

**POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD: REQUISITOS DE HABILITACIÓN Y SU EFECTO
EN LA SITUACIÓN FINANCIERA DE UNA IPS EN CALI**

OSCAR MARINO LOPEZ MALLAMA

**Trabajo de investigación presentado
como trabajo de grado para optar al título
de Magíster en Políticas Públicas.**

Director(a):

RAUL ANDRES TABARQUINO MUÑOZ



UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Santiago de Cali

2018

**POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD: REQUISITOS DE HABILITACIÓN Y SU EFECTO
EN LA SITUACIÓN FINANCIERA DE UNA IPS EN CALI**

OSCAR MARINO LOPEZ MALLAMA

Director(a):

RAUL ANDRES TABARQUINO MUÑOZ



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

Santiago de Cali

2018

Tabla de Contenido

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCION	6
2. ANTECEDENTES.....	8
2.1 La Salud en Colombia.....	10
2.2 La Calidad en Colombia.....	10
2.3 El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud - SOGCS y su Relación con el Sistema Nacional de la Calidad.....	12
2.4 Prestadores de Servicios de Salud.....	13
3. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACION	14
3.1 Pregunta Principal	16
3.2 Planteamiento de las preguntas secundarias	16
4. ESTADO DEL ARTE.....	17
5. OBJETIVOS	20
5.1 Objetivo General	20
5.2 Objetivos Específicos.....	20
6. JUSTIFICACIÓN	21
7. REFERENTES CONCEPTUALES.....	22
7.1 La Nueva Gestión Pública (NGP) y Costos de Transacción	24
7.2 La Nueva Gestión Pública en Colombia	26
7.3 El sector salud colombiano desde el enfoque de la Nueva Gestión Pública (NGP).....	28
7.4 Calidad de la Atención y Regulación de Tarifas.....	31
8. METODOLOGÍA	34
9. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.....	38
9.1 La Política de Calidad en Salud en el SGSSS.....	38
9.2 Mercado de Prestación de Servicios en Colombia	50
9.3 Análisis Financiero de una IPS de Cali 2012 - 2016.....	53
9.4 Reflexiones Finales Sobre Las Políticas Públicas de Calidad En Salud	65
10. CONCLUSIONES	68
11. RECOMENDACIONES	70
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

Lista de Figuras

Figura 1. Esquema Red Mundial de Soporte de los sistemas Nacionales de la Calidad	11
Figura 2. Flujo de recursos económicos en el Sistema de Salud Colombiano	13
Figura 3. Pilares de la Nueva Gestión Publica	25
Figura 4. Interrelación de los componentes del SOGCS	46
Figura 5. Características del SOGCS	47
Figura 6. Ruta de mejoramiento continuo para entidades de salud	48
Figura 7. Margen Neto	53
Figura 8. Rentabilidad sobre el Activo Total	54
Figura 9. Rentabilidad sobre el Patrimonio	55
Figura 10. Capital de Trabajo	56
Figura 11. Razón Corriente	57
Figura 12. Prueba Acida	58
Figura 13. Rotación de Cartera	59
Figura 14. Rotación de Inventarios	60
Figura 15. Rotación de Proveedores	61
Figura 16. Nivel de Endeudamiento	62
Figura 17. Endeudamiento de Corto Plazo	63

RESUMEN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud pretende generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Se encuentra contemplado en la Ley 100 de 1993 del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, reglamentado a su vez por el decreto 1011 de 2006, la Resolución 2003 de 2014, la Resolución 256 de 2016 y la Resolución 123 de 2012 con sus respectivos anexos técnicos.

La situación del SGSSS se enmarca dentro del Plan Obligatorio de Salud, que define las prestaciones a las cuales se tiene acceso y cómo el sistema de salud ha contribuido al mejoramiento del ingreso de los más pobres, teniendo en cuenta las inequidades que provienen de la ausencia de cobertura universal, de las diferencias en los planes de salud y en el gasto del sistema según ingresos de la población.

La realización de este estudio pretende ampliar el conocimiento respecto a la política de intermediación que se encuentra inmersa en el sistema de seguridad social en salud en Colombia, ejercida por parte de las empresas responsables de pago, como los cambios en los requisitos de habilitación influyen y modifican en la estructura de costos de los prestadores de servicios de salud y como desde la definición de los cambios normativos, el gobierno no contempla una regulación tarifaria de los servicios de salud.

Esta investigación se realizó tomando como base la información aportada por la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnósticas de la ciudad de Cali y en términos generales, presenta un balance de algunos procesos claves y resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Se realizó una revisión sistemática de literatura publicada en revistas indexadas con valoración de la calidad de la evidencia, y literatura gris.

Palabras clave: Sistema de Salud, Sistema General de Seguridad Social, Calidad de la Atención en Salud, Habilitación, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

1. INTRODUCCION

Según la Ley 100 de 1993 (Ley 100 de 1993), la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Después de 23 años de vigencia de la ley del Sistema de Seguridad Social Integral (Ley 100 de 1993), el sistema de salud Colombiano presenta problemas con raíces en diferentes aspectos que fueron determinantes al momento de su creación. Se destacan los cambios relacionados con las transformaciones del estado provocados por las nuevas teorías económicas como el neoliberalismo que abogaba por una reducción del Estado y la dejación por parte de este de algunas actividades en que el sector público no era eficiente. (Rodriguez Galvis, 2016).

El fenómeno de la globalización en el cual Colombia daba sus primeros pasos en la época, se orientó hacia el cambio de modelo económico del neoliberalismo. Fruto de ese contexto, la ley nació en medio de un ambiente en que la apertura comercial y la reducción del Estado ya estaban tomando lugar (Aghon, Albuquerque, & Cortes, 2001).

Sin embargo desde un principio las incoherencias e inconsistencias en el funcionamiento del sistema de salud se sumaron a la escasa regulación por parte del Ministerio de Salud y la Supersalud, a pesar de que se crearon normas que respaldaban el sistema de seguridad social integral creando más adelante efectos financieros negativos que se fueron empeorando con el transcurrir del tiempo. (Agudelo Calderon, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martinez, 2011).

Esa situación dio origen a las grandes dificultades que hoy afrontan los actores del sistema, los usuarios, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los trabajadores de la salud, agravado por los actos de defraudación en contra de los recursos económicos del sistema, debido a la debilidad en la regulación e ineficacia para realizar este proceso por parte de los entes de control.

En este estudio se toma como caso la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali, para analizar como los cambios en la política de calidad de la atención en salud han impactado la situación financiera de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud Colombiano. Se plantea como objetivos realizar una descripción del Sistema de Gestión de Calidad en Salud, como es la dinámica económica entre los prestadores y pagadores, y como los cambios normativos en los requisitos de habilitación influyen el comportamiento financiero de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali. Para ello se realizó una revisión teórica de información secundaria, se examinaron los estados de la situación financiera por los que ha pasado la IPS en el periodo 2011 al 2016 y se determinó en qué proporción esta situación fue provocada por los cambios en las exigencias de habilitación desde los cambios normativos sin tener en cuenta el papel de la intermediación que ejercen las diferentes Entidades Responsables de Pago - ERP.

Con el fin de dar respuesta a los objetivos del trabajo, este documento está estructurado en tres partes: La primera comprende lo relacionado con los antecedentes, la contextualización y el marco legal donde se desenvuelve el estudio; la segunda aborda el problema de investigación, la justificación y los objetivos propuestos; y la tercera describe el debate conceptual, la metodología, los resultados de la trabajo de investigación, conclusiones y recomendaciones.

2. ANTECEDENTES

A fin de tener una comprensión de la Calidad de la Atención en Salud, es conveniente ilustrar brevemente los antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el impacto de la Ley 100 de 1993 y los alcances de la Ley 1751 de 2015 que elevó la salud al nivel de Derecho Fundamental autónomo y las pautas dadas para regularlo, priorizando la salud, entendida como la promoción de la salud , la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, debe ser garantizada bajo responsabilidad del Estado a todas las personas, sin distingo de ninguna naturaleza, quiere decir lo anterior que la salud de las personas está por encima de cualquier consideración y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto (Villalobos Garcia, 2016).

Los sistemas sociales en general, y los de salud en particular, han venido siendo vistos con mayor detenimiento e interés por otros sectores tradicionalmente por fuera del campo de la salud (economía, sociología, etc.), gracias a factores inherentes a cualquier sistema de provisión de servicios en un contexto social, factores tales como su repercusión directa sobre el Estado de Bienestar (incluyendo el estado de salud) de una comunidad dada y el volumen de recursos (financieros y humanos) que el mismo sector moviliza frente a un objetivo social, en este caso la salud (Kerguelen Botero, 2008).

Es necesario demostrar ante el usuario del Sistema de Salud, que el desempeño de sus instituciones, así como el uso de los recursos depositados en confianza, impacta directamente su estado de salud y no son solo un medio para sustentar un sistema de sobrevivencia de dichos actores. Este tema de la responsabilidad social está acuñado por el re direccionamiento, en particular en nuestro país, de la visión de la salud ya no como un acto de beneficencia del Estado hacia el ciudadano consumidor, sino como un derecho inalienable de ese ciudadano, el cual ya no está atado a la decisión unilateral de un actor de lo que es o no conveniente brindarle, en qué cantidad y en qué nivel de desempeño (Kerguelen Botero, 2008).

Existen incentivos dentro del SGSSS, estos se describen en función de los resultados que espera obtener como lo son: calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud, control de costos, aumento de productividad, asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia, racionalización del sistema de referencia y contra referencia de pacientes, ampliación del conocimiento y manejo del sistema parte de los beneficiarios y promoción de un servicio de mayor calidad al usuario (Kerguelen Botero, 2008).

El antecedente de la calidad en salud en Colombia, es importante en los programas de mejoramiento continuo, el cual tiene una connotación especial de aplicación en el caso de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali. Los entes territoriales son los encargados de la inspección, vigilancia y control de los sistemas de calidad en salud, es por esta razón, que las gerencias de las IPS deben contemplarlo en sus planes estratégicos si quieren permanecer en el mercado de salud. Y para conseguirlo, se presenta un esquema del sistema de calidad en salud, que identifica el panorama técnico, financiero y administrativo que permite a los ordenadores del gasto de las IPS tomar decisiones sobre su entidad y adoptar los ajustes pertinentes que garanticen la auto sostenibilidad y la viabilidad económica en el mediano y largo plazo de la empresa.

Este estudio pretende ampliar el conocimiento sobre la intermediación que se encuentra inmersa en el SGSSS en Colombia ejercida por parte de las ERP, como la definición de los cambios normativos el gobierno no contempla una regulación tarifaria de los servicios de salud, y como los cambios en los requisitos de habilitación influyen en la situación financiera de los prestadores de servicios de salud, con base la información aportada por la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali.

Para conseguir el objetivo de este estudio es necesario conocer el contexto social y económico de la época previa a la creación de la política pública de la seguridad social en salud en nuestro país y de esta manera indagar teóricamente para explicar las posibles causas de la crisis del sistema de salud colombiano (Rodriguez Galvis, 2016), y para estos debemos tener en cuenta los siguientes tópicos:

2.1 La Salud en Colombia

De acuerdo con las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015 por la cuales se fortalece SGSSS, este se encuentra conformado por dos regímenes: contributivo y subsidiado. El primero va dirigido a la población con capacidad de pago, mientras el segundo a la población pobre y vulnerable. Además de los afiliados contributivos y subsidiados existen aún los participantes vinculados que son aquellas personas que no tienen capacidad de pago y aún no han sido afiliados al régimen subsidiado denominados actualmente como población pobre no asegurada y vulnerable. (Rodriguez Galvis, 2016).

El SGSSS cuenta con un fondo denominado de solidaridad y garantía, el cual se encuentra estructurado por cuatro subcuentas independientes: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen de los subsidios en salud, de promoción de la salud, y de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

La política pública de salud en Colombia, como fue planteada en la Ley 100 de 1993, tiene como eje central la rentabilidad económica cuyo insumo fundamental es la enfermedad. La rentabilidad social en gran parte quedó por fuera porque favorece a las empresas privadas o intermediarios (EPS), la promoción y prevención en salud no es lo fundamental en este sistema y, si bien es cierto que ha logrado aumentar las coberturas, la calidad en la prestación de los servicios deja mucho que desear, sobre todo para la población más desprotegida. Como resultado se encuentra una insatisfacción creciente en la gran mayoría de los asegurados, los prestadores de servicios y los trabajadores de la salud entre otros (Bernal & Gutierrez, 2012).

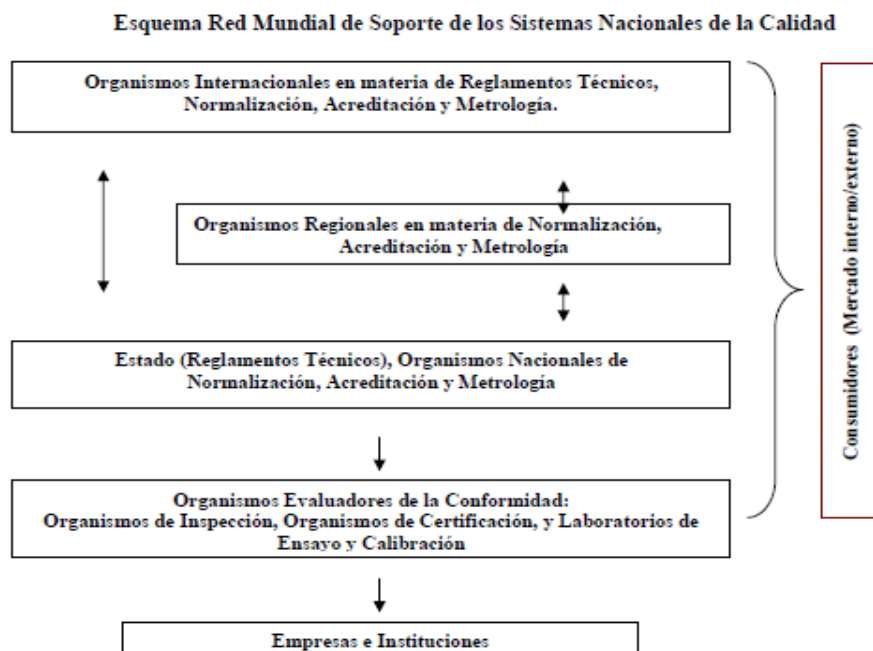
2.2 La Calidad en Colombia

Según el Documento CONPES 3446 de 2006 (Documento CONPES 3446), El Sistema Nacional de la Calidad en Colombia está compuesto por actividades como los reglamentos técnicos, normalización, acreditación, designación, evaluación de la conformidad y metrología.

Los Sistemas Nacionales de la Calidad se relacionan entre sí estableciendo procedimientos equivalentes, esto ha llevado a la formación de una red mundial que tiene como objetivo generar confianza entre los diferentes actores del sistema.

Los actores del sistema de la calidad en Colombia son el Estado, los organismos nacionales de normalización, acreditación y metrología, y los organismos evaluadores de la conformidad (laboratorios de ensayo y calibración, entidades certificadora de sistemas, productos y personal, y entidades de inspección). En la base de la red se encuentran los empresarios, consumidores y otras instituciones (Documento CONPES 3446).

Figura 1. Esquema Red Mundial de Soporte de los sistemas Nacionales de la Calidad



Fuente: Documento CONPES 3446 de 2006

La implementación de un Sistema Nacional de la Calidad, coordinado y con reconocimiento internacional, es un instrumento que contribuye a facilitar el comercio e incrementar la competitividad de las empresas colombianas, ofrecer al consumidor garantías e información

sobre los productos o servicios que adquiere, proteger la vida, la salud y el medio ambiente, y promover el desarrollo de la ciencia y la tecnología (Documento CONPES 3446).

2.3 El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud - SOGCS y su Relación con el Sistema Nacional de la Calidad

Aunque el Sistema Nacional de la Calidad y el SOGCS tienen objetivos, finalidades y metodologías diferentes, ambos sistemas deben ser compatibles y convergentes entre ellos.

Los estándares del SOGC, incluidos los estándares de Acreditación, son establecidos por la Unidad Sectorial de Normalización en Salud, organismo reconocido por ambos sistemas. Esta unidad ha ejercido función de coordinación entre los dos sistemas con el objetivo de mantener y garantizar las especificidades del sistema de calidad en el sector salud (Documento CONPES 3446).

El sistema único de acreditación es un proceso formal y voluntario. Cuando se utiliza el término acreditación en salud se hace referencia a una metodología específica para este sector, con reconocimiento internacional y por esto es un proceso diferente al del Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología (Documento CONPES 3446).

En la metrología, laboratorios de ensayo y calibración el SOGCS no tiene desarrollos específicos y es usuario de los desarrollos del Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología, con las precauciones necesarias a sus especificidades (Documento CONPES 3446).

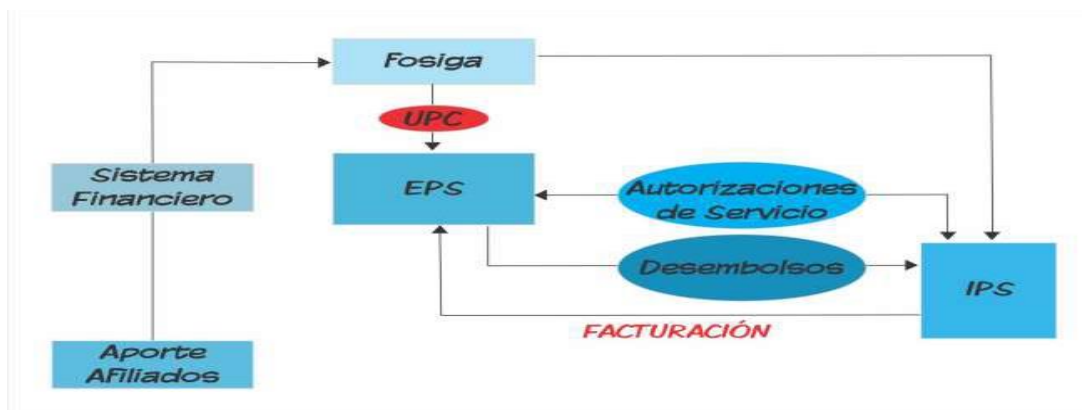
2.4 Prestadores de Servicios de Salud

Estos actores son quienes a través de contratos con las ERP atienden a los asegurados y les deben prestar todos los servicios requeridos a los pacientes, previa autorización por parte de su asegurador; es decir, estos actores son los que soportan al sistema y deben cumplir todos los requisitos establecidos por el sistema de garantía de la calidad (Rodríguez Galvis, 2016).

Las ERP aprovechan su posición dominante y contratan con las IPS con tarifas totalmente desactualizadas como son el tarifario ISS 2001 y juegan con porcentajes por encima o por debajo de dichas tarifas lo que en ocasiones genera pérdidas para la IPS, pues terminan subsidiando al contratante (Rodríguez Galvis, 2016).

Las ERP incumplen los plazos de crédito pactados para pagar sus acreencias a los prestadores, demoras que sobrepasan a veces los 90 días y más, sin tener en cuenta que los prestadores de servicios de salud deben asumir los gastos administrativos y financieros provocados por los retrasos en los pagos y por tanto, incumpliendo a su vez tanto a sus proveedores como a sus trabajadores.

Figura 2. Flujo de recursos económicos en el Sistema de Salud Colombiano



Fuente: (Rodríguez Galvis, 2016).

3. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia fue creado en el año de 1993 (Ley 100 de 1993). Es un sistema de salud de competencia regulada, basado en la relación pública privada y mercado-regulación, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado (Agudelo Calderon, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martinez, 2011).

Las Empresas Promotoras de Salud-EPS son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) (ADRES), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado (Agudelo Calderon, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martinez, 2011).

Las grandes fuerzas que regulan el SGSSS son la macroeconomía (estructura productiva y salarial, empleo, distribución del ingreso y tendencias económicas) el desarrollo social, en especial la pobreza, el grado de desarrollo general, el modelo de industrialización, el sistema productivo y laboral, la concentración del ingreso, los recursos fiscales, la descentralización y otros similares (Agudelo Calderon, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martinez, 2011).

Debido al diseño del SGSSS son numerosos los actores e instituciones que hacen parte de las líneas de planeación, decisión, asignación de recursos y operación: Ministerio de la Protección Social, Superintendencia de Servicios de Salud, entidades territoriales y

Secretarías de Salud, EPS, IPS, hospitales de diferente nivel y comunidades. Cada uno de ellos juega un papel en términos del mercado o de regulación y se encuentran en medio de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación.

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (Política de Prestación de Servicios de Salud, Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, 2005), se desarrolla a partir de tres ejes, accesibilidad, calidad y eficiencia, en cada uno de los cuales se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar. El ámbito de la política de prestación de servicios está dirigido tanto a los prestadores de servicios de salud públicos como a los privados y cubre a la población asegurada y no asegurada del país.

Como producto de esta revisión, el interés de esta investigación es el de analizar el proceso político de implementación de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en el Estado Colombiano desde la perspectiva del eje de Calidad en la Atención y cómo estos cambios impactan la situación financiera de una IPS de mediana complejidad de ayudas diagnósticas de la ciudad de Cali, realizando una descripción del sistema de salud Colombiano desde el año 1993 hasta el 2015 con la reciente reforma al SGSSS, y analizando los cambios en los requisitos de habilitación y como estos han impactado en la estructura financiera de la IPS desde el año 2011 hasta el 2016 dentro del mercado de competencia del sector salud.

3.1 Pregunta Principal

¿Cómo los **cambios en los requisitos de habilitación dentro del marco de la política Nacional de Prestación de Servicios de Salud** afectan la situación financiera de una IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali?

3.2 Planteamiento de las preguntas secundarias

- ¿Cómo ha sido la evolución de la Política Nacional de Prestación de Servicios en el marco del SGSSS?
- ¿Cuál es el papel de las políticas de calidad de la atención en salud en los incentivos financieros para las IPS?
- ¿Cuál es el contexto de mercado en el que actualmente se mueve la prestación de servicios de salud en Colombia?
- ¿Cuál es la situación económica de los Prestadores de Servicios de Salud en Colombia?

4. ESTADO DEL ARTE

La transformación del sistema de seguridad social integral, iniciada en 1993 con la Ley 100, que propende por un sistema de aseguramiento en salud, ha estimulado transformaciones en la estructura de los prestadores y su relación con los demás actores del sistema, principalmente por la sustitución de la financiación a la oferta por la financiación a la demanda, de manera que estas instituciones se han visto enfrentadas paulatinamente a la necesidad de gestionar sus recursos de manera alternativa, de forma que puedan enfrentar el reto que representa la apertura a la competencia en búsqueda de su permanencia y sostenibilidad en el sistema (Maldonado & Tamayo, 2007).

Una aproximación al problema que enfrentan las IPS con el cambio en la normatividad se puede analizar desde la perspectiva microeconómica, pues se trata de la configuración de otro tipo de relación entre los oferentes (IPS) y demandantes (usuario final y EPS) de los servicios de salud, que se puedan transar los servicios bajo regulación estatal.

Las IPS asumen el papel de productor, como agentes optimizadores que deben encontrar la mejor forma para permanecer en el mercado pues su sostenibilidad financiera depende en gran medida de su eficacia para posicionarse en la venta de servicios médicos ya que se ven enfrentadas a una estructura de mercado particular y una demanda caracterizada por las condiciones sociales, espaciales y demás de los consumidores (Maldonado & Tamayo, 2007).

Colombia contempla alcanzar un Estado transparente, moderno y eficiente basado en las mejores prácticas de buen gobierno. En aras de lograr este objetivo se busca el ingreso de Colombia a la OCDE por tratarse de una conferencia internacional de países cuya misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo. Cualquier proceso que requiera la operación del Estado y la economía bajo estándares internacionales, necesita la adecuación de los procedimientos e instrumentos con los que se opera, así como la transformación de la cultura y visión de las instituciones, organizaciones y personas que las conforman (Pulido Porras, 2016).

Debido a esta necesidad, el país responde con la Ley 1122 de 2007 que intentó mitigar la problemática de financiamiento; sin embargo, esta situación fue tan desbordante que llevó a que la Corte Constitucional se pronunciara ampliando el alcance del derecho a la salud, sentando la jurisprudencia que llevó a la posterior aprobación de la Ley 1438 de 2011 y de la reciente Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se le da a la salud el rango de derecho fundamental.

Todas estas reformas contemplan a mejoras en el acceso y a la calidad de la atención por parte de los prestadores, sin tener en cuenta el crecimiento en los costos de producción y sin pisos tarifarios para regular la relación entre IPS y ERP.

La posición dominante de las ERP frente a los prestadores, llevo que estos en muchos casos buscaran estrategias empresariales de aumentar la producción impactando en la calidad en la atención y en la seguridad del paciente.

La OCDE recomendó a Colombia fortalecer la Calidad y la Accesibilidad, a través de fomentar la innovación y el rendimiento en el mercado de las IPS, fomentando a las ERP para que utilicen la calidad y los resultados en sus contratos con las IPS como mecanismo de pago (Pulido Porras, 2016), pero no contemplan la regulación tarifaria o pisos tarifarios que estimulen a los prestadores cumplir con las exigencias normativas e innovar en procesos de atención dentro del POS.

En términos del SOGC la OCDE recomienda la acreditación voluntaria de los actores y el fortalecimiento de los incentivos de adopción (Pulido Porras, 2016), sin tener en cuenta que los prestadores y aseguradores se adaptan a los cambios en los requisitos de habilitación como primer componente del SOGC y la base de la prestación de servicios desde la estructura, y que con tarifas a base 2001 cubren los costos de producción y los alejan de iniciar la autoevaluación con los estándares de acreditación.

En la asignación de los recursos para la salud, la nación también exige a las IPS que la prestación de los servicios de salud, sea de manera oportuna, eficiente y con **calidad** a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; Adoptar, difundir, implantar,

ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud; y cumplir con los requisitos de habilitación para la prestación de Servicios de Salud (Departamento Nacional de Planeación, 2017), pero no legisla sobre los incentivos económicos a los actores del sistema de salud al cumplimiento de los estándares básicos y superiores en la atención de los pacientes, y le deja la regulación de precios al mercado, donde las ERP en su posición dominante colocan las condiciones de contratación y estimulan su integración vertical.

Finalmente, los sistemas de salud en general enfrentan el reto de cómo satisfacer las crecientes necesidades de atención médica y sus respectivos costos, pero con recursos que no crecen al mismo ritmo. Los cambios en los requisitos de habilitación incrementan los costos agregados de la atención médica en tres factores: 1) envejecimiento de la población, 2) prevalencia de enfermedades crónicas, y 3) uso de tecnologías biomédicas de alto costo (Ruiz, y otros, 2018).

Como los recursos para la salud no crecen al mismo ritmo que crecen las necesidades y sus respectivos costos, se pone en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema. Pero los formuladores de política han ignorado la forma como se producen los servicios de salud y cómo se organizan los prestadores para producirlos (Ruiz, y otros, 2018).

Las formas de organización de las IPS tienen implicaciones profundas en la eficiencia técnica del sistema de salud y en su eficiencia de asignación, y por lo tanto en la sostenibilidad financiera del sistema (Ruiz, y otros, 2018), debido a que al no incrementar las ERP las tarifas de los servicios de salud, los prestadores buscan compensar los bajos precios de pago por servicio con prestar la mayor cantidad de servicios justificados o no, en busca de utilidades por volumen de ventas, en ocasiones sacrificando al calidad de la atención.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Analizar los cambios en los requisitos de habilitación en el marco de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y sus efectos en la situación financiera de una IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali.

5.2 Objetivos Específicos

- a) Describir la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud desde el SGSSS en Colombia.
- b) Caracterizar la dinámica económica en la prestación de servicios de salud en Colombia.
- c) Determinar la situación financiera de una IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali a partir de los cambios en los requisitos de habilitación.

6. JUSTIFICACIÓN

El propósito del Ministerio de la Protección Social en el año 2005 cuando formuló la Política Nacional “Prestación de Servicios de Salud”, fue promover una actuación articulada, no solo de los distintos actores que hacen parte de la red de prestadores de servicios públicos y privados de salud, sino de otros sectores, como la academia, las entidades territoriales, los reguladores, los aseguradores, las organizaciones de usuarios y las entidades vinculadas con la investigación y el desarrollo; su enfoque se basó en lograr que la información sobre la calidad se convirtiera en un bien público que permitiera orientar las decisiones de los agentes en el sistema, modernizar las formas de operación de los prestadores públicos, consolidar las redes de servicios de salud para optimizar recursos y mejorar acceso.

Sumado a lo anterior, el Estado colombiano ordenó en la Ley 1438 de 2011, el deber de fortalecer el sistema de salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que permita la acción coordinada del Estado con las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor **calidad**, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Dada la importancia que tiene la óptima prestación de los servicios de salud sobre la calidad y condiciones de vida de la población, es interesante mediante la realización de una aproximación a la evaluación de esta política, generar un constructo de pensamiento que permita entender el proceso político en el que se ha estructurado la política en los ejes: Accesibilidad, Calidad y Eficiencia.

La realización de este estudio permite ampliar el conocimiento respecto a la Política Nacional de Prestación de Servicios que se encuentra inmersa en el SGSS en Colombia, y cuáles son sus efectos en los actores del sistema: entes de control, las ERP y especialmente en una IPS de la Ciudad de Cali.

7. REFERENTES CONCEPTUALES

La implementación de la Ley 100 de 1993 que reemplazó el Sistema Nacional de Salud por el SGSSS en Colombia dio lugar a diversas transformaciones en la forma cómo los individuos se relacionan con las instituciones estatales para acceder al servicio de salud. La corriente neoliberal que estuvo presente en las discusiones y se reflejó en el resultado final de la reforma, implicó que la prestación del servicio de salud se convirtiera en un proceso en el que juega un intermediario aun cuando el Estado Colombiano constitucionalmente asume la responsabilidad en la prestación del servicio. Es por esto que la prestación del servicio a la salud en Colombia permite vislumbrar dinámicas particulares de la relación del ciudadano con el Estado (Pereira Arana, 2007) .

El servicio de salud en Colombia presenta unas tensiones particulares que son efecto del andamiaje institucional creado en 1993. Esto hace que la prestación del servicio esté atravesada, al mismo tiempo, por una lógica técnica, y una lógica política, puesto que tanto el Estado como el mercado constituyen actores centrales en el funcionamiento del sistema. En ese mismo sentido, el derecho a la salud constitucionalmente consagrado se diluyen en la lógica del mercado que convierte la salud en un servicio y a los ciudadanos en clientes (Pereira Arana, 2007).

En el marco de la modernización del Estado y el rol que en este proceso desempeña la alta gerencia, se evidenciaron problemas de la implantación de la Nueva Gestión Pública - NGP en las administraciones públicas latinoamericanas: modelo de estado y cultura institucional, asumiendo la postura neoliberal, como la postura neo política, igual la burocracia tradicional. También se muestra la importancia de la gerencia pública para las entidades estatales y para las empresas privadas prestadores de servicios sociales a cargo del estado, con el cambio dado por la globalización, y las concepciones de lo público manejado en la manera tradicional el cual afecta en real evidencia la función propia en el sector público con sus entidades (Villalobos Garcia, 2016).

Para alcanzar los objetivos propuestos en este trabajo de investigación es pertinente hacer énfasis sobre los tres ejes de la política de prestación de servicios: accesibilidad, calidad y eficiencia. La Accesibilidad a los servicios de salud entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios, la cual se puede identificar en tres factores: Acceso que corresponde a la capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención; el que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral y el de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadores de servicios de salud. La Calidad, entendida como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario. Y por último, la Eficiencia concebida como la esencia y hace referencia a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos. Si existen dos estrategias de asistencia, igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente (Villalobos Garcia, 2016).

Estos ejes se alinean conceptualmente con lo planteado en el enfoque de la **Nueva Gestión Pública - NGP**, que persigue la creación de una administración eficiente y eficaz, es decir, una administración que satisfaga las necesidades reales de los ciudadanos al menor coste posible, favoreciendo para ello la introducción de mecanismos de competencia que permitan la elección de los usuarios y a su vez promuevan el desarrollo de servicios de mayor calidad. Todo ello rodeado de sistemas de control que otorguen una plena transparencia de los procesos, planes y resultados, para que por un lado, perfeccionen el sistema de elección, y, por otro, favorezcan la participación ciudadana (Garcia Sanchez, La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias, 2007). Este enfoque facilitara el análisis del funcionamiento del Sistema de Salud Colombiano a partir de la Ley 100 de 1993.

7.1 La Nueva Gestión Pública (NGP) y Costos de Transacción

Para Leeuw (1996, p. 92) citado por (Garcia Sanchez, La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias, 2007) la NGP enfatiza en la aplicación de los conceptos de economía, eficiencia y eficacia en la organización gubernamental, así como en los instrumentos políticos y sus programas, esforzándose por alcanzar la calidad total en la prestación de los servicios.

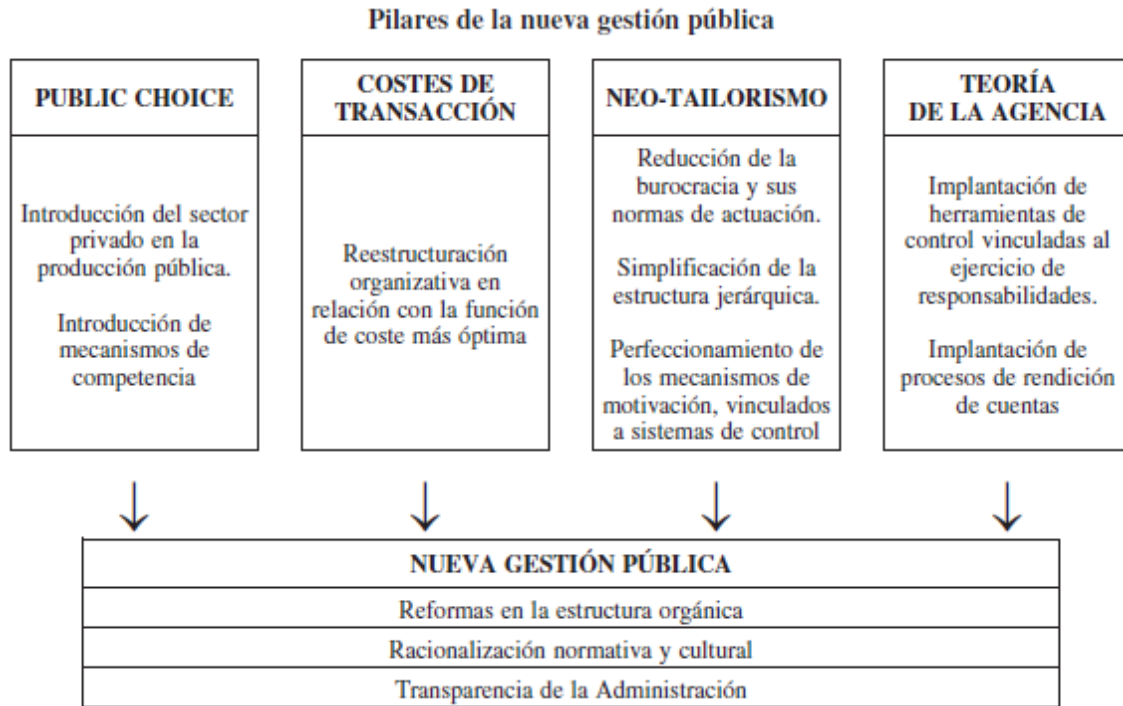
La Nueva Gestión Pública, identificada como la Gestión para el Siglo XXI, es una propuesta que se orienta a adecuar y mejorar las formas de organización y de funcionamiento de la Administración Pública, para que el Estado pueda cumplir con eficiencia y eficacia sus finalidades. Además, reconoce que el Estado es el instrumento fundamental para orientar el desarrollo económico, político y social de cualquier país y que por tanto es necesario fortalecer su capacidad de gestión (Hernandez Pabon, 2002).

La NGP parte de una fundamentación teórica, según (Hood, 1991), es una relación entre el Nuevo Institucionalismo y la Gerencia Profesional. Dentro de la diversidad de enfoques o teorías económicas sobre las que se construye el Nuevo Institucionalismo, Hood (Hood, 1991), destaca su formación a partir de las ideas de la Teoría de la Elección Pública, la **Teoría de los Costes de Transacción** y la Teoría de la Agencia. Doctrinas que persiguen reformas administrativas mediante ideas como la competencia, elección, transparencia y control. Así, los partidarios del Public Choice focalizan en la relación entre propiedad pública o privada en el desarrollo de la actividad pública, siendo la delegación de autoridad y las divergencias en la consecución de los objetivos, el campo de estudio de la Teoría de la Agencia y los Costes de Transacción (Garcia Sanchez, La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias, 2007).

La Gerencia Profesional, definida teniendo en cuenta las ideas de los Neo-Tayloristas (Pollitt, 1993), se centra en el estudio de la organización burocrática interna de la administración.

Según (Garcia Sanchez, La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias, 2007), las líneas principales de actuación dentro de cada una de las teorías mencionadas, plantean las distintas acciones que se deben realizar para lograr la reforma del sector público.

Figura 3. Pilares de la Nueva Gestión Pública



Fuente: (Garcia Sanchez, La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias, 2007)

Dentro de los pilares de la NGP se encuentra la **Teoría de los Costes de Transacción**, que según Williamson (1975) citado por (Garcia Sanchez, La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias, 2007) identifica costes de transacción asociados a la firma de los contratos, el control de resultados y comportamiento de las partes contractuales. Estos costes varían por las características de las decisiones de los gestores que participan en la transacción, y con los objetivos propios del mercado; costos que se pueden observar entre los actores del sistema de salud Colombiano cuando se modula el funcionamiento del SGSSS.

La existencia de costes de transacción en los intercambios realizados en el mercado proporciona una explicación de las ventajas comparativas de organizar la producción dentro o fuera del ámbito público: cuanto mayores sean los costes de las transacciones externas, mejor será producir dentro de la administración, situándose el límite de la intervención pública en el punto donde se igualen sus costes con los de contratar en el exterior (Garcia Sanchez, La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias, 2007).

En términos generales la nueva gestión pública persigue la creación de una administración eficiente y eficaz, es decir, una administración que satisfaga las necesidades reales de los ciudadanos al menor coste posible, favoreciendo para ello la introducción de mecanismos de competencia que permitan la elección de los usuarios y a su vez promuevan el desarrollo de servicios de mayor calidad. Todo ello rodeado de sistemas de control que otorguen una plena transparencia de los procesos, planes y resultados, para que por un lado, perfeccionen el sistema de elección, y, por otro, favorezcan la participación ciudadana (Garcia Sanchez, La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias, 2007).

7.2 La Nueva Gestión Pública en Colombia

A partir de la Constitución Política, Colombia cuenta con un nuevo contrato, con un marco actualizado para el desenvolvimiento de las relaciones políticas, administrativas, sociales y económicas. En ella se identifican los aspectos o reglas básicas en materia de principios fundamentales; deberes y derechos; organización del Estado; los partidos y la organización electoral. Al igual que otros temas como el de la organización territorial, el régimen económico y el ejercicio del control (Hernandez Pabon, 2002).

La Constitución incorpora elementos de la Nueva Gestión Pública, entre ellos: la descentralización territorial y la descentralización funcional o por servicios, la democratización de la gestión pública y el ejercicio de funciones públicas por particulares.

Mediante desarrollos legales se promueve el fortalecimiento de la capacidad del Estado para el cumplimiento de sus finalidades.

La **Nueva Gestión Pública** colombiana encuentra su fundamento en el artículo 209 de la Constitución Política que prescribe:

“La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública en todos sus órdenes tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley”.

La Nueva Gestión Pública se orienta entonces a garantizar los mecanismos para aumentar la eficiencia y eficacia de la administración pública y a crear condiciones que posibiliten una relación más democrática entre el Estado y la sociedad.

Para el cumplimiento de sus finalidades sociales, políticas y económicas, la Nueva Gestión Pública propone que el Estado en lugar de intervenir directamente en la economía como productor o prestador de servicios se concentre en los temas de regulación, es decir, en definir las reglas del juego para que los sectores privado y semipúblico funcionen adecuadamente; y para el sector salud estableció la siguiente normatividad:

- ✓ **Ley 100 de 1993**, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral, es la norma marco del SGSS y establece las reglas de mercado y función de los actores.
- ✓ El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) fue reglamentado por primera vez mediante el **Decreto 1918** de 1994, luego por el **Decreto 2174** del 1.996, que fue modificado mediante los **Decretos 2309** del 2002 y el **Decreto 1011** del 2006, actualmente vigente.
- ✓ El Sistema Único de Habilitación fue reglamentado por la **Resolución 1043 de 2006**, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones; enmarca inicialmente los requisitos de habilitación que deben de cumplir las IPS para prestar servicios de salud, es de obligatorio cumplimiento y actualmente fue derogada por la **Resolución 2003 de 2014**, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- ✓ El Sistema Único de Acreditación fue reglamentado por la **Resolución 1445 de 2006**, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones; enmarca inicialmente los estándares de acreditación que deben de cumplir las IPS, es de voluntario cumplimiento y actualmente fue derogada por la **Resolución 123 de 2012**, Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, la cual adopta los Manuales de Estándares de Acreditación.

- ✓ El Sistema de Información para la Calidad fue reglamentado por la **Resolución 1446 de 2006**, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Actualmente fue derogada por la **Resolución 256 de 2016**, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- ✓ **Ley 1122 de 2007**, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- ✓ **Sentencia T-760 de 2008**, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. Sentencia de acuerdo con la jurisprudencia constitucional sobre el acceso a los servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz garantizado por el derecho fundamental a la salud en el orden constitucional vigente.
- ✓ **Circular Única de 2008**, Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control para el universo de vigilados y usuarios de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ✓ **Ley 1438 de 2011**, Por la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones.
- ✓ **Decreto 19 de 2012**, Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
- ✓ **Ley 1751 de 2015**, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- ✓ **Decreto 780 de 2016**, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

7.3 El sector salud colombiano desde el enfoque de la Nueva Gestión Pública (NGP)

En la Constitución de 1991 se dispuso que la salud es un servicio público al que toda la población tiene derecho. Al ser considerada como derecho fundamental, el Estado debe asegurar que se preste el servicio y el acceso de todos los colombianos, independiente de su capacidad de pago, aunque es responsabilidad de cada uno de los ciudadanos proveerse su propio bienestar (Jimenez Esguerra, 2013).

Para garantizar calidad y cobertura del servicio, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, se abrieron las puertas para que el sector privado compita con el sector público.

En desarrollo de esta disposición se expidió la Ley 100 de 1993 que regula la Seguridad Social, incluyendo la salud. Con ésta ley se hizo una transformación de nivel administrativo y financiero, reflejado en la descentralización, la privatización, la autonomía de las entidades y la participación ciudadana. Esto representó la implementación de los principios que la ola neoliberal estaba promoviendo en América Latina a principios de los 90 (Jimenez Esguerra, 2013).

La ley busca regular el Sistema de Salud, crear condiciones de acceso y garantizar que se preste un servicio de calidad, y para ello se diseñó un sistema que garantice la efectividad de este servicio a través de la relación de cuatro grandes actores, el Estado, los promotores, los prestadores y los usuarios.

El Estado es el ente de coordinación, dirección y control por intermedio del Ministerio de Salud, y la Superintendencia de salud que se encarga de la vigilancia y control del Sistema.

El Ministerio de salud, se encarga de formular y adoptar las políticas, estrategias, programas y proyectos para el SGSSS, de acuerdo con los planes y programas que apruebe el Congreso de la República; dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo; expedir las normas administrativas para el funcionamiento de las EPS e IPS del SGSSS; formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las EPS e IPS del SGSSS, entre otros (Jimenez Esguerra, 2013).

La Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) es el ente que dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del SGSSS; liquida y recauda la tasa que corresponde amparar a las entidades sometidas a su vigilancia; autoriza la constitución o

habilitación de EPS e IPS; y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores (Jimenez Esguerra, 2013).

Las entidades promotoras de salud (EPS), son entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que se encargan de afiliar y recaudar la cotización de los afiliados, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado. Se encargan de realizar las compras de tratamientos y servicios incluidos en el POS, y así garantizar que la población afiliada pueda acceder a estos servicios cuando lo requiriera. De igual manera, estas entidades deben hacer actividades de prevención y promoción que les permita mejorar la salud de sus afiliados y en este sentido disminuir la frecuencia de uso de los servicios de salud por parte de los usuarios (Jimenez Esguerra, 2013).

Los prestadores o Instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS), son las instituciones públicas, privadas o mixtas que prestan directamente el servicio de salud a los usuarios. Se encuentran orientadas por los principios de eficiencia y calidad, y se caracterizan por tener autonomía administrativa, técnica y financiera. Las IPS proveen información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitan el abuso de posición dominante en el Sistema.

Los usuarios están atendidos bajo dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. Al primer régimen pertenecen todas las personas vinculadas laboralmente, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. El segundo régimen acoge a la población que no tiene capacidad de pago que le permita aportar al Sistema, así, quienes ingresan al SGSSS por éste régimen reciben subsidios totales o parciales.

Bajo los principios de la NGP, se evidencia la participación del sector privado en la promoción y prestación del servicio de salud, además de la competencia y el mercado como promotores de la eficiencia del Sistema, y la creación de pequeñas agencias – EPS, que permiten el acceso directo a los usuarios para conocer sus preferencias y cumplir con sus expectativas sobre el servicio.

El sector salud colombiano sufre de múltiples fallas que resaltan la necesidad de una participación dinámica por parte del Estado (en materia de provisión, financiación y regulación) para evitar problemas de eficiencia y equidad (Cárdenas Santamaría, 2009; Santa María S., García A., Rozo, & Uribe, 2009; Santa María S., García A., Prada L., Uribe T., & Vásquez B., 2009) citados por (Arias Contreras, 2014), dichas fallas reflejan como desde del enfoque de la Nueva Gestión Pública – NGP, el Estado debe redefinir y reformar sus funciones respondiendo al fenómeno de la globalización, garantizando que la economía sea competitiva.

El Sistema de Salud colombiano es un claro ejemplo de la adopción de la NGP, la orientación al cliente, la privatización, el mercado y la competencia, son prácticas que responden a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, entre otros principios que rigen el SGSSS.

7.4 Calidad de la Atención y Regulación de Tarifas

En Colombia se tiene fijado y normado el SOGCS y su componente de Habilitación con requisitos y estándares mínimos de calidad que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para su funcionamiento. Pero no se tienen fijadas tarifas piso que las ERP paguen por los servicios que prestan las IPS.

Si el sistema de Salud regulara las tarifas acordes a los requisitos de habilitación, evitaría una guerra de precios entre los prestadores, y se competiría por otros atributos que se reflejaría en la Calidad de la atención y en la seguridad de los pacientes.

Si cualquier prestador decidiera cumplir con los cambios en los estándares de habilitación con los precios resultantes de la guerra de precios de mercado tendría pérdidas, pues estos precios no alcanzan a cubrir su estructura de costos.

Si las tarifas o precios piso cubrieran los costos de producción y generaran excedentes, los prestadores se verían incentivados a mejorar sus estándares de calidad en la atención, al igual que entrarían al mercado nuevos productores atraídos por las rentas a obtener (Bardey & Castaño, 2007)

La regulación de las tarifas de servicios de salud ha sido escasa en el país. Inicio con los manuales tarifarios ISS y SOAT. El ISS nació como regulación de una entidad del Estado hoy liquidada, y estableció los precios a los que pagaría los servicios de salud que prestaran instituciones externas a sus afiliados. El SOAT fijo las tarifas de las intervenciones y procedimientos de las IPS en casos de accidentes de tránsito, que serían pagadas por las pólizas de seguro obligatorio de accidentes de tránsito o por el Fosyga hoy ADRES.

Estos manuales tarifarios son una referencia actual para las negociaciones entre ERP e IPS, donde se buscan descuentos bajo la modalidad de pago por evento o fee for service. Cada servicio o procedimiento tiene un UVR – Unidad de Valor Relativo para estimar el precio de las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas que se basaban en consensos y apreciaciones cualitativas (Bardey & Castaño, 2007).

Esta competencia de precios entre prestadores para conseguir los contratos llevo a una baja de la calidad de la atención, puesto que la calidad técnica no es totalmente observable para el paciente, y mucho menos para los entes de inspección, vigilancia y control, que son los encargados de verificar las condiciones de habilitación que deben cumplir las IPS para prestar servicios de salud.

Otro problema que enfrentan las IPS es la intermitencia en la liquidez, y esto es generado en algunos casos por el alto porcentaje de devoluciones en facturación, las glosas por servicios, y más grave aún el hecho que se desconozca el pago de intereses de mora por parte de las ERP a los prestadores. A lo que el gobierno, ha respondido con la adopción de medidas como

el Giro Directo Subsidiado y la compra de cartera de las EPS, para ofrecer un margen de maniobra a las IPS (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2015).

En Colombia, el riesgo de no sostenibilidad financiera del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud, genera hoy enormes retos de política pública, en tanto que pone en peligro las ganancias sociales que el sistema ha logrado alcanzar en las últimas décadas, tanto en el mejoramiento de la situación de salud de la población y de las condiciones disponibles de oferta de servicios, como en la protección financiera que requieren los ciudadanos y sus familias ante la aparición de la enfermedad, y que les permita hoy afrontarla sin pérdida de la capacidad económica de los hogares (Ruiz, y otros, 2018).

Es así como los prestadores se encuentran en el medio de las ERP y los cambios normativos, con estímulos económicos no ajustados a sus realidades financieras producto del modelo de atención Colombiano. Las primeras acciones para avanzar en la solución del problema de la sostenibilidad financiera del sistema de salud es impulsar la agenda de generación de valor. La OCDE recomendó al gobierno colombiano remodelar la política de atención, es por esto que el gobierno diseñó la política de Atención en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) como estrategias para estabilizar los problemas del sistema de salud (Ruiz, y otros, 2018).

8. METODOLOGÍA

Método

Esta investigación es de alcance descriptivo en tanto busca caracterizar la relación existente entre los actores del sistema de salud en su dinámica de mercado: ERP, IPS y Estado a partir del cumplimiento e implantación del sistema de gestión de calidad en salud en los prestadores de servicio, para lo cual, tomara el método de investigación mixto con profundización en el análisis cualitativo.

En esta investigación se buscó analizar cuál es el efecto de los cambios en los requisitos de habilitación en la situación financiera de una IPS y su supuesto impacto económico en el sector salud en Colombia.

Diseño de Investigación

La investigación se plantea de manera analítica en el sentido de dividir el objeto para examinar detenidamente sus partes (Rodríguez Galvis, 2016). La investigación será de corte transversal, pues se realizara una sola vez en el tiempo.

Se tratara de objeto de investigación, no de sujeto o sujetos, las interpretaciones no detallaran subjetividades sino conceptos y categorías que emergen de la relación entre EPS, IPS, sistema de salud, sistema de calidad en salud, requisitos de habilitación y política pública de salud.

En la primera etapa del proyecto se definieron los objetivos de la investigación, la justificación, los antecedentes, el marco jurídico, el planteamiento del problema, el marco teórico y las variables a estudiar para el logro de los objetivos.

Población, Muestra y Caso

No se trabajó con población y muestra, sino con un caso: IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas endoscópicas de la ciudad de Cali.

La muestra procede cuando se quiere que los resultados de la investigación, a partir de la muestra, representen la realidad de la población, sin tener que trabajar con la población completa. Así, el resultado que se obtiene con la muestra vale para toda la población, es como si se hubiese trabajado con toda la población.

El caso se utiliza cuando se quiere profundizar en algún aspecto del fenómeno y se piensa utilizar los resultados particulares obtenidos para hacer inferencias y deducciones más generales.

Metodológicamente se parte de lo particular para llegar a lo general y este es el método inductivo. Cuando se trabaja simultáneamente lo particular (indicadores financieros de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas endoscópicas de la ciudad de Cali) y lo general (política de calidad en salud) o se va del uno al otro correlativamente y se habla de método inductivo-deductivo.

La IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas endoscópicas de la ciudad de Cali, se utilizara porque se quiere profundizar en un aspecto del fenómeno y se piensa utilizar los resultados particulares obtenidos para realizar inferencias y deducciones generales.

Se seleccionó esta IPS por la facilidad en el manejo de una variedad de fuentes de información como documentos institucionales, archivos, observaciones directas y entrevistas con los empleados.

Recolección y Procesamiento de Información

La información secundaria se recopiló de libros, artículos, investigaciones, normas, guías, lineamientos sobre sistemas de salud, sistema general de seguridad social en salud y sistema obligatorio de garantía de la calidad que intentan explicar la sostenibilidad del sistema de salud, sus fortalezas y sus debilidades desde el nacimiento del sistema de seguridad social integral en el año 1993 hasta la expedición del decreto único reglamentario en el año 2015.

Se definió como estrategias centrales de recolección primaria el estudio de caso y la entrevista semi-estructurada. Se recopiló y procesó información primaria cuantitativa, se envió comunicado escrito solicitando información sobre los estados de situación financiera y estados de resultados de estados financieros de la IPS de la ciudad de Cali reportados a la Superintendencia de Salud.

Con la obtención de estos datos, se procedió a calcular los distintos indicadores financieros desde el año 2011 al 2016, según las fórmulas establecidas en los principios y normas contables generalmente aceptadas en Colombia. A partir de esta información se realizó el análisis particular con base en los indicadores financieros.

La entrevista es definida por R. Kahn y C. Cannell y citado por (Naranjo Gomez, 2006) como una conversación entre dos, hecha por iniciativa del entrevistador, destinada a entregar información pertinente para un objeto de investigación, e indagación en temas igualmente pertinentes con miras a este objetivo.

Esta entrevista adoptó la forma de un diálogo coloquial realizando preguntas abiertas, donde el entrevistado tuvo la posibilidad de discurrir en el tema propuesto sin condiciones prefijadas. Se reconoció la comunicación no verbal y verbal por medio de las cuales se pudieron aclarar términos, descubrir ambigüedades, definir los problemas, y recordar los hechos necesarios.

Esta entrevista se realizó al Presidente de una IPS y experto en temas de salud, la cual, presenta características similares en tamaño, en composición accionaria, en participación en proyectos de región (plataforma Clúster fomentado por la cámara de comercio de Cali) en ubicación geoespacial en la ciudad de Cali y en términos de ayudas diagnósticas. La diferencia entre las IPS son los servicios ofertados por las especialidades médicas.

Hipótesis

Los cambios en los requisitos de habilitación dentro del marco de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud afectan la situación financiera de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud colombiano e influyen de manera directa en la gestión integral de una IPS de mediana complejidad de ayudas diagnósticas de la ciudad de Cali.

Consideraciones Éticas

Este estudio por ningún motivo pretendió obtener lucro o beneficios personales diferentes a realizar una investigación y brindar a la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnósticas de la ciudad de Cali la posibilidad de mejorar continuamente sus procesos, entender la dinámica en que se mueve dentro del Sistema General de Seguridad Social y como proyectarse para ser auto sostenible en el tiempo.

El Estudio tuvo en cuenta las siguientes premisas:

- Se mantuvo la exactitud de los datos y los resultados para su presentación e informe.
- La información brindada por la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnósticas de la ciudad de Cali fue manejada por medio de un acuerdo de confidencialidad. Cuando sea necesario hacer una presentación académica con los datos suministrados por la IPS, el investigador solicitara autorización previa a la entidad.

9. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

9.1 La Política de Calidad en Salud en el SGSSS

La Prestación de Servicios de Salud está relacionada con la garantía al acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

Los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia los estableció el Ministerio de la Protección Social a través de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la cual, detalla las estrategias y líneas de acción establecidas para el logro de los objetivos propuestos.

Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (Política de Prestación de Servicios de Salud, Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, 2005)

El Ministerio de la Protección Social, conforme a la responsabilidad asignada en la normatividad vigente, a la problemática detectada y a las recomendaciones de los actores del SGSS, consideró de vital importancia formular la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia.

Propósito

El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

Principios Orientadores

- 1) Parte de reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población.
- 2) Se enmarca en el SGSSS.
- 3) Reconoce la heterogeneidad del país, esto constituye un desafío para la organización de la prestación de servicios de salud, que obliga la búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y que responda a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población.
- 4) Promueve los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud.
- 5) Admite que la prestación de servicios de salud, se desarrolla en un escenario descentralizado, con definición de competencias, recursos y acciones de control de la prestación de servicios en las entidades territoriales.
- 6) Reconoce que la prestación de servicios se desarrolla en condiciones de ajuste fiscal y en un entorno de competencia.
- 7) Permite el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización de respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.
- 8) Reconoce la necesidad de explorar y fortalecer todas las posibilidades que tienen las comunidades de organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios.
- 9) Admite la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas del sistema de salud.
- 10) Reconoce la rendición de cuentas como un elemento fundamental para la óptima utilización de los recursos, y para lograr que la población reciba un trato semejante ante necesidades semejantes.
- 11) Reconoce como ámbito de aplicación a prestadores públicos y privados.

Objetivos

- 1) Mejorar el acceso a los servicios de salud.
- 2) Mejorar la calidad de la atención en salud.
- 3) Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud se enmarca en tres ejes estratégicos:

- Accesibilidad
- Calidad
- Eficiencia

Fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, estableció el sistema de financiación de los diferentes planes de beneficios a partir de múltiples fuentes, la Ley 100 de 1993 y de la ley 1122 de 2007, así como la Ley 715 de 2001 determinaron la financiación de la prestación de servicios dependiendo del tipo de afiliación al sistema. La financiación de los recursos para los entes territoriales se hace principalmente a través del Sistema General de Participaciones, así como de otras fuentes de financiación del sistema.

Sistema General de Participaciones (SGP).

Lo constituyen los aportes de la Nación que transfiere a los departamentos y municipios por mandato Constitucional para el financiamiento de programas sociales de:

- Educación con una participación del (58.5%)
- Salud con una participación del (24.5%)

- Propósito General con una participación del (11.6%) el cual incluye los recursos para Agua potable y Saneamiento básico (5.4%).
- Los recursos del SGP tienen destinación específica, excepto los de Propósito General de libre inversión para todos los distritos y municipios y los de libre destinación para los de cuarta quinta y sexta categoría; por lo tanto no puede disponerse de ellos ni siquiera transitoriamente para objeto distinto del indicado.

A su vez los recursos de la participación para salud se distribuyen en tres componentes:

- Aportes para los subsidios a la demanda (Financiación del Régimen Subsidiado en Salud).
- Aportes para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Financiación de la atención de la población considerada como “vinculada” al Sistema de Salud.
- Aportes para las acciones de salud pública (Financiación del Plan de Atención Básica – PAB, acciones definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de La Protección Social).

Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Creado mediante la Ley 100 de 1993 que dio origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Está constituido por cuatro subcuentas con recursos provenientes de las siguientes fuentes:

- Subcuenta de compensación del régimen contributivo.
- Subcuenta de solidaridad.
- Subcuenta de promoción de la salud.
- Subcuenta de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito (ECAT).

Recursos de ETESA.

Corresponde a los recursos que la Empresa Territorial de la Salud (ETESA) transfiere a los municipios para financiar acciones de salud. Estos recursos tienen su origen en los impuestos provenientes de los juegos de suerte y azar.

Aportes Departamentales

Los aportes de los presupuestos departamentales para el sector salud provienen principalmente de:

- Impuestos departamentales a la venta de licores y cigarrillos.
- Recursos que les transfiere el SGP por concepto de Salud Pública para financiar el PAB departamental, y los captados para la atención a la población pobre no asegurada.
- Aportes directos del presupuesto de los departamentos.

Aportes Municipales

Los municipios invierten recursos provenientes de:

- Recurso que transfiere el Sistema General de Participaciones SGP para la financiación del régimen subsidiado, atención a la población pobre no asegurada y para la Salud Pública municipal.
- Recursos que transfiere ETESA.
- Aportes directos del presupuesto propio municipal.

Una vez promulgada la Ley 100 en el año 1993, la calidad de la atención en salud inicia su evolución normativa desde el Decreto 1918 de 1994, el Sistema obligatorio de garantía de calidad aparece formalmente en el año 1996 a través del Decreto 2174 y, posteriormente, por el 2309 de 2002 y el 1011 de 2006; cada uno de estas normas ha derogado a su antecesor.

Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad en la Atención en Salud (SOGCS) (Decreto 1011 de 2006)

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Antecedentes del SOGCS

Colombia es uno de los países con más larga trayectoria en el desarrollo de la metodología de Calidad en América Latina. Sus experiencias iniciales han sido: El Instituto del Seguro Social (ISS) en la década de los 80's en el Suroccidente colombiano (años 90's) y el Primer manual de acreditación en 1995.

La calidad en los servicios de salud tiene sus antecedentes desde la ley 10 de 1990 del Sistema Nacional de Salud, la ley 100 de 1993 del Sistema de Seguridad Social Integral, y se organiza inicialmente con el Decreto 2174 de 1996 dando cumplimiento al compromiso adquirido en la primera Cumbre de las Américas de 1994, junto a los demás gobiernos de la región, con el cual se busca el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud como parte de los procesos de reforma del sector salud, este decreto determinó los componentes del SOGCS: declaración de requisitos esenciales (condiciones mínimas de personal, infraestructura, dotación, entre otras), la acreditación como un procedimiento sistemático voluntario y periódico orientado al cumplimiento de estándares superiores a los requisitos esenciales, el plan de mejoramiento de la calidad, el sistema de información y la auditoría médica.

Después en el 2002 el sistema sufre importantes modificaciones con el Decreto 2309 que hace aportes vitales como la asignación de responsabilidades nacionales, territoriales y municipales, estableció quienes son los prestadores de servicios de salud, qué es la atención en salud y las características que ésta debe cumplir para ser considerada de calidad (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad); además incluye los

siguientes componentes: el Sistema de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, la Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

Hoy en día se encuentra vigente el Decreto 1011 de 2006 que establece el sistema y se reglamenta con una serie de anexos técnicos que obedecen a las condiciones con las cuales deben cumplir las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud, estandarizando conceptos esenciales en la prestación de los servicios de salud tales como: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. Este último debe favorecer la competencia entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento del sistema y de sus deberes y derechos.

El avance en Colombia con el SOGCS trajo como valor agregado la preocupación por el usuario y la relevancia de obtener información sobre los resultados que se consiguen en los pacientes. Este es uno de los logros más interesantes del proceso de acreditación en Salud, “...el impulso dado a los esfuerzos de las instituciones de salud en materia de la seguridad del paciente...” (Rodríguez, 2009).

Actualmente Colombia se encuentra unida a la tendencia mundial en calidad en salud, desarrollando en conjunto con otros cuatro países latinoamericanos (México, Costa Rica, Perú y Argentina) el proyecto Iberoamericano de Incidencia y Prevalencia de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados (IBEAS), el cual tiene como objetivo conocer la prevalencia de eventos adversos en nuestros países de tal forma que le permitan desarrollar metodologías comparables internacionalmente y que estas sean de fácil aplicación en nuestras instituciones, además de entrenar a grupos de evaluadores expertos en nuestras instituciones, entre otros.

Objetivos del SOGCS

- Incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención.
- Promover el mejoramiento a través de incentivos: prestigio e incentivos económicos a las instituciones que alcanzan el cumplimiento de estándares de excelencia.

Campo de aplicación

De manera obligatoria deben acogerse a la norma las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada, Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, Prestadores de Servicios de Salud Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), grupos de práctica profesional con infraestructura, profesional independiente y servicios de transporte especial de pacientes, incluidos los de Regímenes de Excepción (Magisterio y Empresa Colombiana de Petróleos).

Se exceptúan las instituciones del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional quienes se podrán acoger de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria cuando deseen prestar servicios a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, IPS o Entidades territoriales.

Características del SOGCS

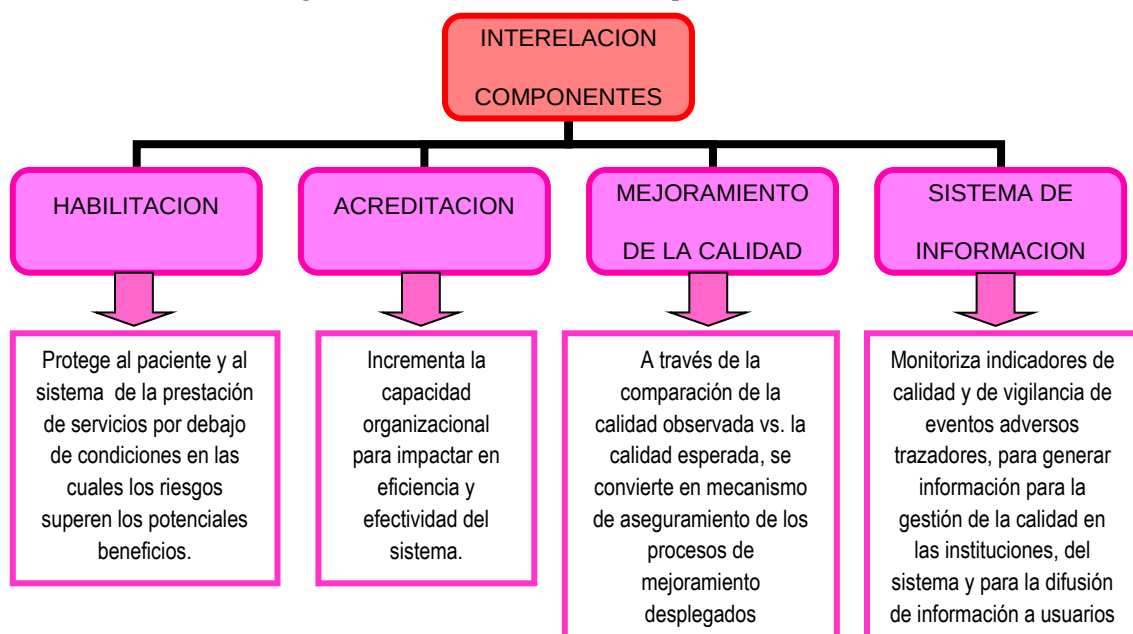
- Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.
- Oportunidad: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional.

- Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científica utilizados por la institución para minimizar el riesgo de un evento adverso.
- Pertinencia: grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con una adecuada utilización de recursos, y de acuerdo con la evidencia científica.
- Continuidad: grado en el que los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Componentes del SOGCS

1. Sistema Único de Habilitación.
2. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
3. Sistema Único de Acreditación.
4. Sistema de información para la calidad.

Figura 4. Interrelación de los componentes del SOGCS



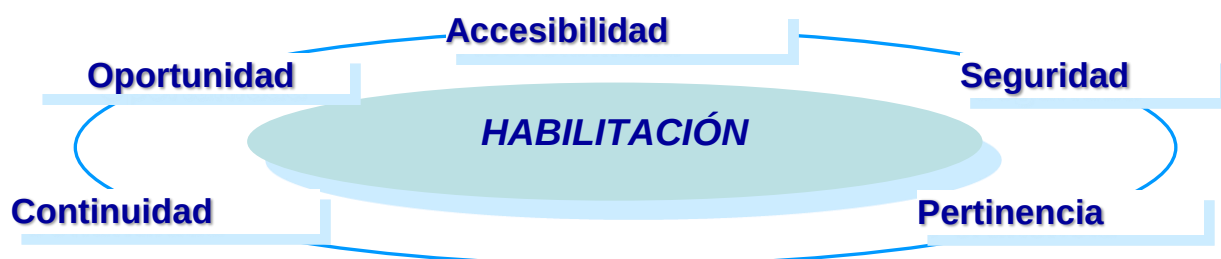
Fuente. (Lopez Mallama & Moncayo Amaya, 2010)

Sistema Único de Habilitación

Cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema único de habilitación, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

La Habilitación se basa en las características del SOGCS:

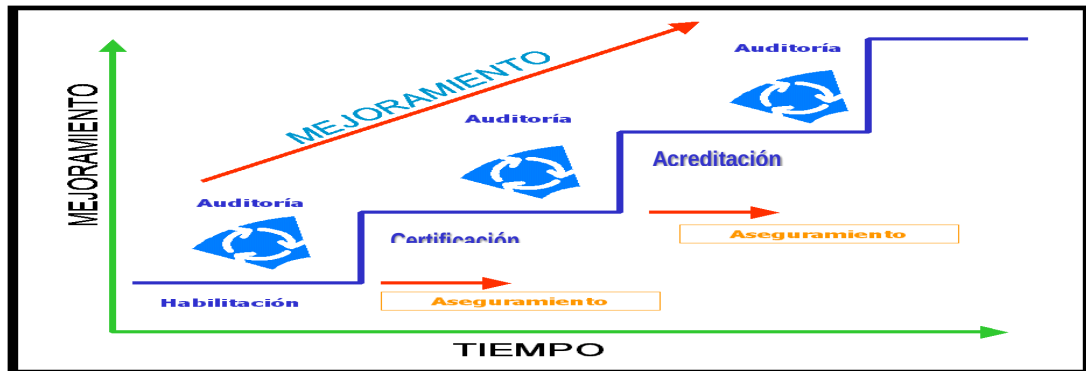
Figura 5. Características del SOGCS.



Fuente. (Lopez Mallama & Moncayo Amaya, 2010)

La HABILITACION, da la seguridad al usuario (El mínimo nivel de seguridad), que es atendido en instituciones que cumple con unos estándares definidos, los cuales son básicamente de estructura, pero orientados a procesos y dirigidos a los factores de riesgo que pudieran ocasionar efectos adversos o contraproducentes, derivados del proceso de atención. Estos estándares son iguales para todos y dinámicos en el tiempo en la medida que se irán ajustando con el fin de mantener el nivel óptimo de seguridad requerido en la atención en Salud.

Figura 6. Ruta de mejoramiento continuo para entidades de salud.



Fuente. (Lopez Mallama & Moncayo Amaya, 2010)

Las condiciones que evalúa el Sistema Único de Habilitación son:

- Capacidad Tecnológica y Científica: Evalúa las condiciones mínimas indispensables para la prestación de los servicios de salud, los nueve estándares establecidos en el anexo técnico de la resolución 2003 de 2014:
 1. Talento Humano.
 2. Infraestructura.
 3. Dotación.
 4. Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos.
 5. Procesos Prioritarios.
 6. Historia Clínica y Registros.
 7. Interdependencia.
- Suficiencia Patrimonial y Financiera: Cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, la liquidez y el cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

- Capacidad Técnico Administrativa: Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:
 1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
 2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

9.2 Mercado de Prestación de Servicios en Colombia

El sistema de salud colombiano se compone de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. Las personas que tienen una vinculación laboral pertenecen al régimen contributivo. Si el individuo es trabajador independiente, el costo de la afiliación al sistema de salud es de 12,5% del ingreso base de cotización (IBC), y este último es a su vez el 40% del ingreso mensual del afiliado. Si el individuo es trabajador dependiente, entonces debe aportar 4% del IBC a salud y la empresa reconoce el 8,5% restante. Las personas que perciben menores ingresos pertenecen al régimen subsidiado. El gobierno financia su afiliación con las contribuciones de las personas del régimen contributivo, y estos recursos son administrados por las autoridades locales. Todos los afiliados al sistema tienen el derecho de demandar cualquier servicio, procedimiento o medicamento incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Cada régimen tiene su propia red de aseguradoras conocidas como Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Las EPS deben proveer los servicios del PBS a sus afiliados siempre que estos los demanden. Para hacerlo pueden usar sus propios hospitales o subcontratar una red de prestadores de servicio conocidos como Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

La demanda de servicios médicos y su provisión se caracteriza por un sistema de incentivos y riesgo. Desde el punto de vista de la demanda, para evitar el incentivo perverso a demandar servicios innecesarios el gobierno ha fijado los copagos para los cotizantes y las cuotas moderadoras para los beneficiarios. Los cotizantes deben pagar los copagos siempre que reciban un servicio médico y los beneficiarios deben pagar las cuotas moderadoras siempre que reciban servicios médicos. Los copagos y las cuotas moderadoras son específicos al ingreso base de cotización y se actualizan anualmente con base en la inflación y en las variaciones de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La UPC es la tarifa que el gobierno le paga a las EPS por cada uno de sus afiliados dependiendo de su edad, ubicación y sexo (Carranza, Riascos, & Serna, 2015).

Desde el punto de vista de la provisión de servicios, las EPS e IPS negocian contratos de largo plazo de forma bilateral, escogiendo el contrato de un menú fijo que determina la ley. El que sean fijos significa que las partes no pueden negociar formas de pago distintas a las que establece la ley. Cada contrato genera incentivos y riesgos distintos. El decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) determina tres tipos fijos de contratos entre aseguradores y prestadores: capitación, pago por servicio y pago por diagnóstico.

En el contrato de capitación, la EPS realiza un pago prospectivo por cada afiliado que recibe un servicio en la IPS durante un periodo determinado. La capitación varía entre afiliados pero no entre servicios y no tiene en cuenta las características clínicas de los usuarios. Por esta razón, hay un costo para la IPS bajo este contrato que es el de asumir todo el riesgo financiero y de salud; y un beneficio social que es el incentivo de la IPS a curar rápidamente a sus pacientes para evitar readmisiones y costos adicionales que la EPS no le va a reconocer. Debido al riesgo financiero que asume el prestador en la capitación, este contrato es prohibitivo para las IPS pequeñas que probablemente no pueden soportar los sobrecostos de las readmisiones o de los pacientes con enfermedades de larga duración (Carranza, Riascos, & Serna, 2015).

En el contrato de pago por servicio, la EPS paga retrospectivamente por cada uno de los servicios, procedimientos, o medicamentos que provea la IPS a sus afiliados durante un periodo determinado. Las tarifas por servicio incluyen el costo de los insumos y otros cargos médicos que especifique el proveedor. En este caso, el riesgo financiero y de salud lo asume la EPS, pero el incentivo de la IPS es el de proveer servicios innecesarios o diagnosticar mal a sus pacientes para incrementar el valor de las facturas que le cobra a la aseguradora (Carranza, Riascos, & Serna, 2015).

Los contratos de pago por diagnóstico consisten en un pago fijo por grupo relacionado de diagnóstico (GRD). Este pago es prospectivo en el sentido de que no varía entre los servicios

que se incluyen dentro de un diagnóstico y retrospectivo en el sentido de que varía entre diagnósticos. En este caso la EPS e IPS comparten de forma más equitativa el riesgo financiero y de salud comparado con la capitación y el pago por servicio (Carranza, Riascos, & Serna, 2015).

9.3 Análisis Financiero de una IPS de Cali 2012 - 2016

Las dificultades financieras que afronta el sistema de salud en Colombia son de una gran magnitud a pesar de la gran cantidad de recursos económicos que actualmente posee.

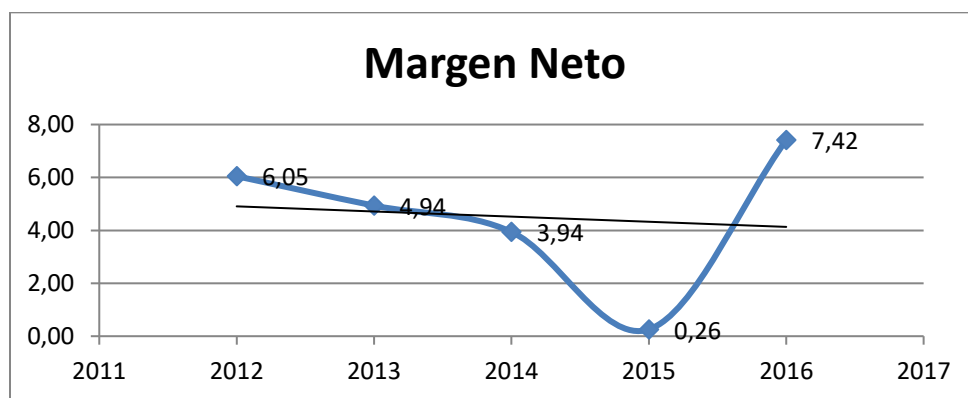
Se espera que el análisis de los indicadores financieros propuestos, para la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali, sirvan para sacar conclusiones que orienten en la formulación de propuestas que sean útiles para demostrar si los cambios en la normatividad vigente del Sistema Único de Habilitación como respuesta a la implementación de la Política Nacional de Prestación de Servicios impactan en la situación financiera de los prestadores, o si por el contrario se debe a otros factores.

Indicadores de Rentabilidad

Los indicadores de rentabilidad sirven para medir la efectividad de la administración de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali, para controlar los costos y gastos y de esa manera convertir las ventas en utilidad.

Margen Neto. Este indicador nos dice cuanto generó de utilidad neta cada peso vendido en un periodo dado.

Figura 7. Margen Neto

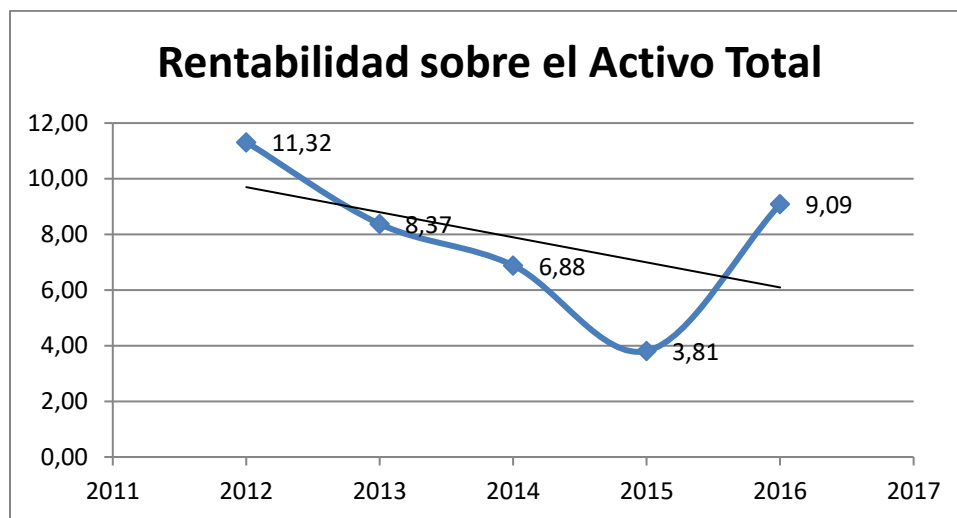


Fuente: Elaboración Propia.

La IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali tuvo resultados de tendencia negativa desde el año 2012 al 2015, teniendo su situación más crítica en el 2015 donde fue de 0.26% el margen neto de utilidades. Este fenómeno se relaciona con la aparición de la Resolución 2003 de 2014, donde se modifican los estándares de habilitación y se tiene que hacer un plan de cumplimiento para continuar en funcionamiento. En el 2016 el margen neto de utilidad se recuperó presentando un resultado de 7.4%.

Rentabilidad Sobre el Activo Total. Indica la rentabilidad de inversión total, tanto capital propio como deuda, en un periodo determinado. Se aplica para determinar el porcentaje de utilidad obtenido sobre el total de activos. Esta razón muestra el grado de eficiencia de la administración de la IPS.

Figura 8. Rentabilidad sobre el Activo Total



Fuente: Elaboración Propia.

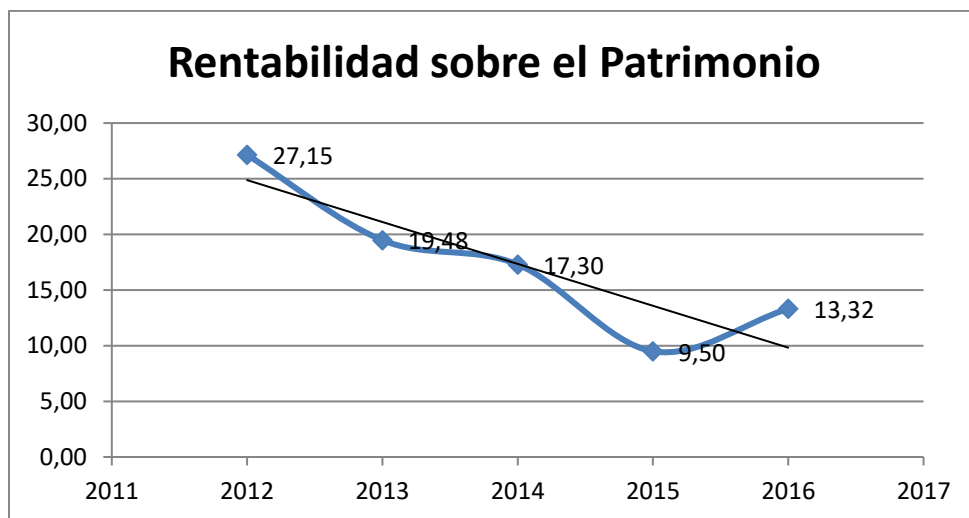
Durante los años 2012 a 2015 la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali tuvo resultados con tendencia decreciente en su Rentabilidad sobre el Activo Total.

La IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali tuvo una recuperación sorprendente el año 2016, pues pasó de haber tenido un resultado de 3.81% el año anterior a un resultado de 9.09%.

Si la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali hizo rendir sus activos en los años 2016 se debió a una mayor eficiencia en su proceso productivo. La eficiencia es el buen manejo de los recursos en la actividad de la IPS reflejado en los ingresos.

Rentabilidad sobre el Patrimonio. Muestra la Rentabilidad de la inversión de los dueños de la IPS. Determina el porcentaje de utilidad de los aportes de los socios en un periodo contable y la proporción en que se recupera el capital invertido.

Figura 9. Rentabilidad sobre el Patrimonio



Fuente: Elaboración Propia.

Durante los años 2012 a 2015 la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali tuvo resultados con tendencia decreciente en su Rentabilidad sobre el Patrimonio. El año 2015 presento su rentabilidad más baja, fue el año donde el patrimonio poco incidía en la generación de ingresos.

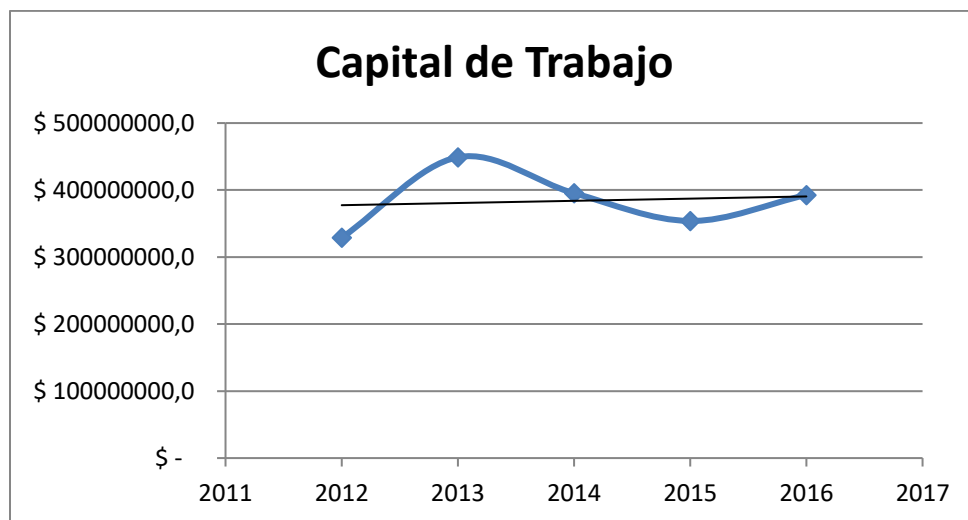
La IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali se recupera en el año siguiente, mostrando un ascenso positivo en el 2016, pasando de 9.5% a 13.32%

Indicadores de Liquidez

Los indicadores de liquidez sirven para evaluar la capacidad de la empresa para satisfacer sus obligaciones a corto plazo. Implica, por tanto, la habilidad para convertir activos en efectivo. Además, identifican desviaciones para la toma de decisiones, siendo más objetiva su medición cuando se le compara con datos históricos.

Capital de Trabajo. Recurso de que dispone un negocio para cancelar su pasivo a corto plazo.

Figura 10. Capital de Trabajo



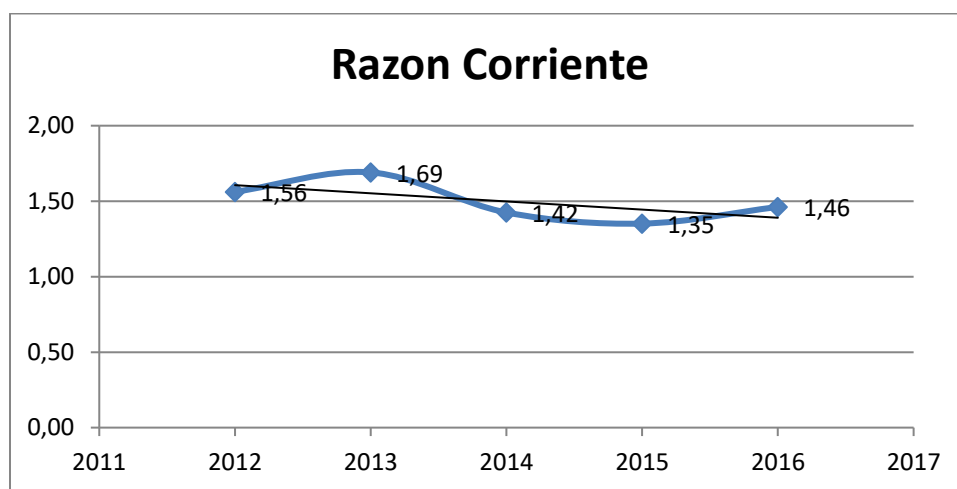
Fuente: Elaboración Propia.

El capital de trabajo ha fluctuado en el periodo de estudio, mostrando un incremento en el 2013, y un descenso por dos años consecutivos 2014 y 2015. En el 2016 sufre una recuperación.

Este indicador nos muestra en términos absolutos cuanto del activo corriente ha sido financiado con recursos de corto plazo (Pasivo corriente). Este capital neto de trabajo positivo facilita a la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali un mayor respiro en el manejo de su liquidez.

Razón Corriente. La Razón Corriente indica la capacidad que tiene la empresa para cumplir con sus obligaciones financieras, deudas o pasivos a corto plazo. Es decir, indica por cada peso que debe la empresa, cuántos tiene para pagar o respaldar esa deuda. La razón corriente establece el número de veces que puede pagarse la deuda y se obtiene con la fórmula Activos corrientes/Pasivos corrientes.

Figura 11. Razón Corriente



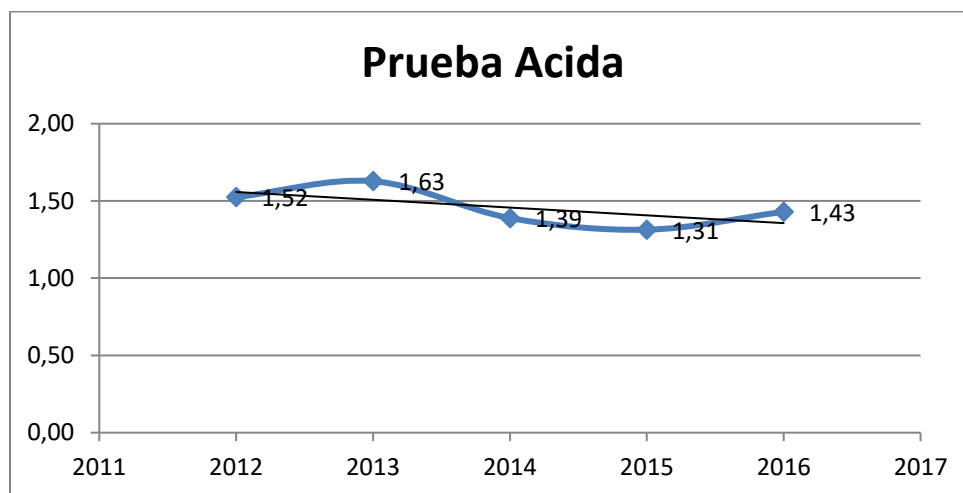
Fuente: Elaboración Propia.

Según los resultados de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali para los años 2012 a 2015 muestra una tendencia decreciente, recuperándose en el 2016, sin llegar a su mejor año de desempeño que fue en el 2013 con 1.69. Estos resultados indican cuantos pesos tiene la empresa en su activo corriente para cubrir cada peso que debe en el corto plazo (Pasivo Corriente).

De este indicado podemos decir que entre más alto sea, mejor será para la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali y puede empezar a considerar bueno con una relación 1 a 1. En el año 2013 fue cuando la IPS estuvo en mejor capacidad de pagar sus deudas.

Prueba Ácida. Indica el número de veces que puede pagarse la deuda, pero descontando los inventarios de los activos corrientes. En este caso la empresa no puede utilizar sus inventarios, vendiéndolos o negociándolos, para cumplir sus obligaciones. La fórmula utilizada para obtener la Razón Rápida o prueba acida es $\text{Activos corrientes} - \text{Inventarios} / \text{Pasivos corrientes}$.

Figura 12. Prueba Acida



Fuente: Elaboración Propia.

La razón rápida de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali no difiere mucho de la razón corriente, indicador visto en el apartado anterior. La capacidad de pago de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali para los años 2012 a 2016, utilizando la prueba ácida, se encuentra en promedio en 1,46 veces. La capacidad de pago en promedio, utilizando la razón corriente, se encuentra en 1.50 veces. Utilizando o no utilizando los inventarios, la IPS de mediana complejidad de ayudas

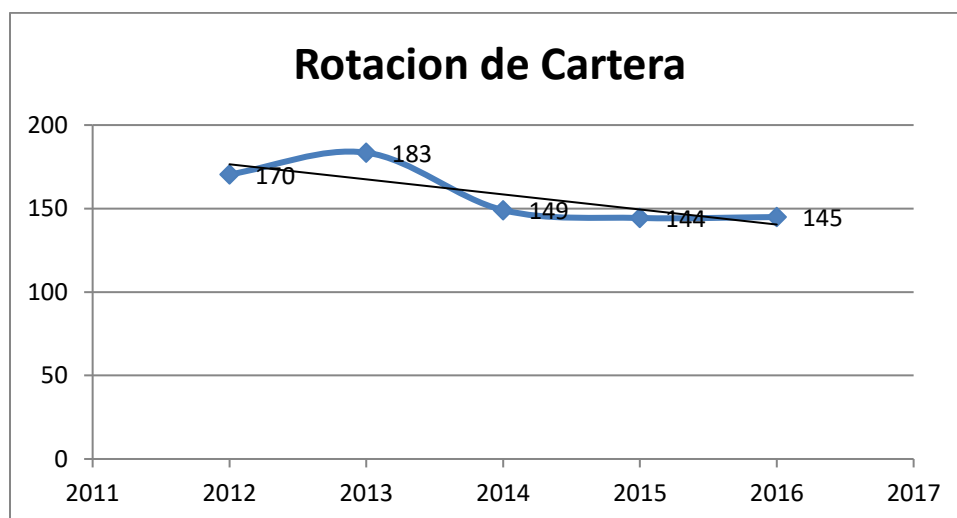
diagnosticas de la ciudad de Cali no se vería en dificultades si tuviese que cancelar sus pasivos corrientes.

Indicadores de Actividad

Estos indicadores lo que hacen es tratar de medir la eficiencia con la cual una empresa utiliza sus activos, según la velocidad de recuperación de los valores aplicado en ellos. Lo anterior surge de un principio elemental en el campo de las finanzas, el cual dice que todos los activos de una empresa deben contribuir al máximo en el logro de los objetivos financieros de la misma (Universidad Libre). En otras palabras se trata de producir los más altos resultados con el mínimo de inversión.

Rotación de Cartera. Este indicador establece el número de veces que giran las cuentas por cobrar en un periodo determinado de tiempo, generalmente un año. La fórmula utilizada es:
$$\text{Rotación de Cartera} = \text{Cuentas x Cobrar a clientes} / \text{Ventas} \times 360 \text{ días.}$$

Figura 13. Rotación de Cartera



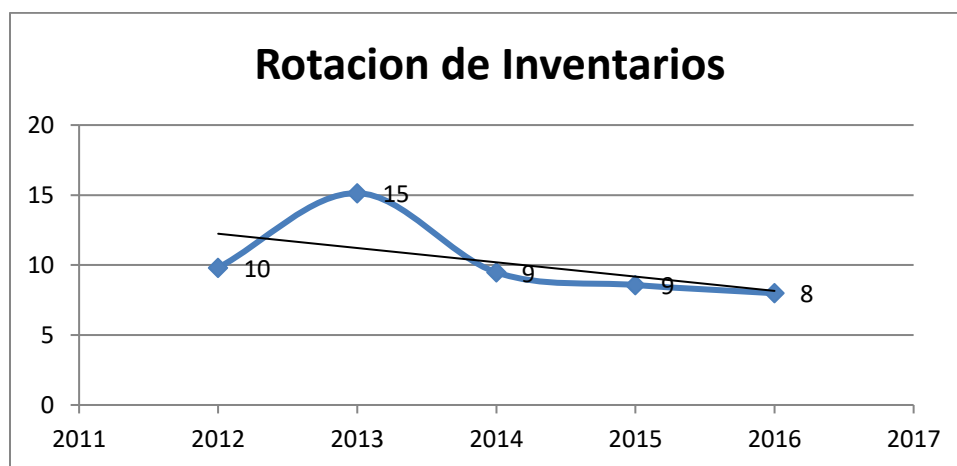
Fuente: Elaboración Propia.

Las edades de recuperación de cartera establece que entre menos sea el indicador mejor será para la empresa, ya que está recuperando rápidamente su inversión y minimiza el riesgo de iliquidez o de la necesidad de financiarse con fuentes externas.

En caso de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali, tiene un promedio de 158 días en el periodo estudiado, 5 meses para recaudar los servicios prestados a las ERP. La principal consecuencia de la coordinación entre venta a crédito y recaudo es la disminución de los días de la recuperación de cartera. Este indicador nos muestra el comportamiento del proceso de cobranzas.

Rotación de Inventario. Para las empresas de servicios, los inventarios representa sencillamente el costo de los insumos. Indica la rapidez para efectuar las ventas en una empresa, se aplica para determinar la eficiencia de las ventas y para presupuestar las compras, con el fin de controlar y evitar el almacenamiento de insumos de poca rotación. Se calcula: $\text{Rotación de Inventario} = \text{Inventario Total} / \text{Costo de Venta} \times 360 \text{ días}$.

Figura 14. Rotación de Inventarios



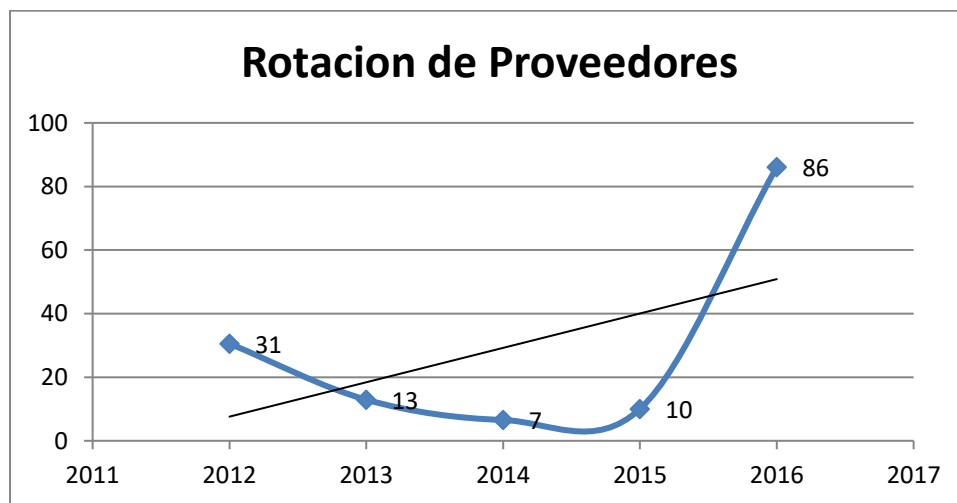
Fuente: Elaboración Propia.

Según estos resultados, en el año 2012 el inventario roto cada 10 días en un año, en el año 2013 se incrementó a 15 días en un año, en el año 2014 y 2015 disminuyó a 9 días en un año

y en el 2016 roto 8 días en un año. Para este indicador entre menor sea mejor será para la compañía, quiere decir que a mayor rapidez de rotación menor almacenamiento. Por la características de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali su stock de inventario es lo necesario para el funcionamiento y se establecen consumos promedios para aumentar su velocidad de rotación.

Rotación Proveedores. Este índice es importante en el estudio de liquidez puesto que sirve para conocer el modo como se está manejando el crédito con los proveedores. Se calcula: $\text{Rotación de proveedores} = \text{Cuentas a pagar a proveedores} / \text{Costo de Venta} \times 360 \text{ días}$.

Figura 15. Rotación de Proveedores



Fuente: Elaboración Propia.

El comportamiento con los proveedores ha mejorado en el periodo de estudio, inicio en el 2012 con 31 días, disminuyendo durante el 2013 al 2015, y en el año 2016 se recuperó a 86 días. A mayor sea la rotación mejor será para la empresa, es una buena fuente financiación si se tiene en cuenta la rotación de cartera.

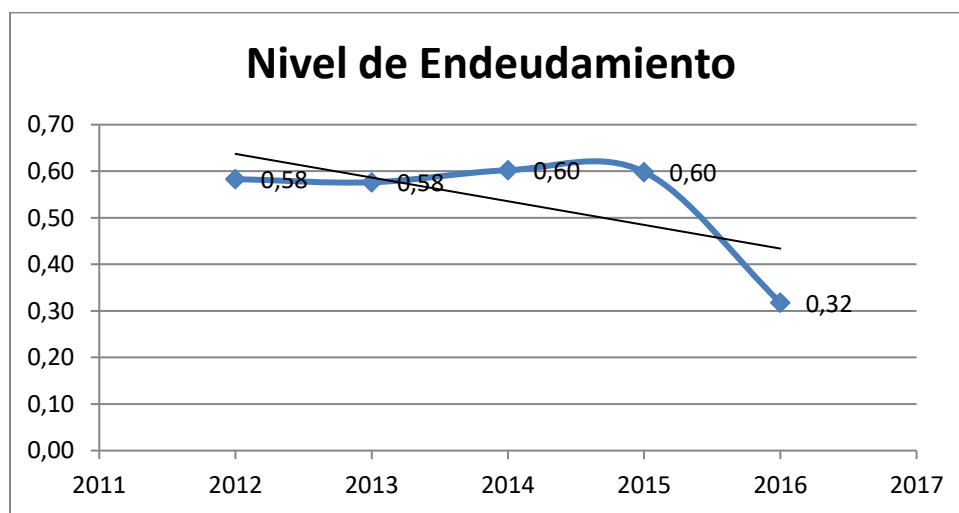
En el año 2015 se fijaron políticas de compras a crédito con los proveedores para aumentar sus días de plazo para pago, como estrategia para recuperar la liquidez, después de la reforma al SGSSS del 2014.

Indicadores de Endeudamiento

Los indicadores de endeudamiento tienen por objeto medir en qué grado y de qué forma participan los acreedores dentro del financiamiento de la empresa. De la misma manera se trata de establecer el riesgo que corren tales acreedores, los dueños y la conveniencia o inconveniencia de un determinado nivel de endeudamiento para la empresa.

Nivel de Endeudamiento. Se calcula: $\text{Nivel de endeudamiento} = \text{Total Pasivo} / \text{Total Activo}$. Este indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la empresa.

Figura 16. Nivel de Endeudamiento



Fuente: Elaboración Propia.

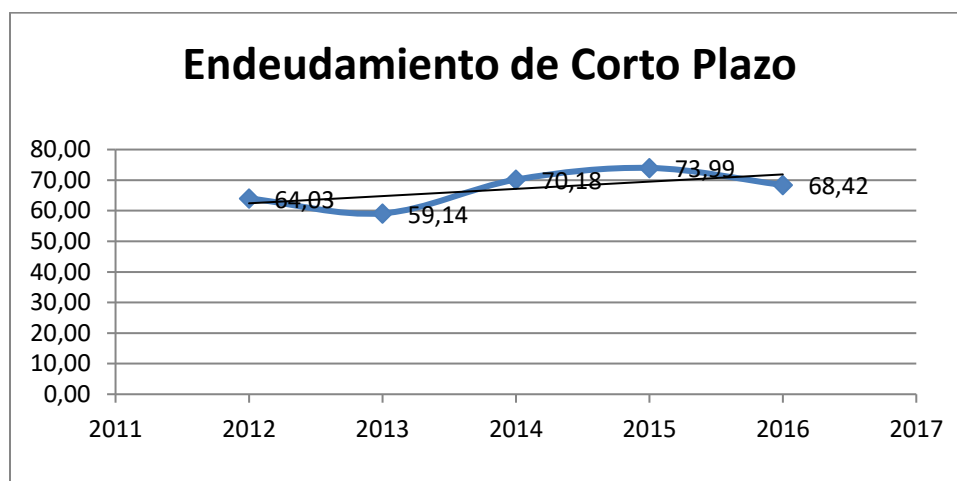
El nivel de endeudamiento de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali se ha mantenido entre el 2012 y el 2015 en aproximadamente en 0.60, indicando que el 60% del total de la inversión ha sido financiada con recursos de terceros.

En el 2016 el endeudamiento disminuyó a 0.32, indicando que el 32% del total de la inversión (activos totales) ha sido financiada con deuda.

Se puede deducir que la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnósticas de la ciudad de Cali depende de los acreedores para realizar sus actividades. Siendo así las cosas, en el caso de que, por alguna razón, incumpla sus compromisos con los acreedores, la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnósticas de la ciudad de Cali corre el riesgo de que estos le frenen los servicios impidiendo su funcionamiento. Otra interpretación es que la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnósticas de la ciudad de Cali debe endeudarse con los proveedores para poder mantener el incremento de su capacidad productiva y responder a una demanda creciente de sus usuarios.

Endeudamiento de Corto Plazo. Se calcula: $\text{Endeudamiento de corto plazo} = \frac{\text{Pasivo Corriente}}{\text{Activo Corriente}} \times 100$. Este indicador nos muestra la concentración de la deuda en el corto plazo. Menos de un año.

Figura 17. Endeudamiento de Corto Plazo



Fuente: Elaboración Propia.

En el periodo estudiado, la deuda de corto plazo o menor a un año, ha oscilado entre el 64% y el 73%. Esto significa que el 70% de la operación de la IPS se realiza a través de entidades

financieras. La IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali solo tiene la capacidad del 30% para cubrir los costos operativos, gastos e inversiones.

Con este panorama la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali no tiene capacidad para cubrir por sí mismo costos operativos, gastos e inversiones. De otro lado, la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali corre el riesgo de incumplir a sus acreedores por insolvencia o iliquidez, teniendo en cuenta su rotación de cartera. La IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali corre el riesgo no sólo de incumplir a sus acreedores sino de cerrar por insolvencia o iliquidez.

El análisis de las razones financieras expuestas anteriormente de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali revela una situación de precaución donde se evidencia que la situación de endeudamiento es riesgosa, por la tendencia de endeudamiento en el corto plazo creciente y sostenido. Esta situación de endeudamiento se ve reflejada en el indicador de deuda del 70% lo cual está lejos del nivel óptimo recomendado ortodoxamente en la literatura financiera del 45-55% (Rodriguez Galvis, 2016).

La rotación de cartera a más de 150 días demuestra claramente el problema de retención de dineros por parte de las ERP que padece la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali. Si esta recibiera los dineros que le corresponden, podría pagar sus obligaciones y llevarlas a niveles normales de trabajo, lo cual le permitiría funcionar en niveles óptimos. En las actuales circunstancias los compromisos que tiene le generan intereses por las obligaciones financieras contraídas de corto plazo y esto obviamente incide en sus ganancias. La IPS de mediana complejidad de ayudas diagnosticas de la ciudad de Cali compensa su rotación de cartera aplicando políticas de reducción de costos y austeridad para mejorar la eficiencia de su operación.

9.4 Reflexiones Finales Sobre Las Políticas Públicas de Calidad En Salud

La reforma del sector en la década de los noventa, que creó el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) mediante la ley 100 de 1993, contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población.

En un sistema de salud basado en el aseguramiento como el SGSSS, pluralista con participación pública y privada, que opera bajo principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios, la calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios (Kerguelen Botero, 2008). La generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población, ha estado presente de la reforma desde su concepción.

La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana (Kerguelen Botero, 2008).

Esta Calidad en la Atención no se podría lograr sin la articulación de los componentes del SOGCS, que buscaban finalmente generar incentivos (económicos, de prestigio, legales y éticos) que estimularan la competencia por calidad. Pero este objetivo impacta en otros factores inherentes a cualquier sistema de provisión de servicios en un contexto social, factores tales como su repercusión directa sobre el Estado de Bienestar de una comunidad dada y el volumen de recursos (financieros y humanos) que el mismo sector moviliza frente a un objetivo social.

Los incentivos vienen permeados desde políticas internacionales enmarcadas en el neoliberalismo, creando y modificando políticas que reduzcan la participación del Estado,

privatizando progresivamente las entidades estatales en busca de una mejor eficiencia y eficacia de las instituciones.

El nuevo modelo de desarrollo económico en el país planteado en los años 90, ha intentado incluir la política social en la agenda de los gobiernos como el derecho a la salud y la afiliación al sistema, disminución de la pobreza, la provisión de agua potable, la vivienda, entre otros, en busca de mejorar las condiciones del bienestar de la población (Molina Marin & Cabrera Arana, 2008).

El redireccionamiento de las políticas públicas en salud en nuestro país, cambian la visión de la salud ya no como un acto de beneficencia del Estado hacia el ciudadano consumidor, sino como un derecho inalienable de ese ciudadano, el cual ya no está atado a la decisión unilateral de un actor de lo que es o no conveniente brindarle, en qué cantidad y en qué nivel de desempeño (Kerguelen Botero, 2008).

Teniendo en cuenta lo anterior, se debe considerar reflexionar y analizar políticas pensadas en el bienestar de los Colombianos, no solo de las personas naturales sino las jurídicas quienes como actores del sistema de salud tienen intereses individuales que tienen que confluir en el bien común.

Los usuarios buscan una atención de calidad y un tratamiento eficaz de su enfermedad, pero los prestadores de servicios de salud ven en la enfermedad su negocio, y deben utilizarla para producir rentabilidad económica sin pensar que la salud lo único que debe producir es rentabilidad social y bienestar para la población.

A esta dinámica comercial se le suman los intermediarios del sistema de salud, quienes juegan un papel transaccional administrando los recursos del sistema, y que en su papel de moduladores de los factores de producción desconocen las necesidades de los demás actores, por encima de los intereses de los enfermos, los prestadores de los servicios y la población en general incluyendo a los trabajadores de la salud.

Como el SGSSS hace parte del modelo neoliberal ha centrado todo su accionar en el mercado, realizando intercambios humanos sujetos a la oferta y demanda de los agentes. El mercado de los servicios de salud confirma la existencia de un intercambio de servicios entre las personas que necesitan estar sanas y los ofertantes que prestan los servicios que dichas personas demandan (Franco Giraldo, 2014).

Las repercusiones del mercado de los servicios de salud dentro del sistema de salud Colombiano desde el punto de vista financiero han impactado a los prestadores de servicios de salud en su flujo de caja, a los trabajadores de la salud en bajos ingresos e inestabilidad laboral y a los pacientes en su carga de la enfermedad. Es por esta razón que la administración pública en las sociedades contemporáneas se enfrenta hoy a ser transformada por una nueva racionalidad que fue definida, por diversos autores como una nueva gestión pública (NGP), que pretende tomar distancia de la racionalidad burocrática, e incluir las buenas prácticas de las empresas privadas a la administración pública, en pro conseguir la eficiencia de los procesos de las instituciones.

10. CONCLUSIONES

- La Política de Calidad en Salud ajusta la calidad en la prestación de servicios a través de los requisitos de habilitación, donde cada vez son más exigentes con los prestadores sin tener en cuenta sus estructuras financieras.
- En Colombia no existe una regulación de tarifas por ventas de servicios de salud por parte del Estado, produciendo que la posición dominante, en este caso las ERP, coloquen las condiciones de mercado a los prestadores.
- En Colombia en la actualidad se transa con el Manual Tarifario ISS 2001, donde las tarifas se encuentran por debajo de los costos reales de producción, conllevando a que los prestadores se apalanquen en las formas de contratación y en los honorarios de sus colaboradores.
- La rotación de la cartera a cinco meses, no permite que el prestador pueda proyectar planes futuros de crecimiento, debido a la incertidumbre de pagos de las ERP, además, no puede comprometerse con la cancelación de deudas a sus proveedores, por la pérdida de confianza que se generó.
- El Estado es el garante de los servicios de salud que por su naturaleza solidaria, niega la rentabilidad y por tanto este servicio no puede verse como un negocio, en el que se benefician unos pocos a costa de la salud de la mayoría de la población.
- La NGP como filosofía e instrumento de gestión que se introduce en el Sistema de Salud Colombiano, está lejos de producir los resultados y las bondades que en abstracto se espera de ella. Esto se explica, por la fricción que se genera por un lado entre la concepción de la salud como derecho o como mercancía, y por otro lado, la concepción de usuario versus cliente. Además, hay que tener en cuenta que la salud es un bien público de primera generación, lo que impide que se excluyan a los usuarios de este servicio y se restrinja el ánimo de lucro y de la rentabilidad.
- La calidad en la prestación de los servicios de salud está siendo cuestionada constantemente por las dificultades que tienen los usuarios de los servicios en los momentos de verdad pues tienen limitaciones de acceso a los servicios que se traducen

en largas colas para conseguir citas con medicina general o especializada, y en la continuidad del tratamiento al no obtener medicamentos y/o autorizaciones de servicios para procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

- Tras contextualizar la situación de los Prestadores de Servicios de salud en Colombia después de la aplicación de la Ley 100 de 1993, se puede concluir que dicho proceso ha implicado desafíos Institucionales. Esto se debe a que la intermediación de la que es objeto la prestación del servicio hace que se presenten distorsiones en términos de la asignación de responsabilidades. El sistema de salud está atravesado por tres interrelaciones principales, entre una lógica técnica y política, entre la responsabilidad del estado y del mercado, y entre la experiencia de la persona como ciudadano, y como usuario.
- Las EPS prefieren un contrato en el que logren ceder parte del riesgo financiero y de salud a la IPS como lo es la capitación cuando se trata de usuarios riesgosos (por ejemplo aquellos con una alta probabilidad de padecer enfermedades de larga duración o los pacientes de la tercera edad), mientras que la IPS prefiere un contrato donde la EPS asuma todo el riesgo como lo es el pago por servicio. Los incentivos opuestos del asegurador y el prestador tienen efectos sobre la salud de los pacientes. Dependiendo del tipo de contrato que resulte de la negociación entre las partes, el proveedor tendrá incentivos a ejercer esfuerzo por atender a sus pacientes o no.
- A las cuentas por cobrar se debe prestar atención a la provisión de las deudas de dudoso recaudo, esta provisión disminuye en el balance las cuentas por cobrar.
- El sistema de seguridad social en salud actualmente está basado en las leyes del mercado, la productividad y la rentabilidad económica, y no por un sistema basado en la rentabilidad social, la justicia social y la equidad, y es allí donde entra en juego el papel de las políticas públicas y de la Ética social de los actores comprometidos en diferentes niveles y ramas del sector público.

11. RECOMENDACIONES

- La formulación de las Políticas de Salud o sus reformas deberían tener en cuenta a los agentes económicos del sistema de salud, y proyectar el impacto futuro de esas decisiones a los más débiles del encadenamiento productivo del sector.
- El gobierno Colombiano debería regular las relaciones comerciales entre las ERP y los prestadores de servicios con tarifas competitivas que no solo favorezcan a la posición dominante.
- Los modelos de contratación del personal de la salud deben ser regulados por el Estado, sin permitir que se exploten, y vigilar que sean formales y los empleadores realicen los aportes al SGSS.
- El Estado y sus instituciones deben garantizar la prestación de los servicios de salud a la población que los necesite, asegurando el flujo de recursos del sistema de salud entre los actores, permitiendo que llegue a la base que son los prestadores de servicios de salud.
- El Ministerio de Salud y Protección Social debería hacer seguimiento, monitoreo y evaluación de la contratación y tarifas en salud asociadas a la calidad de la atención, debido a que se ha visto en el país un desbalance entre las diferentes IPS que según su complejidad, unas son fuertes a nivel financiero pero no son coherentes con la parte misional y de apoyo, donde se ve comprometida la calidad en la prestación del servicio de salud.
- Con base al trabajo de investigación llevado a cabo, se recomienda la implementación de un sistema de información integral para mejorar la toma oportuna de decisiones de manera que potencialice la efectividad en la gestión operacional e institucional de la IPS de mediana complejidad de ayudas diagnósticas de la ciudad de Cali.
- Los Sistemas de Gestión de Calidad en Salud mediante la aplicación de herramientas tecnológicas, deben orientarse hacia un modelo de salud basado en redes integradas que compartan un sistema de información transversal que permita el fortalecimiento de los programas de políticas públicas en el sector.

- El modelo de atención de medicina primaria o familiar se basa en la prevención, disminuyendo la carga de enfermedad de la población. Con la maduración del modelo la dinámica del mercado cambiara su incentivo, de pago por actividad a pago por resultados de salud.
- Como ninguna empresa está exenta de perder el valor de algunas de sus cuentas, se requiere de una atención cuidadosa en el otorgamiento de créditos y las escogencia de sus clientes. Es recomendable que la empresa genera la provisión para este efecto.
- Finalmente, el gremio de los prestadores de servicios de salud deben realizar gestiones ante el gobierno para que intervenga y corrija como fluyen los recursos del sistema de salud haciendo los ajustes que se requieran con respecto a las obligaciones de las ERP y las IPS en cuanto a los pagos.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghon, G., Alburquerque, F., & Cortes, P. (2001). *Desarrollo Economico local y Descentralizacion en America Latina: Analisis Comparativo*. Santiago de Chile: CEPAL / GTZ.
- Agudelo Calderon, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martinez, R. (2011). *Sistema de Salud en Colombia: 20 Años de Logros y Problemas*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
- Arias Contreras, A. R. (Marzo de 2014). IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 100 EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO ANALIZADO DESDE EL ENFOQUE NEOINSTITUCIONAL: 20 AÑOS DE AVANCES Y PROBLEMATICAS COYUNTURALES. *Econografos Escuela de Adminitracion de Empresas y Contaduria Publica*(9), 2-28.
- Asociacion Colombiana de Hospitales y Clinicas. (2015). *ENCUESTA SOBRE EL IMPACTO DE LA PROBLEMÁTICA DEL FLUJO DE RECURSOS EN LAS IPS*. Bogota: ACHC.
- Bardey, D., & Castaño, R. (2007). La Regulacion de arifas en el Sector de la Salud en Colombia. *Revista de Economia Institucional*, 9(17), 347-357.
- Bernal, O., & Gutierrez, C. (2012). *La Salud en Colombia. Logros, Retos y Recomendaciones*. Bogota: Universidad de los Andes.
- Bernard, C. (1959). El Ambiente de la Decision. En C. Bernard, *Las Funciones de los Elementos Dirigentes* (págs. 213-227). Madrid: Instituto de Estudios Politicos.
- Carranza, J. E., Riascos, A., & Serna, N. (2015). Poder de mercado, contratos y resultados de salud en el Sistema de Salud Colombiano. *Borradores de Economia*, 918, 1-55.
- Constitucion Politica. (20 de Julio de 1991). *Constitucion Politica de Colombia*. Bogota, Colombia: Asamblea Nacional Constituyente del Pueblo de Colombia.
- Decreto 1011 de 2006. (s.f.). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogota, Colombia: Ministerio de la Proteccion Social de la Republica de Colombia.
- Decreto 19 de 2012. (s.f.). Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y tramites innecesarios existente en la Administracion Publica. Bogota, Colombia: Departamento Administrativo de la Funcion Publica de la Republia de Colombia.
- Decreto 2174 de 1996. (s.f.). Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Bogota, Colombia: Ministerio de Salud de la Republica de Colombia.

- Decreto 2309 de 2002. (s.f.). Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Bogota, Colombia: Ministerio de Salud de la Republica de Colombia.
- Decreto 780 de 2016. (s.f.). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Proteccion Social. Bogota, Colombia: Ministerio de Salud y Porteccion Social de la Republica de Colombia.
- Departamento Nacional de Planeacion. (2017). *Orientaciones para la programacion y ejecucion de los recursos del Sistema General de Participaciones*. Bogota: Departamento Nacional de Planeacion.
- Documento CONPES 3446. (s.f.). LINEAMIENTOS PARA UNA POLÍTICA NACIONAL DE LA CALIDAD. Bogota, Colombia: Departamento Nacional de Planeacion de la Republica de Colombia.
- Franco Giraldo, A. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Revista Faculta Nacional de Salud Publica Universidad de Antioquia*, 95-107.
- Garcia Sanchez, I. M. (2007). La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias. *Presupuesto y Gasto Publico*, 37-64.
- Garcia Sanchez, I. M. (Mayo de 2007). La Nueva Gestion Publica: Evolucion y Tendencias. España: Universidad de Salamanca.
- Gomez de Leon, P., Ruelas Barajas, E., & Heidemann, E. (2001). *Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos encargados de la Operacion del SOGC para las IPS*. Bogota: Ministerio de de Salud Republica de Colombia.
- Hernandez Pabon, H. (2002). Nueva Gestion Publica. Bogota, Colombia: Departamento Administrativo de la Funcion Publica.
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 69, 3-19.
- Jimenez Esguerra, N. C. (2013). *Analisis del Sistema de Salud Colombiano desde la Perspectiva de la Nueva Gestion Publica*. Bogota, Colombia: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.
- Kerguelen Botero, C. A. (2008). *Calidad en Salud en Colombia. Los Principios*. Bogota: Scripto Ltda.
- Ley 100 de 1993. (s.f.). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogota, Colombia: Congreso de la Republica de Colombia.
- Ley 1122 de 2007. (s.f.). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud . Bogota, Colombia: Congreso de la Republica de Colombia.

- Ley 1438 de 2011. (s.f.). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social. Bogota, Colombia: Congreso de la Republica de Colombia.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015. (s.f.). POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. Bogota, Colombia: Congreso de la Republica de Colombia.
- Lopez Mallama, O. M., & Moncayo Amaya, M. M. (2010). Establecimiento de una linea base de cultura de seguridad del paciente a partir de Habilitacion y Acreditacion. Palmira: Universidad del Valle.
- Luengas Amaya, S. (2009). *Seguridad del Paciente: Un Modelo para el Control Sistemático de los Riesgos en la Atención en Salud*. Bogota: Gente Nueva Editorial Ltda.
- Maldonado, N., & Tamayo, A. (2007). *Estudio Integral de Eficiencia de los Hospitales Públicos*. Bogota: Departamento Nacional de Planeacion.
- Ministerio de la Proteccion Social Republica de Colombia. (Noviembre de 2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogota, Colombia: Ministerio de la Proteccion Social Republica de Colombia.
- Molina Marin, G., & Cabrera Arana, G. A. (2008). *Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis*. Medellin: Universidad de Antioquia.
- Naranjo Gomez, C. B. (Enero de 2006). El Proceso Socio Político de la Política Pública de Salud para la Atención a la Población Desplazada en Colombia 1997 - 2006. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
- Pereira Arana, M. I. (26 de Noviembre de 2007). *Instituto de Investigacion y Debate sobre Gobernanza*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2017, de <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-276.html>
- Política de Prestación de Servicios de Salud. (Noviembre de 2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogota, Colombia: Ministerio de la Proteccion Social de la Republica de Colombia.
- Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the Public Sector*. New York: Oxford University.
- Pulido Porras, L. A. (Diciembre de 2016). Recomendaciones de la OCDE al Sistema de Salud en Colombia. (S. N. Salud, Ed.) *Monitor Estratégico*(10), 6-15.
- Resolucion 1043 de 2006. (s.f.). Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. Bogota, Colombia: Ministerio de la Proteccion Social de la Republica de Colombia.

- Resolucion 123 de 2012. (s.f.). Por la cual se modifica el articulo 2 de la Resolucion 1445 de 2006. Bogota, Colombia: Ministerio de Salud y Proteccion Social de la Republica de Colombia.
- Resolucion 1445 de 2006. (s.f.). Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogota, Colombia: Ministerio de la Proteccion Social de la Republica de Colombia.
- Resolucion 1446 de 2006. (s.f.). Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad. Bogota, Colombia: Ministerio de la Proteccion Social de la Republica de Colombia.
- Resolucion 2003 de 2014. (s.f.). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud. Bogota, Colombia: Ministerio de Salud y Proteccion Social de la Republica de Colombia.
- Rodriguez Galvis, H. (2016). *Estudio de los Factores Determinantes de la Situacion Financiera Deficitaria de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema de Salud Colombiano. Caso Fundacion Hospital San Jose de Buga*. Cali: Universidad del Valle.
- Rodriguez, C. E. (Junio de 2009). Acreditacion en Salud en Colombia, de Talla Internacional. (W. F. Muñoz, Entrevistador)
- Roth Deubel, A.-N. (2010). *Enfoques para el Analisis de Politicas Publicas*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
- Ruiz, F., Castaño, R. A., Ramirez, J., Vaca, C., Arango, C., Galan, A., y otros. (2018). *Agenda 2018: para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100*. Bogota: Universidad Javeriana.
- Sentencia T-760 de 2008. (s.f.). Sentencia T-760 de 2008. Bogota, Colombia: Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, Republica de Colombia.
- Universidad Libre. (s.f.). *Laboratorio Virtual Facultad de Contaduria*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de <http://www.unilibre.edu.co/CienciasEconomicas/Webcontaduria/estudie/Gerencia/cap6107.htm>
- Villalobos Garcia, V. (2016). ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO PARA MITIGAR LA CRISIS FINANCIERA EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, CASO HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ. Cali, Valle del Cauca, Colombia: Universidad del Valle.