

# **POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD: REQUISITOS DE HABILITACIÓN Y SU EFECTO EN LA SITUACIÓN FINANCIERA DE UNA IPS EN CALI, 2018**

**Oscar Marino López Mallama**

Docente Hora Cátedra UNIAJC

*Artículo de reflexión*

## **RESUMEN**

La situación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (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 pretendió 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 cómo 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. Para ello se llevó a cabo 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.

## **ABSTRACT**

The situation of the General System of Social Security in Health - SGSSS is part of the Mandatory Health Plan, which defines the benefits to which access is available and how the health system has contributed to improving the income of the poorest, taking into account account inequities that come from the absence of universal coverage, differences in health plans and system spending according to population income.

The realization of this study aimed to broaden the knowledge regarding the intermediation policy that is immersed in the social security system in health in Colombia, exercised by the companies responsible for payment, as the changes in the eligibility requirements influence and they modify the cost structure of health service providers and, as from the definition of regulatory changes, the government does not contemplate a tariff regulation of health services.

This research was carried out based on the information provided by the IPS of medium complexity of diagnostic aids of the city of Cali and in general terms, presents a balance of some key processes and results of the General System of Social Security in Health (SGSSS) in Colombia. We conducted a systematic review of literature published in indexed journals with an assessment of the quality of evidence, and gray literature.

## KEYWORDS

Health System, General Social Security System, Quality of Health Care, Enabling, Mandatory System of Quality Assurance.

## INTRODUCCIÓN

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. Entre ellos destacan los cambios relacionados con las transformaciones del estado generadas por 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 (Rodríguez 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 donde 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 Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 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 una IPS de la ciudad de Cali para analizar cómo 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. Como objetivo se plantea realizar una descripción del Sistema de Gestión de Calidad en Salud, para conocer cómo es la dinámica económica entre los prestadores y pagadores, y cómo los cambios normativos en los requisitos de habilitación influyen el comportamiento financiero de la IPS. 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 del 2011 al 2016, y se determinó en qué proporción esta situación fue provocada por los cambios en las exigencias de habilitación teniendo como punto de partida los cambios normativos, sin tener en cuenta el papel de la intermediación que ejercen las diferentes Entidades Responsables de Pago (ERP).

## 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 tiene injerencia 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, lo cual afecta en real evidencia la función propia en el sector público con sus entidades (Villalobos García, 2016).

El enfoque de la Nueva Gestión Pública (NGP) 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 (García Sánchez, 2007). Este enfoque facilitará el análisis del funcionamiento del Sistema de Salud Colombiano a partir de la Ley 100 de 1993.

### **La Nueva Gestión Pública (NGP)**

Para Leeuw (1996, p. 92) citado por García Sánchez (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 (Hernández Pabón, 2002).

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 (García Sánchez, 2007).

### **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 (Hernández Pabón, 2002).

La Constitución incorpora elementos de la Nueva Gestión Pública, entre ellos la descentralización territorial, 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. De esta manera, la Nueva Gestión Pública se orienta 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.

### **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 (Jiménez Esguerra, 2013).

En desarrollo de esta disposición se expidió la Ley 100 de 1993 que regula la Seguridad Social, incluyendo la salud. Con esta 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 (Jiménez 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.

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 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.

### **METODOLOGÍA**

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 tomará 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.

### **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 recopiló y procesó información primaria cuantitativa, se envió comunicado por 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 realizará el análisis particular con base en los indicadores financieros.

## DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

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.

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.

## 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

## 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.

### 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.

### 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. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
3. Sistema Único de Acreditación.
4. Sistema de información para la calidad.

### 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 HABILITACION da la seguridad al usuario (el mínimo nivel de seguridad), que es atendido en instituciones que cumplen 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 y evalúan las siguientes capacidades empresariales del sector salud:

- Capacidad Tecnológica y Científica: Evalúa las condiciones mínimas indispensables para la prestación de los servicios de salud, agrupados en siete grupos de estándares establecidos en el anexo técnico de la resolución 2003 de 2014: Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia.
- Suficiencia Patrimonial y Financiera.
- Capacidad Técnico Administrativa.

### 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 a largo plazo de forma bilateral, escogiendo el contrato de un menú fijo que determina la ley. Fijo 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).

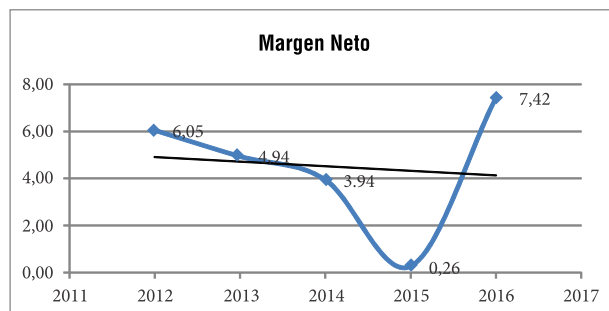
## ANÁLISIS FINANCIERO DE UNA IPS DE CALI 2012-2016

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.

### Rentabilidad

Los indicadores de rentabilidad sirven para medir la efectividad de la administración de la IPS, 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.



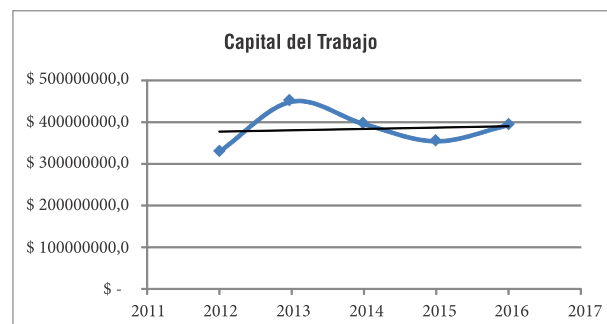
**Figura 1.** Margen Neto  
Fuente: Elaboración Propia.

La IPS 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. En el 2016 el margen neto de utilidad se recuperó presentando un resultado de 7.4%.

### 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 2.** Capital de Trabajo  
Fuente: Elaboración Propia.

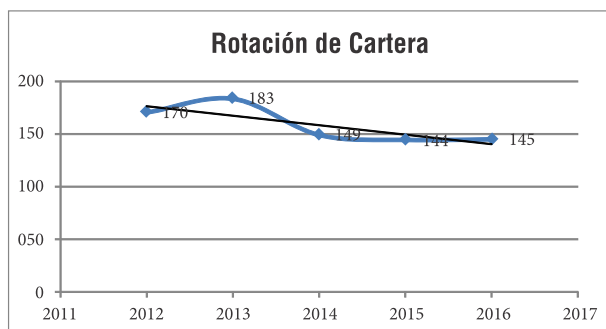
El capital de trabajo ha fluctuado en el periodo de estudio, mostrando un incremento en el 2013 y un descenso por dos años consecutivos, 2014 y 2015. En el 2016 sufre una recuperación.

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 empresa un mayor respiro en el manejo de su liquidez.

### 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: Rotación de Cartera = Cuentas x Cobrar a clientes / Ventas x 360 días.



**Figura 3.** 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.

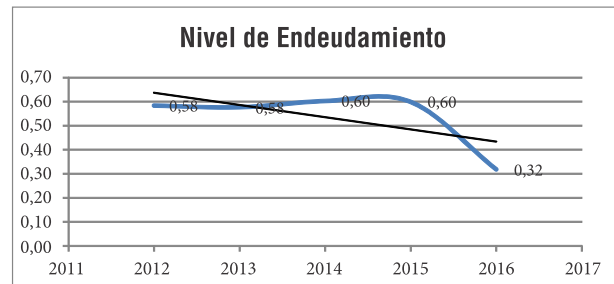
En caso de la IPS, tiene un promedio de 158 días en el periodo estudiado, 5 meses para recaudar los servicios prestados a las EPS.

### 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: Nivel de endeudamiento = Total Pasivo / Total Activo. Este

indicador establece el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la empresa.



**Figura 4.** Nivel de Endeudamiento  
Fuente: Elaboración Propia.

El nivel de endeudamiento de la IPS 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 financiado con deuda.

### CONCLUSIONES

- 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.



- 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.

## RECOMENDACIONES

- 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 son o no 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 realizado 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.
- 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 cambiará su incentivo de pago por actividad a pago por resultados de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aghon, G., Albuquerque, F., & Cortes, P. (2001). *Desarrollo Económico local y Descentralización en América Latina: Análisis Comparativo*. Santiago de Chile: CEPAL / GTZ.

Agudelo Calderon, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martínez, R. (2011). *Sistema de Salud en Colombia: 20 Años de Logros y Problemas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Carranza, J. E., Riascos, A., & Serna, N. (2015). Poder de mercado, contratos y resultados de salud en el Sistema de Salud Colombiano. *Borradores de Economía*, 918, 1-55.

Constitucion Política. (20 de Julio de 1991). *Constitucion Política de Colombia*. Bogotá, 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. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia.

García Sánchez, I. M. (2007). *La Nueva Gestión Pública: Evolución y Tendencias*. Presupuesto y Gasto Público, 37-64.

Hernández Pabón, H. (2002). *Nueva Gestión Pública*. Bogotá, Colombia: Departamento Administrativo de la Función Pública.

Jiménez Esguerra, N. C. (2013). *Análisis del Sistema de Salud Colombiano desde la Perspectiva de la Nueva Gestión Pública*. Bogotá, Colombia: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.

Ley 100 de 1993. (s.f.). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia.

Ministerio de la Protección Social República de Colombia. (Noviembre de 2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social República de Colombia.

Pereira Arana, M. I. (26 de Noviembre de 2007). *Instituto de Investigación 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. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia.
- Resolución 2003 de 2014. (s.f.). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.
- Rodríguez Galvis, H. (2016). Estudio de los Factores Determinantes de la Situación Financiera Deficitaria de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema de Salud Colombiano. Caso Fundación Hospital San José de Buga. Cali: Universidad del Valle.
- Rodríguez, C. E. (Junio de 2009). Acreditación en Salud en Colombia, de Talla Internacional. (W. F. Muñoz, Entrevistador)
- Roth Deubel, A.-N. (2010). Enfoques para el Análisis de Políticas Públicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Sentencia T-760 de 2008. (s.f.). Sentencia T-760 de 2008. Bogotá, Colombia: Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, República de Colombia.
- Universidad Libre. (s.f.). Laboratorio Virtual Facultad de Contaduría. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de <http://www.unilibre.edu.co/CienciasEconomicas/Webcontaduria/estudie/Gerencia/cap6107.htm>
- Villalobos García, 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.

## **AUTOR**

**Oscar Marino López Mallama:** Fisioterapeuta, Economista, Especialista en Control Integral de Gestión

y Auditoría de Servicios de Salud, Gerencia Financiera, Administración de la Calidad Total. Magister en Administración en Salud. Docente hora cátedra de la UNIAJC. [oscar.mallama@correounivalle.edu.co](mailto:oscar.mallama@correounivalle.edu.co)