

DISEÑO Y ANÁLISIS DE ESCENARIOS

Generalidades

El ejercicio hasta ahora realizado abarca desde generalidades de la creación tanto del Hospital Universitario del Valle como de la Universidad del Valle, demuestra cómo su estrecha relación ha sido factor de éxito para el crecimiento de ambas partes, en igual forma, muestra también cómo la no respuesta oportuna a los cambios del entorno así como problemas administrativos y gerenciales tanto en toma de decisiones como en modelo de gestión y organizativo, llevaron a la institución a un punto de no retorno.

Es entonces clara la necesidad de tomar decisiones estratégicas sobre el Hospital Universitario del Valle, dichas decisiones estratégicas se caracterizan por tener altos costos, altos impactos, y efectos irreversibles siendo estos multidimensionales y no solo económicos, sino también científicos, sociales, culturales y tecnológicos, entre otros aspectos. Pensar en escenarios posibles tiene como finalidad hacer previsiones estructuradas y organizadas acerca del futuro, trabajando para tal fin con procesos, métodos y sistemas.

Es claro que en el mundo de hoy hay una gran necesidad de hacer frente a los grandes desafíos no solo regionales sino también globales, y construir capacidades para asimilar estas grandes transformaciones sistémicas

Particularmente el sector de la salud se enfrenta cada día a eventos inéditos, hace unos años era impensable tener enfermedades como el dengue, zika y chikungunya, y aún más impensable pensar que podrían coexistir en un ser humano; hoy no solo es una realidad sino que ha transformado nuestro entorno, haciendo que se reorienten decisiones y recursos importantes e incluso políticas públicas para las atenciones en salud de estos pacientes, siendo el anterior solo uno de los muchos ejemplos que podrían ser citados.

Estos cambios sistémicos tienen que ver con formas nuevas de combinar hechos antes desconocidos, que sumados, desbordan las capacidades habituales del sistema, lo que significa que se ha vuelto necesario planificar en medio de

sistemas complejos que permitan mirar todas las aristas de una situación que otrora pudieran ser simple, pero ya no lo son.

Planificar prospectivamente hablando es evitar sorpresas por estos cambios que condicionan la capacidad de respuesta, en este caso del sistema de salud globalmente, en un escenario que permita reevaluar las competencias de los gobiernos, los sistemas y las empresas para responder a nuevos desafíos y oportunidades de forma rápida y eficiente. Esta conciencia global es cada vez más clara, surgen nuevos estudios sobre el futuro y el horizonte de los mismos es cada vez más largo.

A nivel internacional se toma la planeación como una actividad permanente de aprendizaje colectivo, entender que en el entorno internacional las instituciones se enfrentan a situaciones cada vez más urgentes, interrelacionadas, importantes y complejas, hace que sea necesario aprender a seguir esta línea.

Con el fin de contextualizar los probables escenarios propuestos para el HUV, los retos a los que se enfrenta y las estrategias propuestas para encararlos, es importante tener en cuenta algunos conceptos importantes:

- Entender cuáles son las consecuencias de las decisiones que tomamos o no tomamos en el hoy permite mirar el presente con una mayor comprensión del futuro. Ver el tiempo no como un porvenir, sino como hacia dónde vamos a desplegar nuestro potencial, vislumbrando el futuro como espacio de la realización humana.
- No se apuesta a un único futuro. No es viable predecir el futuro y generar un único escenario exacto sin controversia. Se busca comprender opciones, y por eso se habla en términos de escenarios.
- Las alternativas generan incertidumbre que pueden comprenderse, reducirse y racionalizarse.
- Es importante partir de la integración de investigación en distintos campos del conocimiento. Es tan importante la médica como la administrativa y la humanística, por solo citar algunos ejemplos.

Si bien es cierto que la situación actual del HUV es crítica, también lo es que se necesita de una visión transformadora que permita llevar a la institución al futuro deseable. Hoy el HUV es un actor independiente en una profunda crisis institucional, pero puede, habido proceso de reestructuración, convertirse en un nodo de red para posteriormente convertirse en líder de un ecosistema de innovación que puede ir más allá del Valle del Cauca; pensar con prospectiva es dar vía libre a la innovación, y esta última es consecuencia de la visión de futuro.

Tomar riesgos, en prospectiva, implica atreverse a pensar y enfrentar los riesgos de las opciones que implican un mayor desarrollo del Hospital, teniendo claro que los sentidos básicos para este ejercicio, que debe ser permanente, tienen que ver con debatir el futuro sin dejar de vigilar el presente, dicho de otra manera, el futuro no se debe improvisar sino ejercer con responsabilidad.

Con el HUV se parte de un escenario actual, que es un proceso de Ley 550 o Ley de intervención económica, por lo que se presentan dos caminos: uno inercial, que llevaría indefectiblemente a la institución a un proceso liquidatorio, con lo delicado que es esta definición para la región y el país; y un segundo escenario, el de reestructuración, que puede ser la base para otro aún más ambicioso: el de hospital inteligente.

Se amplificará en este ejercicio el diseño de futuro, sin rutas, indicadores o elementos concretos, ya que una visión clara del escenario a alcanzar permitirá estructurar un plan más sólido y alcanzable. El ejercicio deja claras cuáles pueden ser las grandes transformaciones del entorno en que se verán inmersas las instituciones de salud, y en este caso, los hospitales como el HUV, es deber de los directivos del hospital estar preparados para minimizar el impacto de las amenazas y lograr potencializar las oportunidades, de tal manera que la institución sea competitiva y perdurable en el tiempo. Para esto, debe existir una reacción organizacional activa que pueda responder, entre otras, las siguientes preguntas: ¿cómo tendremos que ofrecer progresivamente

los servicios? Y ¿cómo enriqueceremos el desarrollo organizacional?

Es claro que es necesario reestructurar la institución para poder orientarla a constituirse en un hospital inteligente, para esto, la discusión a nivel asistencial va orientada al portafolio de servicios, recurso humano, tecnología, necesidades del entorno, entre otros, sin olvidar la discusión sobre la necesidad de fortalecer y mejorar los aspectos administrativos y financieros. El aspecto administrativo en cuanto a modelo de gestión a implementarse; un desarrollo organizacional donde es de absoluta importancia tener clara una política de talento humano, de relacionamiento con y entre los clientes internos y externos, procesos costoefectivos, entre muchos otros; y en el ámbito financiero, en el que podrán tenerse resultados positivos si la estrategia está ligada con lo asistencial y de servicios y con los aspectos administrativos.

Con lo anterior queda claro que, si bien una institución prestadora de servicios de salud tiene como objetivo misional la atención en salud, es decir, salvar vidas, su objetivo estratégico no será sostenible en el tiempo si la articulación entre los tres niveles no se da de forma eficiente. Se deduce con esto que el proceso de atención si bien es directamente de responsabilidad asistencial (en el frente con el paciente) depende de los factores aquí citados para que pueda ser exitoso y perdurable. Es por esto que las instituciones en salud cada vez más trabajan en los dos focos, servicios asistenciales y desarrollo organizacional.

Situación actual

El diseño y análisis de los escenarios para el HUV requiere precisar unos conceptos comunes para desarrollar la propuesta seleccionada, de tal manera que permita dar cuenta de la reconversión tecnológica de la institución, mediante elementos de la teoría de recursos y capacidades en aspectos tales como:

- El liderazgo gerencial de la institución ha sido débil. El plan estratégico organizacional no se ha visto reflejado en el cumplimiento de acciones a

todo nivel en la organización. Esto se refleja en el estado de resultados de la institución, que es insostenible desde el punto de vista administrativo y financiero.

- Institución con altos costos, altos gastos e ingresos insuficientes frente a los mismos. Insumos necesarios para la atención son insuficientes, así como también lo son equipos humanos especialmente en algunas áreas críticas del hospital. Esto, sumado al excesivo individualismo a todo nivel que lleva al incumplimiento de actividades asociadas al objeto de contrato, han llevado al hospital a ser una institución, además de insostenible financieramente hablando, no competitiva en el mercado.
- El incumplimiento de estándares de habilitación pone en riesgo la continuidad de su actuar prescricional. El no cumplimiento de estándares del Sistema Único de Acreditación (SUA) pone en riesgo su condición de hospital universitario.
- Los recursos tecnológicos con que cuenta actualmente el HUV son obsoletos, y algunos de ellos se encuentran sin funcionamiento por no contar con un adecuado proceso de mantenimiento de los mismos, situación que limita la producción poniendo a la institución en desventaja frente a otras IPS de mediana y alta complejidad en la ciudad.
- Los activos estratégicos de la Universidad del Valle, vistos en personal asistencial (médico, enfermería, odontólogos, terapeutas físicos y respiratorios bacteriólogos, por contar solo unos cuantos) con altas cualidades científicas y técnicas y la voluntad política de la Rectoría de la Universidad de coadyuvar en el diseño y desarrollo de estrategias conducentes a la reactivación del HUV (no solo salud sino todas las facultades y escuelas que puedan hacer parte del proceso) sino a la conversión a hospital inteligente, son una oportunidad de oro para la reconstrucción de la institución.
- Potencialidad de desarrollar desde lo científico programas, productos y servicios diferenciados de mediana y alta complejidad, que pueden nuevamente ubicar en la vanguardia al Hospital Universitario del Valle. El Banco de Sangre, el Banco de Tejidos, la Unidad de Quemados, las Unida-

des de Cuidados Intensivos, el servicio de Urgencias y su potencialidad de manejar pacientes de trauma de alta complejidad, el programa de Quimerización; siendo solo algunos ejemplos de las potencialidades que, en conjunto con la Universidad del Valle tiene el Hospital para poner al servicio de la comunidad en general un portafolio de servicios repotenciado.

Antecedentes

La marca Hospital Universitario del Valle Evaristo García, E. S. E., es tal vez el activo más valioso del hospital, junto con su personal de alto nivel y la relación sólida con la Universidad del Valle, prácticamente desde su creación. Podría decirse que casi todas las investigaciones importantes en salud y los acontecimientos médicos de impacto han tenido algo que ver con el HUV desde su inicio.

Pero también hay una realidad indiscutible y es que desde la promulgación de la Ley 100 en 1993 que lo obligó a convertirse en ESE, su quehacer educativo, científico y operativo en el sector salud se ha afectado al no haber logrado convertirse en una empresa con criterio de productividad y generación de valor económico, en tal sentido, es importante conocer los antecedentes y evolución del sistema de salud colombiano.

Si bien se ha desarrollado este tema en otros apartes del documento, se traerá a este punto un resumen, a modo de recontextualización, en el que se plantean tres fases en el desarrollo de la Ley 100 que han sido importantes frente a la situación actual:

Primera Fase, Descubrimiento y Ajuste 1993-2002

Las IPS privadas se resistieron hasta verse obligadas a entrar en la nueva dinámica. Por su parte, las IPS públicas fueron necesariamente convertidas en Empresas Sociales del Estado (ESE) y debieron aprender a facturar y a generar recursos para su autosostenibilidad, las que lo asimilaron, tanto públicas como privadas, se consolidaron, crecieron y obtuvieron ganancias importantes, las que no lo

lograron desaparecer con el tiempo; las EPS iniciaron acumulando excedentes y no asumieron la responsabilidad de tener una UPC cierta, situación que generó severos problemas en su cálculo inicial y posterior ajuste.

Segunda Fase, Expansión del aseguramiento 2002-2008.

El plan de beneficios se amplía, y esto no necesariamente se compensa de forma adecuada en la UPC, las EPS buscan estrategias de contención del costo, y trabajan para construir sus propias IPS, iniciando el modelo de integración vertical. El régimen subsidiado, con su cobertura parcial y los pagos no oportunos empiezan a afectar la situación financiera de las IPS, especialmente de aquellas públicas que no desarrollaron sus modelos de gestión acorde a las nuevas necesidades del entorno, por otra parte, las tutelas y los derechos de petición empiezan a afectar el equilibrio del sistema, por lo que en términos generales el costo de atención en salud copa la UPC y desaparecen los excedentes espurios de la EPS.

Tercera Fase, El abuso y el desborde del sistema 2008-2014.

La sentencia T-760 de 2008 marca un desborde del acotamiento del plan y el sistema no tuvo como asimilar el pago de los nuevos servicios, se acumularon cuentas exponencialmente que ahora están anidadas en una punta en los prestadores, y en la otra, en un Estado que no reconoce su papel de último pagador.

Con base en lo anterior, de acuerdo a la OCDE (s. f.) citada por el Centro de Estudios en Economía Sistémica (s. f.):

- Colombia ahora debe enfocarse en mejorar la eficiencia y fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
- Desarrollo de sistemas de información efectivos.
- El reporte recomienda que Colombia trate de instaurar una gestión del desempeño y una rendición de cuentas más sólidas en torno a las aseguradoras de salud.
- Una gestión del desempeño más rigurosa es igualmente necesaria para las clínicas, los hospitales y otros proveedores de servicios de salud.

Sin embargo, las recomendaciones de la OCDE no fueron acatadas en su momento, y la crisis del sistema siguió su curso. Las fallas del actual sistema de salud colombiano y que ha contribuido a la crisis del HUV se resume en las siguientes líneas (ver Figura 56).

Hoy, la situación financiera del Hospital Universitario del Valle es insostenible. La Nación ha considerado la liquidación del Hospital, pero han sido los esfuerzos de la Gobernación del Valle los que han evitado que esto se dé y ha pedido la oportunidad de trabajar para evitarlo.

Es por lo anterior que desde la Junta Directiva se tomó la decisión de solicitar entrar en Ley 550 o de insolvencia económica, esto con el fin de lograr diseñar un plan de trabajo que permita estabilizar a la institución, de tal manera que pueda pensarse en una fase de reconstrucción de la organización y el logro de un Hospital reconvertido, que logre cubrir con todas las necesidades de la población vallecaucana. Es cierto que entrar en Ley 550 es un riesgo, pero en estos momentos de crisis es un riesgo que debe asumirse, con el fin de tratar de evitar una crisis aún mayor. Dejar a la región sin un Hospital Universitario sería una pérdida irreparable para la comunidad en general.

Es el Hospital un centro importante de generación de conocimiento, y es la única institución que atiende a la población menos favorecida de la región. Con la actual situación de la red, donde el colapso de la misma es más que evidente, el no tener hospital, pondría a los vallecaucanos en una posición de riesgo frente a cualquier situación de salud, al no contar con la capacidad de oferta, desde las otras IPS tanto públicas como privadas para la atención de los miles de personas que mensualmente son atendidas en la institución.

Sin embargo, no puede desconocerse el riesgo de someterse a esta Ley. Estudios de la Superintendencia de Sociedades indican que en la historia de la denominada Ley 550 en el periodo 31 de diciembre de 1999 a octubre 31 de 2012, de las 546 empresas que fueron admitidas en dicha Ley, 378 se liquidaron en forma definitiva y de las otras 168 que aparentemente podían salir con éxito de dicha Ley después de negociaciones promedio de ocho años, posteriormente un 26% siguieron perdiendo dinero y un 15% pasaron a liquidarse en los tres años siguientes. Es decir, el porcentaje de éxito de la Ley 550 no llega al 20% del total de casos admitidos.

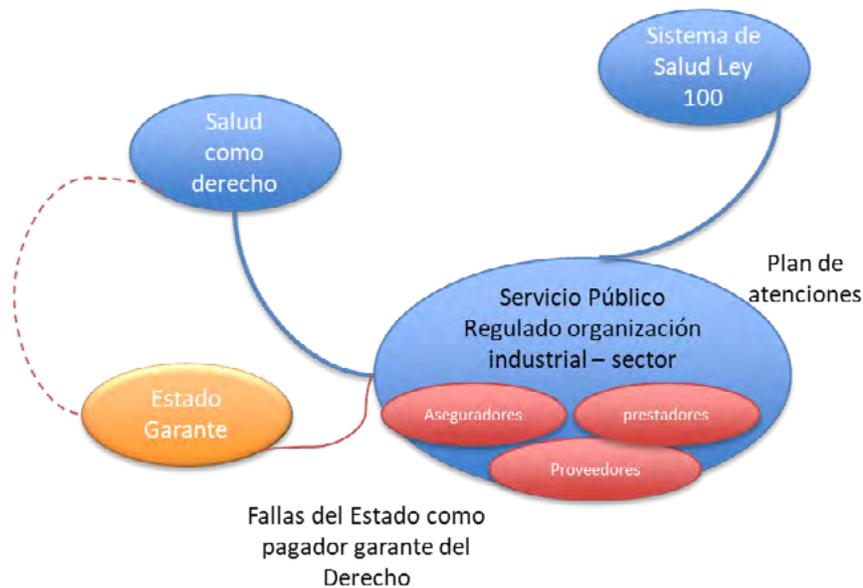


Figura 56. Fallas del sistema de salud colombiano.

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

Ante esta realidad es más que importante que todos los actores que tienen la responsabilidad de salvar al hospital entiendan que su papel es determinante. Un error, una omisión, un acto de individualismo no medido pueden ser la cuota que se necesita para el no logro de el único fin buscado: salvar al Hospital Universitario del Valle, salvar la vida de miles de vallecaucanos, sabiendo de antemano que la Junta Directiva y equipo directivo del Hospital en cabeza de su gerente se van a enfrentar siempre a situaciones desconocidas e inesperadas que aparecen en el horizonte y frente a las cuales no siempre se tendrán todas las respuestas, pero han aceptado el reto de trabajar en pro de encontrar la mejor de las soluciones.

El año 2015 el HUV tuvo un deterioro en su situación administrativa, financiera y jurídica que lo ha llevado a que en términos económicos sus resultados lo hagan ver como inviable por sus altos costos operativos y la demora en el flujo de recursos en medio de una profunda crisis del sistema de salud, esta última, generalizada en todas las IPS del país, pero afrontada de mejor modo por aquellas que lograron diseñar sus modelos de gestión acordes a las necesidades del entorno.

Estabilizar el Hospital implica un plan de choque, en el que se logre en control de costos y gastos, a la vez que se potencializa la producción soportando todo en un modelo administrativo que permita la facturación efectiva de todas las actividades realizadas (hoy una gran debilidad) y el recaudo de los dineros adeudados por parte de las aseguradoras.

El HUV sigue conservando su marca, aquella que ha logrado cimentar, en conjunto con la Universidad del Valle en el trasegar de 60 años de trabajo conjunto, sigue siendo la institución que más aprecian los vallecaucanos, y está en toda la capacidad de recomponer su camino, logrando su reestructuración.

Para tal fin, en la estabilización, como paso previo a la reestructuración, es importante iniciar por redefinir contratos con las aseguradoras, optimizar su portafolio de servicios, aprovechar la voluntad política de la dirigencia local para reclamar derechos tales como los mínimos exigidos por ley para la

contratación con instituciones de su tipo y ajustar los pagos acordes a lo establecido por la norma.

Pero todo esto no podrá lograr la efectividad deseada si los colaboradores de la institución no entienden que es necesario hacer un amplio reajuste interno que le permita ser competitivo y generar excedentes operacionales, y no repetir situaciones como la vivida en 2015 cuando sus ventas por servicios llegaron a \$180.000 millones de los cuales se recuperaron de la vigencia en el año menos de \$90.000 millones y el costo de su Recurso Humano contratado de diversas formas superó los \$150.000 millones, habiéndolo llevado a la inviabilidad financiera en la que hoy está sumido.

Es claro que para lograr la estabilización que permita la reestructuración de la institución se exige un urgente ajuste en su modelo de trabajo, así como lograr finalizar totalmente con todas aquellas situaciones que lo están afectando de manera importante.

Un Hospital estable permite pensar en una reestructuración, en un modelo de integración en red con las otras instituciones públicas de la ciudad y del departamento, que permita la atención por nivel de complejidad en cada institución según sus capacidades para lograrlo, evitando la congestión en niveles superiores de complejidad, permite pensar y soñar a futuro con un hospital inteligente.

Esto significa un gran trabajo articulado que busca disminuir la carga de enfermedad, potenciando en los niveles inferiores modelos de medicina preventiva que permitan tener una población más sana. La Universidad del Valle ha sido pionera a nivel nacional en los modelos de Medicina Familiar, y esto ha sido, por supuesto, posible gracias al trabajo conjunto con el HUV.

La nueva política a ser implementada por el Estado, PAIS (Política de Atención Integral en Salud) es una gran oportunidad para lograr este nuevo horizonte, la región tiene toda la potencialidad no solo de lograr el objetivo sino de ser pionero a nivel nacional y generar para todos los vallecaucanos salud de alta calidad.

Para esto se necesita colaboradores conscientes de su responsabilidad social con la región y con el país, que entiendan que cada una de sus acciones será el reflejo en la vida de un ser humano, y que la sostenibilidad del modelo se basa en pequeños y grandes logros del día a día. Deben ser personas orientadas al logro, que trabajen con indicadores de gestión que estén diseñados para alcanzar la meta institucional, que no es más que lograr ser una institución competitiva, socialmente responsable, académicamente superior y financieramente rentable.

Un gerenciamiento en red puede, además de lograr una mejor calidad en la atención en salud para la población, contribuir a una administración más rentable de recursos, compras en red, administración centralizada, procesos administrativos ágiles y comunes que permitan comunicación en tiempo real, son solo algunas de las ventajas que pueden generarse con este modelo, en el que un HUV nuevo puede ser cabeza de red. No intentar estabilizar al HUV en este momento es exponer a todos los actores del sistema a altísimos costos, sociales y financieros, como ha ocurrido ya en otras regiones del país.

Escenario actual –insostenibilidad financiera y administrativa– Inminente ingreso a proceso de reestructuración económica - Ley 550

Es una realidad que la Ley 550 obliga a acciones de choque, pero también lo es que la liquidación de los entes económicos solo produce pérdidas enormes a la sociedad y al sistema productivo en general, y para ilustrarlo basta con mencionar el reciente ejemplo de Saludcoop, cuyo proceso liquidatorio tiene en vilo a numerosos acreedores por una suma de más de 3 billones de pesos, es decir, media reforma tributaria, esto sin contar con el impacto para la población asegurada, que durante meses ha sufrido las consecuencias en su atención en salud, es así que el impacto de una defraudación a los acreedores de ese tamaño es innegable en cualquier economía, por lo que se recomienda ejecutar las acciones puntuales del plan de salvamento o de estabilización con

el fin de evitar una liquidación en el corto y el mediano plazo.

Es claro que el Hospital tiene importantes sumas por cobrar, si bien es complicado con las EPS quebradas como Saludcoop o Caprecom, la gestión de cobro puede hacerse ante cualquier responsable subsidiario, entre los que se encuentran el Gobierno Municipal, Departamental y Nacional.

También existe suficiente margen de maniobra legal y reglamentaria para reconfigurar las cargas y pasivos del HUV, no solo es posible sino igualmente necesario encontrar una fórmula eficiente para atender a la población vulnerable del suroccidente desde el HUV, con estructuras de costos razonables y procesos efectivos, en interacción armoniosa y exenta de mala fe con actores públicos y privados.

Es importante que todos los actores tengan absoluta claridad de lo que significa un trámite de Ley 550, y que se entienda que una cosa es lo que citan los textos jurídicos en su narración y otra completamente diferente puede ser el procedimiento "real" que se surte entre seres humanos que pugnan por diversos intereses, donde cada uno hace prevalecer los suyos, en beneficio propio, perdiéndose la institucionalidad y exponiendo la empresa a que sea liquidada.

Así las cosas, tenemos en cuenta que en el trámite de la Ley 550 se nombra a un Promotor que debe evaluar las condiciones internas y externas del Hospital, debe relacionar sus acreedores y sus cuentas por cobrar, y en suma, debe dictaminar si la empresa es viable o no. Este es el primer riesgo, teniendo en cuenta que, el HUV sin estabilización tiene serios problemas de viabilidad. Por otro lado, los acreedores adquieren un poder considerable sobre el Hospital, debido a que son los que finalmente deciden si firman o no el acuerdo de reestructuración (un contrato) que elabora el Promotor, en caso de que encuentre viable a la institución.

Por lo anterior, el Promotor bien podría indicar que la institución es viable si se cumple con el acuerdo de reestructuración que propone, pero ello en nada obligaría a los acreedores a aceptar el contrato de

reestructuración y bien podrían ser ellos los que deciden si envían o no al Hospital al proceso de liquidación. Paralelamente, todas las obligaciones que se generen durante el trámite de reestructuración de pasivos deben pagarse sin demora alguna, pues de lo contrario y en caso de incumplimiento de alguna de estas obligaciones conocidas como "gastos de administración", la empresa puede ser enviada a la liquidación ante la queja de uno de los afectados.

De manera que la incertidumbre en estos trámites de reestructuración es amplia, especialmente en escenarios fuertemente contenciosos como el que presenta el Hospital, en el que se ven en pugna los intereses de diversos grupos como sindicatos, Gobernación, Nación, EPS y Acreedores. Tal vez lo único claro en este escenario es que las probabilidades de fracaso, sin el compromiso de los colaboradores del Hospital y de todos los actores involucrados, son más amplias que las de éxito, tal como se analizó en el desarrollo de este documento.

Puede entonces decirse que es necesario estructurar un plan lo suficientemente sólido para que sea válido no solo para el Promotor sino también para todos los acreedores del HUV, este, de no ser cumplido, es la puerta de entrada de la institución hacia una eventual liquidación. Si esto no es claramente entendido por todos los actores directamente responsables de la estabilización, no será posible el logro del objetivo, salvar el HUV, salvar la vida de miles de vallecaucanos.

Salir adelante en este proceso implica por lo menos dar cumplimiento estricto a los siguientes ocho (8) principios:

- 1) Colaborar con el Promotor con miras a hacer un diagnóstico profundo, riguroso, preciso en sus cifras y en sus calificaciones contables y jurídicas.
- 2) Corregir los aspectos que se identifiquen en dicho diagnóstico y eliminar las causas internas que dieron lugar a que la empresa entrara en reestructuración para poder estabilizarla.
- 3) Ser competitivos en el mercado, de manera tal que se garanticen los ingresos que necesita toda empresa para desarrollar su objeto social.

- 4) Cobrar la cartera de manera eficaz.
- 5) Cumplir puntualmente con absolutamente todos los gastos de administración.
- 6) Lograr relaciones armoniosas, de buena fe y de confianza, entre los acreedores de todo tipo (laborales, fiscales, proveedores, etc.) de un lado, y del otro lado el Hospital como persona jurídica deudora, la Gobernación y la Nación como eventuales responsables subsidiarios y el Promotor como amigable componedor entre las partes.
- 7) Formular un acuerdo de reestructuración que genere confianza a los acreedores en términos reales y monetarios y no solo retóricos; el acuerdo debe ser realista con sus metas y plazos, flexible ante las contingencias legítimas en los mercados, y orientado a generarle a la Empresa la riqueza y el valor necesarios para garantizar el pago de los créditos adeudados.
- 8) Cumplir a cabalidad con el contrato de reestructuración.

Por la incertidumbre reinante en el sector, es importante acotar que el cumplir con los ocho principios mencionados es difícil y que genera incertidumbre, pero también es claro que con el concurso real de todos los involucrados no debe ser misión imposible. Entendiendo todo lo anteriormente descrito, se plantea que el mejor escenario para el Hospital es el de reestructuración, esto significa hacer un nuevo hospital, donde un modelo de gestión orientado al logro de los objetivos le permita ser una institución competitiva, socialmente responsable y financieramente rentable. Lo anterior, pensando en diseñar una red estructurada de atención donde el HUV sea cabeza de red, para luego pasar a el diseño de un hospital inteligente, siendo este último una meta a largo plazo.

Pero este es imposible de iniciarse sin antes trabajar arduamente en un plan de estabilización, que, dadas las condiciones actuales, no debe ser superior a seis meses-un año, donde se logre el punto de equilibrio de los estados financieros. Una vez estabilizada la institución se proseguiría con la reestructuración del HUV, escenario que se plantea en un lapso de 1-5 años de trabajo, partiendo de una simultaneidad con la etapa de estabilización, siendo así las cosas, se

plantea configurar un modelo de Holding que, bajo una estructura corporativa a cargo del HUV y una estructura operativa a cargo del holding permita el óptimo funcionamiento de la institución.

El objetivo es constituir alianzas para el desarrollo del esquema, alianzas que pueden darse bajo tres opciones:

- Alianzas público-público: HUV - Univalle - Gobernación del Valle.
- Alianzas público-privadas: HUV - Instituciones privadas.
- Alianzas público-privadas-público: puede ser la mejor opción. En esta, intervienen el HUV, la Universidad del Valle, la Gobernación y la empresa

privada, dando, además de respiro económico y potencialidad para fortalecer la base tecnológica para la atención de la alta y muy alta complejidad, el respaldo suficiente para garantizar que la institución continúe siendo un Hospital Público Universitario.

El escenario de reestructuración y diseño de alianzas público-privado-público, se enfoca en las siguientes estrategias macro:

- Atención centrada en el paciente.
- Modelo de gestión orientado a resultados.
- Cultura organizacional fuerte.
- Institución prestadora de servicios de salud altamente competitiva.



Figura 57. Modelo de reestructuración

Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, la meta no debe llegar hasta la reestructuración, es necesario trabajar por lograr convertir al HUV en un Hospital Inteligente y para este último logro se plantea un lapso que puede ir de 5 a 10 años para ser alcanzado.

Un Hospital inteligente es aquel que aprende, que se autosostiene y que es rentable, que es centro de

excelencia por sus altas competencias científicas y técnicas, referente nacional e internacional y centro formador de los mejores profesionales en salud, por lo anterior, en el siguiente cuadro se desarrollan las posibilidades o escenarios que pudieran ser tenidos en cuenta entre otros y se ofrecen unas consideraciones generales de cada escenario de los mencionados como punto de partida, así:

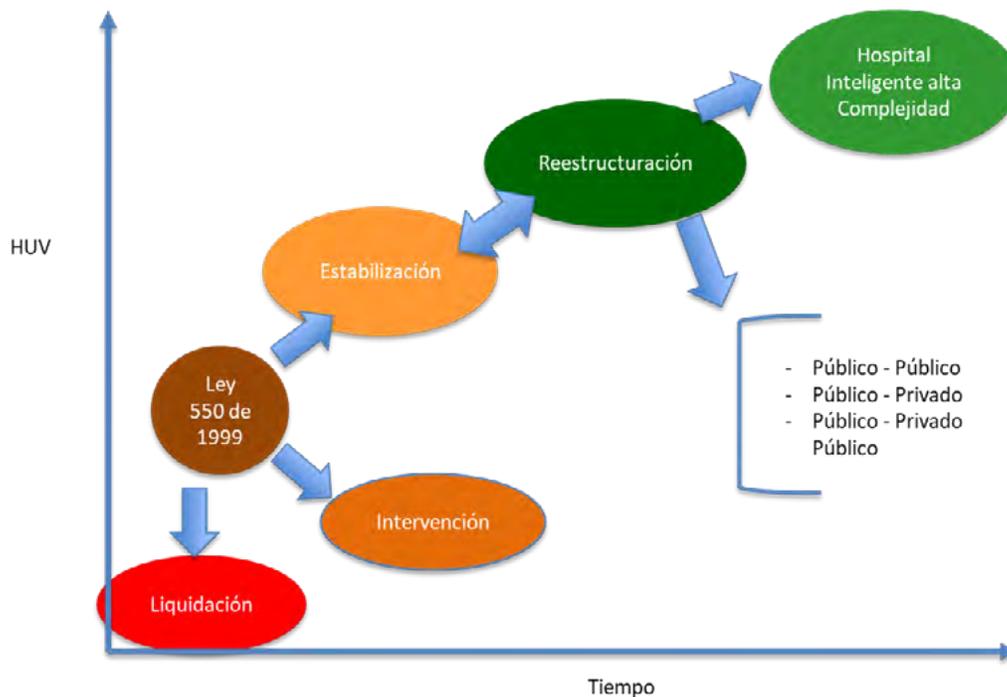


Figura 58. Planteamiento de escenarios.

Fuente: elaboración propia.

Desarrollo de perfiles de escenarios

La descripción de escenarios, actores, y la formulación de conjeturas y recomendaciones es relevante para la toma de decisiones ante un panorama tan delicado.

Primera parte. Descripción general de los Actores

HUV: persona jurídica caracterizada como Empresa Social del Estado, prestadora de servicios de salud. Presenta en estos momentos problemas de produc-

tividad y competitividad que la ha llevado a retrasarse en pagos a sus proveedores y empleados. De continuar así se convierte en una institución financiera inviable, razón por la cual, tratando de evitar la liquidación, su Junta Directiva ha aprobado dar inicio al trámite de la Ley 550.

Usuarios: son los ciudadanos que usan los servicios del HUV. Siendo: **i)** Población no asegurada y vulnerable proveniente de todo el suroccidente colombiano. **ii)** Estudiantes de la Universidad del Valle.

Gobernación del Valle: entidad territorial encargada del manejo de los Recursos de la Salud y Educación en el Departamento y de formular e implementar sus políticas públicas, miembro de Junta Directiva del HUV.

Ministerio de Salud y Protección Social: entidad del orden Nacional encargado de formular e implementar las políticas públicas del sector salud en el país, otorga recursos, vigila a las entidades directamente y a través de la respectiva superintendencia.

Universidad del Valle: universidad pública del Departamento del Valle del Cauca, su Facultad de Salud opera en las instalaciones del Hospital Universitario.

Acreedores: son las personas naturales y jurídicas que tienen cuentas por cobrar a cargo del HUV, entre ellos se encuentran: **i)** Acreedores laborales

(trabajadores) cuyos créditos tienen prelación legal sobre los demás; **ii)** Proveedores de bienes y servicios al Hospital, dentro de los cuales tendrán prelación aquellos con créditos hipotecarios; **iii)** Prendarios y **iv)** Quirografarios.

Deudores: son las personas naturales y jurídicas que tienen cuentas por pagar al HUV. Estos son: **i)** EPS activas; **ii)** EPS en proceso de liquidación; **iii)** Responsables subsidiarios de las EPS ya liquidadas que no alcanzaron a pagar créditos reconocidos calificados y graduados; y **iv)** Cualquier entidad que haya causado algún daño antijurídico.

Atendiendo la teoría de los stakeholders, que deviene de la teoría contractual donde se definen las organizaciones como un conjunto de contratos donde los agentes tienen intereses disímiles, se describen a continuación las caracterizaciones comportamentales de cada uno de ellos.



Figura 59. Stakeholders HUV

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se describe su caracterización/posición frente al proceso de restructuración económica

y los riesgos abordados frente a una eventual liquidación del Hospital:

Tabla 124. Caracterización de los actores y servicios en medio de la reestructuración.

Actor	Servicio	Decisiones	Activos	Pasivos	Regulación	Riesgos	Probables pretensiones
Usuarios	Continúa pero con deficiencias porque los proveedores de insumos y medicamentos pueden no asumir el riesgo.	Solo en aspectos de su tratamiento (puede acudir a otra IPS autorizada).	N. A.	N. A.	El Estado colombiano está obligado a brindarles el servicio independientemente del prestador.	Barreras de acceso al servicio.	Mantenimiento de un servicio de calidad.
EPS	No están obligadas a contratar el servicio (60%), con el HUV por la falta de garantías de capacidad.	Envía los pacientes a IPS privadas para garantizar el servicio. Buscan también IPS con tarifas más bajas.	Deben ponerse al día en las obligaciones con el Hospital. Los acreedores pueden ejercer cobro coactivo.	N. A.	El problema no es regulativo, es de cultura de incumplimiento y probablemente este proceso no será la excepción.	Incremento en tutelas por servicio.	Mantenimiento de un servicio de calidad pero a bajo costo.
Ministerios: Hacienda y Salud	Solicitan información permanente antes del acuerdo y durante el acuerdo si lo hubiere.	Ante incumplimiento solicitan a la Superintendencia el trámite de liquidación.	Si en el proceso de liquidación de CAPRECOM no se cancelan las acreencias con el HUV se convierten en deudores solidarios.	N. A.	Les corresponde el deber legal y constitucional de cumplir y hacer cumplir la Ley.	Deudor solidario.	Estructura financiera saludable.
Supersalud	Controla la efectividad en la aplicación de la ley y el cumplimiento del acuerdo si lo hubiere.	Si observa algún incumplimiento puede hacer intervención forzosa o decretar liquidación.	N. A.	N. A.	Tiene la competencia de vigilar el proceso y asegurar su cumplimiento.	Responsable del control en el proceso.	Estructura financiera saludable. Calidad del servicio, eficiencia y eficacia.
Gobernación	Con doble carácter como deudor y como garante subsidiario ante los terceros.	Seguir con el inicio del proceso de restructuración o aceptar una reconversión o una liquidación para crear una nueva.	Deben ponerse al día en las obligaciones con el Hospital. Los acreedores pueden ejercer cobro coactivo.	N. A.	Ibídem Ministerios.	Deudor solidario, responsable de la prestación del servicio.	Estructura financiera saludable. Calidad del servicio, eficiencia y eficacia o liquidación.

Continúa

Actor	Servicio	Decisiones	Activos	Pasivos	Regulación	Riesgos	Probables pretensiones
Municipio	Deudor.	Puede apoyar el proceso. Dependiendo del valor del patrimonio incide o no en las decisiones.	Deben ponerse al día en las obligaciones con el Hospital. Los acreedores pueden ejercer cobro coactivo.	Eventual acreedor en materia de impuestos territoriales.	Ibídem Ministerios.	Deudor solidario responsable de la prestación del servicio	Estructura financiera saludable. Calidad del servicio, eficiencia y eficacia o liquidación.
Empleados	Una de las condiciones de la ley es el pago oportuno de la nómina (posición ventajosa).	Seguramente mantenerse hasta el final y resistirse a la liquidación mediante acciones de hecho a través de los sindicatos.	Riesgo de desmantelamiento.	En los pagos durante el proceso de reestructuración tienen prelación al igual que la graduación de los pasivos en una eventual liquidación.	Podrían tener la voluntad de renegociar la convención colectiva para propiciar acuerdo de reestructuración y salida de la crisis para no liquidar. Tienen prelación de pagos.	Quedarse sin empleo, sin seguridad social y sin las prebendas adicionales que hoy ostentan.	Mantener su zona de confort, especialmente algunos empleados con prebendas especiales.
Alianzas Estratégicas	Si el negocio es rentable y logran acuerdos pueden continuar hasta una nueva etapa.	Probablemente se mantengan por rentabilidad.	Riesgo de desmantelamiento.		Podrían tener la voluntad de renegociar sus contratos para generar mejores ingresos al HUV propiciar acuerdo de reestructuración y salida de la crisis para no liquidar.	Perder un cliente importante como son aquellos a los que acceden a través del HUV	Mantener su zona de confort. Mantener el ingreso / o volverse partícipes del patrimonio.
Acreedores prendarios e hipotecarios (sector Financiero)	N. A.	Dependerá del valor del pasivo a su favor. Puede aliarse con otros.	N. A.	Tercera prelación en la graduación de pasivos.		Pérdida de activos.	Recuperar sus activos (equipos o incluso instalaciones del hospital).
VALLEPHARMA	Pueden continuar entregando los medicamentos si se mantiene el contrato y si ven posición dominante en una junta de acreedores (ver cifras).	Dependerá del valor del pasivo a su favor. Puede incidir en la firma o no firma del acuerdo y puede direccionar las decisiones en el proceso de liquidación si el porcentaje de la acreencia es superior a otros.	Riesgo de desmantelamiento.		Los contratos vigentes están amparados por la Ley, gozan de presunción de legalidad y en un proceso de liquidación se gradúan como quirografarios.	Pérdida de activos.	Mantener su zona de confort. Mantener el ingreso / o volverse partícipes del patrimonio.

Continúa

Actor	Servicio	Decisiones	Activos	Pasivos	Regulación	Riesgos	Probables pretensiones
UNIVALLE	Pude mantener temporalmente el CODA, se quedaría sin el HUV como sitio de práctica en una eventual liquidación.	En el trámite de la Ley 550 no tiene concurso ya que no figuran acreencias a su nombre. Es un gran apoyo a la luz de lograr la estabilización y la reestructuración al volcar la Universidad al HUV.	Hacer parte de una alianza público-privado-público que ayude a lograr la conversión hacia un hospital reestructurado.		Debe garantizar el mejor sitio de práctica para estudiantes de la facultad de Ciencias de la Salud.	Competencia con otras universidades de la ciudad por sitios de práctica ya "colonizados". Algunas especialidades y subespecialidades pueden sufrir.	Contar con un Hospital Universitario en condiciones financieras estables con alta tecnología y una organización eficiente del CODA.
Organizaciones Sindicales	Si el contrato es viable y el HUV necesita contratar el proceso y tiene como pagarlo continúan con el servicio.	Buscarán alianzas con otros proveedores para votar el acuerdo de reestructuración o la liquidación.	N. A.	El pasivo a su nombre se trata como quirografario.	Consultar un acuerdo de reestructuración de otro hospital. Por ejemplo, San José de Popayán.	Disminución del ingreso (en un alto porcentaje proviene del HUV).	Mantener el ingreso / o volverse partícipes del patrimonio.
Proveedores	Difícilmente aceptan despachar bienes o pagar servicios si no se les paga por anticipado, (excepto que de acuerdo con la conformación del pasivo tengan posición dominante).	Tiene derecho a voto y pueden aliarse con otros para incidir.	N. A.	Ocupan el cuarto renglón en la graduación de pasivos.		Alto riesgo de pérdida de los valores o por lo menos si el HUV es un cliente de alta participación en sus ventas, puede generarle iliquidez.	Mantener el ingreso / o volverse partícipes del patrimonio.

Fuente: elaboración propia.

Escenario hospital en Ley 550 / intervención económica

Aspecto Jurídico

El HUV inmerso en Ley 550 debe cumplir con varios requisitos para salir adelante de su situación. Ingresar a un proceso de reestructuración de pasivos es una situación bastante delicada para la empresa, pues se enfrenta a un proceso en el que sus acreedores tienen un poder de decisión e intervención bastante fuertes, a tal punto, que en la parte final del trámite

deciden si firman o no el contrato de reestructuración de pasivos con la empresa deudora, o si se niegan y con ello la empresa es enviada a la liquidación.

El éxito de un trámite se empieza a vislumbrar cuando luego del diagnóstico de la empresa que haga el Promotor, este estime que la empresa tiene posibilidades de permanecer competitivamente en el mercado e invite a los acreedores a firmar un acuerdo de reestructuración en el que se estipulan los eventuales periodos de gracia, condonaciones, plazos, y

compromisos de la deudora en sus prácticas internas, cumplimiento de pagos, etcétera.

Pero la firma del Acuerdo no es suficiente para declarar como exitoso el proceso. Se debe además dar cumplimiento a todas las obligaciones adquiridas con el acuerdo de reestructuración, y en general, se deben cambiar sustancialmente todas las prácticas organizacionales y productivas que llevaron a la Empresa hacia su situación actual.

No hacerlo es continuar con una fórmula que ya ha probado su fracaso por cuanto ya ha llevado a la entidad a la reestructuración y que a futuro podría llevar al Hospital a su liquidación. En particular, se debe ser muy cuidadoso en siempre pagar todos los gastos de administración que se generen durante el proceso de reestructuración de pasivos, pues de lo contrario, queda inmerso en una causal de liquidación casi insalvable.

En síntesis, el rol del HUV como actor central del proceso de reestructuración, es el de ejercer todas las actividades y mejoras organizacionales y productivas, con miras a honrar los créditos reestructurados y convertirse en una empresa plenamente competitiva.

De otro lado, la empresa adquiere un rol pasivo bastante delicado, en el que depende plenamente de la confianza que los acreedores tengan en su proceso de recuperación. Si tal confianza no existe, es muy probable que los acreedores no acepten firmar el acuerdo de reestructuración y decidan enviar al HUV a su liquidación.

Gobernación del Valle

La Gobernación del Valle tiene por lo menos dos roles dentro del proceso de reestructuración. De un lado, es miembro de la junta directiva del Hospital y es la Entidad Territorial responsable de los lineamientos que sigue el HUV. En ese sentido, y por virtud de la Ley, es un eventual responsable subsidiario de los pasivos que no llegase a pagar el HUV en una eventual liquidación. Por tal razón, y nuevamente por mandato legal, la Gobernación tiene a su cargo realizar todas las acciones tendientes a recuperar la

empresa, pues de lo contrario podría ser responsable subsidiaria ante los acreedores reconocidos y calificados a los que no se les haya podido pagar.

El segundo rol que juega la Gobernación es el de deudora del HUV. En efecto, existen cuentas por cobrar que el HUV, y su promotor (en reestructuración) o su eventual liquidador, están en obligación de cobrarlas para acrecentar la masa patrimonial del Hospital.

Pero este segundo rol también debe ser contextualizado: la Gobernación del Valle viene ella misma de un proceso de Ley 550, y como encargada de la política pública departamental de salud y de dictar lineamientos al Hospital, debe sopesar los pros y contras, en pocas palabras, hacer una relación de costo-beneficio entre los dineros invertidos a un Hospital que ha sido lento en mejorar su productividad y en cambiar sus malos hábitos organizacionales, versus las eventuales responsabilidades ante acreedores insatisfechos en sus pagos y la garantía de oferta en salud para la población vulnerable no asegurada.

La Gobernación, pues, tiene algunas restricciones legales, especialmente aquellas propias del proceso de Ley 550 y aquellas relativas a la responsabilidad subsidiaria por los pasivos del Hospital, pero no se puede negar la amplitud de su margen de maniobra en términos políticos y jurídicos, ni tampoco el deber que tiene de tomar decisiones fiscalmente responsables ante un Hospital que hoy se perfila como problemático e improductivo, por decir lo menos.

Acreedores

Los acreedores del HUV enfrentan un panorama litigioso, por usar un adjetivo ponderado. Con la apertura del trámite de reestructuración, los acreedores deben presentar sus créditos al Promotor, esperar el dictamen del Promotor sobre la Empresa luego de la evaluación que debe realizar, y si este considera que la empresa es viable, y luego de un análisis cuidadoso del acuerdo o contrato de reestructuración que se proponga, deben decidir los acreedores si se firma o si por el contrario se envía al HUV a la liquidación.

Esta decisión debe ser bien cuidadosa por parte de los acreedores, pues no existe garantía alguna de que en un proceso liquidatorio se le pague a los acreedores. Antes, por el contrario, la experiencia muestra que son pocos, muy pocos, los casos en que una liquidación alcanza a cubrir todos sus pasivos. Por tal razón, los acreedores deberían decidir con aplomo sobre la suerte de sus créditos y del HUV.

En caso de que los acreedores firmen el acuerdo de reestructuración, tendrán a su favor las prerrogativas consignadas en el contrato de reestructuración y los mecanismos legales para reclamar sus derechos. El más fuerte de esos mecanismos, es la posibilidad de denunciar cualquier incumplimiento del acuerdo de reestructuración y con ello enviar al HUV a la liquidación.

La capacidad de negociación de cada acreedor se determina en una reunión de determinación de derechos de voz y voto. En ella se adjudican los derechos de acuerdo al valor de los créditos. Pero en general, la fuerza de negociación de todos los acreedores es altísima, pues entre todos ellos tienen el poder de enviar al HUV a la liquidación, incluso por encima del parte de viabilidad que eventualmente llegase a dar el Promotor.

Universidad del Valle

La Universidad del Valle tiene un rol adicional al de eventual deudor o acreedor del Hospital, y es que su Facultad de Salud opera en las instalaciones del Hospital, en ese sentido, tiene un interés en seguir operando en dichas instalaciones, pero tal interés podría llegar a ser contrario a los intereses de los acreedores del HUV, en la medida en que sin lugar a dudas el inmueble del Hospital es uno de sus activos más valiosos, por su excelente ubicación y enormes proporciones, este inmueble es quizás la principal garantía de pago que tienen los acreedores del Hospital.

En un eventual proceso liquidatorio, el liquidador tiene la obligación de vender el inmueble al mejor postor y con ese dinero pagar los gastos de administración de la liquidación (es decir, honorarios del liquidador, y gastos de la liquidación que general-

mente se vuelven enormes) y los créditos reconocidos calificados y graduados.

Este proceso de venta, por supuesto, se ve permeado por los intereses de los oferentes, del liquidador, en fin, de varios actores adicionales a la misma Universidad del Valle, así las cosas, los acreedores por su parte tendrán interés en que el inmueble se venda al mejor precio y para ello pueden revisar e impugnar los avalúos que se hagan del inmueble (esto en el trámite liquidatorio); los compradores querrán lo opuesto y buscarán ofertar la menor cantidad posible, la Universidad del Valle y la Gobernación por su parte deberán intervenir para definir de la mejor forma la operación de la facultad de salud más importante del sur de Colombia.

En todo caso, enajenar el inmueble del HUV a favor de cualquier persona natural o jurídica, incluso de la Universidad del Valle, deberá ser una operación que cuente con el aval y visto bueno de los acreedores del HUV, pues de lo contrario, podrían interponer acciones revocatorias del acto de enajenación, para que el bien se reintegre a la masa patrimonial del Hospital Universitario. Visto todo lo anterior, conviene a la Universidad del Valle hacerse parte activa en el proceso de estabilización y reestructuración del HUV, volcando todo su potencial para el proceso de estabilización y reestructuración del hospital que queremos.

Consecuencia del fracaso del proceso de estabilización y reestructuración con la Ley 550

Aspecto Jurídico

Como se ha expuesto anteriormente, el proceso de reestructuración de la Ley 550 es un proceso sumamente delicado para cualquier organización, debido a que pone en manos de sus acreedores la decisión final de continuar operando para pagar las deudas, o cerrar definitivamente las operaciones, cesar el desarrollo del objeto social y finalmente juntar todos los activos de la empresa, y liquidarlos.

El escenario de liquidación es el escenario final de una empresa, donde todos sus bienes deben ser

vendidos a un precio bastante inferior al de su valor de funcionamiento para pagar a los acreedores y finalmente extinguirla. Es un escenario difícil, teniendo en cuenta su alto nivel de litigiosidad entre todos los participantes, lo que a su vez genera una gran incertidumbre sobre los dos aspectos principales de este tipo de procesos:

- A. A quién se le va a vender los bienes de la empresa a liquidar.
- B. A quién, de entre todos los acreedores, se le va a pagar y a quién no.

Para explicar lo anterior, se narrarán brevemente los aspectos principales de un proceso liquidatorio:

1. Una vez una empresa entra a un proceso de liquidación, la primera consecuencia para ella es que debe dejar de desarrollar su objeto social, en el caso del HUV, debe dejar de atender pacientes y esto es así debido a que se entiende que la operación de la empresa fallida no va a acrecentar sino a disminuir su patrimonio, y en ese sentido, perjudicaría a los acreedores.
2. Se nombra entonces a un Liquidador, que tiene a su cargo levantar un inventario de todos los bienes de la empresa, sean estos inmuebles, muebles, créditos, litigios, etc. También debe levantar una relación de pasivos.
3. Seguidamente, se abre un periodo de tiempo en el que todos los acreedores interesados deben presentar pruebas "siquiera sumarias" de la existencia del crédito que pretenden reclamarle a la empresa fallida, es allí cuando se deben presentar las facturas, cuentas de cobro y todos los soportes que justifiquen la existencia del crédito reclamado.
4. Una vez se termina el periodo para presentar los créditos reclamados al Liquidador, se abre un periodo de tiempo que se conoce como "traslado". En dicha etapa procesal, cada uno de los interesados en el proceso liquidatorio entra a revisar los créditos presentados por los demás acreedores, y tiene la oportunidad de formular objeciones frente a dichos créditos. Por ejemplo, un acreedor puede objetar la factura presentada por otro cuando note que está prescrita, o que no es un título valor original sino una fotocopia, y así, cualquier otra razón de hecho o derecho que pueda cuestionar la exigibilidad del crédito.
5. Esta etapa procesal tiene como propósito abrir un espacio de verdadero litigio y confrontación entre los acreedores que "concurran" por el poco dinero que usualmente queda en una liquidación, por tal razón es que se afirma que este tipo de procesos son altamente litigiosos y llenos de incertidumbres, por la misma razón, los interesados deben hacer su mejor esfuerzo en presentar sus créditos de manera impoluta, de forma que ninguna objeción prospere.
5. Surtida la etapa anteriormente descrita, el Liquidador pasa a Reconocer, Calificar y Graduar los créditos presentados, es decir, pasa a decidir si acepta o no el crédito presentado (en el sector salud se habla del imponer "glosas" a los créditos) y si es aceptado lo califica y lo gradúa de acuerdo a la prelación legal que tiene cada tipo de acreedor: en primer lugar, se encuentran los acreedores laborales, acreedores que guardan prelación sobre todos los demás. En segundo lugar, los acreedores fiscales, seguido de los acreedores hipotecarios, luego los prendarios y finalmente los acreedores quirografarios, es decir, los acreedores que no tienen ningún contrato de garantía respaldando su obligación.
6. Hecho lo anterior, se subastan los bienes de la empresa, se realiza un plan de pagos y se paga a los acreedores reconocidos, calificados y graduados, por supuesto, la liquidación genera unos gastos (honorarios del liquidador y su equipo de trabajo, viáticos cuando son de otras ciudades, entre otros). Estos gastos se denominan como "gastos de administración", se pagan antes que cualquier otro crédito y los paga la misma empresa a liquidar; por lo anterior, no es de extrañar que en muchos procesos liquidatorios el único que bajo cualquier circunstancia sale con su crédito pago es el liquidador y su equipo de trabajo, mientras que los acreedores ven que sus créditos son rechazados —a veces arbitrariamente— o que, a pesar de ser reconocidos, calificados y graduados, no alcanzó el dinero para pagarles.

En este escenario cambia por completo el balance entre cada uno de los actores señalados en el capítulo anterior: los usuarios ya no tendrán HUV operando; el HUV en sí mismo, cesa todas sus actividades, despide a su personal y deja de desarrollar su objeto social, y pasa ahora a ser administrado por un Liquidador que tiene como único deber el de evaluar los bienes, realizarlos y pagar a los acreedores.

De otro lado, los acreedores ya no son una de las partes en un proceso de negociación, tal y como lo eran en la Ley 550, sino que pasan a ser meros "concurso" de un proceso liquidatorio lleno de litigiosidad, incertidumbre y muchas veces arbitrariedad en las decisiones. Ahora bien, la Universidad del Valle, como parte interesada en el asunto, tiene a su cargo, de un lado, velar porque sus equipos.

Ahora bien, la Universidad del Valle, como parte interesada en el asunto, tiene a su cargo, de un lado, velar porque sus equipos y en general todos los bienes que le pertenezcan, sean excluidos de la masa a liquidar del HUV. Para ello tiene mecanismos judiciales y etapas procesales puntuales dentro del proceso de liquidación.

De otro lado, si desea continuar operando la Facultad de Salud en las instalaciones del HUV, no tendría más alternativa que ofertar por el inmueble del Hospital en la subasta pública que realice el liquidador, o contar con la fortuna de que quien sea que adquiera el inmueble del HUV, le permita trabajar allí a la Universidad del Valle mediante convenios o cualquier figura contractual.

Una universidad sin hospital – un hospital sin universidad

En un eventual proceso de liquidación, los activos estratégicos del HUV deben ser subastados para pagarle a los acreedores, ello implica que cualquier oferente, un grupo económico de la salud, una cadena hotelera, en fin, cualquier persona con el dinero suficiente, puede ofertar por el inmueble y los activos estratégicos que pertenezcan al HUV (con excepción de los equipos que pertenezcan a la Uni-

versidad u otras personas, que sean excluidos de la masa patrimonial a liquidar).

En dicho escenario, la Universidad simplemente entraría a pujar en la subasta como cualquier otra persona, de suerte que su capacidad de negociación y la certeza sobre la posibilidad de quedarse con el inmueble sería tan grande como su chequera.

Si en el proceso es un tercero el interesado que paga los pasivos del HUV y se subroga en sus créditos, o en suma propone fórmulas para honrar el crédito de los afectados, bien podría este tercero adquirir el inmueble y los activos estratégicos y con ello obstaculizar el funcionamiento de la Universidad. Por supuesto, cualquier negociación en que incurra un tercero con los acreedores del HUV también tendrá que ser garantista de los derechos de los acreedores y de todos los implicados, pero, en suma, se hace explícita la necesidad de que Univalle atienda a la recomendación de participar activa y decididamente en las fórmulas de recuperación del HUV.

Pero es también absolutamente riesgoso que el Hospital pudiera quedarse sin la Universidad, dado que la relación entre ambas instituciones se ha caracterizado como una simbiosis creativa que ha generado conocimiento, ciencia, medicina de alta calidad para la población en general y altos estándares académicos en salud, por lo que podría afirmarse que la posibilidad de fortalecer las unidades estratégicas de atención que beneficiarán a ambas instituciones, es inversamente proporcional a los intereses que un tercero tenga en el recién adquirido hospital.

Si el nuevo propietario de la institución no está interesado en la academia, el Hospital pasaría a ser una prestadora de servicios de salud con un fin más orientado a la rentabilidad financiera. Unidades de atención que son críticas para la ciudad y de vital importancia para la academia, tales como pediatría y ginecobstetricia (por citar algunas) podrían desaparecer en una lógica netamente comercial, dejando a la Universidad sin sitios de práctica formativa; a la ciudad la pondría en una situación bastante complicada, teniendo en cuenta que un número importante

de estas unidades se han ido cerrando en otras IPS de la red; por último, la comunidad en general estaría en riesgo latente dado que la red prestadora que tiene estas unidades de atención serían insuficientes para colmar las necesidades de la población que dejaría de ser atendida en el hospital.

Escenario de Intervención

La Superintendencia Nacional de Salud, como ente de vigilancia puede convocar un comité de medidas especiales con el fin de evaluar la información y/o concepto técnico de la institución, resultante de un proceso de auditoría integral y del proceso de evaluación de riesgos de la operación de la misma, para determinar la acción o medida especial a adoptar como medida preventiva.

Como se puede ver en el diagnóstico realizado en este documento, la situación actual del HUV es tal que las posibilidades de que la Superintendencia de Salud adopte medidas y acciones especiales no es lejana. Tales medidas y acciones especiales son definidas como la:

Potestad de intervención propia de los órganos de supervisión y control, tendientes a la adopción de correctivos por parte de la Superintendencia Nacional de Salud a una entidad vigilada, con el propósito de superar la situación crítica o irregular que se esté presentado en los actores del SGSSS.

Las medidas que se contemplen podrán incluir, entre otras, la toma de posesión, intervención forzosa, así como las previstas por el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. (Supersalud, 2014)

A su vez, el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Ley 510 define la toma de posesión de una institución vigilada como:

La toma de posesión tendrá por objeto establecer si la entidad debe ser objeto de liquidación; si es posible colocarla en condiciones de desarrollar adecuadamente su objeto social, o si se pueden realizar otras operaciones que permitan lograr mejores condiciones para que

los depositantes, ahorradores e inversionistas puedan obtener el pago total o parcial de sus acreencias.

Lo anterior no impedirá que si en el desarrollo del proceso de liquidación se encuentra que es posible colocar la entidad en condiciones de desarrollar su objeto social o realizar actos que permitan a los ahorradores, inversionistas o depositantes obtener mejores condiciones para el pago total o parcial de sus acreencias de acuerdo con lo dispuesto en este artículo, se adopten, previa decisión en tal sentido de la Superintendencia Bancaria, las medidas para el efecto. (1999, p. 8)

Como se observa, la medida implica la toma de control de la entidad intervenida por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con el objeto de levantar la información diagnóstica correspondiente y decidir si la empresa puede ser salvada o por el contrario debe ser liquidada.

En el primer evento, se procede a implementar las correcciones que la Superintendencia estime convenientes, a fin de recuperar a la empresa, en el segundo, se da paso a la intervención para la liquidación. La intervención para la liquidación es definida en el Estatuto Orgánico Financiero como aquella en la que se dispone la extinción de la persona jurídica de la entidad.

El trámite liquidatorio, como se ha indicado en otros apartes de este documento, es el regulado por el Estatuto Orgánico Financiero y se orienta por las etapas procesales de presentación de créditos:

- Traslado y oposición a los créditos presentados.
- Aceptación, calificación y graduación de créditos.
- Avalúo de bienes y su realización y subasta.
- Elaboración de plan de pagos y pago de los créditos reconocidos, calificados y graduados.

Para identificar las políticas de adopción de medidas especiales, vale la pena revisar la directriz de la Superintendencia de Salud sobre el tema que se anexa a este documento. (Anexo XC Procedimiento Código MEPD01 Determinación de la acción o medida especial y MEPD03 adopción y seguimiento a las acciones o medidas especiales).

Escenario de reestructuración

El escenario actual del HUV es de reestructuración con base en la Ley 550 y lo determinado por la Junta Directiva, esta ha sido una decisión dura, pero necesaria, entendiendo que es indispensable llegar a este punto para lograr pensar en un escenario de reestructuración de la Institución, buscando alcanzar la meta de un hospital inteligente.

En este punto la Gobernación del Valle del Cauca actúa decididamente en lograr este escenario, a la que la Universidad del Valle, como entidad legítimamente interesada en garantizar la continuidad en el funcionamiento de su Facultad de Salud, ha decidido volcar todos sus esfuerzos y apoyar al Hospital para el logro de los objetivos deseados.

Desarrollo del Escenario

A partir de la premisa de que las grandes crisis deben ser oportunidades y teniendo en cuenta las dificultades y potencialidades del HUV, en este apartado se esquematiza una propuesta de reestructuración a adelantar antes, durante y después del acuerdo con el objeto de modernizar el servicio e impactar en forma positiva la prestación del servicio en el suroccidente colombiano. Antes de detallar las estrategias de reconversión a hospital inteligente, es necesario aclarar algunas variables requeridas para adelantar la propuesta de este escenario que se detallan a continuación:

Tabla 125. Caracterización de variables.

Variable	Detalle
¿Quién paga la cuenta?	Definición del origen de los recursos requeridos para dar el salto tecnológico, la reconversión de los activos, el pago de las acreencias actuales y algunos sacrificios que permiten optimizar los costos y las finanzas (Plan Financiero).

Continúa

Variable	Detalle
Modelo de gestión	El HUV requiere reestructurar la forma como organiza y combina los recursos (humanos, financieros, técnicos, tecnológicos) para cumplir las políticas, procedimientos objetivos, en un escenario de alta calidad.
Confianza y acuerdos	La presencia de diferentes grupos de interés deber orientarse a sumar, habida cuenta de la necesidad de una relación de confianza basada en el respeto, el interés común y una visión compartida que jalone hacia salir de la crisis y forjar el camino de la conversión a hospital inteligente.
Disposición de los activos estratégicos	El modelo de hospital inteligente requiere la identificación de los activos estratégicos, su mantenimiento y plan de reposición y el estudio e investigación permanente que le permitan al Hospital mantener tecnología de avanzada en todos sus niveles.
Rol de Univalle	Como aliado estratégico de la Universidad del Valle, es vital que esté presente en todos los momentos medianamente apoyo no solo en temas de salud, todas las facultades de la Universidad tienen como aportar en el rediseño de lo que debe ser el HUV a futuro.
Relación gobierno nacional / gobierno regional	El apoyo financiero, operativo y jurídico más importante deviene del Estado, en el orden nacional y territorial, toda vez que de las políticas que emanan del gobierno nacional depende la normalización del flujo de recursos, en igual forma los entes territoriales pueden y deben fortalecer la contratación con el HUV, la recuperación de la cartera de las EPS y los procesos de habilitación y acreditación.

Fuente: elaboración propia.

Las estrategias de reestructuración y sus implicaciones legales financieras, de servicios y de la relación con la Universidad (ver Figura 60).

Seguidamente se detallan las estrategias planteadas en la propuesta de reconversión a hospital inteligente.

Diversificación del ingreso (¿quién paga la cuenta?)

El Hospital necesita nuevas fuentes de financiación y fortalecimiento de las ya existentes:



Figura 60. Reconversión a hospital inteligente.

Fuente: elaboración propia.

- Fortalecer lo que ya conoce y maneja: Medicina Especializada (invasiva y no invasiva), Odontología, Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, Medicina Física y Rehabilitación, de mediana y alta complejidad.
- Descentralización de servicios de baja-mediana complejidad. A este respecto un modelo de red integrada es ideal.
- Implementación de sistemas de Medicina Preventiva-fortalecimiento del programa de Medicina Familiar-Política de Atención Integral en Salud (PAIS).
- Operar en red con el Servicio Médico Universitario, vera viabilidad de 1° y 2° nivel con esta entidad.
- Incursionar en la investigación innovación y desarrollo de productos y servicios alternativos en coordinación con la Universidad del Valle para posibilitar el acceso a recursos de Colciencias, regalías y cooperación técnica internacional.
- Definir mecanismos alternativos de cobro de cuentas: (*forwards* u opciones de futuro, *Factoring*, encargos fiduciarios).
- Buscar acceso a los recursos del presupuesto nacional definidos en el artículo 69 de la Ley 1438 de 2011:

ARTÍCULO 69. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE HOSPITALES PÚBLICOS. *El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención.*

Las Empresas Sociales del Estado articuladas en red, que demuestren buenos resultados en los indicadores de salud, bajo riesgo fiscal y financiero, y documenten trabajo en el proceso de

calidad podrán acceder a créditos condonables y otros estímulos que ofrezca el Gobierno Nacional, en especial para dotación tecnológica y capacitación del talento humano. Si bien es cierto el hospital es de nivel III de complejidad, no es menos cierto que ante la baja capacidad resolutoria de la red, también debe atender niveles I y II, aunque sea eventual. (Departamento Administrativo de Función Pública, 2011. p. 17)

- Acceso a los recursos de FONSAET, creado en el artículo 50 de la misma ley:

ARTÍCULO 50. FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD (FONSAET). Créase el Fondo de Garantías para el Sector Salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se financiará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las Empresas Sociales del Estado liquidadas, se pagará hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social.

Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010.

Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para

evitar la intervención o liquidación. (Departamento Administrativo de Función Pública, 2011, p. 13)

- Buscar recursos de cooperación técnica internacional en coordinación con la Universidad del Valle (Anexo 1. Fuentes de cofinanciación a través de recursos de cooperación técnica internacional-fuentes posibles en materia de salud, investigación y otras alternativas conexas).

Uso de tecnologías de punta (modelo de gestión)

Enfoque sistémico de los procesos médicoasistenciales y administrativo:

- Sistemas de información amigables que posibiliten la interacción de los procedimientos asistenciales con los procedimientos administrativos en línea, de tal manera que facilite:
 - o Identificación del paciente y asignación a un pagador.
 - o Generación de autorizaciones electrónicas en tiempo real.
 - o Efectividad de la facturación.
 - o Facilidad para el proceso de radicación.
 - o Disminución de glosas.
 - o Gestión de cobro eficiente.
 - o Modelos de atención basados en procesos que generen satisfacción en el usuario y costoefectividad para la institución a la vez que favorezcan la investigación y la innovación y la generación de conocimiento.

Tabla 126. Ejemplo de tecnologías recomendadas en HUV.

N°	Programa	Efecto esperado
1	Clasificación o TRIAGE.	Precisión y disminución de tiempo en el proceso (8").
2	Tableros de pacientes.	Disminuye la ansiedad de los usuarios, permite ordenar y respetar el turno excepto si el paciente requiere atención prioritaria dos minutos por paciente que pregunta.
3	Historia clínica integrada	Facilita el análisis y seguimiento del paciente y su patología. Disminuye las glosas de facturación. Mantiene información en línea. Puede recibir resultados de apoyo diagnóstico en forma directa. Evita confusiones por error médico.

N°	Programa	Efecto esperado
		Facilita la extracción de información estadística de tipo epidemiológico diez minutos por consulta.
		Interdependencia con entre la historia clínica médica con la historia clínica de enfermería, resultados de laboratorios, farmacia, compras y todos los actores de la atención-seguridad y costoefectividad de la atención.
4	Historia clínica Médica.	Alternativas de tratamiento.
		Seguridad del paciente.
		Alternativas de medicación-interacciones medicamentosas.
		Seguimiento a diagnósticos-enlaces interdisciplinarios de los mismos y de las atenciones generadas.
		Semáforo de control para estancias prolongadas-identificación de causas y soluciones.
5	Historia clínica de Enfermería.	Seguimiento del paciente.
		Seguridad del paciente.
		Control de aplicación e intervención en horarios estipulados por tratantes.
		Semáforo de advertencia para intervención frente a hallazgos de enfermería en pacientes asignados.
6	Elaboración, control y seguimiento de órdenes médicas.	Enlace con almacén e inventario de medicamentos.
		Control de consumo.
		Control de vencimientos.
		Control de aplicación en horarios estipulados por tratantes.
7	Gestión y consulta de informes de resultados	Mayor interacción con el paciente.
		Documentación de eventos epidemiológicos.
8	Nutrición.	Monitoreo del estado nutricional y recomendaciones de ajuste.
		Integración con historia clínica general.
9	Hemodinámica y Electrofisiología.	Polígrafos para estudios electrofisiológicos y hemodinámicos.
		Enlace en historia clínica integrada-facilita el diagnóstico al médico encargado de la ayuda diagnóstica o terapéutica, al permitirle contextualización completa del caso clínico.
10	Cirugía Robótica.	Cirugía asistida por computador mediante sistema interactivo computarizado veloz e intuitivo.
		A través de la realidad virtual el cirujano determina las maniobras que el robot ejecutará en el paciente, la consola de mando donde trabaja el cirujano puede estar en el mismo quirófano o en cualquier lugar del mundo. La cirugía robótica o cirugía de telepresencia está basada en dos conceptos fundamentales que son: Realidad virtual Cibernética. Fundamental para el desarrollo de telemedicina en hospital inteligente integrado en red.
11	Obstetricia y neonatos.	Monitoreo de trabajo de parto, posición del bebé, señales de dilatación, periodicidad de contracciones, control el recién nacido en parto normal, prematuro, con cesárea o con dificultades.
		Monitoreo efectivo en tiempo real de embarazadas de alto y muy alto riesgo obstétrico.
12	Oftalmología.	Equipos biomédicos e insumos de última tecnología que permitan ejecutar de forma efectiva, entre otros, de los programas de prevención de ceguera en la región y manejo efectivo del trauma ocular.
13	Oncología, radioterapia.	Radioterapia Convencional, Radioterapia Conformal (3D-CRT) y Radioterapia Intensa Modulada (IMRT), Radiocirugía craneana, extracraneana y Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Fortalece la calidad de las imágenes para mejorar los diagnósticos.
		Uso de sistemas no invasivos

N°	Programa	Efecto esperado
14	Sistemas de laboratorio con conexión a analizadores.	Pruebas de laboratorio realizadas en analizadores automáticos conectados a ordenador con <i>software</i> de análisis que asocia los resultados al ID del paciente y presenta las distribuciones de los resultados y mediciones frente a valores de referencia. Envío de resultados a la historia clínica en tiempo real, en línea o vía correo electrónico. Tecnología de punta que permita diseñar ofertas únicas en la región-exámenes microbiológicos, de bionalálisis, entre otros.
15	Lectura de imagenología.	Ultrasonido (ecografía de alta resolución) tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones (PET con tecnología que disminuyen irradiación y permiten ahorro en tiempo y dinero). Lecturas en línea utilizando correo electrónico, migración de datos en línea, telemedicina.
16	Agenda de citas médicas.	Scheduler de citas, actividades y programación de productos médicos. Pude instalarse mediante Pad-Med. También sirve como programador de P&P y controlador de OLM. Sistemas de referencia y contrareferencia efectivos-logística de ambulancias.
17	Biomagnetismo médico.	El Par Biomagnético supone la comunicación con la sabiduría corporal para determinar, a través de un diálogo binario (extensión-contracción) entre terapeuta y células corporales, la región biomagnética que se encuentre en estado disfuncional y que ha sido invadida por elementos patógenos. A partir de esto, los campos irregulares pueden modificarse por medio de imanes para restablecer el equilibrio tanto Biomagnético (frecuencias celulares) como bioquímico (PH, neurotransmisores, neuroreguladores, hormonas y enzimas). El método supone que la gran mayoría de las enfermedades son provocadas por una infección, ya sea micro, es decir subclínica, o macro infección a nivel manifiesto.
18	<i>Software</i> de Fitoterapia guiada.	<i>Software</i> parametrizable según sintomatología que adecua procedimientos de terapia física según patología del paciente. Enlace con historia clínica integrada-contexto clínico del paciente. Equipos orientados a fortalecer una oferta de medicina física y rehabilitación a la vanguardia en la región.
19	Redes de información de apoyo para personal asistencial.	Listados de medicamentos, tecnologías e información médica en línea. Publicaciones médicas de vanguardia al alcance de todos.
20	Analista de sintomatología.	Aplicativos de consulta sobre diagnóstico como respuesta a síntomas del paciente. Presenta opciones de consulta de tratamientos recomendados y alternativas de procedimiento médico.
21	Guías y Protocolos de atención.	Basadas en Medicina apoyada en la evidencia. Al alcance de todos los equipos asistenciales. Sistemas de información que facilitan el conocimiento en línea para todos los responsables de la atención.
22	Herramientas digitales de evaluación.	Mediante lector de huella, el paciente o su familia pueden colocar un indicador de calificación visible en pantalla que se almacena para revisar tendencias y mejorar la calidad del servicio.
23	Equipos y suministros de odontología especializada.	Equipos biomédicos y recursos para la atención de odontología especializada de alta complejidad. Diseño de modelos de atención para la intervención en tiempo real en urgencias odontológicas-fortalecimiento tecnológico.

Fuente: Elaboración propia a partir de búsqueda en web de tecnologías mencionadas como requerimientos en documentos del HUV 2015. DOFA Facultad de Salud.

Organización eficiente (modelo de gestión)

Los pilares sobre los cuales subyace una organización altamente efectiva son los siguientes:

- Conformación de equipos de trabajo altamente efectivos CEAD: a figura siguiente muestra sus características.

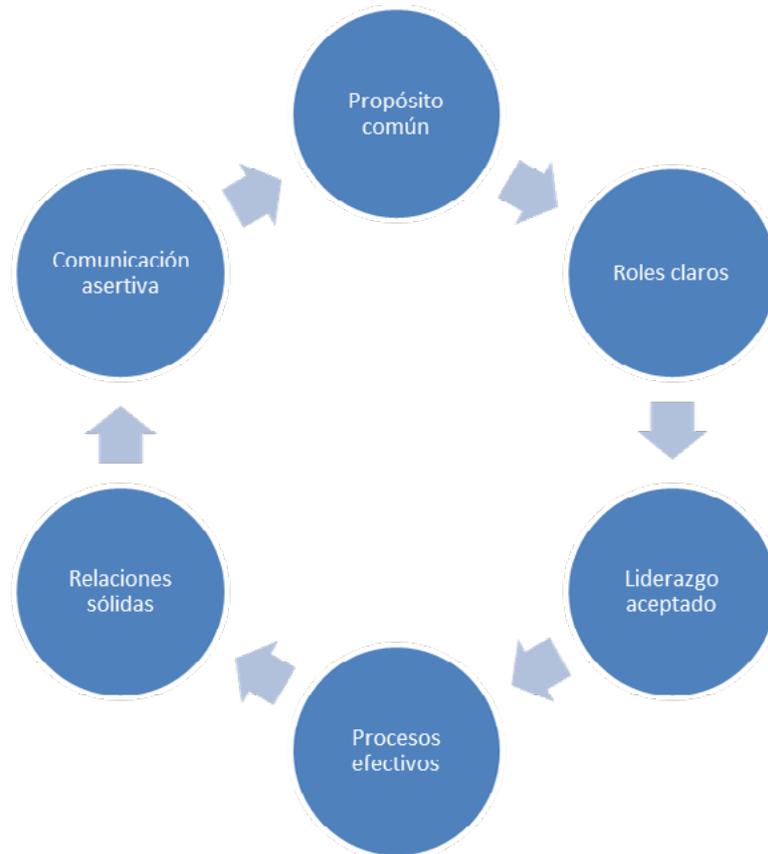


Figura 61. Características del CEAD.

Fuente: elaboración propia.

- b) Efectividad en el uso del recurso y el logro del resultado (mediciones-gestión basada en resultados): la cultura de la medición mediante indicadores procesados a través de los sistemas de información permiten monitorear la productividad (resultados y calidad) de las diferentes áreas misionales, de apoyo misional y administrativas. Se propone un sistema de indicadores sencillo pero efectivo cuyo resultado genere acciones y decisiones.
- c) Liderazgo, empoderamiento y gestión del cambio: no son simples teorías; las organizaciones de éxito tienen inmerso un alto componente de liderazgo para conducir equipos eficientes, monitorear resultados con base en indicadores y motivar la consecución de los resultados exitosos.
- d) Aprovechamiento de sus aliados estratégicos.

Optimización de recursos (¿quién paga la cuenta?)

- Es prioritario iniciar la renegociación de la convención colectiva. Revisar con detalle la posibilidad de existencia de beneficios que generen sobrecostos a las obligaciones derivadas de la nómina, así como la productividad en cada área de servicio que los colaboradores cobijados por convención sindical tengan y que puedan afectar la eficiencia operacional de la institución, esto puede lograrse por acuerdo entre las partes o por demanda de la convención, el ingreso a la Ley 550 es un arma que puede utilizarse como mecanismo de presión: es negociar la convención o la liquidación del hospital.
- Trámite pensional definitivo a quienes cumplen con los requisitos por edad, por incapacidad permanente o reiterada.

- Reubicación adecuada a los colaboradores con restricciones laborales.
- Disminución de cargos no misionales, el hospital debe centrar sus esfuerzos en lo misional.
- Negociación de retroactividad de cesantías.
- Renegociación de los costos por medicamentos.
- Estudio de tiempos y movimientos para asignar la planta de personal acorde con las necesidades y eliminación de costos por tiempos improductivos (trabajo dominical y extra).
- Definición de planta de cargos por competencias.
- Estandarización de procesos y actividades que permitan su agilidad y precisión.
- Eliminación de gastos innecesarios: viáticos, gastos de representación, gastos financieros,
- Optimizar los gastos de capacitación a través de la Universidad del Valle.
- Alianzas público-privadas o público-privado-público que permitan el fortalecimiento de la institución desde el punto de vista tecnológico y de procesos, sin dejar de ser un hospital universitario, con las ventajas ampliamente descritas ya conocidas. Lo anterior conservando el HUV el control de todas las acciones generadas en la institución.
- Disminuir probables pérdidas derivadas de la corrupción y la falta de control de los recursos.
- Optimizar el uso de la capacidad instalada mediante el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos.
- Disminución de las pérdidas (gastos) por glosas no conciliadas.
- Cobro efectivo de los valores provenientes de recobros (Resolución 1479 de 2015).
- Modificar la política de provisiones.
- Ejercer en forma eficiente las acciones de repetición.
- Disminuir los gastos por pérdidas en procesos judiciales.
- Dotación de habitaciones domóticas y laboratorios especializados con tecnología de punta.
- Inversión en actualización, reposición y mantenimiento de tecnología biomédica.
- Inversión en UCI adultos, neonatos, pediátrico y obstétrico, para fortalecer oferta de alta complejidad.
- Capacitación, especialización y reconversión del recurso humano misional del HUV (Universidad del Valle).
- Inversión tecnológica-*Software* administrativo integral con operación en línea y articulado con los procesos asistenciales (ver Figura 62).

Nuevos estilos de dirección orientados a resultados (Modelo cultural)-*Health Managment*

Sánchez (2009) trae a Likert para exponer la importancia del humano como factor de suma importancia a considerar en cualquier tipo de organización: "Todos y cada uno de los aspectos de las actividades de la firma vienen determinados por la competencia, motivación y eficacia generales de su organización en el plano humano" (p. 15). Sánchez también define en qué consiste el liderazgo:

El proceso de influencia recíproco en el cual uno de los miembros del grupo (líder) ejerce un mayor grado de influencia que el que el grupo en su conjunto ejerce sobre él cuando el contexto en el que se desarrolla dicho proceso así lo demanda, logrando de esta manera la orientación de todos hacia el logro de unos objetivos comunes previamente establecidos. (2009, pp. 94-95)

Los *health management* o gerentes de salud requieren una serie de competencias mixtas que posibiliten el óptimo desempeño de sus equipos en lo referente a uso de los recursos, ejecución de los procesos, desempeño de las personas, y todas estas acciones deberán conllevar a la prestación de un servicio de calidad centrado en la persona (usuarios sanos y enfermos).

Es necesario resaltar que en el ámbito de lo público se presentan procesos financieros complejos por lo que debe estar preparado para combinar las decisiones estratégicas con "*lo permitido*" por la norma.

Actualización de infraestructura y medios (disposición de activos estratégicos / valor de la inversión)

- Cumplimiento de la norma técnica de sismo resistencia: reforzamiento estructural de la edificación.
- Cumplimiento de las normas de habilitación distribución de espacios, separación de pacientes y descentralización de la atención.

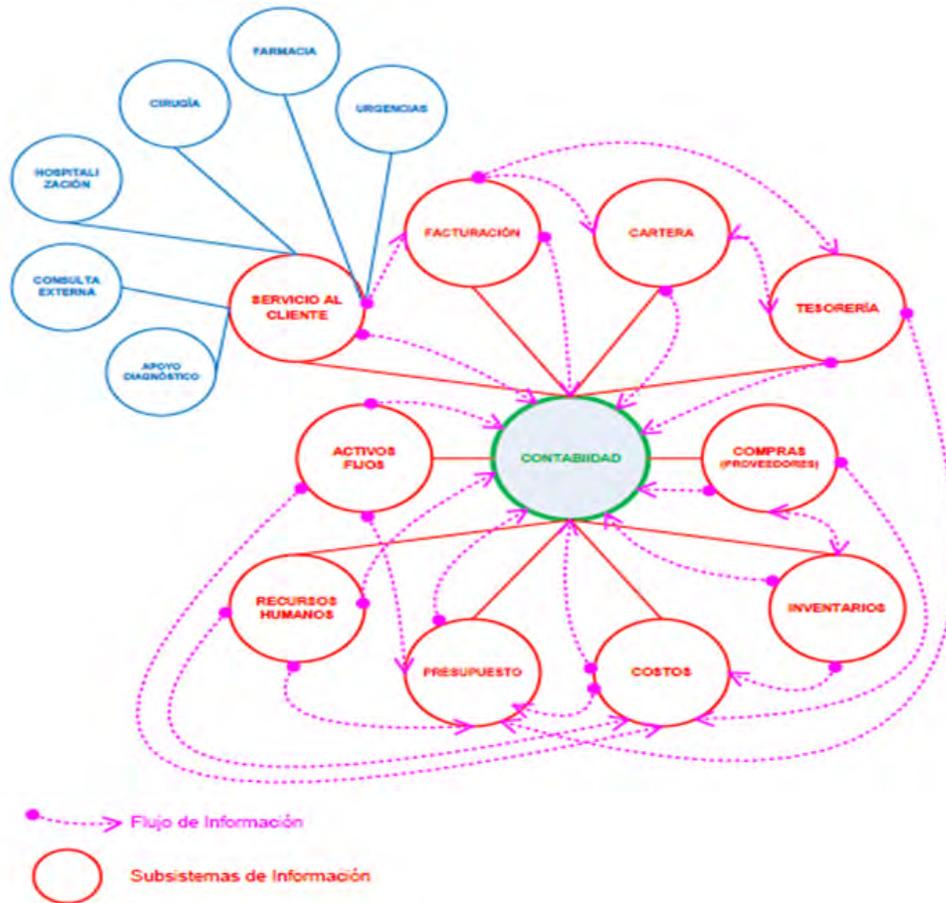


Figura 62. Estructuración de los sistemas de información hospitalarios.

Fuente: elaboración propia.

Las competencias asociadas al *health management* deben reflejar una combinación entre los conocimientos, habilidades y destrezas propias del servicio de salud, de la administración pública, del marco normativo de la organización hospitalaria y de la academia (investigación, extensión y docencia).

Por lo anterior el diseño de los cargos de dirección debe estar sopesado por variables de efectividad que le posibiliten el éxito en la gestión:

- **Reglas de juego claras:** el compromiso de cada empleado con la carta estratégica de la organización, deberes, derechos y obligaciones de las partes.
- **Formas de medición asertivas:** Cuadros de Mando Integral, indicadores de gestión, definición de tareas y actividades, reportes de información, objetivos y cánones de actuación.
- **Procedimientos de control y monitoreo:** definición de los medios y las formas utilizadas por este para monitorear los resultados parciales y finales con el objetivo y la toma de decisiones de ajuste.
- **Evaluación del desempeño:** reconocimiento de la efectividad en el logro de los objetivos y las tareas asignadas a sus colaboradores, así como también el carácter o el uso que tiene la información de dicho desempeño dentro del proceso de promoción.

- **Códigos efectivos de comunicación:** forma de impartir instrucciones a los colaboradores y el carácter de su contenido.
- **Segregación de funciones y responsabilidades:** conocer las líneas que dividen los procesos y los límites de responsabilidad para poder evaluar el desempeño.
- **Poder:** el poder formal o informal, así como también sus posibles usos en la solución de conflictos individuales, grupales y organizacionales.
- **Decisión:** capacidad para decidir con oportunidad y asertividad; las decisiones de hoy se basan en información.
- **Motivación:** capacidad para mantener equipos de trabajo de alto desempeño, con mística en el trabajo, sentido de pertenencia y orientación a resultados de calidad con valor agregado al usuario del servicio

Tabla 127. Interrelación de variables por escenario.

	Público-Privado	Público-Privado-Público	Privado-Privado
¿Quién paga la cuenta?	Ente territorial-Universidad-Aliados estratégicos (tercero privado).	Aseguradores. Aliados estratégicos (tercero privado). Ente territorial. Universidad.	Ente o grupo privado/Gran superficie de salud
Modelos de gestión	Seguridad paciente.	Seguridad paciente.	Predominio de negocio basado en finanzas.
	Calidad académica.	Calidad académica.	Rentabilidad.
	Investigación y gestión de conocimiento.	Investigación y gestión de conocimiento.	
	Lógica de sostenibilidad institucional.	Lógica de rentabilidad financiera.	
Confianza y acuerdos	Se conjugan el interés público y la atención de la población con la lógica de sostenibilidad institucional.	Mediación público-privada bajo primacía de lógica selectiva de unidades de atención estratégicas que generen rentabilidad social y financiera.	Subordinación a la lógica privada y al pago de la deuda.
Disposición de activos estratégicos	Univalle dispone todos sus activos estratégicos vistos en Facultades, Escuelas y Programas como apoyo para el desarrollo del HUV.	Univalle dispone de todos sus activos estratégicos vistos en Facultades, Escuelas y Programas como apoyo al desarrollo del HUV, orientando estas al fortalecimiento y diseño de unidades de atención estratégica que permitan generar conocimiento, seguridad en la atención y rentabilidad financiera.	No existe participación de la Universidad.
Modelo Cultural	Prácticas de cooperación.	Prácticas de cooperación y selección de Unidades estratégicas de atención basadas en gestión de conocimiento y rentabilidad social y financiera.	Modelo enfocado en la rentabilidad.
	Finalización de prácticas individualistas.	Modelo de atención basado en seguridad para el paciente y calidad de formación basadas en las Unidades de Atención seleccionadas.	Decisiones basadas en costo-beneficio.
	Modelo se centra en la seguridad del paciente y prácticas formativas.	Finalización de prácticas individualistas-modelo de gestión basado en procesos.	No interés académico. Predominio del interés privado sobre el público.

	Público-Privado	Público-Privado-Público	Privado-Privado
Rol Univalle	Liderazgo compartido con HUV, Gobernación y entes públicos.	Limitado compartido y selectivo según las unidades de atención y el privado que está en asocio.	Pierde liderazgo y participación.
Acuerdo entre Gobierno Nacional y Regional	Liderazgo compartido.	Liderazgo compartido.	Disminuye sustantivamente o desaparece su participación.

Fuente: elaboración propia.

Integración en red como paso para alcanzar el escenario de Hospital Inteligente

A la luz de la optimización de recursos tanto para la institución como para la ciudad y la región, pensar en integración de redes es una excelente opción para todos los actores. Desde hace tiempo la normatividad colombiana se ha ido orientando hacia la necesidad de conformar redes de atención que garanticen la adecuada prestación del servicio de salud. La Ley 1438 de 2011, por citar un importante ejemplo, define en su contenido la importancia de la implementación de estas redes para la atención efectiva de los pacientes.

La Política de Atención Integral en Salud para Colombia se presentó, según palabras del ministro de salud Fernando Ruiz Gómez durante la jornada de socialización de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) realizado en la sede San Fernando de la Universidad del Valle en el año 2016, política que muestra un enfoque hacia los ciudadanos:

Buscamos mejorar el modelo de atención en salud para la población. El sistema de salud en Colombia tiene diferentes problemas, desde la falta de oportunidad en la atención, excesos de autorizaciones y trabas que se le ponen a la gente para tener un buen servicio. Lo que busca la política es generar un modelo que elimine esas trabas y problemas. (Agencia de Noticias Univalle, 2016)

Esta nueva política obliga a las EPS y entes territoriales a tener definida la red para la atención de cada evento en salud, y plantea las redes integrales de atención, así mismo, hace énfasis en la Medicina Familiar, centrando esfuerzos en la atención primaria.

La idea es que los niveles básicos sean más resolutivos, dejando para la mediana y alta complejidad lo que realmente le compete para su intervención. La política de atención integral también define además la reestructuración completa de los servicios de urgencias, proponiendo un plazo aproximado de tres años para su implementación total en el país.

De ser adecuadamente implementado lo anterior, la carga de enfermedad bajaría, por tanto, las atenciones de alta complejidad serían menores en cantidad y complejidad, situación que mejoraría la atención y el servicio y que resulta importante tenerlo en cuenta a la luz de redefinir el portafolio a ofertar por parte del HUV.

Siendo la Universidad del Valle en conjunto con el Hospital pioneros a nivel nacional en el programa de Medicina Familiar, esta es una oportunidad única para constituirse en nodo de red a nivel país en la implementación de esta nueva política.

Los cambios en el modelo de atención son impactantes, ya que llevaría a que el usuario deje de ser autogestor de su atención, trasladando a la prestación del servicio (en este caso el Hospital) todo el ciclo del proceso de atención en salud de los pacientes; en este orden de ideas, un Hospital Universitario del Valle reestructurado y con un nuevo modelo de gestión es el indicado para ser la cabeza de red e integrar los nodos de atención en pro de un bien común: la seguridad del paciente, la gestión del conocimiento y la innovación todo en marco de la rentabilidad financiera de las instituciones pertenecientes a la red, que permita la perdurabilidad en el tiempo.

Siendo cabeza de red, el hospital puede centrar sus esfuerzos en dotarse en recursos humanos y físicos para la atención en centros de excelencia de mediana y alta complejidad, derivando a otras IPS de la red las atenciones de nivel más bajo, pudiendo compartir infraestructura para optimizar espacios, todo basado en acuerdos de confianza entre las partes, que garanticen la prestación de un servicio oportuno. Puede darse la adquisición de bienes y equipos así como de insumos en red, por tanto, además de la economía a escala se da la optimización en la utilización de estos recursos no solo para el HUV sino para el resto de la red. Es de anotar que una integración basada en acuerdos de confianza evita la competencia innecesaria, frente a un mercado finito con el fin de prevenir el desperdicio de recursos.

Este tipo de alianzas benefician la reducción de costos, regulando un crecimiento racional donde cada nodo desarrolla su propia competencia, permitiendo la especialización y subespecialización, favoreciendo así el desarrollo de centros de excelencia. Los centros de excelencia permiten la especialidad y subespecialidad, generando mayores incentivos para la investigación y la docencia, siendo el escenario ideal para una atención segura y cálida. Para lograr esta integración en red es necesario contar con sistemas de información fortalecidos, que faciliten el intercambio de información en tiempo real, de manera que las atenciones de los pacientes sean fácilmente conocidas y seguidas por los equipos asistenciales de cualquier nodo de red, esto facilita la atención en cualquiera de los puntos, evitando reprocesos, costos innecesarios por duplicidad de acciones y garantiza el adecuado seguimiento, remisión contrarremisión dentro de las IPS de la red.

La maximización de la eficiencia de cada uno de los integrantes de la red es clara; cada uno se dedicará a su core de atención, permitiendo poner las bases de creación de centros de excelencia, favoreciendo el desarrollo a hospital inteligente y facilitando los procesos de compras en conjunto para aprovechar las economías a escala que favorecen la rentabilidad operacional. Así mismo, la posibilidad de ofertar atenciones integrales gracias al fortalecimiento

interinstitucional es un gancho atractivo para la contratación con las aseguradoras que encontrarán una propuesta atractiva desde el punto de vista comercial y seguro desde el punto de vista asistencial.

Reconversión hacia un Hospital Inteligente

El Hospital Inteligente es el Hospital del Futuro, aquel que genera ciclos de aprendizaje y crecimiento, donde la investigación la innovación y la generación de conocimiento es del día a día, donde se interrelacionan las escuelas, facultades y programas de todas las disciplinas de la universidad para fortalecer un proyecto conjunto: la prestación de salud.

Es un escenario ambicioso, pero como se dijo al principio de este documento, el fin de la prospectiva es orientar a pensar en el mejor de los escenarios futuros, cuando se tiene clara la meta es más fácil orientar los planes para el alcance de los objetivos propuestos.

Siguiendo el hilo conductor de los escenarios propuestos, se observa que una vez estabilizado se puede lograr la reestructuración de la institución, se puede evidenciar que el Hospital, con un adecuado modelo de gestión y orientando sus pasos de la forma indicada, tiene todo lo necesario para lograr ser el hospital inteligente más importante del país.

Un Hospital Inteligente es parte de una red integrada de servicios, pero actúa como promotor de un sistema de innovación, es el orquestador de un sistema de innovación donde no solamente está involucrado el sector salud, sino que puede haber conexos y complementarios, por ejemplo, en el sector educativo para prevención; alimentos para nutrición, con equipos médicos para el desarrollo tecnológico del sector. En este escenario el HUV debe tener una gran capacidad de orquestación, ya que debe ser cabeza de red y orientar el trabajo de las otras IPS, a la vez que tiene que trabajar coordinadamente con la Universidad del Valle y otras instituciones con que tenga convenios docencia/servicio asistencial CODA para la gestión de innovación y conocimiento; en este orden de ideas, el HUV no solamente puede vender servicios asistenciales sino también modelos

de gerenciamiento en salud, apoyo en investigación y capacitaciones, entre otros.

El Hospital Inteligente trabaja en red, de tal manera que garantiza el flujo de atención arriba descrito, los centros de excelencia creados en cada una de las IPS están orientados a la investigación y generación de un conocimiento que se hace visible en el paciente. Los modelos van más allá de lo asistencial; involucran aspectos tales como apoyo con trabajo social y psicología para la orientación del paciente altamente complejo en su entorno familiar y laboral; aprovechamiento del tiempo con el apoyo de la Universidad del Valle y el Ministerio de Educación para la escolarización de pacientes con larga estancia por enfermedades crónicas, entre otros portafolios que pueden ofertarse desde la institución, con el apoyo de la red. En este escenario la investigación, innovación y gestión de conocimiento se comparte a nivel nacional e internacional en red, de tal manera que los centros de excelencia diseñados en el HUV son sitio de referencia para la atención de pacientes complejos de cualquier sitio del país, y referentes para el intercambio de docentes y estudiantes de todas las disciplinas, no solamente salud.

Entendiendo las ventajas que la implementación de la nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS) a implementarse en Colombia tendría para el Hospital con el apoyo de la Universidad del Valle y partiendo de la base del logro de una estructuración en red, es claro que el diseño del hospital inteligente que es necesario debe tener en cuenta que el mercado objetivo cambiará en el futuro de lograrse la meta propuesta por el Estado orientada a reducir la carga de enfermedad.

Es por esto que el diseño de portafolios a ofrecer, debe ser retador, orientarse a ser fuertes en la atención de la alta y muy alta complejidad basándose en la conformación de centros de excelencia, siendo cabeza de redes integradas que garanticen el adecuado proceso de atención. El cambio a los modelos actuales es importante, dado vez que hoy el hospital está enfocado en curar, el hospital del futuro estará enfocado en prevenir la enfermedad, así como en curar la ya existente, trabajando en un enfoque biop-

sicosocial, en el que la familia y las condiciones del ambiente son factores clave para la rápida recuperación del enfermo.

Puede ser pionera la institución donde se den las condiciones para la visita permanente del familiar, donde las condiciones de las habitaciones generen confort (televisión, sábanas y almohadas cómodas, ambientes confortables), manejo en conjunto con el paciente y la familia permitirá disminuir el riesgo en salud, ya que todos harán parte del proceso de curación (el paciente o el familiar puede “recordar” el horario del medicamento o la hora de toma de alguna ayuda diagnóstica).

En este orden de ideas, los hospitales podrían tener menos ingresos por atención de pacientes, ya que el sistema se orienta a la prevención de la enfermedad, siendo indispensable tener claro cuál será la estrategia para la generación de ingresos; un hospital del futuro hace parte de una red integrada de servicios, centros de excelencia que enfocan sus esfuerzos en dar el cuidado correcto a la hora correcta en el lugar correcto.

La conformación de Centros de excelencia para manejar oncología, salud de la mujer, cardiovascular, en fin, cualquier proceso de enfermedad que pueda ser manejada desde la óptica de la prevención. En una punta de esta red se encuentran las IPS encargadas de dar educación, apoyo, enfoque preventivo; en la medida que se avanza en la enfermedad habrá otras IPS encargadas cada una de las atenciones según la necesidad, y en la cúspide de la red está el HUV para el manejo de todas las atenciones complejas que se puedan derivar, como mejor opción para el paciente, quien nunca sale del sistema, ya que la referencia y contrareferencia, al ser interna, no se traslada al usuario y su familia, cumpliéndose uno de los fines estipulados por la nueva política “no autogestión”.

Para los aseguradores es la mejor opción de contratación, ya que esta red, manejada de forma eficiente, garantiza la atención integral de los pacientes, a la vez que trabaja para evitar la enfermedad prevenible, con lo que se espera que a mediano y largo plazo el costo social y financiero de estas situaciones en salud disminuya, generando recursos excedentes

para dar un alivio a la situación financiera del sistema y generar flujos de caja constantes para todos los actores. Este cambio en el modelo de atención hace necesario que se redimensione el sistema de pagos por parte de los aseguradores a las IPS, generando así estímulos por eficiencia, estímulos por núcleo familiar sano; será más rentable tener los hospitales vacíos que llenos de pacientes.

Seguirán dándose, por supuesto, las atenciones no evitables, asociadas entre otras a trauma, por poner solo un ejemplo, la centralización de estas atenciones en uno o dos prestadores permitirá mejorar los costos asociados a la atención a la vez que favorecerá la experticia generándose atenciones costoefectivas.

Consideraciones de infraestructura, recursos y capacidades

Se propone implementar el concepto de hospitales inteligentes, donde todos los procesos, procedimientos y manejo de recursos estén asistidos por el desarrollo, manejo y consulta de información en la nube, mediante aplicativos construidos sobre bases de datos relacionales que permitan la fácil parametrización bajo el concepto de sistemas abiertos.

El Hospital Inteligente implementa de forma masiva, tecnologías de información y de comunicación

logrando establecer una red interna (profesionales, pacientes, personal de apoyo misional) y una red externa con sus proveedores (laboratorios farmacéuticos, proveedores de insumos, proveedores de tecnología, organismos de inspección, vigilancia y control, usuarios del sistema, organizaciones sociales y de participación e Instituciones de Dirección Estratégico). Así mismo, los procesos, procedimientos, récord estadístico, información epidemiológica y el servicio en general, presentan mejoras sustantivas en su calidad y hacen de la tecnología su mejor aliado para la prestación de servicios eficientes, integrales, oportunos, garantizando calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

Ejemplos de hospital inteligente se encuentran: el hospital "sin papeles" de Son Llátzer, en Baleares-España, el hospital digital de Sanitas, La Moraleja España, el hospital General de Zona 7 "Dr. Mariano Azuela González", del Instituto Mexicano del Seguro Social, el hospital solar de Mirebalais en Haití y el hospital es el Gundersen de USA los dos últimos calificados más por su desempeño ambiental que por su naturaleza digital.