolverá impartir dos órdenes. (1) Ordenar que se proporcione a los usuarios del sistema información que les permita ejercer su libertad de escogencia (vigésimo octavo); y (2) ordenar que se cumpla la meta de cobertura universal (vigésimo noveno). (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T760. 2008 259-260).

Todas las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la sentencia implican una mayor necesidad de flujo de recursos para atender los aumentos provenientes de la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS), los aumentos de la tecnología (antibióticos de cuarta generación, terapias monoclonales, etc.), impactando en el flujo de recursos como se evidencia a continuación (ver Figura 52).

Entre 2011 y 2015 el gasto en salud del régimen subsidiado se duplicó (ver Figura 53).

La figura evidencia que podría existir un comportamiento asimétrico entre las necesidades de recursos y el incremento en la UPC.

La sentencia 869 de 2010 declaró exequible el artículo 16 de la Ley 1122 sobre contratación con la red pública:

"Artículo 16. Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen

⁹ Una ley estatutaria es un tipo de ley especial que regula los derechos y deberes fundamentales de las personas. La ley Estatutaria de Salud supone necesariamente que ese derecho ha adquirido el carácter de fundamental y autónomo; por eso tiene que ser garantizado de manera prioritaria por el Estado, y debe ser responsabilidad de toda la sociedad.

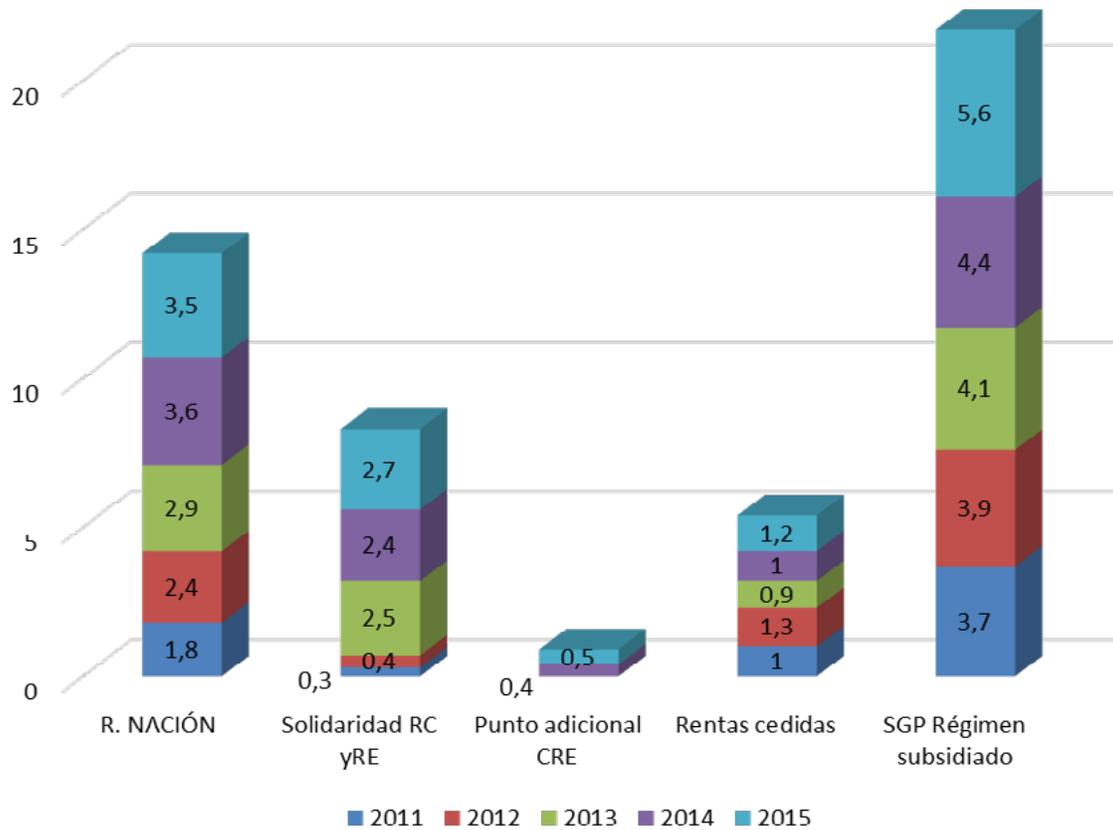


Figura 52. Fuentes de recursos para la salud.

Fuente: Centro de Estudios en Economía Sistémica (2015).

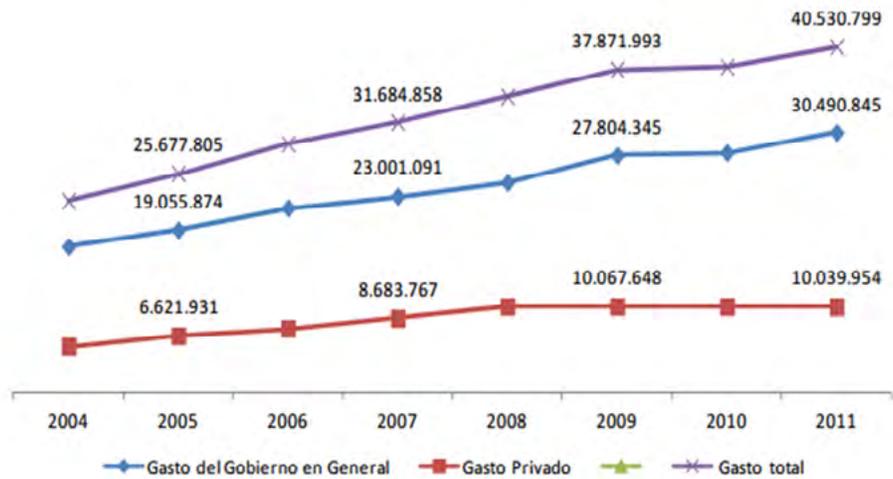


Figura 53. Comportamiento del gasto en salud Colombia 2004-2011.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2014, p. 9).

subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas." (Artículo reglamentado mediante Decreto Nacional 1020 de 2007)

Artículo 8°. Aspectos que deben ser tenidos en cuenta en la contratación obligatoria y efectiva. Para efectos de cumplir con el porcentaje mínimo del 60% de contratación obligatoria y efectiva, del gasto en salud con empresas sociales del Estado ESE, las EPS, deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El porcentaje mínimo de contratación deberá ser cumplido mediante contratación de los servicios de baja, mediana o alta complejidad establecidos en el POS-S con empresas sociales del Estado de la región donde opera la EPS, que los tengan habilitados y que garanticen condiciones de acceso, calidad y oportunidad.
2. Los servicios deberán ser incluidos en el porcentaje mínimo en el siguiente orden:
 - a) Los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado POS-S correspondientes al primer nivel de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.
 - b) Los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado POS-S correspondientes a los otros niveles de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. La contratación que se efectúe con cada empresa social del Estado, deberá tener en

cuenta los servicios de salud habilitados por la misma. (Artículo reglamentado mediante Decreto nacional 1020 de 2007)

El porcentaje aquí establecido es una especie de salvavidas para los hospitales, sin embargo, el mismo ordenamiento jurídico deja percibir fisuras en su cumplimiento, como es el hecho de cumplir con indicadores financieros cuando muchos de ellos provienen del flujo de recursos provenientes de la EPS, de las gobernaciones y de los municipios.

Teniendo en cuenta la legislación antes expuesta, se relacionan los elementos que constituyen y/o han hecho parte de la evolución del sistema de salud colombiano:

- Ley 100 de 1993
- Ley 1122 del 2007
- Sentencia T-760 de 2008
- Ley 1393 de 2010: Recursos de Aseguramiento
- Sentencia 869 de 2010
- Ley 1438 del 2011
- Proyectos de Ley Ordinaria y Ley Estatutaria
- Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud

Entorno político

El artículo 194 y siguientes de la Ley 100 de 1993, establece que:

La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo. (p. 62)

Esta connotación de su naturaleza jurídica conlleva un esquema que involucra restricciones en la dirección, la toma de decisiones, el modelo administrativo y operativo del hospital. Esta afirmación se basa en la definición de jerarquías y de líneas de autoridad

resultantes de la conformación de un elemento tripartita que ubica al Director del Hospital como un ejecutor cuyo principal deudor es precisamente el (la) Gobernador (a), quien hace parte de la Junta Directiva y que por ende direcciona las políticas y decisiones.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que el cargo de Director es por periodos de cuatro (4) años, a la par con el periodo de gobierno departamental, los planes estratégicos y planes de acción son cortoplacistas lo que dificulta el desarrollo de largo alcance en estas entidades.

Desde luego que el contexto mismo de lo que representa un Hospital (Empresa Social del Estado—ESE—) para una comunidad también lo expone a situaciones de riesgo por lo álgido del servicio, del tipo de población a atender, de fuerzas internas y externas como las asociaciones de pacientes, los sindicatos de base (cuya organización si es fuerte y organizada presiona la toma de algunas decisiones).

Debilidad de las instituciones

La esencia de lo público tiene un comportamiento atípico en la composición del equipo directivo y específicamente en los cargos de libre nombramiento y remoción o en la contratación de servicios con terceros; en este caso es necesario referirse a los responsables de los procesos jurídicos y de defensa de lo público, toda vez que el líder del proceso pre-

senta alta rotación (libre nombramiento y remoción), propiciando discontinuidad en el seguimiento del proceso.

El volumen de los procesos, la complejidad de los mismos y la ausencia de *software* de monitoreo hace que se prescriban términos, se pierdan opciones de conciliación y en últimas que las instituciones públicas sean vulnerables en la resolución de procesos judiciales derivados de responsabilidad médica, de tutelas por barreras de acceso al servicio, laborales y civiles.

En política, los efectos mariposa son abundantes. A veces, la renuncia de un funcionario puede acarrear el abandono de toda una política sostenida durante mucho tiempo y su cambio por otra totalmente distinta.

Una pequeña desinteligencia entre dos personas puede terminar en la división de un partido político o de una institución. (Montbrun, 2005, p. 5)

A manera de ejemplo se cita el caso del Hospital Universitario del Valle que a diciembre 31 de 2015 presenta una estadística de 31 fallos en contra por valor de 9.996 millones, según matriz de procesos aportada por el área jurídica, observando igualmente debilidades en las acciones de repetición y en el uso de las garantías. En la Figura 54 se evidencia la estadística de los fallos de reparación directa.

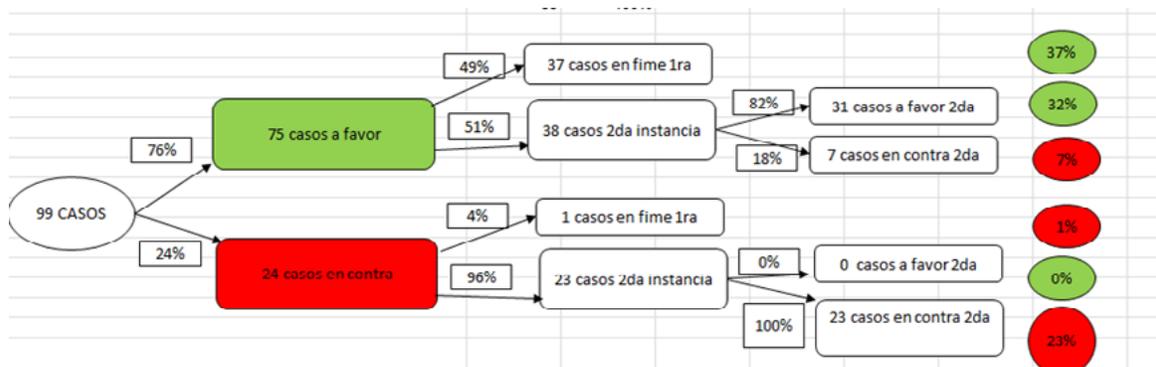


Figura 54. Fallos de reparación directa.

Fuente: Área Jurídica HUV (2015).

Proceso de paz, más erogaciones del erario público y población subsidiada

Para referirse al proceso de paz en Colombia, no se puede dejar de lado la historia del conflicto en el país y la de sus procesos de paz que tienen su origen en la segunda mitad del siglo XX, cuando una serie de hechos marcaron el rumbo que tomaría el país y serían el inicio de una época denominada como "La Violencia".

Los temas que se discutieron en el proceso en La Habana supusieron un periodo de transición que se deriva del primer punto del "Acuerdo General para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera" acuerdo previo al acuerdo final, que dice: "Hemos acordado: I. Iniciar conversaciones directas e ininterrumpidas (...) con el fin de alcanzar un Acuerdo Final para la terminación del conflicto que contribuya a la construcción de la paz estable y duradera" (Indepaz, 2013, p. 1). Una cosa es firmar un acuerdo que formalmente ponga fin al conflicto, y otra es la fase posterior de construcción de la paz, eso quiere decir que probablemente, hasta que no se firme ese Acuerdo Final, nada cambia en el terreno: no habrá cese del fuego y no habrá despejes. Pero también, una vez se firmó, todo cambió, porque se entra en fase de construcción de paz sin armas, sin la presión y coerción de las armas, pero se enfrentan todas las secuelas de conflicto, entre ellas las de salud.

Entorno social y cultural

Para Galvao (2012) y según la Organización Panamericana de la Salud —OPS— los determinantes sociales de la salud:

(...) son aquellos factores que determinan el nivel de salud de una persona como consecuencia de las circunstancias en que nace, crece, vive, trabaja y envejece, incluyendo el acceso al sistema de salud, así como la distribución del dinero, del poder y de los recursos en el ámbito mundial, nacional y local; estos factores dependen de las políticas adoptadas (p. 44)

Y algunas dimensiones culturales de salud, para Grossman (1999) se entiende como capital:

(...) Since health capital is one component of human capital, a person inherits an initial stock of health that depreciates with age--at an increasing rate at least after some stage in the life cycle--and can be increased by investment. Death occurs when the stock falls below a certain level, and one of the novel features of the model is that individuals "choose" their length of life.¹⁰ (p. 4)

En el caso colombiano es necesario considerar otras variables como el desplazamiento forzado, el narcotráfico y la violencia derivada del conflicto proveniente de las autodefensas, las guerrillas y las organizaciones delincuenciales o al margen de la ley, toda vez que parte de la población civil se ubica en zonas de "fuego cruzado"¹¹ y puede convertirse en víctima del conflicto especialmente con la presencia de las denominadas "minas quiebrapatas."¹²

Pobreza (ingreso económico)

Entre la precariedad y la exclusión que viven algunos compatriotas en las diferentes regiones del país, la salud es considerada para ellos como un aspecto suntuario dado que, en la ubicación de la pirámide de las necesidades de Maslow no es considerada como factor de supervivencia en la medida en que priman otros factores como las necesidades fisiológicas, la vivienda y el abrigo. La salud no es prioritaria para la población pobre; el indicador de pobreza mostrado en la Tabla 119: Tendencias Colombia-indicadores de

¹⁰ Traducción de cita al español "Dado que el capital de salud es un componente del capital humano, una persona hereda una reserva inicial de salud que se deprecia con la edad, a un ritmo creciente al menos después de alguna etapa del ciclo de vida, y puede incrementarse mediante la inversión. La muerte ocurre cuando las acciones caen por debajo de cierto nivel, y una de las características novedosas del modelo es que los individuos "eligen" la duración de su vida" (Grossman 1999, p. 4).

¹¹ Expresión usada para reconocer que en algunas regiones donde hay presencia simultánea de grupos al margen de la ley y fuerzas militares la población queda en peligro.

¹² Se le llama mina quiebrapatas o mina antipersonas al artefacto incrustado en la tierra (generalmente), en cuyo interior se alojan explosivos que ante determinado peso (personas o vehículos) explotan causando graves lesiones o la muerte.

Tabla 120. Tendencias Colombia-indicadores de salud (2013).

País	Indicador de pobreza	Médicos por cada 1000 habitantes	Mortalidad infantil por cada 100 niños vivos	Camas por cada 10.000 habitantes /10	Mortalidad materna por cada 100.000 nacimientos
Colombia	30,7	1,5	16,7	10	83

Fuente: CEPAL (2013, p. 7).

salud (2013), implica una alta demanda de recursos para atender la población del régimen subsidiado y la población considerada como pobre no cubierta, los requerimientos de salud en la población pobre además demandan una mayor infraestructura de hospitalización por falta de cuidados preventivos, curativos y malos hábitos de salud.

En el evento de que la Ley 550 conduzca a una liquidación, la población pobre no asegurada (PPNA) sería la más afectada, en caso tal la Gobernación tendría que buscar alternativas con entidades privadas para su atención, con los choques interculturales y demográficos que esto puede producir.

Educación

La educación frente a la salud juega un doble papel, el primero en relación con la formación de los profesionales y especialistas de la salud y la segunda la formación integral de la población, en un contexto donde las temáticas de ámbitos de vida saludables deben estar presentes en el proceso formativo. Por lo anterior podría decirse que existe correlación entre los indicadores de cobertura educativa y los indicadores de salud; parte de la calidad del servicio se relaciona con el nivel de formación y el talento humano del egresado de los programas de medicina y los programas de salud pública que guardan estrecha relación con los ciclos formativos durante la infancia y la adolescencia en los temas de salud sexual y reproductiva, enfermedades transmisibles, salud ambiental, salud laboral, entre otros, así como el desarrollo de estrategias que permitan generar competencias orientadas al autocuidado en la salud, la prevención y a saber qué hacer en caso de desastres, pandemias, o cualquier síntoma de enfermedad.

Al respecto la Unesco (s. f.) plantea que la salud se constituye en un tema vital como parte integral del currículo educativo, donde los conocimientos sobre la salud es un elemento esencial en muchos programas de alfabetización y educación básica:

La alfabetización es también una fuerza motriz del desarrollo sostenible ya que permite una mayor participación de las personas en el mercado laboral, mejora la salud y la alimentación de los niños y de la familia; reduce la pobreza y amplía las oportunidades de desarrollo durante la vida. (Unesco, s. f., párr. 2)

En este apartado es necesario considerar que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, en un eventual proceso de liquidación perdería el mejor campo de práctica para sus estudiantes de pregrado y posgrado que ha sido reconocido nacional e internacionalmente por los avances en investigación.

Ruralidad

El 81.85% de la población vallecaucana se concentra en los centros urbanos y el 18.2% en las áreas rurales. La población rural tiene mayores dificultades de acceso y aquellas patologías de rápida evolución (por ejemplo, una apendicitis, un embarazo de alto riesgo o una hipertensión), pueden complicarse por el tiempo transcurrido entre el inicio de la patología y la oportunidad de atención: lo que podía ser simple, se vuelve de alto costo o en el peor escenario pasa a formar parte de las estadísticas de muertes evitables.

Empleo

La variable empleo, guarda estrecha relación con la cobertura en salud, en este apartado se analizan las tendencias de la población económicamente activa,

y la población cotizante del régimen subsidiado para el caso colombiano:

Tabla 121. Población económicamente activa vs. empleo.

Año	Población económicamente activa PEA	Población cotizante R. Contributivo	% cotizante/ PEA
2006	32.420	7.752	24%
2007	33.048	8.066	24%
2008	33.610	8.521	25%
2009	34.170	8.660	25%
2010	34.716	8.668	25%
2011	35.248	9.343	27%
2012	36.224	9.721	27%
2013	36.719	9.914	27%
Promedio	34.519	8.831	26%

Fuente: elaboración propia de cálculos con base en estadísticas SISBEN y FOSYGA.

El desempleo incide en el tema sanitario desde dos ópticas, la primera en relación con el flujo de recursos y la segunda en relación con el bienestar del individuo; la salud del desempleado es más precaria que la del empleado, puesto que este último al menos tiene asegurada la atención y los medicamentos.

En las últimas décadas, Cali ha padecido con especial severidad el azote nacional de la violencia que incide en gran medida en la situación de los más pobres y vulnerables como los jóvenes dejando una senda de posibilidades coartadas y oportunidades perdidas. Además, compromete seriamente la capacidad de la ciudad para generar, retener y atraer talento e inversión para el empleo y la prosperidad colectiva (Alcaldía de Santiago de Cali, 2012, p. 49).

El colectivo mexicano Seguridad, Justicia y Paz elabora un ranking con las 50 ciudades del mundo con más de 300.000 habitantes donde se presenta la mayor tasa de homicidios. Palmira y Cali aparecen como las ciudades colombianas más violentas, ubicándolas en los puestos octavo y décimo, respectivamente:

Tabla 122. Ranking mundial de homicidios.

Nº	Ciudad	País	Homicidios	Habitantes	Tasa
1	Caracas	Venezuela	3946	3291830	0,12%
2	San Pedro Sula	Honduras	885	797065	0,11%
3	San Salvador	El Salvador	1918	1767102	0,11%
4	Acapulco	México	903	862176	0,10%
5	Maturin	Venezuela	505	584166	0,09%
6	Distrito Central	Honduras	882	1199802	0,07%
7	Valencia	Venezuela	1125	1555739	0,07%
8	Palmira	Colombia	2016	304735	0,66%
9	Cape Town	Sudafrica	2451	3740026	0,07%
10	Cali	Colombia	1523	2369821	0,06%

Fuente: Seguridad Justicia y Paz (2015).

La anterior situación se concatena con la situación de violencia y orden público del país y en este caso, en especial del suroccidente colombiano que genera migraciones a la ciudad de Cali incrementando la población pobre no cubierta, que debe ser atendida por la red hospitalaria, y que dadas sus condiciones de pobreza, su perfil epidemiológico es más propenso a enfermedades del aparato digestivo, respiratorio y reproductor, por lo que requiere un enfoque poblacional diferencial. Por otro lado, en la economía del cuidado y el autocuidado, la empresa Deloitte (2016) plantea que el área de la salud ha podido sobrellevar las recesiones económicas de años anteriores, en tal sentido, surge la preocupación por los efectos del contexto en la salud. La coyuntura actual obliga a que las organizaciones del sector salud se enfrenten a cambios dramáticos debido al comportamiento de los usuarios, la dinámica del mercado y las exigencias regulatorias, es decir que estas deben trabajar para ofrecer un mejor valor para los pacientes basado en el servicio, calidad e innovación. Sin embargo, países como el nuestro han sido proclives a ver la salud no como gasto sino como inversión, la política pública corrobora este esquema ya que los planes de salud tienen mayor énfasis en la rehabilitación de la enfermedad que en la prevención de la misma.

La promoción de hábitos o estilos de vida saludable no tiene la suficiente cobertura e impacto requerido para generar conciencia de lo valioso que es el cuidado de la salud y orientarlo más al autocuidado y no a la rehabilitación de la enfermedad. Es igualmente importante mencionar que el poder coercitivo del Estado no ha logrado penalizar los descuidos de salud en especial para aquellos consumidores del servicio que, teniendo la posibilidad de mantener adecuados niveles de nutrición, evitar el estrés, la trabajo manía, la ludopatía, el consumo del alcohol y el empleo de los alucinógenos no lo hacen.

Las estructuras familiares

La familia como núcleo esencial de la sociedad cada vez se ve más diezmada en su papel dinamizador del desarrollo social, de fuente de comunicación y diálogo. En el contexto de las prestaciones en salud, las familias en Colombia han vivido cambios en las

últimas décadas, debido a procesos demográficos, educativos, ingreso de las mujeres a la fuerza laboral como medio de supervivencia, u otros. Algunos de los fenómenos que están asociados a las transformaciones son, el aumento del embarazo adolescente, incremento de hogares monoparentales, unipersonales y familias reconstituidas. Los cambios culturales, económicos y del ciclo de vida de las personas se relacionan con las transformaciones que tienen las familias en Colombia.

Con base en lo anterior, los modelos de familias, heterogéneos, se pueden clasificar en: a) Familias Nucleares, quienes están conformados por padre y madre con o sin hijos, b) Amplio: conformado por un hogar nuclear más otros parientes o no parientes, c) o familiares núcleo: no existe un núcleo conyugal primario o una relación padre/madre-hijo/hija, pero sí hay otras relaciones de parentesco de primer o segundo grado de consanguinidad (por ejemplo, hermanos). A esta clasificación se añade otra tipología de familia que ha venido en crecimiento: hogares monoparentales, es decir, hogares en el que solo existe un jefe o jefa de hogar con personas dependientes a su cargo (Departamento Nacional de Planeación, 2014).

Según el informe de resultados del Observatorio de Políticas de las Familias (OPF)-2014 existe una mayor relación directa entre los hogares y la jefatura femenina, es decir, mujeres que tienen la responsabilidad del hogar y el cuidado de sus hijos. Sus resultados apuntan a que el 85% de los hogares de jefatura femenina son monoparentales, lo que alude a que las mujeres, al quedar solas por separación, divorcio o viudez, asumen la jefatura del hogar. Esto tiene relación con las dinámicas culturales de abandono del hogar por parte de los padres, separaciones o fenómenos de desplazamiento femenino por pérdida de su cónyuge en el Conflicto Armado Interno Colombiano. Esto último ocurre debido a que son ellas, quienes después de perder a sus esposos en zonas donde emerge la guerra, se movilizan a las ciudades en donde asumen la responsabilidad de cuidado de hijos u otros parientes (Grupo de Memoria Histórica, 2013).

Lo que no mencionan los datos es que además de estos modelos existen dinámicas sociales en el que las familias, ambos padres (hogares nucleares) o la jefe/jefa de hogar, realizan trabajos remunerados que implican desplazamiento, por lo que disponen de menos tiempo para asumir la responsabilidad de salud y cuidado de los hijos o personas dependientes. En estos casos, el grupo pasa a manos de otras personas, como son familiares, vecinos o se dejan solos, generando una situación de alto riesgo, pues se los deja en una situación en la que es difícil realizar seguimiento a sus procesos de alimentación, salud o cuidado personal. Sin embargo, la lectura de los cambios en la estructura familiar no es ajena a otras causales de riesgo para los hijos/as y personas dependientes: el entrecruzamiento de factores como violencia sexual, embarazo a temprana edad, pobreza, no estar afiliados a un sistema de salud, migración y conflicto armado hace más difícil la tarea de cuidado de este grupo poblacional (Faúndez *et. al.*, 2014).

Violencia intrafamiliar

En nuestra sociedad se presentan entornos de tensión que pueden terminar en violencia, tales como el desempleo, la falta de dinero para cubrir situaciones mínimas de supervivencia, el alcoholismo, la drogadicción, la intolerancia ante la diversidad sexual, entre otras. Estos elementos de tensión mezclados con la falta de control de impulsos, pueden terminar en agresiones de tipo físico o emocional, donde las principales víctimas son los niños. Adicionalmente, puede volverse un patrón a repetirse en otros espacios como el colegio.

Por otro lado, y como consecuencia de los elementos económicos y de la disfuncionalidad de las familias, se puede detectar un problema social importante como el abandono de niños y adultos mayores, pues son elementos familiares que se ven como una carga, y la salida más práctica es no ser responsable de ellos.

Corrupción

Zuleta (2015) plantea que:

Al hacer un abordaje a La Corrupción, su historia y sus consecuencias en Colombia, es necesario

conocer el origen etimológico de la palabra corrupción. Ésta procede del latín **corruptio**, que se refiere a los cambios respecto a lo que se considera la naturaleza esencial de las cosas. (p. 5)

De la descripción anterior se observa que el autor reconoce que una acción de corrupción está relacionada con las acciones que distan o se apartan del deber ser, anteponiendo el interés personal del interés colectivo. El sector privado por su parte, no queda de lado pues este tiene una inmensa responsabilidad en el problema de la corrupción, muchos de los negocios que conllevan prácticas corruptas se realizan entre entidades públicas y empresas privadas, por ejemplo, en temas como la financiación de campañas políticas, donde lamentablemente se encuentra la génesis de la corrupción. Es urgente que los empresarios tengan que comenzar a ser más transparentes, contar a quiénes financian y bajo qué condiciones.

En el Índice de Transparencia, Dinamarca y Nueva Zelanda aparecen como los países menos corruptos del mundo, con una puntuación de 91, Colombia, como ya se mencionó está en el puesto 94, con una calificación de 36, mientras que los últimos lugares son para Afganistán, Corea del Norte y Somalia, con solo 8 puntos cada uno. En América, el país mejor ubicado es Canadá, en el puesto 9 con una puntuación de 81. El segundo es Barbados, con 75 puntos; en Sur América, se destaca como el primer país a Uruguay, en el puesto 19, con 73 puntos, los mismos que tiene Estados Unidos. En el caso colombiano, en el año 2013 se tuvo la misma puntuación, pero el país ocupó el puesto 20 entre los países menos corruptos de la región; en 2014 se llegó al puesto 18

Colombia es un país con altos niveles de corrupción; los índices nacionales e internacionales así lo demuestran. Según el Informe de Competitividad Global 2011-2012 del Foro Económico Mundial (FEM), la corrupción es de lejos el factor más problemático para hacer negocios en Colombia (...) Colombia obtuvo el puesto 118 entre 142 países en el indicador que mide el nivel de "desviación de recursos públicos", lo que muestra que buena parte de los dineros públicos que deberían ser destinados a satisfacer las necesidades de los ciudadanos (como **educación, salud o infraestructura**), son utilizados para favorecer intereses privados. (Zuleta, 2015, p. 11)

A manera de ejemplo se cita lo ocurrido en mayo del 2011 con el denominado cartel de los recobros que involucró a cinco EPS, a través del cual el sector fue desfalcado en unos 50 mil millones de pesos.

En cuanto al Índice de Percepción de la Corrupción del sector público en Colombia se encuentra muy por debajo del ranking internacional y no refleja mejora en el tiempo; entre 2008 y 2019, refleja un promedio en el índice de corrupción promedio del 35.7%.

Ranking de Corrupción - Índice Corrupción Colombia

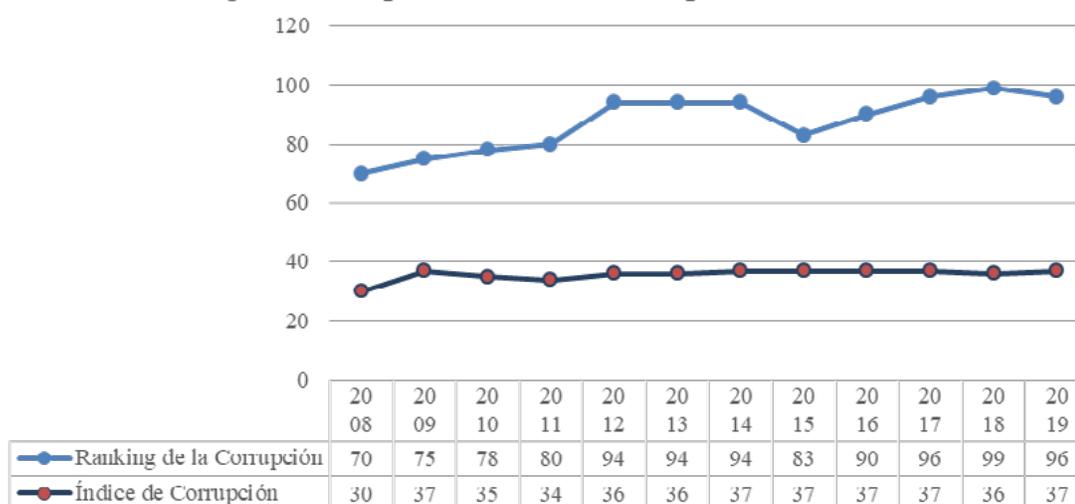


Figura 55. Corrupción en Colombia 2014-2019.

Fuente: Datos Macro-Expansión (2019).

Evasión y elusión de aportes

Los hábitos de evasión de aportes para la salud que constituyen una cultura lesiva para el flujo de recursos, en la medida que quienes teniendo capacidad de pago no lo hacen, pasan a engrosar el grupo de individuos del régimen subsidiado o en ocasiones ingresan a los centros de salud como población pobre.

Entorno tecnológico: dependencia de lo tecnológico

Para entender el enclave tecnológico es necesario destacar que la asistencia de salud, así como otros fenómenos, se encuentran en constante cambio, por lo que el ingreso de medios tecnológicos para mejorar la calidad de vida de las personas no es la excepción. En este aspecto, autores como Bezold (2014) resaltan que el futuro de la asistencia en salud en relación con lo tecnológico se encuentra en constante cambio, y que, en relación con otras

variantes económicas, en ciertos lugares como países desarrollados, esta tiende a conjugarse de tal manera que tiende a ser más rápida la atención en salud, más personalizada y más centrada en reconocer los factores que influyen a la mala prestación del servicio.

En este sentido, el autor destaca que los escenarios por afrontar en el futuro de atención en salud son: a) Constante avance y retroceso, b) Escenario abrumado y con pocos recursos, c) Escenario de cambio radical para la equidad en salud y finalmente, d) Escenario de salud y equidad impulsados por la comunidad.

En el primero, la utilización de medios como la implementación de la automatización y la analítica avanzada para mejorar los servicios y la salud de la población y la comunidad. Sin embargo, estos se ven

de manera lenta y no hay avances significativos que consideren de manera integral los determinantes socioculturales en salud (tal y como se presentó en el entorno sociocultural) así como tampoco existen medios de financiamiento concreto para sostener iniciativas de atención en el largo plazo.

En el segundo, los recortes de fondos y un contexto político hostil socavan el papel de las agencias de salud pública, que posteriormente fracasan para atraer capital humano que preste un servicio integral. Existe una relación directa entre estos entornos y los del cambio climático que impactan más la situación. Asimismo, las iniciativas que se presentan desde sectores privados terminan favoreciendo a clases medias y altas, dejando de lado o en atraso a los servicios públicos que atienden a los sectores más empobrecidos de la población. Lo anterior, aumenta las disparidades tecnológicas, económicas, educativas y de salud, y las instituciones de salud pública tienen poca capacidad para hacer algo al respecto.

En el tercer escenario, se deben realizar cambios en las economías y existir cambios en los valores para que exista mayor conciencia y apoyo a los mecanismos de atención en salud. Finalmente, en el cuarto escenario es indispensable que las agencias de salud pública, los socios y las iniciativas de salud de las comunidades locales se integren a una estrategia que contemple el uso de la tecnología disponible y las redes sociales. Esto con el fin de que las redes ayuden a intercambiar innovaciones y prácticas (Bezold, 2014). Teniendo en cuenta el futuro del cuidado de la salud en términos de anclaje tecnológico, estos se agrupan en los siguientes elementos:

- Seguro de salud.
- El pago y el acceso al sistema.
- Atención médica.
- Sistemas de entrega-atención primaria y especializada.
- Prevención comunitaria de la salud.
- Un medio para lograr valores de la sociedad: la universalidad, justicia, la solidaridad, la equidad en salud.
- Cuidado de la salud.

- Aseguramiento de la salud.
- Indicadores de desarrollo humano.

En América Latina, las reformas del sistema de salud han producido un enfoque distinto a la cobertura universal de salud, respaldado por los principios de equidad, la solidaridad y la acción colectiva para superar las desigualdades sociales. En la década de 1980 la salud se constituyó como derecho fundamental en América Latina, es así como las reformas sociales, entre 2003 y 2008 elevaron casi 60 millones de personas de la pobreza, el aumento de los gastos de salud, ampliaron el seguro de salud y cobertura de servicio ampliado para las poblaciones pobres.

Los países de América Latina han desarrollado un enfoque distinto a las reformas del sistema de salud, combinando la demanda de cambio para aliviar la pobreza y la atención primaria de salud integral para ampliar el acceso de servicio, las mencionadas reformas han fomentado la inclusión, la potenciación de los ciudadanos, la salud y la equidad, los derechos legales establecidos para la salud y la protección de la misma y ha logrado una cobertura en salud casi universal. A nivel latinoamericano, un reto importante es superar la segregación social en la atención de la salud, los países están convergiendo en su deseo de eliminar la segregación de cuidado de la salud, en tal sentido, están siguiendo tres caminos diferentes para alcanzar este objetivo:

- Un solo pagador.
- Elección del pagador.
- Prestaciones mínimas explícitas.

Estados Unidos se encuentra en la ruta de acceso a una asistencia sanitaria eficaz y equitativa, que marque la diferencia en la salud personal y comunitaria, la Ley de Asistencia en Estados Unidos, Obamacare, es un paso importante hacia el acceso universal, a pesar de las muchas fallas de dicho sistema de salud. Algunos ejemplos de los programas en atención primaria son: el hogar médico centrado en el paciente, la salud en el hogar centrada en la comunidad y Soy mi propia Casa de Salud; surgen entonces, innovaciones disruptivas donde el cuidado de la salud se verá afectado por:

- Vigilancia y previsión de las enfermedades.
- Curaciones, en última instancia, para la mayoría de las enfermedades.
- La mejora y la posible extensión de la vida.
- Enfoque en los determinantes sociales de la salud.
- Atención primaria.
- Más amplios equipos de atención centrados en los pacientes de Atención Primaria como inicio de la Salud Comunitaria.
- Integración de métodos complementarios y alternativos (como los provenientes de los indígenas).
- Atención personalizada.
- “Dr. Watson” y el Consejero de Salud Digital.
- Las tecnologías que vienen tomando relevancia hoy en día son:
 - Registros médicos electrónicos.
 - “Dr. Watson” Expert Support para los proveedores.
 - Entrenador Digital Salud (“Avatar”).
 - Signos Vitales personalizados.
 - Agentes de salud digital, juegos, redes sociales.
 - Biomonitorio a través de la piel.
 - Estudio generalizado del genoma humano.
 - Dispositivos de biomonitorización.
 - Entrenador de salud digital.
 - Red de Enfermedades Facilitada.
 - Registro personal de salud.
 - Aplicaciones de gestión de bienestar y enfermedades.
 - Telemedicina.
 - Diálisis en el hogar.

La asistencia sanitaria se está moviendo hacia ser justa, eficaz, decisiva y preventiva, se centró en los determinantes sociales de la salud a un menor costo, lo que permite el cuidado personal y el fomento de la equidad en salud, el camino a seguir variará ampliamente entre los países de América Latina y tendrá retrocesos y avances disruptivos, el fin, en última instancia, es lograr la salud para todos. Ante el panorama presentado a nivel mundial e incluso en Latinoamérica, el país se enfrenta al reto de garantizar el acceso a la salud y a las tecnologías que emergen a toda su población, en tal sentido, es crítico el estado actual de atención y servicios en salud, sobre todo para los sectores más vulnerables.

Entorno ambiental

Son vitales para una adecuada salud el contar con condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico. Las condiciones de saneamiento inciden en la salud en los siguientes aspectos:

- Espacios libres de contaminación.
- Acceso a servicios de agua potable.
- Acceso a sistemas de alcantarillado.

No solo el hogar es parte de la vivienda, existen otros espacios que constituyen vivienda como es el caso de los centros de hospitalización, los sitios para la población carcelaria y la comunidad misma que rodea la familia, dado que sus costumbres pueden generar una convivencia pacífica o violenta.

Cambio Climático

Nuevas enfermedades han entrado a considerarse dadas por el cambio climático, ya sea por frecuentes cambios de temperatura, por los agentes contaminantes, por la calidad del agua, el ruido y en general el deterioro constante del medio ambiente.

Las enfermedades virales son el pan de cada día y los descuidos en su tratamiento y rehabilitación pueden ser mortales; enfermedades antes no consideradas tales como el chikungunya y el zika han cambiado la dinámica de atención en salud de la población, haciendo necesario que la salud pública de los países afectados haya tenido que adecuar sus modelos de intervención para la prevención y tratamiento de la población.

Estas también han afectado la prestación del servicio, ha sido necesario invertir recursos y capacidades del sistema para su manejo inicial y de complicaciones, y han generado alteraciones incluso del sistema de incapacidades, ya que son frecuentes y altamente incapacitantes.

El cambio climático también ha acelerado la acomodación de las placas tectónicas lo que incrementa el riesgo sísmico.