

**LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y EL DERECHO FUNDAMENTAL A
LA SALUD. ESTUDIO DE CASO HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR E.S.E (2002-2014).**

GABRIELA WILLS DE MOYA

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO

BOGOTÁ D.C., 2016

“Las Empresas Sociales del Estado y el Derecho Fundamental a la Salud. Estudio de Caso
Hospital Simón Bolívar E.S.E (2002-2014).”

Estudio de caso
Presentado como requisito para optar por el título de
Politóloga
En la facultad de Ciencia Política y Gobierno
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Presentado por:
Gabriela Wills De Moya

Dirigido por:
Germán Puentes González

Semestre I, 2016

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es la culminación de una etapa de formación de la cual hicieron parte personas a quienes agradezco mi crecimiento profesional y personal. Principalmente a mis papás, quienes me han acompañado y apoyado en cada una de mis decisiones, y a mis abuelos por ser un ejemplo de vida. A mis amigas por todo lo bueno, lo malo y lo que vendrá. A mis compañeros de la Organización Colombiana de Estudiantes, con quienes he aprendido que las transformaciones que necesita este país, si son posibles.

En la realización de este trabajo agradezco a mi director Germán Puentes González, un verdadero pedagogo.

Finalmente, al Hospital Simón Bolívar E.S.E. y su personal por permitir y facilitar la elaboración de las entrevistas, y su colaboración en la ejecución de este trabajo.

RESUMEN

El presente trabajo busca hacer un análisis sobre los arreglos institucionales introducidos con la ley 100 de 1993 a las Empresas Sociales del Estado (ESE), y cómo estos han afectado la prestación del servicio de salud y la garantía del derecho; para lo cual se escoge como ejemplo el Hospital Simón Bolívar E.S.E de Bogotá durante los años 2002 a 2014. Se explica como con la implementación de la descentralización, el modelo de aseguramiento y la autonomía financiera se afectó la prestación del servicio de salud, teniendo en cuenta la introducción de un eslabón dentro del sistema de salud: las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Palabras Clave:

Empresas Sociales del Estado, Arreglos Institucionales, Derecho a la Salud.

ABSTRACT

This work makes an analysis about the institutional arrangements introduced with the Law 100 of 1993 to the Statal Social Organizations, and how those have impacted on the health service and the right guarantee; that's why the Hospital Simón Bolívar E.S.E. of Bogotá was chosen as an example during the years 2002 to 2014. It is explained how with the implementation of the decentralization, the insurance model and the financial autonomy the health service was affected, taking into account the introduction of the Health Promoting Entities.

Key words:

Statal Social Organizations, Institutional Arrangements, Right to health.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. LA LEY 100 DE 1993 Y LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	12
1.1. Antecedentes del Sistema de Salud en Colombia.	13
1.2. Principios de la Ley 100 de 1993.	16
1.3. Nueva organización del sistema de salud a partir de la Ley 100 de 1993.	21
1.4. Arreglos Institucionales para las Empresas Sociales de Estado.	22
2. LOS ARREGLOS INSTITUCIONALES EN LAS ESE Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.	26
2.1. Gobernanza y ética en la prestación del servicio de salud.	27
2.2. Gestión en el sistema de salud.	31
3. EL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR E.S.E EN EL MARCO DE LA LEY 100 DE 1993	37
3.1. Los arreglos institucionales en el Hospital Simón Bolívar E.S.E.	38
3.2. El Estado y la prestación del servicio de salud en el Hospital Simón bolívar E.S.E.	41
4. CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Apartes Conferencia: Luz Deiby Jiménez.

Anexo 2. Entrevista: Doctor Germán Fernández.

Anexo 3. Entrevista: Andrea Pardo.

Anexo 4. Entrevista: Doctor Edgar Rojas.

Anexo 5. Entrevista: Giselle Hauser

Anexo 6. Entrevista: Doctor Oscar Iván Correa Jaramillo.

Anexo 7. Entrevista: Doctora Violeta Hoyos.

Anexo 8. Entrevista: Yesid Suarez.

Anexo 9. Entrevista: Manuel Enrique Orozco

LISTA DE SIGLAS

CAJANAL	Caja Nacional de Previsión.
ESE	Empresa Social del Estado.
EPS	Empresa Promotora de Salud.
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía.
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
ISS	Instituto del Seguro Social.
POS	Plan Obligatorio de Salud.
PSFF	Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
UPC	Unidad de Pago por Capitación.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso busca hacer un análisis de las Empresas Sociales del Estado dentro del sistema de salud colombiano a partir de la Ley 100 de 1993. El objetivo central del trabajo es analizar cómo los arreglos institucionales de las Empresas Sociales del Estado han afectado la prestación del servicio de salud, para lo cual se escoge como ejemplo el Hospital Simón Bolívar E.S.E de Bogotá durante los años 2002 a 2014.

Para el desarrollo del objetivo, se plantean los siguientes tres subtemas particulares de la investigación: analizar la descentralización, la autonomía financiera y el modelo de aseguramiento en relación con las ESE, como los arreglos institucionales principales que se debieron implementar a partir de la Ley 100 de 1993; identificar los principios que orientan la prestación del servicio de salud en las ESE, teniendo en cuenta los principios constitucionales que a partir de 1991 rigen el sistema de salud; y por último analizar el rol del Estado en la dirección y control de la prestación de los servicios de salud en las ESE, teniendo en cuenta que por mandato constitucional, la salud es un derecho que debe ser prestado bajo la dirección y control del Estado. Lo anterior será estudiado, analizado y cuestionado en el Hospital Simón Bolívar E.S.E, como ejemplo que permitirá conocer la situación actual de las ESE como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Esta investigación tiene un carácter analítico y evaluativo. Lo primero busca analizar ciertas decisiones político-administrativas materializadas en los arreglos institucionales y, lo segundo es evaluar su impacto en la calidad de vida de las personas. Este trabajo es un estudio de caso ya que, lo que se pretende es aterrizar el análisis de los arreglos institucionales al caso de las ESE por medio un ejemplo concreto como lo es el Hospital Simón Bolívar E.S.E. Esto va a permitir evaluar la evolución de esta institución en la prestación del servicio de salud y estudiar a profundidad el contexto de la red pública hospitalaria de Bogotá.

Para realizar el trabajo, se revisó la parte normativa contenida en la Constitución Política, la Ley 100 de 1993, el Decreto 1876 de 1994 que reglamenta las E.S.E, se practicaron entrevistas a los empleados, médicos y paramédicos del Hospital Simón Bolívar E.S.E, dentro de los cuales se contó con la participación de tres médicos especialistas del hospital, un paramédico, un representante de la asociación de usuarios y tres trabajadores de

áreas administrativas (por cuestiones de tiempos de la gerente del hospital, no se logró hacer la entrevista con ella, pero se pudo hablar con personas que hacen parte de los órganos de dirección). Esto permitió conocer la relación interna y externa del hospital en relación con los diferentes actores involucrados en la garantía del derecho a la salud. Lo anterior fue complementado con una recopilación de prensa que refleja la evolución del sistema de salud en sus diferentes ámbitos, y con documentos, conferencias y entrevistas de agremiaciones médicas, como la Federación Médica Colombiana y la Asociación de Clínicas y Hospitales, sobre su percepción frente al funcionamiento del sistema de salud.

Teniendo en cuenta el contexto actual del funcionamiento del sistema de salud en Colombia y las características que introdujo la Ley 100 en el modelo del sistema, las categorías analíticas escogidas son los arreglos institucionales de las ESE y la prestación del servicio de salud; ya que la descentralización por servicios, la autonomía financiera y el modelo de aseguramiento, llevaron a que las ESE (Hospital Simón Bolívar E.S.E) entraran en una complejidad administrativa que generó efectos en la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población. Lo anterior teniendo en cuenta que dentro de los objetivos de transformar el sistema de salud en Colombia en 1993, se encontraba mejorar la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios y así poder garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población.

Bajo esta premisa fue que se determinó la transformación de los Hospitales Públicos en ESE, y por consiguiente la implementación de los diferentes arreglos institucionales que se debieron implementar para lograr dicho objetivo. Hacer un análisis de las ESE y su relación con la prestación de los servicios de salud toma importancia ya que actualmente la mayoría de estas instituciones se encuentran en riesgo financiero y con altos déficit de presupuesto para poder funcionar, debido a las deudas que tanto las EPS como el gobierno tienen con estas entidades.

Este trabajo permite visibilizar como la garantía del derecho a la salud que debe promover el Estado, plantea ante todo decisiones políticas que se ven materializadas en la implementación de un nuevo modelo de salud a partir de la Ley 100 y por consiguiente, en los cambios que debieron hacer las ESE para cumplir con su objetivo misional. Estas decisiones políticas son analizadas teniendo en cuenta el contexto político y económico tanto

nacional como internacional que ha influenciado la aplicación de ciertas políticas institucionales a la hora de pensar un modelo de salud que garantice el mandato constitucional del derecho a la salud.

Este estudio del sistema de salud permite profundizar en el análisis sobre el rol del Estado en la garantía de los derechos fundamentales, teniendo en cuenta el carácter de Estado Social de Derecho que tiene Colombia según la Constitución del 1991. La Ley 100 y la creación y transformación de instituciones referidas a la salud, se convirtieron en la herramienta del Estado para cumplir con su misión; por lo que la organización y funcionamiento de las mismas se convierten en un punto de discusión a la hora de plantear la política pública de salud.

Por último, estudiar las diferentes percepciones de los actores que componen el sistema de salud, posibilita conocer la integralidad del funcionamiento del sistema, y analizar las distintas discusiones que se plantean constantemente sobre cómo debe ser el funcionamiento del sistema de salud, de tal forma que se cumpla con el objetivo para el cual se creó. Los debates sobre el funcionamiento del sistema abarcan aspectos económicos, científicos, administrativos, legales y políticos, por lo que los resultados de su funcionamiento, van a reflejar la forma en la que esos debates se desarrollaron. En pocas palabras, el sistema de salud y las políticas que se implementan, son el resultado de la puja de poder existente entre los diferentes actores que pretenden darle equilibrio al sistema.

El presente trabajo se desarrolla en tres capítulos. En el primero se presenta un contexto sobre la evolución y transformación del sistema de salud en Colombia, teniendo en cuenta los antecedentes de la Ley 100, los principios que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la explicación de los arreglos institucionales que debieron implementar las ESE con el nuevo modelo de salud. En el segundo se hace un análisis de los criterios que rigen a las ESE para la prestación de los servicios de salud, dentro de su organización y funcionamiento. Para esto, se utilizaron los conceptos de gobernanza y ética y se analizaron a partir de la autonomía que rigen estas instituciones, con el objetivo de estudiar la gestión de las ESE a la hora de prestar el servicio de salud y como garantes del derecho. Por último, en el tercer capítulo se presenta el caso del Hospital Simón Bolívar E.S.E, en donde se materializa lo analizado en los dos primeros capítulos. Por consiguiente

en este último capítulo se presentan los arreglos institucionales y el rol del Estado en relación con la prestación del servicio de salud. En este último capítulo se utilizan las entrevistas realizadas y la compilación de las diferentes percepciones que tienen diversos actores frente a la gestión y el funcionamiento del hospital en el marco del sistema de salud actual.

Por último, este trabajo muestra someramente las relaciones de poder existentes dentro del sistema de salud en Colombia y el trasfondo de las decisiones que se toman por parte de los diferentes actores que tiene como función garantizar el derecho a la salud de los colombianos.

1. LA LEY 100 DE 1993 Y LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

La salud es uno de los componentes más importantes que ocupan la atención de los gobiernos en los tiempos actuales. Tomar decisiones en este aspecto implica acciones para movilizar recursos financieros, científicos, tecnológicos y humanos que constituyen prioridades para garantizar a los ciudadanos el derecho a una vida digna y de calidad. Frente al tema de salud existen diversos debates sobre su definición, pero al mismo tiempo sobre el modelo que deben implementar los países para lograr el objetivo de garantizar un buen estado de salud a las personas. La discusión toma importancia en la medida que la salud se convierte en uno de los pilares para lograr el desarrollo en los países, pero tal discusión tiene un aspecto económico y social de gran importancia. Por un lado, la salud permite que las personas puedan desarrollar todas sus capacidades, por lo que el objetivo de los Estados es lograr que toda la población pueda acceder a los servicios de salud necesarios para mejorar su calidad de vida y poder ser productivos para la sociedad.

Por otro lado, como el objetivo es que la totalidad de las personas puedan acceder a los servicios de salud, los Estados deben formular políticas que les permitan cumplir con este objetivo, teniendo en cuenta, cuánto están dispuestos a gastar y asegurar la sostenibilidad del sistema, sin dejar a un lado la calidad en la prestación del servicio. Esto último es uno de los puntos de discusión por los gobiernos ya que el modelo de salud implementado en un país va a determinar el enfoque que se le quiera dar a la salud y el grado de participación de los diferentes actores en la estructuración del sistema.

La Organización Mundial de la Salud establece que alcanzar el grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y que por consiguiente los Estados deben crear las condiciones, instituciones y políticas que le permitan a toda la población acceder a este derecho. (OMS 2013) En Colombia, la concepción de lo que se entiende por el derecho a la salud, más que todo determinado por el acceso a los servicios de salud, ha llevado a adoptar en los últimos 50 años dos modelos, cada uno con una concepción particular sobre lo que se entiende por garantizar la salud de los ciudadanos, hasta llegar al Sistema General de Seguridad Social en Salud actual basado en el aseguramiento y la libre competencia entre los actores.

1.1. Antecedentes del Sistema de Salud en Colombia.

Los sistemas de salud “se organizan en torno a tres componentes: Uno de rectoría o dirección y administración del sistema, un componente de financiación y uno de prestación de servicios” (Useche 2012, pág. 6), lo cual va a determinar qué tanta participación tiene el Estado, el sector privado y los ciudadanos para la sostenibilidad del mismo. El grado de participación de cada uno de estos actores le dará un enfoque particular a lo que se entiende por el acceso a los servicios de salud.

El modelo del sistema de salud que funcionaba en Colombia desde la mitad del Siglo XX estaba inspirado en el modelo del seguro social proveniente de Alemania. Este modelo estaba basado en el aseguramiento social y se caracterizaba por estar regulado por el Estado, financiado por empleados y empleadores y con fondos sin ánimo de lucro encargados de pagar por los servicios. (Useche 2012, pág. 6) La creación del sistema de seguridad social se da “como un mecanismo organizacional separado de las empresas, que se encargara del manejo de las prestaciones y garantizara financieramente las obligaciones de los patronos y los derechos adquiridos por los trabajadores, independientemente de la solvencia o insolvencia económica de las empresas” (Jaramillo 1997, pág. 30). Este fue uno de los primeros mecanismos institucionales por medio de los cuales el Estado tomaba participación en la garantía de la salud de la población. Sin embargo, este sistema no alcanzaba a cubrir a más del 20% de la población, teniendo en cuenta la forma como el sistema estaba organizado y el enfoque de asistencia pública que se tenía.

La seguridad social giraba en torno a los seguros sociales obligatorios, los cuales dividían el Sistema Nacional de Salud en tres grandes subsistemas: el subsistema de Seguridad Social, el subsistema Público y el subsistema Privado. El subsistema privado atendía y afiliaba por medio de seguros privados y prepagadas a las personas que podían pagar por los servicios de salud y estaba conformando una red de prestadores y aseguradoras privadas. (Morales 1997, pág. 12) Este subsistema se convirtió en el medio por el cual las personas con capacidad de pago y sin dependencia laboral suplían las necesidades de salud que los otros dos subsistemas no podían o no cubrían, por lo que el número de empresas

aseguradoras, consultorios y clínicas empezó a aumentar, sin que esto significara mejor calidad y cobertura para toda la población.

El Subsistema de Seguridad Social afiliaba a los trabajadores tanto públicos como privados, divididos en el Instituto de Seguridad Social (ISS) y la Caja Nacional de Previsión (Cajanal). El ISS afiliaba a los trabajadores del sector privado, por lo que se convirtió en una “entidad monopólica de afiliación del sector privado, creando a su interior un sistema de solidaridad entre los distintas regiones y ramas de la producción industrial” (Jaramillo 1997, pág.31). Esta solidaridad, estaba más que todo representada en la división de los aportes para la financiación del sistema, ya que los trabajadores, los empleadores y el Estado tenían que dar un aporte en diferentes proporciones para cumplir con las obligaciones del seguro.

Por otro lado, el sistema de previsión social protegía y abarcaba a los empleados públicos, y a diferencia del ISS, tenía diversas instituciones que aseguraban a los trabajadores. A Cajanal se afiliaban la mayoría de los empleados del nivel nacional ya que varias entidades del nivel nacional, también crearon sus propias entidades para prestar los servicios de salud a sus servidores. Esto generó una atomización del sistema por sectores en donde primaba la desarticulación y la poca solidaridad, afectando la financiación del sistema y la calidad de la prestación del servicio.

Por último, estaba el Subsistema Público, el cual atendía a las personas no afiliadas y estaba financiado por el Estado y la caridad. Dentro de este subsistema estaban los hospitales públicos, quienes dependían financieramente del Estado, el cual hacía la distribución de los recursos de acuerdo a subsidio de la oferta. Esto quiere decir que la distribución de los recursos se hacía por medio de criterios poblacionales e históricos del gasto, en donde el Situado Fiscal (la participación de sector de la salud en el presupuesto nacional) era entregado a los departamentos y estos a su vez a los municipios e instituciones correspondientes. (Morales 1997, pág. 15) Esto implicaba que los hospitales recibían directamente los recursos para su funcionamiento y la prestación del servicio de salud.

El Sistema Nacional de Salud tuvo diferentes modificaciones por más de treinta años hasta llegar a las Ley 10 de 1990. Esta ley en su artículo 1º establecía que “La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y

administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas [...] (Ley 10 de 1990, art. 1). La importancia de esta ley radica en que la prestación del servicio de salud se descentraliza a nivel administrativo, dándole un papel preponderante a los departamentos y municipios para el cumplimiento del servicio público de salud a cargo del Estado.

Se le dio especial atención al sector público encargado de la prestación del servicio de salud por medio de la adjudicación de la responsabilidad a las entidades territoriales. “Asignó a los municipios la dirección y prestación del servicio de salud del primer nivel de atención, que comprendía los hospitales locales, los centros y puestos de salud. A los departamentos asignó los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención que comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados” (Guerrero, et al. 2013, pág.22).

La descentralización en el sector de la salud establecida por esta ley fue uno de los primeros cambios estructurales frente a la prestación del servicio de salud en Colombia, teniendo en cuenta el contexto de transformación política, administrativa y fiscal que desde los años 80 venía teniendo el país con la descentralización. Igualmente, hay que tener en cuenta que bajo el Sistema Nacional de Salud, la salud no era entendida como un derecho sino como un servicio público que debía cumplir el Estado, regido por los principios de universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional. (Ley 10 de 1990, art. 3) Esto significaba que el acceso a los servicios de salud estaba más que todo relacionado con la disponibilidad de los seguros en el mercado y de la capacidad adquisitiva de las personas. La salud era comprendida como un privilegio de un sector de la población y como una garantía solo para las personas que tenían un contrato laboral estable; es decir, que aunque el Estado tenía una participación importante en la garantía del mismo, el enfoque del mercado de la salud empezó a estructurarse en el país.

Ese enfoque de mercado llevaba a que el sistema presentara diferentes problemas, dentro de los que se podía identificar bajos niveles de cobertura; inequidad en el acceso a los servicios y bajos niveles de solidaridad; y alta ineficiencia en la provisión pública del servicio. (Gaviria, et al. 2006, pág. 6) Esto en relación con un sistema en el que sus

subsistemas funcionaban de forma independiente y descoordinada, pues cada uno estaba buscando su sostenibilidad independiente.

1.2. Principios de la Ley 100 de 1993.

A principios de los años noventa, la discusión sobre la importancia que debía tener el acceso a los servicios de salud, empezó a ser preponderante a nivel mundial, teniendo en cuenta la relación de este aspecto con el desarrollo de los países. Tanto a nivel nacional como internacional, el bajo acceso que tenían los ciudadanos a los servicios de salud, impulsó una transformación de los sistemas de salud más que todo en América Latina. En el caso de Colombia, el Sistema Nacional de Salud presentaba como uno de sus principales problemas la baja cobertura que tenía el sistema, dejando a más del 60% de la población sin un seguro que le garantizara ser atendido, y un sistema público que no contaba con las garantías de calidad y accesibilidad para atender a la población vulnerable.

La discusión acerca de cuál debería ser el mejor sistema de salud para Colombia empezó a tomar forma con la constituyente de 1991 en donde principalmente dos enfoques se vieron enfrentados. Por un lado estaban los que defendían la unión entre los conceptos de seguridad social y asistencia pública, por medio de la defensa de los principios de solidaridad, integralidad, universalidad y la unificación del sistema. Por otro lado, estaban los neoliberales que defendían el derecho de los individuos a la libre elección de su seguridad social de acuerdo a lo dispuesto en el mercado; es decir que entrara la libre competencia tanto en las aseguradoras como en las entidades prestadoras del servicio de salud bajo el presupuesto que este modelo mejoraría la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. (Jaramillo 1997, pág.34)

Ambas posturas quedaron dentro de la definición de la salud en la Constitución de 1991 ya que en el artículo 49 se determina que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Constitución Política de Colombia 1991, art.49). Esto implica que bajo el liderazgo del Estado es que se debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio de salud. Lo anterior en concordancia con el artículo 1° de la misma Constitución, en el que se define el Estado

colombiano como un Estado Social de Derecho. Esto redefine el rol del Estado, ya que implica mayores garantías para los ciudadanos, y por ende mayores responsabilidades para el Estado frente a la necesidad de permitir el desarrollo de las capacidades del individuo.

En esta primera parte del artículo 49 de la Constitución se evidencia uno de los cambios más importantes que tuvo la definición de la salud en Colombia y es que ésta es definida como un derecho. A diferencia del Sistema Nacional de Salud, en donde la salud era entendida como un servicio público, la Constitución y luego la Ley 100 le dan el enfoque de derecho a la salud. Lo anterior implica un desarrollo institucional en donde el acceso a los servicios ya no debe depender de la capacidad de pago de las personas, sino que se debe garantizar la universalidad para toda la población en el momento que lo necesite. Dentro de la gama de derechos y deberes que estableció la Constitución, la definición de la salud como un derecho toma importancia en la medida que se convierte en el medio por el cual se le garantiza al individuo una vida digna y de calidad, atendiendo a suplir una de sus necesidades básicas. En la Constitución, el derecho a la salud se encuentra dentro de los derechos económicos, sociales y culturales, los cuales “conforman el eje sobre el cual gira el sistema de los derechos fundamentales. Estos derechos se dirigen a explicar las exigencias de los valores de igualdad y de la solidaridad” (Constitución Política de Colombia 1991, pág. 81).

La salud como derecho, establecido en la Constitución no cambia la forma en la que se entiende la seguridad social en Colombia, sino que modificó el mecanismo mediante el cual el Estado debía garantizar el acceso a los servicios de salud:

Seguridad social se refiere a una serie de mecanismos (concretos económicos e institucionales) mediante los cuales los individuos y, por tanto la sociedad, adquieren la certeza de que su forma y calidad de vida no se verán afectadas y menoscabadas por ciertas eventualidades, contingencias y siniestros que pudieran ocurrir a lo largo de su ciclo vital y que tienen siempre un costo e implicación económica (Ministro del Trabajo 1991, citado por Jaramillo 1997, pág. 36);

por lo que la definición de la salud como un derecho y la descentralización como método para su prestación implicaron una transformación estructural del sistema de salud en Colombia, teniendo en cuenta que bajo este mandato el Estado debía crear nuevas políticas públicas y entidades que le permitieran cumplir con lo establecido en la Constitución. Es por

esto que se promulga la Ley 100 de 1993, con la que se transforma el sistema de salud en Colombia y se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En la segunda parte del mismo artículo 49, se establece que la prestación de los servicios de salud se va a regir por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, teniendo en cuenta que se van a establecer políticas para la prestación de servicios de salud por entidades tanto públicas como privadas por medio de una organización descentralizada del sistema de salud. (Constitución Política de Colombia 1991, art. 49) Es decir, se refleja la discusión entre las dos posturas existentes frente a cómo se entendía la salud en el caso colombiano, ya que se conservaron los principios de universalidad y solidaridad que correspondían a la unión de la seguridad social y el servicio público, pero se introduce el principio de eficiencia con el que se le dio aval a la libre competencia entre el sector público y privado dentro del sector de la salud. (Jaramillo 1997, pág. 39)

Los tres principios que van a orientar el sistema de salud en Colombia constituyen un punto central del análisis ya que son los que guiarán las acciones del Estado y las diferentes instituciones para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud. Como primer principio, la universalidad se va a convertir en el pilar del sistema de salud en Colombia teniendo en cuenta que el cambio que se buscaba al pasar del Sistema Nacional de Salud al SGSSS, era principalmente garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población. La universalidad implica ampliar la cobertura de tal forma que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud sin discriminación alguna¹; sin embargo, este objetivo no se ha logrado ya que ampliar la cobertura no implica garantizar el acceso. Las personas pueden estar afiliadas a una EPS, pero esto no garantiza que en el momento de necesitar el servicio se le atienda, debido a la existencia de diferentes barreras que ponen tanto las EPS como las IPS para prestar el servicio en función de la sostenibilidad financiera. La universalidad está más que todo relacionada con la capacidad financiera del Estado para garantizar el acceso a la protección por parte de la población, por lo que tanto en el sector público como en el

¹ Revisar Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia en donde se establece que la salud es un servicio público que debe estar garantizado por el Estado, y que este se puede hacer con la participación de los particulares con el objetivo de ampliar la cobertura.

privado, la prestación del servicio de salud está relacionada con la rentabilidad que esto genere.

Esto último está relacionado con el segundo principio que es la eficiencia. Es decir, “[...] la extracción del máximo provecho a los insumos disponibles, o, bien la minimización de los insumos necesarios para la consecución de un cierto resultado en la prestación de un servicio” (Jaramillo 1990, citado por Jaramillo 1997, p.302). La eficiencia puede ser analizada desde dos perspectivas, la primera desde el concepto empresarial, en donde a menor inversión haya mayor ganancia; y la segunda desde la prestación de servicios públicos en donde la eficiencia está relacionada con la calidad, la oportunidad y la cantidad en el servicio. Para el segundo caso, con la Constitución de 1991 se introdujeron dos medidas principales para garantizar la eficiencia: la descentralización y la libre competencia entre el sector público y privado. Ambos casos, de todas formas están relacionados con el concepto empresarial, ya que las instituciones creadas y existentes solo pueden competir en el mercado en la medida que sea financieramente rentables de acuerdo a los ingresos autónomos que logren conseguir.

Por último, la solidaridad “se concreta en el concepto fiscal y financiero de los subsidios. Son fiscales cuando son pagados con impuestos y erogados directamente del presupuesto central del Estado, y parafiscales o cruzados cuando se financian con contribuciones obligatorias entre los afiliados a la seguridad social o entre los usuarios de los servicios públicos” (Jaramillo 1997, p.127).

Este principio resume los dos anteriores en la medida que establece que todos los actores del sistema deben contribuir financieramente con el objetivo de garantizar la universalidad y la eficiencia. Es necesario que todos los actores contribuyan a la sostenibilidad del sistema, especialmente bajo la premisa que el que tiene más pague más con el objetivo de poder subsidiar al que tiene menos; el problema con este principio es que puede ser utilizado en contra del derecho, en la medida que la salud se convierte en un servicio al que puede acceder el que tenga la capacidad de pago.

Estos tres principios para la reglamentación del derecho a la salud introducidos con la Constitución de 1991 son la conclusión de un debate existente frente el modelo de salud que debe regir en Colombia. Igualmente introducen unos cambios fundamentales en la

estructura y prestación del servicio de salud, de tal forma que se logre cumplir con la misión de garantizar a todas las personas la mejor condición de salud. Estos principios en la teoría son un avance para lograr ese objetivo; sin embargo en la práctica se han tergiversado de tal forma que el modelo de salud en Colombia está estructurado de suerte que la salud sea un negocio y no un derecho.

Estos principios se van a ver materializados en la Ley 100 de 1993, que es el punto de partida para la transformación del sistema de salud en Colombia luego de la Constitución de 1991. Teniendo en cuenta las dificultades que presentaba el Sistema Nacional de Salud, los nuevos mandatos constitucionales establecidos, y un contexto internacional enmarcado en la transformación de los sistemas de salud en especial en América Latina, la Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud que tiene como objetivo “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (Ley 100 de 1993, art.1).

Además de las motivaciones internas para mejorar la cobertura y el acceso a la salud, a nivel internacional el sector de la salud empezaba a tomar preponderancia, tanto así que entidades como el Banco Mundial hicieron varias recomendaciones a los países sobre cómo deberían ser los sistemas de salud de tal forma que se garantizara la eficiencia y eficacia en relación con el modelo económico. Por medio del *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud*, se sugieren algunas medidas que los países en desarrollo debían implementar con el objetivo de mejorar la garantía de la salud como forma de generar crecimiento económico de los países. “Esta propuesta modernizadora del Estado responde a la consolidación de las políticas neoliberales que se caracterizan por medidas como: [...] reducción del papel del Estado, privatización de las empresas del Estado [...] la descentralización” (Godue 1998, citado por Quevedo, E. y Quevedo, M. 2001, pág. 14). En el tema de salud, esto se ve representado en la descentralización, la autofinanciación, el involucrar al sector privado y por ende la competencia como forma de mejorar la prestación del servicio y la sostenibilidad del sistema. (Quevedo, E. y Quevedo, M. 2001, pág. 14)

1.3. Nueva organización del sistema de salud a partir de la Ley 100 de 1993.

La Ley 100 de 1993 introduce estas medidas en el sistema de salud colombiano bajo el principio de garantizar a los ciudadanos el goce efectivo de sus derechos, lo cual implicó la creación y transformación de instituciones que permitieran cumplir con el objetivo estipulado. Como primera medida, y con el objetivo de garantizar la libre elección, el ISS deja de funcionar con las características que le otorgaba la Ley 10 de 1990, pues empieza su transformación en uno de los nuevos actores creados con la Ley 100 y que se convierten en el eje central del SGSSS: Las empresas promotoras de salud –EPS-, las cuales dentro de sus múltiples funciones, se crean con el objetivo de ponerle fin al monopolio en los procesos de afiliación y de la separación entre los sistemas de financiación y provisión de servicios. (Jaramillo 1997, pág.158) Esto quiere decir que se crean unas entidades que tienen como objetivo intermediar entre el Estado, los ciudadanos y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS-, esta últimas también creadas con la Ley 100.

El sistema de salud en Colombia empieza a funcionar de la siguiente manera: el aseguramiento está a cargo de las EPS, las cuales pueden ser de carácter público o privado y tienen como función afiliar a la población. Igualmente, las EPS contratan con las IPS para que sus afiliados puedan acceder a los servicios que requieren en un centro de atención. Los recursos del sistema provienen tanto del presupuesto público, como de aportes que hacen la mayoría de ciudadanos al sistema de acuerdo a su capacidad de pago; es decir son recursos públicos con destinación específica. Aunque los recursos provienen de fuentes diferentes, estos se concentran en el Fosyga, el cual va a ser el encargado de transferir el dinero a las EPS con el criterio de la Unidad de Pago por Capitación –UPC-, que en términos corrientes significa el valor monetario por atender a una persona en el sistema de salud. Esta transformación entre la relación de los diferentes actores trajo consigo implicaciones para los centros de atención y especialmente para los hospitales públicos.

Como segunda medida, y bajo los conceptos de descentralización y autonomía, los hospitales públicos son transformados en Empresas Sociales del Estado –ESE-, como un tipo de IPS, las cuales tienen como función principal prestar los servicios de salud. Estas empresas son una categoría de entidad pública descentralizada, con personería jurídica y patrimonio propio, con autonomía financiera y administrativa, y regidas por el derecho privado. (Ley

100 de 1993, art. 194) En cuanto a sus dos más relevantes características están su forma de financiación y su estructura administrativa. Con respecto a lo primero, es ahí donde la relación EPS – IPS toma preponderancia, en la medida que las ESE van a funcionar mediante un sistema de reembolsos luego de la prestación del servicio. Esto quiere decir que la ESE son contratadas por las EPS, atienden a los pacientes y cobran por el servicio prestado, generando así sus ingresos.

La autonomía financiera se convirtió en uno de los cambios principales a los que se vieron obligadas a adaptarse las IPS. Como se explicó previamente, antes de la Ley 100 los hospitales públicos se financiaban directamente por recursos provenientes de la Nación o los departamentos de acuerdo a un registro histórico de los gastos en los que incurrían por su oferta de servicios. Con la creación del SGSSS, los hospitales al convertirse en empresas, transforman su función de tener el control de la salud sobre un territorio determinado, para pasar a ser centros de ventas de servicios de salud que se encuentren dentro del Plan Obligatorio de Salud –POS-. (Jaramillo 1997, pág. 201) Esto se ve reflejado también en la segunda característica relevante, que es la estructura administrativa, pues como toda empresa lo que se necesita es un órgano de dirección en la capacidad de gestionar los recursos de forma eficiente y eficaz. Las ESE cuentan con una junta directiva conformada por un miembro de la comunidad, uno del sector científico y uno del político-administrativo, (Ley 10 de 1990, art. 19) los cuales van a decidir la política mediante la cual la institución va a prestar los servicios de salud de acuerdo a lo que le exige la ley dentro del marco de eficiencia y calidad.

1.4. Arreglos Institucionales para las Empresas Sociales de Estado.

Desde su implementación, la Ley 100 ha generado diferentes debates y opiniones en varios sectores de la sociedad teniendo en cuenta los efectos que los cambios introducidos con la reforma trajeron en el funcionamiento de las instituciones, en el rol de los actores y la garantía del derecho a la salud. Estos cambios se pueden enmarcar dentro del concepto de arreglos institucionales, los cuales corresponden a los nuevos instrumentos que van a ser utilizados para mejorar la capacidad, eficiencia y eficacia del sistema y sus instituciones. Estos arreglos tienen como objetivo enfatizar en la eficacia gubernamental y la capacidad de crear valor por

parte de la administración pública, por lo que se hacen con el fin de dar “soluciones a problemáticas sociales, principalmente respecto de la prestación de servicios públicos” (Chosco s.f, pág. 14). Estos arreglos van a estar más que todo enfocados en cumplir con los principios de eficiencia y universalidad que tanto la Ley 100 como la Constitución introducen, principalmente bajo la descentralización, la autonomía financiera y el modelo de aseguramiento. En pocas palabras, los arreglos institucionales van a profundizar la concepción neoliberal de la salud, pues son los que garantizan la libre competencia y la mercantilización de la salud.

Estos arreglos institucionales no solo cambiaron la concepción de lo que se entiende por salud, sino que implicaron una nueva normatividad, un nuevo rol para los actores, un nuevo proceso en cuanto a la prestación del servicio y por supuesto una nueva forma de administrar y gestionar todos los recursos con los que cuenta el sistema. Todos estos elementos agudizaron el debate, ya que tanto las ESE como las EPS, al entrar en un sistema regido por la libre competencia y la venta de servicios, cambiaron su objetivo principal de garantizar la prestación del servicio a generar la mejor oferta de servicios que los usuarios estén dispuestos a pagar. Es por esto, que para analizar los arreglos institucionales se va a utilizar como actor principal las ESE, ya que han sido un punto importante dentro del debate debido a su papel en el funcionamiento del sistema y en la garantía del derecho a la salud, como las encargadas de la prestación directa del servicio de salud.

Como primer arreglo está la descentralización, en este caso por servicios, la cual se define como “la radicación de competencias públicas de carácter técnicas o especializadas que se le otorga a una persona jurídica creada especialmente para tal fin, con objeto de que cumpla con autonomía pero sometida a un control tutelar” (Herrera 1999, pág. 2). Esto quiere decir que se crean las ESE con el objetivo de que cumplan la función de la prestación del servicio de salud por parte de la nación, con la autonomía correspondiente. Esta autonomía es tanto administrativa como financiera, por lo que ya no es la nación la responsable de girar los recursos financieros directamente a las instituciones o ESE, sino que estas van a estar adscritas al ente territorial, municipal o distrital y a su respectiva autoridad en salud. En el caso de Bogotá las ESE están adscritas a la Secretaría Distrital de Salud y su financiación

depende en parte de los recursos del Sistema General de Participaciones² que le corresponden al Distrito Capital. De todas formas estos recursos pasan directamente a las EPS quienes son las que les pagan a las ESE de acuerdo a los servicios prestados.

La descentralización, implicó un segundo arreglo institucional que es la autonomía financiera. Esta autonomía es la que fundamenta que las ESE tengan como fuente principal de ingresos la venta de servicios. El problema con esta característica que adquieren las ESE es que la viabilidad financiera, y no la rentabilidad social, pasó a ser el centro del análisis para determinar su existencia. (Villar 2004, pág.14) “[...] el modelo de financiación estatal de la capacidad instalada de los hospitales fue reemplazado por los “subsidios a la demanda”; en consecuencia, su sostenibilidad pasó a depender del pago de la facturación de los aseguradores del sistema, incluido el Estado mismo [...]” (Villar 2004, pág.14). El problema con ese modelo de financiación está en que tanto las EPS, que al ser unas intermediarias financieras controlan el flujo de dinero, como el Estado, no le pagan oportunamente las deudas a los hospitales luego de prestado el servicio al usuario, poniéndolas en serias dificultades administrativas y financieras. Esto ha llevado a que las ESE tengan que funcionar con carteras morosas que dificultan el pago a sus proveedores, a sus trabajadores y por ende tengan que reducir su capacidad y calidad para prestar el servicio de salud.

Como la lógica está en lograr el equilibrio financiero por medio de la autonomía y el ingreso principal que tienen las ESE es la venta de servicios, para los pacientes el derecho a la salud se encuentra en su capacidad de pago y en cuanto está dispuesto a pagar por un servicio. Sergio Isaza, Presidente de la Federación Médica Colombiana, en el 2002 decía al respecto: “[...] los prestadores de servicios de salud son considerados por estos mercaderes como un costo, en vez de una inversión crítica para el bienestar social de la población; los mismos conciben las acciones finales de salud, en vez de un servicio a la comunidad y un bien social, como otro bien más de consumo que se transa en el mercado [...]” (Isaza 2002, párr. 25).

² Esto en relación al Artículo 356 de la Constitución de 1991 en donde se establece la creación del Sistema General de Participaciones de los departamentos, municipios y distritos para financiar los servicios a cargo del Estado, dándole prioridad a la salud, educación y agua potable y saneamiento básico.

Estos arreglos institucionales han llevado a que desde los primeros años de la década del 2000, se empieza a hablar de la crisis de los hospitales públicos, del cierre a nivel nacional de varias de estas instituciones, pero sobretodo del desfinanciamiento que la transformación a ESE trajo consigo dentro de la red pública hospitalaria y por ende en la prestación de los servicios de salud. Diferentes sectores sociales se han pronunciado frente a los problemas que empezaron a tener las ESE para poder adaptarse al nuevo modelo de salud, y el desfinanciamiento se hizo cada vez más evidente. En el caso de Bogotá por ejemplo, para el año 2009 ya se hablaba de una cartera de 475.000 millones de pesos que tenían las EPS, el distrito y el Fosyga con la red pública hospitalaria, (El Tiempo 2009) y para 2014 la sola deuda de las EPS a las ESE llegaba a más de 600.000 millones de pesos. Igualmente, se ha visto el constante cierre de centros de atención y de servicios en las diferentes ESE. La crisis es evidente en la medida que ninguna empresa puede funcionar si no tiene los recursos necesarios y no le pagan por el servicio que presta.

No se puede hablar de la prestación del servicio de salud, si no se entiende primero el trasfondo financiero de cómo funciona el sistema de salud en Colombia. El punto con el modelo de aseguramiento, la autonomía financiera y la descentralización radica en que los recursos del sistema que son públicos y con destinación específica se les encargaron a

unas entidades particulares, privadas, que se llaman EPS, en el tema de salud, para que manejaran esos recursos públicos con destinación específica. Entonces, le entregan unos recursos públicos enormes a esas entidades particulares; y sin la vigilancia del Estado y con la permisividad del Estado, empiezan a utilizar esos recursos públicos con destinación específica, como si fueran recursos particulares que ellos podrían manejar a su arbitrio y su propia voluntad (Fernández 2015).

La desviación de los recursos dentro del sistema de salud ha sido una de las consecuencias de la liberalización de la salud al mercado y de la implementación del modelo de aseguramiento en cabeza de las EPS. En el próximo capítulo se va a analizar cómo dichos arreglos institucionales que debieron implementar las ESE y el modelo de salud implementado con la Ley 100 han generado discusiones frente a la prestación de servicio de salud en cabeza de los hospitales públicos.

2. LOS ARREGLOS INSTITUCIONALES EN LAS ESE Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

Los arreglos institucionales que debieron realizar las ESE con la implementación de la Ley 100 de 1993 estaban justificados bajo el argumento de mejorar la eficiencia y eficacia del sistema, permitiendo una cobertura y acceso a toda la población de los servicios de salud con calidad. Tanto las ESE como las IPS se convirtieron en uno de los principales actores del sistema teniendo en cuenta que son los que atienden directamente las necesidades de las personas y deben garantizar que se cumpla el mandato constitucional de acceso a los servicios de salud para toda la población. Durante los últimos quince años, las ESE han sido un punto de debate frente a cómo debe funcionar el sistema de salud, ya que su funcionamiento interno y la relación que existe con los otros actores del sistema las han llevado a una crisis en donde varias de estas han dejado de funcionar, otras no cuentan con la capacidad para responder a la demanda de la población y la mayoría se encuentra en una crisis financiera que les impide prestar los servicios adecuadamente bajo los principios que establecen la Ley y la Constitución.

La situación actual de las ESE y de la prestación de los servicios de salud pone sobre la mesa un debate sobre el funcionamiento del sistema de salud y las prioridades de cada uno de los actores frente a la responsabilidad social que tienen como garantes de la vida de las personas. La transformación de los hospitales en ESE y los arreglos institucionales que esto implicó, no solo cambiaron la forma en la que se prestaba el servicio de salud, sino que también renovaron la concepción misma de cómo se entiende el acceso a los servicios de salud. Bajo la lógica de la libre competencia y la autonomía financiera, como su mismo nombre lo dice, los hospitales se convirtieron en empresas, y como toda empresa su se le agregó un segundo objetivo además de garantizar un derecho: sobrevivir financieramente en el mercado.

La contradicción entre la necesidad de garantizar la prestación de los servicios de salud de forma integral y cumpliendo con los principios establecidos de calidad,

accesibilidad, equidad, entre otros³, y la escasez de los recursos con los que cuenta el sistema y las ESE, ha llevado a que se tomen decisiones tanto internas como externas que han afectado el funcionamiento de las instituciones. Esta confrontación profundiza el debate sobre cuál es el mejor sistema de salud para Colombia y cuáles son los intereses que hay detrás de todo este entramado institucional.

2.1. Gobernanza y ética en la prestación del servicio de salud.

La prestación de los servicios de salud tiene como eje central la calidad. En el contexto del sistema de salud la calidad se define como el conjunto de características y mecanismos que permiten “proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes” (Vargas y Molina 2011, pág. 79). En el sistema de salud colombiano la calidad debe ser oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua⁴, por lo que las ESE se deben regir bajo estos principios a la hora de prestar el servicio de salud. La calidad en la prestación del servicio de salud toma importancia en la medida que permite que se cumpla con el objetivo central del sistema de salud, que es garantizar la vida y condiciones óptimas de la población para desarrollarse plenamente.

La discusión con el tema de la calidad radica, como su misma definición lo establece, en el balance que se debe hacer entre las ganancias y las pérdidas que se esperan. Eso quiere decir, que las ganancias están en garantizar que la mayor cantidad de gente pueda acceder a los servicios de salud de manera óptima y eficiente, y que a la persona atendida se le mejore su condición de salud, a pesar de los recursos escasos con los que cuenta el sistema. Es por esto que la forma en la que se optimicen los recursos, es el punto de partida para analizar cómo las ESE están respondiendo a la prestación de los servicios de salud, teniendo en cuenta la necesidad de brindar calidad pero al mismo tiempo hacer que los recursos alcancen.

Según el médico Germán Fernández, lograr la calidad y al mismo tiempo la eficiencia si es posible, en la medida que existen diferentes mecanismos, medicamentos y procedimientos de alta calidad pero de bajo costo. El más claro ejemplo de esto es la

³ Ver Ley 100 de 1993.

⁴ Ver Ley 100 de 1993.

utilización de medicamentos genéricos “que son más económicos, más baratos y cumplen la misma función. No son medicamentos de marca, porque la marca se la cobran” (Fernández 2015). Esto quiere decir que hay formas de prestar servicios de calidad de tal forma que se equilibre la sostenibilidad financiera con la garantía del derecho a la salud.

Esto se conecta con el estudio de los arreglos institucionales ya que la implementación de cada uno de ellos implicó nuevas formas de entender el funcionamiento y la organización de las ESE. Para poder analizar estos cambios dentro de las ESE, se va a utilizar el concepto de gobernanza para determinar las relaciones existentes tanto dentro de la organización de la ESE, como de esta con el resto de los actores del sistema de salud. La gobernanza hace referencia al

conjunto de arreglos institucionales mediante los cuales se preparan, adoptan y ejecutan las decisiones públicas en un entorno social determinado. Incluiría estructuras, procesos, relaciones entre actores, reglas, mecanismos de imposición, control y rendición de cuentas, incentivos, normas informales y en general todos los instrumentos que inciden sobre las decisiones en la esfera pública (Longo 2010, pág. 3).

La gobernanza va a determinar los diferentes actores y procesos que influyen en las decisiones que se toman en las ESE a la hora de garantizar la prestación de los servicios de salud. Por eso al momento de analizar la gobernanza es necesario tener en cuenta los siguientes criterios: los actores y los recursos de poder que tienen, las reglas o leyes bajo las que se rigen y las diferencias en la capacidad de poder que tienen los diferentes actores. (CEGSS 2010, pág. 2) En el caso del sistema de salud colombiano, la prestación del servicio está a cargo de un sistema cuyos principales actores son: en el ámbito de la prestación del servicio de salud están las IPS, entre las cuales están las ESE; en el campo de la afiliación de los usuarios están las EPS; en cuanto al recaudo y giro de los recursos está el Fosyga; en la coordinación están las secretarías de salud; en el control administrativo, la Superintendencia de Salud y en el control fiscal la Contraloría de la República.

Dentro de la relación existente entre estas entidades, prevalece la autonomía, la descentralización y el aseguramiento social como los arreglos institucionales que han llevado a que cada una tenga prioridades y roles dentro del sistema. Para el caso de las ESE, la forma en la que se enfoquen las decisiones a la hora de prestar el servicio de salud va a determinar a qué intereses reales responde. Esto quiere decir que detrás de las relaciones de poder entre

los actores del sistema de salud y la responsabilidad social que tienen, existen algunos principios éticos que se deben analizar. Este dilema surge a partir del factor central de que el sistema de salud tiene recursos escasos, por lo que en el momento de garantizar la prestación del servicio de salud, las ESE se enfrentan a una pregunta básica que es: ¿a qué se le da prioridad a la hora de prestar el servicio de salud: a la viabilidad financiera de la institución, o al paciente y sus requerimientos sin discriminación de ningún tipo?

La respuesta a esta pregunta va a afectar directamente la calidad en la prestación del servicio, por lo que para responderla y teniendo en cuenta los criterios de la gobernanza, las ESE se van a guiar principalmente por la forma en la que utilizan sus diferentes recursos. Estos recursos van a variar teniendo en cuenta la posición que tiene cada uno de los actores dentro del sistema de salud, ya que la ESE depende directamente de los contratos que hace con las EPS y con los entes territoriales, y de los lineamientos que le da el Ministerio de Salud, la Secretaría Distrital de Salud y la Superintendencia.

Dentro de esta estructura las EPS han adquirido cada vez más poder debido a su función como aseguradoras y administradoras de los recursos financieros, pues de los pagos que estas realicen a las diferentes IPS es que estas pueden funcionar y prestar el servicio. Como las EPS son las que deciden con qué entidades firman contratos, la competencia entre IPS públicas y privadas aumenta de tal forma que la que logre funcionar con precios y gastos más bajos es la que adquiere tiene ventajas a la hora de vender servicios. En otros casos, son las EPS las que condicionan la prestación de los servicios, siendo ellas las que ponen las tarifas para cada uno de los servicios que pagan, por lo que la ESE debe determinar si bajo esa condición tarifaria que pone la EPS el servicio le es rentable o no, o más grave aún, volverlo rentable por medio de la disminución de la calidad.

Igualmente, el gobierno nacional y distrital por medio del Ministerio de Salud y la Secretaría Distrital de Salud van diseñar y ejecutar respectivamente una serie de condicionamientos y políticas que las ESE deben implementar de acuerdo a las prioridades establecidas por el gobierno de turno. Esto está más que todo relacionado con la participación que tiene el sector de la salud en el presupuesto, la cual está determinada a su vez por la política pública nacional y distrital. El gobierno determina el marco dentro del cual las ESE y los médicos deben funcionar teniendo en cuenta la disponibilidad de los recursos y la oferta

de servicios que se determine caben en ese marco. En este caso, se ve una disputa entre lo que el gobierno está dispuesto a ofrecer y lo que las ESE, los médicos y los pacientes necesitan. Las discusiones frente a este tema siempre van a existir, pues las ESE van a exigir mayores recursos, y los médicos y los pacientes un plan de beneficios más amplio; sin embargo, el que termina tomando la decisión es el gobierno nacional por medio de su plan de gobierno y política pública.

Bajo todo este contexto, es que la respuesta a la pregunta ¿qué deben hacer las ESE? planteada previamente, implica una decisión ética y política por parte de los diferentes actores del sistema de salud y en especial por las personas que responden por una ESE específica. “En el contexto del SGSSS hay unos principios éticos que constituyen reglas de conducta para cada uno de los actores; esos principios, como normas, regulan las acciones de las personas y, en su carácter ético, tratan de humanizar, de hacer justo y más equitativo el propio sistema de seguridad social” (Ramírez y Acosta 2011, pág. 147). Estos tres principios son la autonomía, la beneficencia y la justicia, y el sistema en su conjunto debe buscar la forma de cumplirlos plenamente de tal forma que los mandatos constitucionales sean garantizados.

El problema con estos tres principios, es que la distribución de poder dentro del sistema, ha llevado a que de alguna forma estos no se cumplan de la mejor manera. En el caso de la justicia y la beneficencia, es claro que el sistema de salud tiene problemas a la hora de garantizar el acceso a los servicios de salud. El ejemplo más claro de esto es el número de tutelas diarias que se presentan para que servicios del Plan Obligatorio de Salud –POS- (que se supone deben prestarse obligatoriamente) y No POS les sean prestados a las personas. En el 2014, se presentaron 324 tutelas diarias para servicios de salud, la cifra más alta desde 2008. (El Tiempo 2015) Igualmente, estos dos principios están directamente relacionados con la universalidad que debe buscar el sistema de salud, lo que implica que a la hora de prestar un servicio de salud no pueden existir barreras para los pacientes. Sin embargo, y como ya se ha explicado, la Ley 100 ha llevado a que dentro del sistema de salud se privilegie la sostenibilidad y viabilidad financiera de las instituciones antes que garantizar calidad en la prestación del servicio de salud, por lo que la ética en el sistema de salud estaría definida por el factor financiero.

Esto último se relaciona con el tercer principio que es la autonomía, que en el caso del sistema de salud ha tomado distintas formas. Para las ESE, se estipuló como arreglo institucional que estas debían funcionar bajo el principio de autonomía financiera; es decir, conseguir nuevas formas de adquirir recursos. Estas formas se redujeron a la venta de servicios por medio de contratos con las EPS y los entes territoriales. En esta relación de autonomía se encuentra una paradoja y es que aunque las ESE tienen la capacidad de decidir con quién hacer sus contratos, son las EPS las que les imponen las condiciones para establecer dicha relación contractual. Al no contar con los recursos suficientes, las ESE no tienen autonomía en las decisiones a la hora de prestar el servicio de salud pues siempre van a estar condicionadas por el factor financiero, y por las EPS con las que tiene contrato.

2.2. Gestión en el sistema de salud.

Teniendo en cuenta el contexto anterior y los dilemas a los que se ven enfrentadas las ESE a la hora de direccionar su funcionamiento y la prestación del servicio de salud, se pueden identificar dos modelos de gestión institucional: las que tienen como énfasis el obtener rentabilidad financiera, y las que hacen énfasis en la prestación del servicio de salud. (Molina y Cáceres 2011, pág. 172) El primer tipo de estas instituciones tiene como centro que la salud de los pacientes se deriva del número de contratos que se realicen con las aseguradoras y entes territoriales; es decir, lo importante es aumentar la venta de servicios y la facturación de la ESE de tal forma que se cumplan los objetivos financieros. Esto deriva en un primer problema y es que, como el objetivo es aumentar las ventas y en consecuencia las ganancias, la calidad de los servicios pasa a un segundo plano, más cuando lo importante es reducir costos a la hora de prestar el servicio de salud. Para poder competir con las otras IPS tanto públicas como privadas por la obtención del contrato, las tarifas deben ser muy bajas aumentando el gasto de bolsillo de los pacientes, reduciendo las condiciones laborales del personal y cerrado servicios que no sean rentables.

Esto último se enmarca dentro de la estrategia de contención de costos que tienen que plantear las ESE como forma de seguir en el mercado y de sostenerse financieramente. Ese plan de contención de costos tiene como eje central que la ESE de ninguna forma se ponga en situación de riesgo financiero. Esto deriva en que sean los pacientes y los trabajadores

quienes asuman la mayor parte de la responsabilidad financiera de la ESE. El ejemplo más claro de esto son los Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) que deben aplicar las ESE que se encuentran en riesgo alto o medio financiero, según los lineamientos que da el Ministerio de Hacienda. Estos planes se están implementando bajo el argumento de mejorar la cartera de las ESE y su viabilidad financiera; sin embargo, estos son una forma de continuar con el negocio que las EPS tienen con la salud de los colombianos, ya que dentro de las causas de la crisis financiera que tiene hoy la red pública hospitalaria de Bogotá y el país, se encuentran las deudas billonarias que tienen las EPS con las diferentes instituciones y que aún no son obligadas a pagar.

Dentro de estos planes no se contempla que las EPS paguen sus deudas de tal forma que los hospitales puedan seguir funcionando, sino que establecen procedimientos y mecanismos para reducir los costos, generando que sean los trabajadores y los usuarios quienes se vean afectados. Por ejemplo, dentro de las exigencias de los planes está el cierre de servicios que no sean rentables; que el personal contratado que se jubile o retire no sea reemplazado de la misma forma, sino que sea contratado por prestación de servicios; que aumente el portafolio de servicios de bajo costo con el objetivo de aumentar la rentabilidad financiera; entre otras cosas. (Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C. [SDS] 2015)

Dentro de este mismo modelo existe la necesidad por aumentar la productividad y eficiencia, la cual recae principalmente en trabajadores del sector de la salud ya que existen estrategias que

controlan las decisiones médicas e incluyen el ofrecimiento de incentivos al médico para que aumente el número de actividades (pago por actividad realizada), para que disminuya el número y tipo de medicamentos, de procedimientos, de diagnóstico o tratamiento de mayor costo, para registrar en la historia clínica solo las condiciones de pacientes que sean coherentes con el tratamiento que es permitido prescribir (Molina y Cáceres 2011, pág.174).

Esto ha llevado a que los médicos en sus competencias profesionales y en el marco de su autonomía no sean quienes decidan cómo debe ser diagnosticado y tratado un paciente, sino que desde las instituciones se estipule que es permitido y que no en cuanto a medicamentos y procedimientos, de acuerdo a su costo. Esto puntualiza nuevamente en el debate de la ética en el sector de la salud y en el sistema de salud colombiano, ya que los profesionales del sector se ven a diario en una encrucijada entre lo que ellos consideran es lo

mejor para el paciente, y lo que les dice la institución que es lo mejor. En algunos casos el médico se ha convertido en uno más del personal administrativo que se dedica a formular de acuerdo a una cartilla ya preestablecida, dejando a un lado su responsabilidad frente a la vida de las personas como los responsables o designados socialmente para cumplir esta función.

En el marco de la autonomía médica, existe otra discusión y es el papel que juega la industria farmacéutica, la cual se convierte en un actor fundamental dentro del sistema de salud. Como ya se dijo previamente, el gobierno establece una oferta de servicios dentro de la cual los diferentes actores del sistema deben mantenerse. En ese marco existen procedimientos de muy alta calidad que pueden ser utilizados y que permiten al sistema mantenerse en funcionamiento. Por otro lado, “está la generación de procesos económicos por parte de los laboratorios farmacéuticos, que buscan aumentar la facturación con nuevos productos y nuevos medicamentos” (Fernández 2015). Estas empresas tienen diferentes estrategias para lograr que los médicos empiecen a formular sus medicamentos a los precios que ellos consideran. Por ejemplo, en el caso colombiano,

los laboratorios farmacéuticos ejercieron una función absolutamente nefasta en el año 2006, cuando consiguieron del ministro Palacios [...] la liberación de los precios de los medicamentos. Y eso ha sido el debacle para el sistema, porque entonces los laboratorios subieron sus precios, pero los intermediarios subieron aún más los precios para cobrarle al sistema de salud unos precios absolutamente fantásticos [...] como ejemplo, una ampolla para pacientes con hemofilia en Venezuela podía costar 200.000 pesos, en España 500.000 pesos, en Colombia el laboratorio la vendía en 1.000.000 de pesos, pero el intermediario se la cobraba al Fosyga en 17.000.000 de pesos (Fernández 2015).

Ningún sistema de salud puede funcionar de esa forma, pues es claro el negocio que con los recursos públicos se estaba haciendo para favorecer a las multinacionales farmacéuticas y a las EPS que funcionan como intermediarios. Bajo este contexto, la autonomía médica está en lograr formular lo más conveniente para el paciente, y no volverse una maquinaria detrás del negocio que implica el sistema de salud.

Por otro lado, dentro del modelo de gestión donde prevalece la rentabilidad financiera, la ética y la responsabilidad social que tienen las ESE se ve afectada, ya que no todas las personas pueden ser atendidas en cualquier ESE. Los pacientes son atendidos, primero si la ESE tiene convenio con la EPS del paciente, y luego su asignación o tratamiento dentro del hospital depende de que tan fiable a la hora del pago es su EPS. “Esto implica un dilema ético

para las IPS, que deben escoger entre asegurar su sobrevivencia financiera o la sobrevivencia de un usuario, de cuyo asegurador no se tiene certeza que vaya a pagar por los servicios prestados” (Molina y Cáceres 2011, pág.175). El ejemplo más claro de lo anterior es el conocido “paseo de la muerte”, en donde los pacientes son trasladados de entidad a entidad hasta una en la que su EPS tenga convenio y pueda ser atendido.

Las EPS se han encargado de negar o demorar servicios a tal punto que una pequeña enfermedad puede terminar en una complicación que ponga en riesgo la vida de la persona. Esto rige claramente con el principio de la eficiencia, pues es claro que entre menos complicado esté un paciente, más barato le sale al sistema atenderlo. El caso más emblemático sobre esto y que generó uno de los debates más importantes sobre el funcionamiento del sistema de salud, fue el caso de Camila Abuabara, a quien la EPS le negó un trasplante de medula, que estaba dentro de lo que es posible ofrecer, y luego de que se le complicara la enfermedad, con recursos públicos tocó asumir el costo de una cirugía en el exterior por la complicación de su enfermedad. Fue entonces cuando surgió el debate sobre qué tanto se debe invertir en una sola persona a costa de las finanzas y sostenibilidad del sistema de salud. Esa discusión será eterna, pero lo que sí es claro es que sí dentro de la EPS no prevaleciera el negocio y cumplieran con su función, a la paciente se le hubiera autorizado su operación desde un principio y se hubiera podido garantizar el derecho a la salud.

Lo anterior también sirve de ejemplo para ver como actualmente existen diferentes barreras de acceso a los servicios de salud. Existen barreras geográficas, económicas y administrativas, las cuales van en contravía a lo que plantea la Ley 100 y la Constitución como principio rector del sistema de salud que es la universalidad. Como se mencionó previamente, las barreras lo que hacen es dificultar el acceso de los pacientes a los servicios de salud de tal forma que se reduzcan los costos de las instituciones prestadoras y aseguradoras. Dentro de las barreras el factor financiero toma mayor importancia en la medida que quienes tienen la capacidad de pago son los que pueden acceder a los servicios de salud de calidad. Igualmente, las barreras administrativas consisten en aumentar los trámites innecesarios a la hora de prestar el servicio de tal forma que se le pongan obstáculos a las personas para poderles autorizar un procedimiento. Ante esta situación a la que se deben

enfrentar a diario los pacientes, se ha adoptado por evitar utilizar estos servicios, cambiándolos por atención en urgencias, colapsando este servicio en gran parte de las IPS.

Las ESE con un modelo institucional basado en la rentabilidad financiera son las que prevalecen actualmente en el sistema de salud. La mayoría están buscando la forma para lograr salir de sus crisis financieras afectando la buena prestación del servicio de salud. En parte esto es entendible pues si la entidad no cuenta con los recursos suficientes, garantizar la prestación del servicio es cada vez más complicado. Una ESE no puede funcionar adecuadamente si no le pagan por los servicios que presta; sin embargo, las ESE tienen una particularidad y es que como se está hablando de la salud de las personas existen situaciones en las que la entidad no puede dejar de funcionar, por lo que sus deudas con los proveedores y trabajadores aumentan. Esta situación se vuelve insostenible pues aunque las ESE busquen la forma de reducir sus costos, teniendo deudas multimillonarias es casi imposible que se pueda invertir, más allá de los gastos mínimos con los que cuenta la entidad.

El segundo modelo institucional de gestión que está basado en la garantía de la prestación del servicio de salud, y tienen como principio rector, que la salud es un derecho. Estas instituciones garantizan su equilibrio y sostenibilidad financiera por medio de tener una buena calidad del servicio, lo que le permite tener una mejor negociación con las EPS. (Molina y Cáceres 2011, pág.178) Este tipo de modelo funciona en la medida que cada uno de los actores cumpla con sus obligaciones y funciones, y si la relación entre los mismos es balanceada; pero como ya se explicó previamente, en el sistema de salud son muy pocas las instituciones que logran llegar a este equilibrio o no dependen de recursos que aún no le son girados.

Lo anterior demuestra que el modelo de libre competencia en salud en Colombia ha llevado a problemas en la gobernanza y ética de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que afectan directamente la calidad de la prestación del servicio de salud. La competencia entre las ESE se introdujo bajo el argumento de que esta iba a llevar a que las ESE mejoraran su eficiencia y calidad; sin embargo, lo que se ha visto es que “en el SGSSS, la fragmentación es estructural y la confianza depositada en que el mercado podría distribuir de mejor manera los servicios de salud, fracasó” (Vargas y Molina 2011a, pág. 64).

Este fracaso se debe a que la salud al ser un derecho fundamental, no puede dejarse en manos del mercado exclusivamente, pues en este se queda simplemente en lo superficial de lo que implica el derecho, obviando la particularidades de la prestación del servicio. Esto se resume en el hecho que la salud se haya convertido en un negocio del que los que logran sobrevivir en el mercado son los que se ven favorecidos. Bajo la lógica del mercado la salud se asume como una mercancía transable entre EPS e IPS, por lo que la gestión de las ESE se centra en la rentabilidad financiera, el lucro económico y la sobrevivencia en el mercado, dejando en un segundo plano principios como la calidad.

3. EL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR E.S.E EN EL MARCO DE LA LEY 100 DE 1993.

Para analizar el impacto que ha tenido la Ley 100 y la transformación de los Hospitales Públicos en ESE, se va a tomar como ejemplo el Hospital Simón Bolívar E.S.E de Bogotá. Con este estudio de caso se pretende aterrizar la investigación de los arreglos institucionales y la prestación del servicio de salud de tal forma que se puedan conocer de fuentes primarias los efectos y discusiones que ha generado el modelo de salud implementado con la Ley 100 de 1993.

El Hospital Simón Bolívar E.S.E. actualmente es de III Nivel, cuenta con 2 sedes, 420 camas de hospitalización y 47 de observación. Tiene un total de 1787 trabajadores, de los cuales el 53% son contratistas por Orden de Prestación de Servicios, lo que da que solo 791 son de planta, es decir que están vinculados directamente con el hospital y cuentan con las garantías laborales correspondientes.⁵ Actualmente, el hospital está catalogado “como centro de referencia para las instituciones de I y II nivel de atención que confirman la Red Norte del Distrito Capital de Bogotá, sin embargo recibe pacientes remitidos de las demás redes y subredes distritales y de las entidades territoriales circunvecinas” (HSB 2015, párr. 6).

Durante el periodo de 2002-2014 el hospital atravesó por diferentes coyunturas, que iban de la mano de la situación general del sistema de salud en Colombia, y sobre todo en Bogotá. Dentro de ese periodo el hospital tuvo que implementar los arreglos institucionales correspondientes, en donde la autonomía financiera y el modelo de aseguramiento tomaron preponderancia. Durante este tiempo el objetivo ha sido buscar la forma de aumentar la venta de servicios por medio de lograr mejores contratos con las EPS correspondientes, teniendo en cuenta que son ellas las que en mayor medida sostienen financieramente el hospital.

Para 1992, el gerente de ese momento, ya hablaba de una crisis financiera en la que se encontraba el hospital, debido a que tanto la secretaría como el Ministerio no estaban girando los recursos necesarios para el funcionamiento de la institución. Esta situación, estaba obligando al cierre y cancelación de servicios ya que el hospital no contaba con los

⁵ Información obtenida del Informe Ejecutivo – Agosto de 2015- Hospital Simón Bolívar E.S.E III Nivel.

insumos necesarios para funcionar. La solución que se pedía en ese momento era que “la descentralización planteada por la Ley 10 de 1990 debería hacerse efectiva con el fin de que los hospitales capten sus propios recursos a través de la promoción y venta de servicios y distribuyan ellos mismos sus entradas de acuerdo a las prioridades” (El Tiempo 1992).

Esto implicaba implementar la autonomía financiera, que luego fue impuesta como arreglo institucional correspondiente a la transformación obligatoria que debían hacer los hospitales en ESE para seguir funcionando de acuerdo a la Ley 100 de 1993. La descentralización y la autonomía financiera fueron planteados como la solución al problema de liquidez que tenían los hospitales; sin embargo, a través de los años se ha visto que estos arreglos no han funcionado como se esperaba, especialmente por el actor que fue introducido para que administrara los recursos: las EPS, quienes no han cumplido con sus múltiples obligaciones, y por los actos de corrupción que han sucedido en estas instituciones.

A partir de la transformación en ESE, el hospital ha diseñado diferentes planes con el objetivo de sanear las finanzas y al mismo tiempo lograr una atención óptima en la prestación del servicio de salud. Para el 2005, el hospital, se había convertido en uno de los centros de atención más importantes del país, no solo por los servicios que prestaba, sino por la investigación y los avances tecnológicos en materia de salud que representaba. Sin embargo, el ámbito financiero siempre ha sido un factor de análisis en los aspectos de gestión y funcionamiento del hospital. Dentro de esa gestión y funcionamiento, hay que analizar el rol que han tenido los arreglos institucionales que con la Ley 100 fueron implementados en las ESE y si estos realmente han logrado cumplir el objetivo de garantizar el derecho a la salud de los colombianos.

3.1. Los arreglos institucionales en el Hospital Simón Bolívar E.S.E.

Como se explicó en el primer capítulo, con la implementación de la Ley 100, todos los hospitales públicos debieron convertirse en ESE para continuar su funcionamiento. Dentro de esa transformación la descentralización, la autonomía financiera y el modelo de aseguramiento tomaron preponderancia en la organización y el funcionamiento de estas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En el caso del Hospital Simón Bolívar E.S.E, esos aspectos se han convertido en centro del funcionamiento del hospital, ya que cambiaron

las dinámicas existentes entre los actores del sistema de salud, y según algunos de sus trabajadores impiden que el derecho a la salud se cumpla adecuadamente.

Antes de la Ley 100 de 1993, el hospital dependía directamente de la Alcaldía y la Secretaría de Salud, lo que implicaba que los recursos pasaban directamente del gobierno a los prestadores de los servicios de salud. Eso era conveniente debido a que si la “institución estaba en riesgo, hacían un análisis y le daban una partida. Hoy en día lo que hacen es que si no es rentable, si verdaderamente produce muchos gastos se privatiza” (Hauser 2015). Esto quiere decir, que el gobierno tenía una responsabilidad directa frente al funcionamiento de los hospitales y por ende había a quién responsabilizar frente a los inconvenientes que se pudieran generar. El gobierno, como garante del derecho a la salud, asumía su responsabilidad directa gestionando él los recursos, y controlando y supervisando la utilización de los mismos en las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud. Con la Ley 100 esa responsabilidad se delegó en diversos actores, como las EPS, llevando a que sean ellas las que deban responder por la salud de los colombianos.

El problema con esta delegación, es que la salud empezó a ser administrada por unos actores innecesarios que aumentaron la burocracia y los procesos para el flujo de recursos y atención a las personas. “Nosotros no necesitamos que nos administren, es que esos recursos es ahí donde se desvían, donde se pierden; porque es que eso se volvió fue un negocio, y lo volvieron un negocio fue las EPS” (Correa 2015). Dentro del funcionamiento del hospital, se puede observar que aunque los arreglos institucionales que determina la ley fueron implementados en el papel, en la práctica y en lo concreto de las actividades estos no se cumplen, y lo que han generado es fallas en los procesos para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

Frente a la descentralización y a la autonomía que deberían tener este tipo de instituciones, los intereses que tiene cada uno de los actores del sistema de salud, especialmente el poder político representado en la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social y los intereses de las EPS no permiten una real coordinación entre las instituciones. En opinión del doctor Oscar Correa, las EPS son que casi la única autoridad dentro del sistema de salud desde el punto de vista administrativo, lo que han llevado a que el funcionamiento del sistema de salud, y en especial de los hospitales se vea truncado por

procesos que dificultan la eficiencia. Lo que ha pasado con la autonomía, es que esta no es del todo real, ya que de todas formas tanto los recursos como las políticas a implementar, se centralizan en el Ministerio de Salud y en las Secretaría Distrital. “Tú no eres autónomo en el momento en el que vas a pagarles a tus empleados, no eres autónomo en recibir los recursos del distrito, no eres autónomo en definir tu propias políticas institucionales, todo lo está centralizando la Secretaría Distrital de Salud, por políticas también del Ministerio de Protección Social” (Correa 2015).

El problema central con la descentralización y la autonomía está en el flujo de los recursos, que al pasar por los intermediarios (EPS), las ESE se están quedando sin el dinero para funcionar. El punto es que estos recursos son los que ellos mismos consiguieron por medio de la venta de servicios y los contratos con las EPS; pero el pago depende directamente del giro que haga el Estado por medio del Fosyga a las EPS y luego estas a los hospitales. Los pacientes y médicos, es decir las ESE, son las últimas en este proceso, aunque sean las directamente encargadas de la prestación del servicio de salud. Según los trabajadores del hospital, la demora en el flujo de recursos se puede describir como voluntaria o a propósito, (Correa 2015) ya que por medio de distintas formas, las EPS buscan retener esos pagos. La más común es por medio de las auditorías internas que hacen las EPS: “tú envías esa cuenta de cobro a las EPS para que ellas con sus auditorías internas decidan de manera superficial si te pagan o no te pagan esa cuenta” (Correa 2015). Este proceso conocido como glosas se ha convertido en un real problema para el hospital puesto que por ejemplo, en este momento están mirando si las EPS les aprueban glosas del 2011, es decir, cuatro años después puede que les paguen o no esas cuentas.

La cuestión a discutir es si la forma de financiación que tienen las ESE funciona o no. Es evidente que no está funcionando y que no es sostenible, debido a las deudas alarmantes que tienen las EPS con las ESE. En este punto coinciden la mayoría de los sectores del sistema de salud, incluyendo a las mismas EPS, quienes argumentan que “Los dineros del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) están embolados y no hay una regulación adecuada de las aseguradoras. Las reglas del juego de las entidades promotoras de salud (EPS) no están claras ya que no hay directrices sobre en qué invertir los dineros que les llegan [...]” (Ramírez 2015 cita a Arias 2015). Esta afirmación por parte de las EPS implicaría que

no se sabe en dónde están los recursos de la salud, y confirmaría la tesis de que dentro del sistema de salud existe un desequilibrio frente a las responsabilidades que tiene cada uno de los actores, y que el flujo de recursos que debe llegar a las ESE para financiarse no llegan.

Sin embargo, las ESE argumentan que aunque tienen que ser auto sostenibles, apenas si han logrado sostenerse debido “al deficiente flujo de recursos y los intermediarios se quedan con los dineros de la salud” (Suarez 2015). El que el sistema no sea sostenible, “es una falla del mercado, es una falla del Estado, por la supervisión que no ejercen sobre las entidades que ellos entraron a crear o que se generaron” (Suarez 2015). El punto es entonces, que tanto la descentralización, como la autonomía financiera en el marco de libre competencia bajo el cual se justificaron los arreglos institucionales, no se han desarrollado debido a que sigue habiendo un desequilibrio entre los intereses y el poder que tiene cada una de las instituciones y actores dentro del sistema de salud. En general, la salud está monopolizada por las EPS, que bajo el aval de la ley y el Estado son las encargadas de administrar y controlar el funcionamiento del sistema de salud.

3.2. El Estado y la prestación del servicio de salud en el Hospital Simón Bolívar E.S.E.

El problema con las fallas que han tenido los arreglos institucionales en las ESE tiene un efecto dentro de la prestación del servicio de salud y la garantía del derecho. Desde la perspectiva de los pacientes, el arreglo institucional que sufrió todo el sistema del aseguramiento en salud causó no solo que los pacientes se volvieran dependientes de las decisiones que las EPS tomen frente a qué servicio se presta o no, sino que nuevamente el mercado no permite que los usuarios tengan plena autonomía para decidir a que EPS quieren pertenecer.

Dentro del Hospital Simón Bolívar E.S.E, la relación con las EPS en términos más allá de lo financiero, pone un limitante a la hora de la prestación del servicio debido a que los pacientes que llegan (aunque no se les niega el servicio de urgencias) para poder acceder a un tratamiento adecuado, la EPS a la que pertenecen debe tener contrato con el Hospital. Además de eso, existen trámites burocráticos que deben realizar tanto los pacientes, como el hospital para atender a una persona, ya que, nuevamente, es la EPS la que da las autorizaciones y luego genera los pagos.

El usuario tiene que, antes de ser atendido acá en el Hospital Simón Bolívar [...] debe recibir una orden médica, que le dice que requiere por ejemplo una consulta con el ginecólogo, esa orden él debe ir a CapitalSalud a que la EPS le genere una autorización [...] Por lo general a CapitalSalud no es que lleguen pacientes y los atiendan de una. Son unas filas interminables, o sea los usuarios muchas veces tú los ves a las 2-3 de la mañana para recibir una autorización a las 7-8 de la mañana en los mejores casos [...] y luego, tiene que llegar acá al Simón Bolívar para que le den la cita (Pardo 2015).

Esto ha generado barreras administrativas y geográficas en el acceso a los servicios de salud por parte de la población, pues cada vez encuentra más complicaciones a la hora de solicitar un servicio. Esto se debe en una parte, a que son las EPS las que determinan que servicio se presta y que no. Y como se ha dicho previamente, en el sistema de salud colombiano prima el negocio, entre menos servicios presten, más plata de la UPC les queda a las EPS. Por otro lado, el que las EPS sean las que determinan en qué momento se paga y la duración de los contratos, el hospital se ve obligado a tomar decisiones administrativas que tienen incidencia en la prestación del servicio de salud. Una de estas decisiones es la reducción del personal y de especialistas, y la contratación de estos por prestación de servicios, con contratos a un mes, y sin una vinculación laboral adecuada. (Hoyos 2015) Esto tiene su efecto claro en la prestación de los servicios, pues hay inoportunidad en la atención, demora en las citas, y deshumanización a la hora de atender. (Pardo 2015)

Para poder comprender los diferentes aspectos que componen la prestación del servicio de salud en cuanto a los principios que establece la Ley y la Constitución, es necesario analizar los diferentes procesos y relaciones que hay detrás de esto en cuanto al funcionamiento de las ESE. La calidad depende directamente de los principios que rigen la ESE; de las decisiones administrativas que toma; y de la relación que tiene con los otros actores del sistema. Como se explicó previamente las ESE no cuentan con una autonomía real para tomar sus decisiones, por lo que la prestación del servicio depende de las EPS y del flujo de recursos que estas giren a las ESE para su funcionamiento.

Esto también se ve reflejado en la autonomía que tienen los médicos y paramédicos a la hora de formular un tratamiento para sus pacientes. “Cuando los exámenes se hacen aquí o se hacen dentro del hospital, no hay ningún problema; sin embargo, cuando uno le formula un examen a un paciente ambulatoriamente, generalmente se los cancelan, se los prolongan y después les dicen que la orden está vencida [...]” (Hoyos 2015). Esto demuestra una

constante puja entre los hospitales y las EPS, en donde son las EPS quienes tienen la última palabra frente a los pacientes. El reto de los hospitales, de los médicos y paramédicos es seguir trabajando, funcionando, y cumpliendo su misión a pesar de la existencia de las EPS.

La consecuencia de seguir el funcionamiento a pesar de la existencia de las EPS, es otra muestra del desequilibrio existente en el sistema de salud. Para Javier Pardo, jefe de la Oficina Asesora de Jurídica, el problema del sistema de salud es que su funcionamiento está cuadrado para que sea un negocio que no tiene intenciones de acabarse. Para él, son evidentes las preferencias por parte del Gobierno hacia las EPS, mientras a las ESE las tienen “arrodilladas”. El objetivo es acabar con lo público, porque en la liquidación y la privatización está el negocio. Ese desequilibrio en el sistema de salud se determinó a partir de la Ley 100 y a lo largo de los últimos periodos presidenciales se ha profundizado, lo que avalaría el argumento de Pardo, de que la intención política de que esto cambie, no existe.

Lo anterior puede ser argumentado si se analiza la posición que han tenido las figuras políticas públicas que han opinado frente al sistema de salud. Un ejemplo, es el actual Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, quien antes de asumir este cargo fue un crítico del sistema de salud, al establecer que una entidad como la Supersalud no pudo controlar a las EPS (a las cuales llama gigantes financieros), y que han hecho lo que han querido por mucho tiempo. (Gaviria 2010) Pero si uno analiza su posición ya siendo el encargado del sector, no se ve ninguna intención por acabar con dichos gigantes financieros, sino que por el contrario las diferentes reformas y salvavidas que ha decretado, han sido a favor de las EPS, pues los dineros no se giran directamente a los hospitales, sino que han sido para capitalizar a las EPS; es decir para fortalecerlas financieramente.

Si se analiza esto, el punto con las EPS es que dejaron de ser entidades encargadas de garantizar la salud de los colombianos, para ser entidades financieras que buscan sacar ganancias por medio de la mercantilización de la salud. Tanto así que cuando se hace un giro directo a las ESE, el valor a girar corresponde a “lo que las EPS le digan al ministerio que pueden pagarle” (Jiménez 2015). Esto fortalece el argumento de la dependencia que tienen las ESE de las EPS para poder funcionar y del desequilibrio existente en el sistema de salud a favor del negocio.

Por último, la corrupción también hace parte del análisis del funcionamiento del sistema de salud y del Hospital Simón Bolívar E.S.E, ya que se ha visto como lo dineros que tienen destinación específica, como lo son los de la salud, han terminado en inversiones que no son específicamente en beneficio de la salud de los colombianos. En el caso del Hospital Simón Bolívar E.S.E, en el año 2010 la dirección del mismo, se vio involucrada en actos de corrupción que casi quiebran el hospital.

La corrupción ha sido un problema en el sistema de salud desde antes de la Ley 100. “Los recursos antes del año 91 los manejaba directamente la nación, y había un alto grado de corrupción, pero creo que es el mismo grado de corrupción que existe hoy en día... Es decir, las EPS que se han quebrado han sido por problemas de corrupción” (Correa 2015). En pocas palabras el modelo de salud actual facilita la corrupción en la medida que por medio de la intermediación lleva a que se los recursos se pierdan o se desvíen. Con la utilización de la UPC en otros rubros que no corresponden a la salud de los pacientes, se pone en discusión el control que tiene el Estado, en delegación con las instituciones correspondientes, frente al manejo de recursos que hacen tanto las EPS como las ESE. “Bueno ¿qué está generando tantas dificultades en los hospitales públicos? Sin lugar a dudas, el incumplimiento normativo” (Jiménez 2015).

El incumplimiento de la Ley y el control insuficiente por parte del Estado han llevado a que se pierdan “miles de millones de pesos de los hospitales. El elemento indispensable para hacerlo es contar con un gerente cómplice. Este decide a quién adjudica contratos y a quién no y, según varios exfuncionarios del Distrito, detrás de cada gerente hay uno o varios concejales” (Semana 2012). Esto implica que detrás de la salud hay muchos intereses en juego, por lo que el funcionamiento y la gestión de los hospitales se convierten en un foco de estudio y control constante. La corrupción en la salud, así como en todos los sectores, se ha convertido en el punto a evitar y controlar a la hora de planear la evolución de las políticas e instituciones en el país, por lo que el Hospital Simón Bolívar E.S.E. y el resto de ESE son una forma de analizar esa evolución y las medidas tomadas para evitar la desviación de recursos.

Dentro de las medidas tomadas está el cambio de gerentes y un control interno más riguroso en cuanto al manejo de los recursos. Sin embargo, esas medidas han quedado

insuficientes en cuanto al control externo teniendo en cuenta a los huecos que existen en los diferentes procesos que implica el sistema de salud, desde la afiliación de los pacientes, hasta el cobro de los recursos, donde sigue existiendo mecanismos para ir en contra de la ley y seguir aprovechándose de los recursos públicos de la salud.

La evolución que ha tenido el Hospital Simón Bolívar E.S.E luego de la implementación de los arreglos institucionales establecidos en la Ley 100, es un reflejo de los cambios y procesos que ha debido implementar el sistema de salud en el país para garantizar adecuadamente la prestación del servicio de salud. Tanto las dificultades como los avances demuestran cómo la toma de decisiones en instituciones que tienen responsabilidades en nombre de la nación se convierten en debates de interés general y por ende, de control tanto por los entes correspondientes como por parte de la ciudadanía.

4. CONCLUSIONES

Con la implementación de la Ley 100 de 1993 y del SGSSS, los arreglos institucionales que debieron realizar los hospitales públicos para convertirse en ESE afectó la prestación del servicio de salud en algunas cosas favorablemente, pero en otras aún se presentan dificultades debido a la existencia de eslabones (EPS) que ya no deberían formar parte del sistema de salud.

Los antecedentes del actual modelo de salud llevan a pensar que la decisión de reestructurar el sistema de salud por medio de la Ley 100 estaba justificada teniendo en cuenta la inoperancia, descoordinación, ineficacia y baja cobertura del Sistema Nacional, con el objetivo de garantizar una cobertura universal de los servicios de salud para la población colombiana.

La Ley 100 retomó los principios del derecho a la salud establecidos en la Constitución para introducirlos como los fundamentos del sistema de salud y la prestación del servicio. Los principios de la Ley logran formalmente abarcar todos los aspectos que componen tanto la salud, como el funcionamiento del sistema para garantizar el derecho. Sin embargo, con la puesta en práctica de la Ley 100, dichos principios no se han ejecutado debido a la inoperancia e ineficiencia del sistema en lo que tiene que ver con el flujo de los recursos, y por ende en la prestación del servicio de salud.

Dentro de los arreglos institucionales que se implementaron estaban presentes los conceptos de descentralización y autonomía de las instituciones. Estos dos conceptos en teoría, hicieron la diferencia con relación al sistema de salud anterior; sin embargo, como se pudo analizar, estos dos arreglos no se han implementado realmente ya que, en el caso del Distrito Capital, las ESE dependen directamente de las orientaciones de la Secretaría de Salud, la cual en su generalidad depende de la política nacional de salud en cuanto al funcionamiento y organización del sistema. Es decir, que aunque se hable de descentralización por servicios, todas las instituciones dependen directamente de las decisiones del gobierno central, es decir, del Ministerio de Salud.

Igualmente, el que los recursos del sistema con los que funcionan todas las instituciones prestadoras de servicios, sigan estando centralizados en el Fosyga demuestra

que la descentralización aún sigue estando solo en la Ley. Esto también ha llevado a que este fondo tenga responsabilidad en la inoperancia del sistema y en que el flujo de los recursos tenga trabas mientras estos logran llegar a las EPS y luego si a las IPS.

Las Empresas Sociales del Estado (hospitales) prestan los servicios de salud, en calidad de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a solicitud es decir por contrato con las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Las EPS captan los recursos que centraliza el Fosyga con destino a la salud, es decir para atender a los usuarios que demanden el servicio. Sin embargo, las EPS no pagan oportunamente los servicios prestados por las IPS, para el caso concreto al Hospital Simón Bolívar E.S.E. Esto quiere decir que el segundo arreglo: la autonomía financiera, tampoco es del todo funcional, pues la intermediación con las EPS y el gobierno central ha dificultado el flujo de los recursos a tal punto que hay deudas millonarias acumuladas de varios años.

Esta situación de no pago oportuno por parte de las EPS a los centros de salud (IPS-ESE) estrangula el sistema y a estas entidades, pues para poder prestar el servicio se requieren un sin número de insumos como medicamentos, tecnología, infraestructura, y el pago de médicos y paramédicos.

Pero, ¿Por qué las EPS no pagan oportunamente? El modelo de aseguramiento implementado con la Ley 100, creó y le dio la facultad a un tercero (EPS) de afiliar a la población y de administrar recursos públicos con destinación específica. Este eslabón innecesario vio en la salud un negocio millonario, por medio de la negación de servicios y el desvío de los recursos. Igualmente el pago de las EPS a las IPS no se hace debido a que el control y la vigilancia por parte del Estado han sido deficientes, teniendo en cuenta los desfalcos y dineros que se han utilizado en otro tipo de inversiones en los últimos años por parte de estas entidades. Las EPS se encuentran por encima de la institucionalidad del Estado, siendo gigantes financieros imposibles de controlar.

Esto representa un desequilibrio en el sistema de salud, ya que las IPS tanto públicas como privadas están subordinadas a las EPS y a las decisiones que estas tomen. Esto vulnera la autonomía de las IPS, y obstaculiza el objetivo de tener un sistema de salud eficiente. Es claro que las EPS se convierten en esa entidad que no encaja dentro del sistema de salud y

que aunque han sido defendidas por algunos actores desde su creación, siguen siendo el centro de la controversia dentro del sistema.

Dentro de los actores que hacen parte del sistema de salud, existen diferencias en la forma en la que se entiende lo que debe ser el derecho a la salud y el acceso y la prestación de los servicios. Esto ha llevado a debates y contradicciones internas necesarias, que reflejan la puja de intereses que hay dentro del sistema. Sin embargo, estos debates se saldan en el momento que se hace un consenso social a la hora de formular la política nacional de salud (leyes y Constitución), a la cual todas las entidades y actores del sistema se deben subordinar para cumplir con la misión que ésta les estipula.

El problema está en que las entidades no están cumpliendo con su misión y en algunos casos las entidades van por un lado y la institucionalidad por el otro. Esto se evidencia en que las EPS funcionan no para garantizar la prestación del servicio de salud sino para aumentar sus ingresos. Esto ha llevado a que las ESE se encuentre una situación financiera deficitaria que ha llevado al cierre de servicios y de hospitales completos.

¿Existe algún interés detrás del cierre de las ESE? Se podría pensar que al liquidar las ESE que no son financieramente rentables, a lo que se llega es a que más privados entren a participar en el sistema de salud. Es decir, reducir la participación del Estado y que este le delegue su responsabilidad a unos terceros para que garanticen y administren la prestación de los servicios de salud. Esto está relacionado con que la Ley 100 fue implementada en Colombia bajo el modelo económico neoliberal que estaba en auge en América Latina y en los nuevos modelos de salud en el mundo. En ese marco de libre competencia, solo las empresas que generan rentabilidad son las que pueden sobrevivir; y en el caso de las ESE lo anterior se ve reflejado en que las que no son rentables financieramente se liquidan, dándole vía a que sean unas pocas empresas las que manejen el negocio.

En Colombia es evidente el negocio que existe detrás del sistema de salud. Pero además es un negocio que no tiene intenciones de acabarse. El sistema se ha organizado de tal forma que las EPS sean las que predominen en el sistema, como casi las únicas administradoras, afectando la sostenibilidad de las otras entidades y perjudicando la prestación del servicio de salud y la garantía del derecho. Bajo esta situación, quien tenga la capacidad económica de pagar por los servicios, es quien puede acceder a estos.

El Hospital Simón Bolívar E.S.E es un reflejo de la situación actual de la red pública hospitalaria y del funcionamiento del sistema de salud a partir de la Ley 100. Los arreglos institucionales que se implementaron para garantizar el derecho a la salud establecido en la Constitución, generaron nuevos retos a la hora de pensar en el funcionamiento y la gestión de esta entidad. En ese marco, las decisiones que se toman buscan garantizar la prestación del servicio de salud y al mismo tiempo lograr la sostenibilidad financiera que exige el sistema. El debate sobre cuál es el mejor modelo a implementar de acuerdo a las prioridades que como institución se establezcan siempre va a existir, por lo que los acuerdos a los que se llegan requieren de un control por parte del Estado y sus instituciones, pero al mismo tiempo de un control social debido a que lo que se busca es garantizar un derecho toda la población.

BIBLIOGRAFÍA

Arbeláez, M. (2006). *Derecho a la Salud en Colombia. El acceso a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* . Bogotá : Cinep. Disponible en: [https://www.ramajudicial.gov.co/documents/3006721/3163571/BELM-25825\(Derecho+a+la+salud+-Arbel%C3%A1ez\).pdf/9295f3a9-4b2e-49e7-8ba1-d8477c971479](https://www.ramajudicial.gov.co/documents/3006721/3163571/BELM-25825(Derecho+a+la+salud+-Arbel%C3%A1ez).pdf/9295f3a9-4b2e-49e7-8ba1-d8477c971479)

Holguín, G. (2014). *La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso.* Bogotá: Aguilar.

Jaramillo, I. (1997). *El Futuro de la Salud en Colombia. La puesta en marcha de la ley 100.* Bogotá, Colombia: Fundación Friedrich Ebert de Colombia –Fescol-.

Molina, G., et al. (Eds.) (2011). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia.* . Medellín : La Carreta Editores E.U.

Núñez, J., at al. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de Salud colombiano.* . Bogotá : FEDESARROLLO.

Vélez, M. (2008). *Salud: negocio e inequidad. Quince años de la Ley 100 en Colombia.* Bogotá: Ediciones Aurora.

Capítulos o artículos en libro.

Molina, G. y Cáceres, F. (2011). Aspectos de rectoría, dirección, organización y gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En G. Molina, I. Muñoz, y A. Ramírez (Eds.), *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia* (págs. 161-184). Medellín: La Carreta Editores- Universidad de Antioquia.

Ramírez, A. y Acosta, J. (2011). Implicaciones éticas y autonomía de los profesionales de la salud. En G. Molina, I. et al. (Eds.), *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia* (págs. 147-159). Medellín: La Carreta Editores- Universidad de Antioquia.

Vargas, J. y Molina, G. (2011). Calidad de los Servicios y su relación con las decisiones en la Atención en Salud. En G. Molina, et al. (Eds.), *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia* (págs. 79-100). Medellín: La Carreta Editores- Universidad de Antioquia.

Vargas, J. y Molina, G. (2011a). Acceso a los servicios de salud: Sus limitaciones y consecuencias. En G. Molina, et al. (Eds), *Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia* (págs. 61-78). Medellín: La Carreta Editores- Universidad de Antioquia.

Artículos en publicaciones periódicas académicas.

Castaño, R. (2006). Los Mandatos Constitucionales sobre el Derecho. *Serie Documentos. Documentos de Trabajo*. (3). Economía-Universidad del Rosario. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/economia/documentos/pdf/dt3.pdf>

Gaviria, A., et al. (2006, Enero) Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice. *Documentos CEDE* 2006-06. Facultad de Economía, Universidad de los Andes.

Herrera, A. (1999). La Descentralización por Servicios en Colombia. *Revista de Derecho, Universidad del Norte*, (11), 1-15. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/derecho/article/viewFile/2751/1854>.

Isaza, S. (2002). Discurso Pronunciado por el Doctor Sergio Isaza Villa. El Día panamericano del Médico en el Hotel Tequendama. *Heraldo Médico*, 25 (231). Disponible en:

<http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-231/heraldo231-discurso/>.

Longo F. (2010). Ejes vertebradores de la gobernanza en los sistemas públicos. Un marco de análisis en clave latinoamericana. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* (46), 75-102. Disponible en: <http://itemsweb.esade.edu/idgp/longo.pdf>

Roth-Deubel, A. y Molina, G. (2013). Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Revista de salud pública*, 15 (1), 44-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000100005

Useche, B. (2012, Junio-Julio). Los Modelos de Atención en Salud. Hacia una reforma estructural del sistema de salud colombiano. *Deslinde* (50), 4-13.

Villar, L. (2004, Octubre-Diciembre). La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. *Deslinde* (36), 6-19.

Artículos en publicaciones periódicas no académicas.

14 hospitales del Distrito, en riesgo financiero y fiscal: veeduría. (2014, 13 de Noviembre). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/bogota/crisis-en-hospitales-de-bogota/14827541>

Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos. (2014, 25 de Noviembre). *Semana.com*. Disponible en: http://www.semana.com/nacion/articulo/las-eps-controlan-los-medicos-con-polemicos-metodos/409528-3?hq_e=el

Cada 4 minutos se interpone una tutela para buscar atención en salud. (2015, 20 de Agosto). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://app.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/tutelas-por-salud/16258176>

Corrupción en hospitales, una vergüenza capital. (2012, 5 de Mayo). *Semana.com*. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/corrupcion-hospitales-vergenza-capital/257568-3>

Corrupción tuvo al Hospital Simón Bolívar al borde de la quiebra. (2011, 29 de Enero). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12560542>

El Hospital Simón Bolívar: hospital para medicina crítica. (2002, 14 de Julio). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1314090>

Galindo, F. (2015, 3 de Enero). El Gobierno: aliado de las EPS. *ElEspectador.com*. Disponible en: <http://www.elespectador.com/opinion/el-gobierno-aliado-de-eps-columna-536010>

Galindo, F. (2015, 7 de Junio). El ministro, alcablero de la salud. *ElEspectador.com*. Disponible en: <http://www.elespectador.com/opinion/el-ministro-alcablero-de-salud>.

Gaviria, A. (2010, 20 de Febrero). Salud cooptada. *ElEspectador.com*. Disponible en: <http://www.elespectador.com/columna188912-salud-cooptada>

Gaviria, A. (2011, 21 de Agosto). Contradicciones. *ElEspectador.com*. Disponible en: <http://www.elespectador.com/opinion/contradicciones>

Gaviria, A. (2015, 29 de Julio). Salud y sostenibilidad. *Semana.com*. Disponible en: <http://www.semana.com/opinion/articulo/alejandro-gaviria-salud-sostenibilidad/436667-3>

Gómez, L. (2008, 16 de Agosto). Los hospitales distritales, otra vez enfermos por la falta de liquidez. *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3056287>

González, J. (2015, 15 de Enero). Dilemas éticos en el sistema de salud. *Semana.com*. Disponible en: <http://www.semana.com/opinion/articulo/jaime-gonzalez-montano-dilemas-eticos-en-el-sistema-de-salud/414825-3>

Gossaín, J. (2014, 29 de Enero). Cuando los pacientes de las EPS mueren sin atención. *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13423202>

Gossaín, J. (2015, 12 de Septiembre). Ni las mejores clínicas tienen plata para sus nóminas. *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/crisis-hospitalaria-en-colombia/16326635>

Guzmán, H. (2015, Marzo). Acemi considera corto el plazo de habilitación de EPS. *El Pulso*, (198). Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/1503mar/debate/debate-07.htm>

Hernández, M. (2012, 16 de Abril). Crisis hospitalaria en Bogotá: razones de fondo. *Razonpublica.com*. Disponible en: <http://www.razonpublica.com/index.php/regiones-temas-31/2890-crisis-hospitalaria-en-bogota-razones-de-fondo.html>

Hospital Simón Bolívar logró frenar su quiebra. (2013, 30 de Enero). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12562821>

Hospitales, al debe. (2009, 12 de Octubre). *ElTiempo.com*. Disponible en <http://www.eltiempo.com/archivo/documento-2013/MAM-3665229>

Hospitales de Bogotá habrían cerrado servicios para sanear finanzas. (2014, 14 de Noviembre). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/bogota/hospitales-de-bogota-reducen-atencion-por-fallas-en-finanzas/14830723>

“La inoperancia del sistema de salud está matando a los niños”: Pediatras. (2015, 10 de Octubre). *Semana.com*. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/sociedad-de-pediatria-responde-por-medico-que-no-atendio-paciente-que-llego-tarde/445623-3>

Marín, A. (2015, 3 de Octubre). Colapso en las salas de urgencias de Bogotá. *ElEspectador.com*. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/colapso-salas-de-urgencias-de-bogota-articulo-590456>

Más de dos décadas mejorando su salud. (2004, 31 de Julio). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1517159>

Ramírez, L. (2012, 8 de Diciembre). “El panorama de la salud es muy oscuro”: Acemi. *Semana.com*. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/el-panorama-salud-muy-oscur-o-acemi/268878-3>

Remezón en hospitales de la red distrital. (2012, 12 de Mayo). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11778382>

Si alguien se muere, será responsable el ministerio. (1992, 3 de Diciembre). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-252165>

Suárez, A. (2015, 4 de Agosto). Hospitales del Distrito: “privatizados”. El *Espectador.com*. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/hospitales-del-districto-privatizados-articulo-577200>

Un hospital para el servicio de todos. (2005, 30 de Julio). *ElTiempo.com*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1685985>

Zuluaga, C. (2015, 26 de Octubre). “Saludcoop tiene que liquidarse”: Ministerio de Salud. *ElEspectador.com*. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/saludcoop-tiene-liquidarse-ministerio-de-salud-articulo-595318>

Otros Documentos.

¿Cómo está la salud en Colombia? [Notas tomadas de debate radial] (2015, 3 de Septiembre) Alejandro Gaviria, Juan Pablo Uribe, Julio Cesar Castellanos y Jaime Arias Ramírez. Encuentros Hora20, Caracol Radio.

IV Encuentro Nacional de la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud. [Notas tomadas de conferencia] (2015, 28 de Noviembre). Conferencia de Luz Deiby Jiménez, Directora Ejecutiva ASOHOSVAL - ACESI. Hospital Universitario del Valle, Cali.

Amat, Y. (moderador). (2015, 28 de Diciembre). *Pregunta Yamid*. CM&- Televisión.

Acuerdo 17. Por el cual se transforman los Establecimientos Públicos Distritales Prestadores de Servicios de Salud como Empresa Social del Estado, se crea la Empresa Social del Estado La Candelaria y se dictan otras disposiciones. (1997, Diciembre 10). Concejo Distrital de Santa Fe de Bogotá, D.C. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=494>

Banco Mundial (1993, Julio). *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud*. Washington D.C: Oxford University Press. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/31/000333037_20100831011011/Rendered/PDF/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf

Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud. (2010, 13 de Abril). *¿Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia?* Guatemala: CEGSS. Disponible en: http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/que_es_la_gobernanza.pdf

Chosco, C. (s.f.). *Arreglos Institucionales Estatales y No Estatales para la Prestación de Servicios Públicos*. Instituto de Industria de la Universidad Nacional de General Sarmiento. Disponible en: <http://www.littec.ungs.edu.ar/pdfespa%F1ol/AI-Chosco%20Diaz.pdf>

Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-760, La Sala Segunda de Revisión. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda Espinosa. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

Decreto 1876. Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. (1994, Enero 3). República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3356#0>

Gaviria, A. (2011, 14 de Mayo). El cáncer del sistema. [Web log post]. Disponible en: <http://agaviria.blogspot.com.co/2011/05/el-cancer-del-sistema.html>

Gobierno Uribe se 'rajó' en política de salud, según Asociación de Clínicas y Hospitales. (2010, 5 de Agosto). *Caracol Radio*. Disponible en: http://caracol.com.co/radio/2010/08/05/nacional/1280990580_336996.html

Constitución Política de Colombia 1991. Anotada. Gómez, F. Bogotá: Leyer.

Guerrero, R., et al. (2013, Octubre). *La doble descentralización en el sector salud: Evaluación y alternativas de política pública*. Cali: Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA Universidad Icesi. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2013/11/La-doble-descentralizaci%C3%B3n-en-el-sector-salud-Evaluaci%C3%B3n-y-alternativas-de-pol%C3%ADtica-p%C3%BAblica.pdf>

Hospital Simón Bolívar E.S.E. (2013). Plan de desarrollo institucional 2012-2016. (Publicación Código: GGD-DO-130-004). Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/140464379/Plan-de-Desarrollo-2012-2016>

Hospital Simón Bolívar E.S.E (2015, 1 de Enero). Reseña Histórica. En *Información General*. Disponible en: <http://www.esesimonbolivar.gov.co/>

Ley 10. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. (1990, Enero 10). República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>

Ley 100. Por la cual se crea el sistema general de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (1993, Diciembre 23). República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Ley 715. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de

la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. (2001, Diciembre 21). República de Colombia. Disponible en:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452>

Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (2011, Enero 19). República de Colombia. Disponible en:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>

Ley 1751 . Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. (2015, Febrero 16). República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

Ministerio de Salud. (2015, 21 de Julio). Gobierno anuncia plan de choque para aliviar situación financiera de hospitales. (Boletín de Prensa No 183 de 2015). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-anuncia-plan-de-choque-para-aliviar-situacion-financiera-de-hospitales.aspx>

Mora, M. (2013). Dificultades Financieras en las Empresas Sociales del Estado de Bogotá. (Tesis de Posgrado). Recuperada del Repositorio Institucional de la Universidad Militar Nueva Granada.

Morales, L. (1997). *El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia*. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5263/S9700142_es.pdf;jsessionid=E71283432221FADF0814D22D9D5EE327?sequence=1.

Organización Mundial de la Salud. (2005, 9 de Noviembre). ¿Qué es un sistema de Salud?
En *preguntas y respuestas en línea*. Disponible en:
<http://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2013, Noviembre). Derecho a la Salud. En *Centro de Prensa*. Nota descriptiva N° 323. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Organización de las Naciones Unidas. (1966, 16 de Diciembre). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. En Naciones Unidas Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Disponible en:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Quevedo, E. y Quevedo, M. (2001). *La Salud Pública en Colombia: Cien Años Atrapados Entre los Intereses Internacionales y el Desinterés Nacional*. Bogotá: Decanatura del medio Universitario-Universidad del Rosario.

Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C. [SDS] (2015, 30 de Enero). Informe de seguimiento al programa de saneamiento fiscal y financiero adoptado por: la ESE Simón Bolívar III nivel de atención. I semestre de 2014. (Publicación SDS).

Serio riesgo de cierre en varios hospitales del país. (2010, 23 de Septiembre). Caracol Radio. Disponible en:
http://caracol.com.co/radio/2010/09/23/nacional/1285219080_361889.html

Entrevistas.

Entrevista realizada a Correa, O. (2015, 15 de Diciembre). Jefe de la Unidad de Oftalmología, Hospital Simón Bolívar E.S.E. y Hospital de Meissen E.S.E., Bogotá.

Entrevista realizada a Fernández, G. (2015, 17 de Noviembre). Vicepresidente de Asuntos Gubernamentales. Junta Directiva de la Federación Médica Colombiana, Bogotá.

Entrevista realizada a Hauser, G. (2015, 18 de Diciembre). Jefe del Servicio de Enfermería, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

Entrevista realizada a Hoyos, V. (2015, 12 de Noviembre). Médica Psiquiatra, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

Entrevista realizada a Orozco, M. (2015, 3 de Diciembre). Representante de la Asociación de Usuarios en la Junta Directiva, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

Entrevista realizada a Pardo, J. (2015, 15 de Diciembre). Jefe de la Oficina Asesora de Jurídica, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

Entrevista realizada a Pardo, A. (2015, 17 de Diciembre). Jefe de la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

Entrevista realizada a Rojas, E. (2015, 17 de Diciembre). Médico Anestesiólogo, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

Entrevista realizada a Suarez, Y. (2015, 18 de Diciembre). Jefe de Facturación. Subgerencia Financiera y Comercial, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

ANEXOS

Anexo 1. Apartes Conferencia Luz Deiby Jiménez.

IV Encuentro Nacional de la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud. [Notas tomadas de conferencia] (2015, 28 de Noviembre). Conferencia de Luz Deiby Jiménez, Dirección Ejecutiva ASOHOSVAL - ACESI. Hospital Universitario del Valle, Cali.

A raíz de la Ley 100 y los retos que planteó para los hospitales, fue en el Valle del Cauca donde se gestó la primera asociación de hospitales de Colombia. De nuestra experiencia en el Valle del Cauca, fuimos a las diferentes regiones: Antioquia, Risaralda, Santander, y se empezaron a conformar el resto de asociaciones nacionales. También desde el Valle del Cauca, quisimos impulsar todo este tema de defensa de los hospitales y por estar defendiendo a los hospitales fuimos sancionados por la superintendencia de industria y comercio, quien nos tildó de posición dominante con las EPS. Ya sabrán ustedes que acá se obró muy rápidamente para sancionar a la asociación de hospitales, que no tiene ni siquiera muchos recursos, y nos tildaban que queríamos hacer posición dominante contra las EPS.

Entonces yo les voy a hacer un panorama nacional, muy general, sobre los hospitales. Esta es la situación nacional: el 31% de los hospitales del país ha cerrado camas por la crisis financiera. 45% de los hospitales públicos ha disminuido la planta de personal. 70% tiene deudas con proveedores superiores a los 60 días. 53% tiene deudas con personal tercerizado. 30% de los hospitales públicos tienen deudas con personal vinculado, y 65% tiene acuerdos de pagos incumplidos con las EPS. Denunciamos, hasta que no podemos más, el tema de las mesas de trabajo con la supersalud, con la circular 030 que se ha incumplido constantemente, pues la respuesta fue la circular 016 de la super, no obstante se sigue incumpliendo el pago a los hospitales públicos.

Hay unas barreras grandísimas de acceso a los usuarios. Y este es parte del informe que dio la defensoría: que no hay garantías del goce efectivo del derecho a la salud. De las tutelas del año anterior, más de 400 mil, 118 mil pertenecen a salud. Y encontramos que las EPS, las públicas, vulneran altamente el derecho a la salud de los colombianos. En un comparativo entre 2013 y 2014, notamos como ha aumentado el tema de las tutelas. Nos llama mucho la atención el hecho que estas tutelas por 10.000 afiliados, pertenecen a NuevaEPS, que fue la EPS con la que se dio respuesta al problema del Seguro Social, Coomeva y Caprecom. Y ¿por qué están llegando a las tutelas? Por medicamentos, tratamientos, citas médicas especializadas, entrega de insumos médicos y cirugías. El ministerio, por supuesto, tiene una diferencia con los datos, dice que no son el 70% como lo define la defensoría, sino que son el 30% lo que corresponde a tutelas de salud. Y también, el Ministro da su parte de tranquilidad, diciendo que ya las tutelas no han aumentado tanto, y argumenta que la crisis del país es financiera y no hay ninguna responsabilidad de las EPS en esta situación. En ACESI hicimos un sondeo nacional, y encontramos que el mecanismo que se está utilizando para suplir servicios son las Alianzas Público Privadas.

Bueno ¿qué está generando tantas dificultades en los hospitales públicos? Sin lugar a dudas, el incumplimiento normativo. Ya ni lo sorprende a uno, en la mesa de salvamento del HUV, le comentábamos al Ministro, que si el HUV ya tenía las cuentas claras y radicadas a las EPS, y si esas deudas con las EPS suben más allá de 60mil, 70 mil millones, las que están ya revisadas, ¿por qué simplemente no se aplica la norma? Es como tan sencillo que aplicáramos la norma. Por qué la opción que daban ahí, era de conseguir mil millones para este hospital, cuando habían 70 mil millones que si se aplicara la norma del decreto 4747 de 2007, eran 30 mil millones que debían entrar ipsofacto al hospital, y con eso se podría apalancar algunas cosas que necesita el hospital. No obstante la respuesta del ministro, un poco en voz baja, fue: ya las EPS se están endeudando, no podemos cargarlas. Pero sí a los hospitales públicos... bueno son pensamientos que me surgen.

Quisiera hablarles un poco del tema de restituciones. Los hospitales pueden contratar por cápita o por evento: si es por cápita la población, le paga por cada usuario; si es por evento, le paga por cada acción realizada. Algunos hospitales, sobretudo la baja complejidad, en este país, contrata por cápita. Resulta que la responsabilidad de la base de datos no es del hospital, es de la EPS; la EPS le dice: acá está el listado de las personas que yo tengo afiladas, y usted las atiende si ellos van. Pero en este país se volvió una moda que las EPS, cuando los hospitales van a cobrar su plata, salgan con algo que se llama el tema de restituciones. Esto quiere decir que el ministerio a ellos les dice, no mire en su base de datos tiene a perensejito, y perensejito ya

se murió, o sutanito ya cambió de régimen, por lo tanto no le voy a pagar por eso. Y entonces, ellos haciendo la fácil, le dicen al hospital: tampoco le voy a pagar por eso; cuando la responsabilidad no es de los hospitales. Por lo tanto, los hospitales creen tener 10000 usuarios, pero al final de mes solo les pagan 6000, 7000. Entonces hay como una incertidumbre.

No se está dando en el país el porcentaje mínimo de contratación con la red pública. Y ¿por qué no se está dando ese porcentaje de contratación mínimo? Porque la manera de analizar el porcentaje mínimo no está siendo la más depurada posible. Me explico, a los hospitales les pueden hacer un contrato multimillonario las EPS, cuando trabajan por evento, por las actividades que tienen que hacer, pero pueden no mandarle ningún paciente. Entonces el contrato existe, pero la ejecución no. Y ahí nos enredamos en el porcentaje mínimo de contratación, que no es obligatorio para el régimen contributivo, pero sí para el subsidiado, del 60%. Pero ese 60% que dice la norma que debe estar en los tres niveles, probablemente no se esté realizando con los que más lo necesitan. Hay ausencia de contratos entre EPS e IPS, graciosísimo ¿no? Porque hace una semana escuchamos que la solución en el país con el tema SaludCoop es pasar a los usuarios a Cafesalud. Para morirnos de la risa. Después de Cafesalud está hoy sin contratos en el Valle del Cauca con los hospitales que tienen usuarios. Hay municipios que tienen una sola EPS que se llama Cafesalud y no le pagan, y no ha habido poder humano para que les paguen. Y la última reunión fue: no tenemos plata, tienen que esperar. Y esa es la solución para los usuarios de SaludCoop.

Lo otro es que no hay traslado de la UPC a los prestadores. La UPC es el pago que se paga por capitación, lo que se paga por cada persona en el sistema, sobre todo si se está en el subsidiado. Y esa UPC, fíjense ustedes que cuando empezó la contratación por cápita, digan ustedes año 1997-98, el porcentaje de la baja complejidad, porque se supone que del 100%, solo el 8% debe irse para administración, luego entonces, el 92% debe ser para salud. De eso, si consideramos que en la baja complejidad se debe resolver entre el 75% y el 85% de los servicios de salud, entonces de esa UPC el 70% se le entregaba a la baja complejidad del país, y para generar todas las acciones de promoción y prevención. Y ese porcentaje fue bajando y hoy la baja complejidad recibe entre el 28 y 32% de la UPC, cuando la UPC ha incrementado ostensiblemente. Eso es paradójico, cómo podemos fortalecer las acciones de promoción de la salud si le estamos restando recursos. Ahora, sumen a eso, que la alta complejidad se está quedando en las APP. ¿A quién le estamos entregando los recursos de la salud? sería la pregunta. ¿Dónde es que están terminando los recursos de la salud? porque es que si ustedes se dan cuenta, por ejemplo el HUV sube en la venta a proveedores, a pesar de las APP, que han sido una salida que no es mala, lo que pasa es que tienen que ser una salida muy bien analizada en qué casos aplica y en qué casos no.

Les hablaba de la Circular 016 que, este es un país de normas, ustedes más que yo saben que normas directas en salud hay casi 5500 directas, indirectas pueden haber la misma cantidad, o sea que es un sector que tienen una normatividad impresionante. Y entonces ya por leyes y por todo lo demás se ha dicho que deben pagar por anticipado, sin restricciones, que no deben poner trabas para el pago. Entonces ahora la superintendencia sacó una circular, la 016, que nos dice nuevamente que no les pueden detener los pagos a los prestadores de servicios de salud; por una consideración, la contratación por capitación tiene un techo, por supuesto, un número de usuarios, entonces la plata que le va a llegar es multiplicar el número de usuarios por la UPC que se contrata. Pero, cuando hablábamos del evento, el evento es: todo lo que se haga hay que pagarlo. Pues resulta que las EPS tienen hoy una nueva modalidad: se llama evento con techo. Entonces van a los hospitales y les dicen: sí, contratemos por evento, tal tarifa, pero no me puede facturar más de tantos millones al mes. Entonces piensen ustedes que pasa con esos usuarios cuando ya se está finalizando el mes, las instituciones saben que llegaron al techo, entonces simplemente se le dice vuelva la otra semana que ya volvemos a tener nueva agenda, y vamos dilatando la atención a los usuarios.

Bueno, hay otras inequidades, el Decreto 2702 y el 23 del 2014 que dice: miren esto, a las EPS se les dan 7 años para saneamiento fiscal y financiero. O sea la deuda que deben, ellos la están pagando a 7 años, con unos créditos y demás. Y a los hospitales los colocan en programas de saneamiento fiscal y financiero. Que en su articulado dice que tienen 4 años para sanearse, pero en realidad cuando uno lo lee bien, tienen 1 año. Por una razón: tienen 4 años para su programa, pero si al año no cumplen las metas que se han propuesto, pasa a liquidación. O sea se está legislando no en igualdad de condiciones en este tema.

No hay consenso entre las diferentes instancias del Estado. Es increíble como por un lado el Ministerio del Trabajo está sancionando con multas de hasta 1.500 millones de pesos a los hospitales por no tener laboralizado a su personal, es decir por no tenerlo en planta con todas las prestaciones. Ya hay hospitales que tienen estas sanciones. Pero por el otro lado, tenemos al Ministerio de Salud diciendo que no hay recursos para

que laboralice señor hospital. Miren, para laboralizar, no es un secreto, es un ejercicio ya hecho, lo que hoy tienen el hospital de presupuesto, súmele el 35%. Eso es lo que le vale la laboralización. Pero ¿Dónde están los recursos? ¿Dónde están los recursos con unas EPS que no son garantes de un contrato? Y yo hago la pregunta ¿si a ustedes les dicen hoy, le voy a contratar por un año para atender 40 pacientes, pero el otro año de pronto no hay 40, ustedes que hacen con el personal? ¿Lo contratan para que el personal se quede ahí toda la vida? O empiezan a asustarse porque no saben qué va a pasar el otro año con el contrato. Y es que esa es la realidad; entonces si seguimos con ese contrato así... por eso les digo, Cafesalud hoy no tienen contratos en el Valle, y ¿cuándo debía haberlos hecho? El 1 de abril de 2015. Entonces un contrato que no se ha firmado cómo se liquida. Entonces el hospital ¿qué hace? Recibe algo que se llama el giro directo de recursos. Porque esa fue la salida cuando había tanto problema, quitémosle el manejo de la plata al municipio, a la EPS, y directamente el Ministerio es el que gira al hospital, lo que la EPS le diga que puede girarle. Fíjense como estamos. ¿Cuánto se le paga a los hospitales? Lo que las EPS le digan al ministerio que pueden pagarle. Entonces la EPS le dice: listo entonces mañana pague tanto al hospital, pero el hospital en su interior no siente que le estén pagando todo lo que es porque, aspira que en su contrato el porcentaje de contratación sea más, y la EPS le dice que ya le pagó todo lo que le debía. ¿Quién pone de acuerdo a dos que no tienen contrato? Yo no sé, complicadísimo.

Es que la salud la tenemos entregada a sectores que no son de salud. ¿Cierto? Empecemos con el ministro, sigamos con que quien define los derechos en salud es abogado, y continuemos con que quienes definen el futuro de los hospitales, es hacienda. Y entonces a nosotros qué nos quedó como sector. Totalmente entregados.

Hay una ausencia de política hospitalaria. No hay reglamentación a los subsidios a la oferta que son los que priman el departamento, miren hasta hace un año para pagar todo lo de los fondos de pensiones y cesantías, los hospitales recibían recursos que se llamaban recursos en situación de fondos. El año pasado salió una norma que decía que a partir de 2015 el hospital tenía que producir todo lo que paga en sus prestaciones a sus empleados, y además laboralice y saque más plata e incremente todo esto.

Bueno, hay alternativas de solución. Pensar un ministerio de salud fortalecido en su gobernanza, hay que estudiar el tema de la UPC en el tema de lo suficiente que esta nos da, y tener un Estado responsable y coherente. Porque las respuestas que hemos tenido son las siguientes: de la superintendencia, que sigamos haciendo contratos con las EPS insolventes; del ministerio de salud, que consiga recursos a través de EPS insolventes; en la corte constitucional, no puede haber suspensión de servicios; y las EPS, sobretodo las liquidadas, dicen pagamos hasta donde alcance. Nosotros tenemos un caso clásico en el Valle con la EPS Calisalud que todavía no resuelve la deuda con los hospitales.

Anexo 2. Entrevista al Doctor Germán Fernández.

Entrevista realizada a Fernández, G. (2015, 17 de Noviembre). Vicepresidente de Asuntos Gubernamentales. Junta Directiva de la Federación Médica Colombiana, Bogotá.

Yo voy a empezar explicándole una cosa que no se si usted aun comprenda pero que es el fondo del tema en relación con el aseguramiento. Hay que distinguir lo que es el aseguramiento comercial del aseguramiento social. Nosotros cuando estamos hablando de salud, pensiones, riesgos laborales y de servicios sociales complementarios, que es la mesa de cuatro patas que tiene la seguridad social, estamos hablando de seguridad social, aseguramiento social, en tanto que cuando usted habla de aseguramiento solamente, esta hablando de aseguramiento comercial. Que son sustancialmente diferentes, es su origen, su aplicación y el manejo de sus recursos. En su origen, el aseguramiento social, está definido por la ley, el estado establece las normas; en tanto que en el aseguramiento comercial, es una relación que se establece entre el individuo y una compañía que vende seguros comerciales. Entonces tú puedes asegurar tu carro, tu casa, la educación de tus hijos, y eso es una relación comercial. En esa relación comercial, tú destinas tu dinero, tu ingreso personal y por una cuota o tarifa, por una prima comercial, le pagas a la compañía de seguros el cubrimiento de un riesgo.

En tanto que en el seguro social, son los aportes de la sociedad, los que establecen el cubrimiento que se le debe dar a las personas en las diferentes instancias. Entonces su origen es distinto, mientras el aseguramiento social se inscribe en el derecho público, el aseguramiento comercial se inscribe bajo las normas del derecho comercial. Que son sustancialmente diferentes en su propósito y en su objetivo. El derecho comercial regula las relaciones entre personas, individuos en las transacciones comerciales o las entidades jurídicas. En tanto que en el aseguramiento social, es el Estado el que define unas normas para dar ciertos cubrimientos que la ley determine deben dársele al conjunto de la sociedad. Entonces eso lleva a que, a que en el aseguramiento social, todos los recursos que se manejen se convierten o son de origen público. Porque hay dos tipos de orígenes de los recursos que se manejan en el aseguramiento social. Uno, lo que se llama el régimen subsidiado, que son recursos públicos que vienen del fisco nacional. De esa gran bolsa de los impuestos generales se saca una gran parte para salud, que va a apalancar la salud subsidiada de los que no tienen con qué pagar salud contributiva. Y que es el aporte contributivo a la salud, los que tienen empleo, los que tienen ingresos, los que tienen negocios.

Entonces hay dos orígenes: uno el fisco y otro el aporte individual. Pero todo eso se junta, y conforma un recurso público destinado a la salud. Uno, hacia el régimen contributivo, los que pagan y otro al régimen subsidiado, los que no tienen con qué pagar. Pero todos son recursos públicos. Son recursos parafiscales que de acuerdo con la constitución tienen destinación específica. Eso quiere decir que nadie puede coger esos recursos y utilizarlos como recurso privado para gastárselo en lo que ellos quieren o definen; porque la constitución y las leyes definen que eso tiene un destino específico que es atender la salud de los colombianos.

Son recursos públicos parafiscales que no están en el presupuesto nacional, que tienen destinación específica. Sí hay una parte del presupuesto nacional que viene de los recursos generales de impuestos que se destinan al pago del régimen subsidiado. Los demás son recursos que pagan los individuos con una destinación específica. Entonces vamos teniendo unas características importantes: es un recurso público, es un recurso parafiscal, es un recurso con destinación específica. Y es un recurso que no puede ser utilizado en nada diferente a su destino constitucional y legal.

Entonces que ha sucedido, que se encargó a unas entidades particulares, privadas, que se llaman EPS, en el tema de salud, para que manejaran esos recursos públicos con destinación específica. Entonces, le entregan unos recursos públicos enormes a esas entidades particulares, y sin la vigilancia del Estado y con la permisividad del Estado empiezan a utilizar esos recursos públicos con destinación específica, como si fueran recursos particulares que ellos podrían manejar a su arbitrio y su propia voluntad. Entonces qué sucede, que el gran ahorro público que viene de salud, los asumen unas mega entidades que los empiezan a manejar como si fueran recursos propios, y a gastarlo como si fueran recursos propios. Este tema fundamental y de ahí se desprende el resto.

Pero bueno, hay una duda y es, antes con el seguro social ¿cómo funcionaba eso?

El seguro social, recogía los recursos de los empleados, y era una entidad pública. Entonces el seguro social recogía recursos públicos y era una entidad pública. Era una entidad que manejaba digamos que descentralizada en la medida que su manejo dependía de tres instancias que son los que aportaban, los

trabajadores, los empleadores, que aportan, y el gobierno nacional, que aportaba. Pero después el gobierno nacional dejó de aportar, pero si empezó a manejar el seguro social como si fuera recurso del gobierno nacional. Entonces se convirtió en la caja particular de los políticos de turno.

Y por ejemplo ahorita con las EPS públicas, que se ha visto que también han tenido problemas y que la plata no aparece, deuda. Esa relación público privado, ¿qué es mejor?

Yo creo que las dos son peores.

¿Entonces el problema general son las EPS?

Si. El asunto serio que yo veo es que la EPS pública más grande que es Caprecom, se empezó a manejar políticamente, en las regiones como botín político, y los políticos de turno empezaron a saquear los recursos y pues llevaron al debacle a una EPS que anteriormente, antes de convertirse en EPS, Caprecom era una caja de compensación de las mejores que tenía el país. En este momento Caprecom tiene 3.200.000 de afiliados que prácticamente están sin servicio. Y las deudas ascienden a 1.2 billones, entonces el gobierno nacional no tiene ninguna opción diferente a la liquidación. El problema grave es que hay unas deudas que cómo las va a pagar; entonces lo que dice el ministro es que la va a pagar con títulos de deuda pública, con papeles. En lugar de plata, te da unos títulos que tú puedes recobrar en 5 años, en 10 años son títulos de deuda pública. Entonces yo te doy un título de deuda pública, por ejemplo, de 100 millones de pesos, los cobra en 10 años al Estado, entonces tu qué haces con ese papelito, no le puedes pagar a los proveedores, no puedes hacer nada solo guardarlo en una caja fuerte. Pero puedes hacer otra cosa, lo llevas al mercado de valores. Entonces si yo negocio títulos del Estado a futuro, yo le digo, si, yo le compro esa deuda, esos 100 millones, pero le doy 30 o 20. A usted que le sirve: el papel o 20 millones. Pues lo 20. Entonces la deuda que era de 100 millones pasa a 20, y yo me quedo con el título guardado esperando que en tanto tiempo lo pueda cobrar. Esos son títulos de deuda pública a futuro. Entonces el ministro dice que va a pagar esa deuda con títulos de deuda pública, mientras los hospitales no tienen con qué pagar a proveedores, a médicos ni nada.

¿Qué percepción tienes acerca del funcionamiento del sistema de salud en general?

Bueno, ya le hablé del aseguramiento. Entonces que sucede, hay otro tema que usted no conoce, y que mis colegas y tampoco les interesa. Como se hace el registro contable. Le voy a poner un ejemplo muy sencillo. Haga de cuenta que usted tiene un sobrino y yo soy el papá del muchachito. Y a mí me diagnostican un cáncer, entonces yo pregunto cuanto tiempo me queda de vida y seis meses. Entonces yo preocupado por el muchachito voy y vendo mi casa, y le digo a usted: yo a usted le voy a dar 100 millones de pesos para que usted garantice la educación del sobrino; tienen destinación específica. Y usted con el muchachito dice quiero ir de vacaciones, usted dice claro ahí está la plata. Usted tiene su plata y el muchachito la de él, finalmente las vacaciones forman parte de su educación. Entonces usted saca una parte y se lleva al muchachito de vacaciones. ¿Entonces usted está utilizando la plata en el muchachito? Sí. ¿Se lo ha robado usted? No. ¿Le dio destinación específica? ¡No! Primer punto. Segundo punto, pues como usted no tiene plata entonces usted saca de lo del muchachito, y gasta la plata de su educación, una parte en él y otra parte en usted. Entonces, ¿le está dando destinación específica? No. ¿Qué más está haciendo? ¡Robando!

Entonces que sucede con las EPS. Que cogen el dinero público con destinación específica y lo usan como si fuera recurso propio y entonces lo gastan en salud. Claro mandan a hacer una clínica que queda a nombre de X. Es igual que el ejemplo de las vacaciones. ¿Lo está gastando en salud? Si. Pero ¿es para eso? ¿Es para que usted aumente su patrimonio? No. Porque que está pasando, que usted está gastando ese dinero como si fueran recursos propios y no son recursos propios suyos, entonces ahí tiene usted que diferenciar en las EPS un tema muy serio que es de la EPS y que administra la EPS. Una cosa es el recurso propio y otra los recursos públicos que administra. Son muy distintos. Los unos deben estar en un bolsillo y los otros deben estar en otro bolsillo. No los debe confundir. Pero las EPS si los confunden. Y entonces el gobierno nacional a través de la superintendencia nacional de salud debería hacer distinguir los recursos, pero no lo hace.

Entonces, los ejecutivos de las EPS han venido gastando durante 20 años desde la existencia de la Ley 100 los recursos públicos como si fueran propios. Entonces que sucede desde el punto de vista de la contabilidad, en la contabilidad usted debe tener la plata suya, sus recursos de patrimonio, lo que si se gana usted trabajando. Y otra cosa son la plata de su sobrinito que es la plata que el Estado le encargo para que le diera salud a los colombianos. Son dos bolsillos distintos y el registro contable debe ser distinto. Porque el registro contable de la plata que a usted le encargan debe estar en cuentas de orden no en los ingresos propios.

Entonces la contabilidad se convierte en una herramienta fundamental para que usted distinga los recursos propios de los recursos públicos que usted administra. Y entonces cuando el estado permite que se manejen los recursos públicos como si fueran propias, de hecho lo que se está produciendo es una apropiación ilícita, ilegal indebida, de un recurso público que tiene destinación específica.

¿Pero esa diferenciación de registros contables está en la ley, ellos por ley deben hacer esa diferenciación, o eso es un debería ser?

Desde el punto de vista de la contabilidad, desde las normas de contabilidad, es muy sencillo, lo que es suyo es suyo, lo que no pues no. Las empresas manejan muchas cosas que no son propias y para eso existen unas cuentas en la contabilidad que se llaman cuentas de orden, donde usted registra lo que no es suyo. Usted puede llevar su utilidad como ingresos propios pero cuando sea utilidad, no antes. Entonces las EPS recogen la plata de la UPC, que no es plata de ingresos propios, deben manejarla en cuentas de orden, pero lo que sucede es que han cogido ese dinero y lo invierten en edificios, en clínica, en canchas de golf, en hoteles etc etc y lo manejan como si fueran recursos propios. Y dejan el otro bolsillo desabastecido, no le pagan a clínicas y hospitales por andar pagando las inversiones que hicieron a favor de sus propios socios o accionistas. Eso es lo de fondo.

Eso llevaría a pensar que el gobierno avala esa desviación de recursos.

Ha venido avalando, es decir, esto ha sido un fraude consentido, un fraude permitido, ha sido una ilegalidad de tracto sucesivo, es decir que se ha extendido en el tiempo. Con conocimiento de causa de las autoridades. Y es un desfalco billonario. Eso no es caja menor.

Pero además quien va a responder por eso

Nadie. Ese es el tema grave. Lo que ha servido ese gran ahorro social, es para apalancar los intermediarios financieros que funcionan en todos los sistemas: salud, pensiones y riesgos profesionales. Como usted se ha dado cuenta hemos trabajado dos temas que son casi desconocidos por el conjunto de gente que defiende el tema de salud, porque todo el mundo se queda en la prestación de servicios de salud. Pero finalmente el fondo financiero es este que le estoy contando, sin eso no pueden entender el resto.

Una de las quejas y denuncias es que los médicos no tienen libertad y autonomía para formular y diagnosticar. ¿Qué tan cierto es eso? y ¿Cómo afrontan los médicos esa situación en el marco de lo que su profesión implica en términos de ética y responsabilidad social?

En eso vamos a trabajar dos vertientes de pensamiento. Por un lado la vertiente de pensamiento de la liberalidad con el sistema de salud. Partimos de una base para cualquiera de las dos líneas de pensamiento: una es que los recursos que se destinan a la salud es una masa de recursos finita, eso quiere decir que no es ilimitada. Lo que quiere decir, que damos salud tanto hasta cuanto alcance. Entonces, la obligación de un sistema de salud es hacer que con los recursos que hay se den más servicios a la mayor cantidad de gente, para que alcance el presupuesto de cada año. Por lo tanto hay que utilizar las medidas más efectivas, más convenientes, más razonables y que solucionen la mayor cantidad de problemas. Eso es lo lógico.

Esa es una parte, la plata hay que hacerla alcanzar. En ese sentido se requiere utilizar por ejemplo, los medicamentos genéricos, que son más económicos, más baratos y cumplen la misma función. No son medicamentos de marca, porque la marca se la cobran. Entonces es absolutamente lícito y necesario utilizar medicamentos genéricos, utilizar los procesos y procedimientos que sean efectivos, y más económicos. Hay que aplicar las medidas más razonables para intervenir a los pacientes de manera rápida para que no se compliquen, un paciente complicado cuesta mucho más que un paciente al que se opera rápido y se soluciona el problema.

Esa es una línea de pensamiento con la que yo coincido. Y por la otra parte está la generación de procesos económicos por parte de los laboratorios farmacéuticos, que buscan aumentar la facturación con nuevos productos y nuevos medicamentos. Entonces utilizan todas las formas de la comercialización agresiva para que los médicos formulen sus nuevos medicamentos al costo que a ellos les parece. En ese sentido en Colombia, los laboratorios farmacéuticos ejercieron una función absolutamente nefasta en el año 2006, cuando consiguieron del ministro Palacios, de ingrata recordación y que en estos momentos está en la cárcel, la liberación de los precios de los medicamentos. Y eso ha sido el a debacle para el sistema porque entonces los laboratorios subieron sus precios, pero los intermediarios subieron aún más los precios para cobrarle al sistema

de salud nos precios absolutamente fantásticos. Te pongo como ejemplo, una ampolla para pacientes con hemofilia en Venezuela podía costar 200.000 pesos, en España 500.000 pesos, en Colombia el laboratorio la vendía en 1.000.000 de pesos, pero el intermediario se la cobraba al Fosyga en 17.000.000 de pesos. Eso lo tenemos absolutamente documentado, como se recobraban los precios de los medicamentos a unos precios exorbitantes. Lo que hubo fue un saqueo de los recursos públicos del Fosyga por parte de los laboratorios y los intermediarios; la intermediación farmacéutica se volvió absolutamente saqueadora de los recursos públicos.

Entonces ahí tenemos como chocan dos intereses. Pero quienes son los que más gastan en salud, son algunas especialidades. Unas por razón de su oficio y otras porque trabajan con productos biotecnológicos o más modernos que son los que más cuestan en el mercado. Entonces yo le voy a poner un ejemplo. El cáncer en Colombia: cada año en Colombia se diagnostican 70.000 nuevos casos de cáncer. Los oncólogos gastan dentro de todo el presupuesto de medicamentos, por lo menos el 40%, porque los productos de oncología son más costosos. Y los productos biotecnológicos, oncológicos y todas estas cosas representan el 70% del gasto en medicamentos.

¿Cuánto se gasta en medicamentos? ¿Cuánto se gasta en salud al año? Más o menos el presupuesto del Estado está alrededor de 28-32 billones, digamos que eso es lo que maneja el Fosyga, más los gastos de bolsillo, de gobernaciones y demás que da aproximadamente los 42 billones. De eso ¿cuánta plata se gasta en medicamentos? Más o menos 10 billones, entre el 22 o el 26%. Entonces te estoy diciendo que de esos 10 billones más o menos 7 se gastan en medicamentos de tecnologías sofisticadas. Entonces, fíjate como hay un gran gasto de medicamentos y una población muy pequeña de pacientes. Este es un debate que no lo vamos a solucionar, es un debate eterno. Pero lo importante es que el dinero alcance lo más que sea posible. Lógicamente hay que restringir la entrada de unos medicamentos que no se les ve un margen de beneficio sustancial, pero que sí cuestan mucho, por ejemplo que estamos aumentando la vida de un paciente con cáncer en dos meses, pues qué necesidad. Son márgenes que no son utilitarios, y ahí si yo pienso como el ministro, hay que ser claros en ese tema. Pero también pienso como médico, que casos se justifica, que casos no se justifica. Entonces ahí es la decisión el médico y su paciente, en donde no se puede meter la ley. Si usted es mi médica y yo me voy a morir yo le digo vea no me joda más, no me ponga más vainas. Y eso calladito se hace como se ha hecho siempre. Y ahí no entra la ley, eso tiene que ser una decisión íntima del paciente, su médico y la familia. Eso no nos puede decir Roy Barreras como es la vaina. Eso debe quedarse en la autonomía de la relación médico-paciente.

Entonces el tema de la autonomía, yo pienso que la autonomía, no es libertinaje, porque entonces si los médicos viven como agentes comerciales de los laboratorios, recetando los medicamentos nuevos que sacaron los laboratorios, no hay ningún sistema de salud que le aguante. Entonces yo creo en una autonomía que tiene una autorregulación, que tiene unos principios éticos pero también tiene un escenario de observación; es decir qué están haciendo los médicos. Los escenarios éticos, los tribunales de ética médica, allá se miran qué están haciendo los médicos y sancionamos cuando se justifica.

¿Cómo es la relación del gobierno con las diferentes agremiaciones médicas?

Este tema lo vamos a preciar terminando de hablar sobre la autonomía. Es que en las decisiones iniciales sobre autonomía se decía que el médico tenía derecho a opinar autónomamente. Pero es que la función de un médico no es opinar, la función del médico es intervenir, diagnosticar, tratar, operar, entonces la autonomía del médico deber ir más allá de la opinión. La autonomía del médico debe estar condicionada por su criterio científico y por la relación médico paciente, fundamentalmente. La administración genera un marco de acción, dice: en el sistema están disponibles estos medicamentos, es lo que hay para dar, hasta donde los recursos alcanzan. Tu no puede ofrecer más de lo que tienes. Entonces ahí se arman unas discusiones que desde el punto de vista teórico son interesantes pero que no nos sacan más allá de lo que hay disponible. Pero eso es distinto al caso de la niña Abuabarra, porque a ella la mandaron un trasplante de médula, la EPS dilató el procedimiento, y cuando se complicó pasó lo que todos ya sabes. Si le hubieran hecho el procedimiento, yo no sé si hubiera funcionado, es probable que no o que sí, pero de ahí dio lugar a todo el desenvolvimiento del tema, porque esa fue una mala decisión de la EPS, porque el trasplante de médula si se puede hacer, está dentro de lo que se ofrece.

Bueno entonces ahí tenemos que el tema de la autonomía lo reguló la Ley Estatutaria de manera más autónoma para el médico, pero lógicamente eso tiene un condicionante que es la disponibilidad. ¿Quién define la disponibilidad? La política del Estado, ustedes los politólogos. Le damos más plata a educación o le damos más plata a la salud; Le damos más plata a la salud pública o le damos más plata a los medicamentos para tratar

el paciente con cáncer. Entonces ahí vienen los diseños de políticas públicas presupuestales: qué hace, un acueducto o compra inyecciones. Ah que el señor se va a morir antes, va por cuenta suya, pues si y que hacemos. El médico va a pelear con usted, porque eso lo define es la política pública. Y esa tensión que existe entre la demanda que hacen los médicos, y la disponibilidad que tiene el Estado, siempre existirá, porque los pacientes no son los que jalonan. El paciente va hasta donde el médico lo lleve.

Entonces ahora vámonos a la Ley Estatutaria; en la Ley Estatutaria los médicos presentaron 14 puntos, era una declaración de principios. Eso surtió una serie de proceso en el congreso y se fue reestructurando a través de las distintas instancias en el congreso una Ley Estatutaria que salió del congreso peor que la Ley 100; recortado derechos, etc, etc. Como era una Ley Estatutaria, contó, para el beneficio de los pacientes, con la revisión de la Corte Constitucional, y esta eliminó lo que en su sabiduría no estaba con el espíritu de la constitución, la cual es garantista hacia el paciente. Entonces tuvimos finalmente un resultado, una Ley Estatutaria mucho más amplia en la garantía del derecho, que le incomodó muchísimo al Ministro de salud. En general para el conjunto de pacientes y para el sistema de salud, pienso que fue bastante positiva. Ahorita lo importante con la Ley Estatutaria es que tenga un desarrollo, que no lo ha tenido. El Ministro no tiene interés en darle desarrollo a la ley estatutaria porque la intención del Ministro no es garantista, sino darle garantías al negocio de la salud.

Anexo 3. Entrevista a Andrea Pardo.

Entrevista realizada a Pardo, A. (2015, 17 de Diciembre). Jefe de la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

¿Qué percepción tiene usted acerca del funcionamiento del sistema de salud en Colombia?

Infortunadamente el sistema de salud está dependiendo de las EPS que son las que aseguran al usuario y las encargadas de cubrirle todos sus servicios en salud. Por qué digo infortunadamente, porque estas EPS, como es el caso ahorita de Caprecom, entran en problemas de iliquidez. Entonces la plata de la salud de los usuarios se la entregan a EPS, y la EPS es la encargada de responder por la salud de ese usuario; pero hay EPS que por diferentes motivos entran en problemas de iliquidez, como es el caso hoy en día de Caprecom. Entonces imagínate, todos los usuarios de Caprecom no pueden ser atendidos en ningún hospital, porque Caprecom no está respondiendo económicamente por lo que es la cápita y la atención en salud de cada uno de sus usuarios. Entonces el usuario queda sin atención en salud, ningún hospital lo puede atender porque como es de Caprecom, es obligatorio que la EPS genere la autorización, pero como le debe a los hospitales mucho dinero, se acaban los contratos, no los reanuda y el usuario es el que termina perdiendo. Entonces las platas de la salud de los usuarios de nuestro país son administradas por empresas que no responden a las necesidades del usuario.

¿Cómo es la relación de las EPS con el Hospital?

Nosotros tenemos relación con varias EPS tanto contributivas como subsidiadas, y relación con el Fondo Financiero Distrital (FFD) y la Secretaría de Salud, que son los que pagan la salud de los usuarios que no tienen ninguna EPS. Con el fondo Financiero Distrital no tenemos ningún inconveniente, de por si no hay ni siquiera tramitología anterior a la atención, se atiende al paciente, y luego se le cobra al FFD, y él luego de hacer la auditoría nos paga sin ningún problema. Así debería ser con todos los usuarios en el país. Pero resulta que con las EPS subsidiadas y contributivas, hasta que no me den una autorización, no se puede atender el paciente. Entonces acá nosotros tenemos deudas muy grandes de las EPS como Caprecom, CapitalSalud también le debe al Hospital Simón Bolívar dinero; y sin embargo nos siguen enviando pacientes y tenemos que atenderlos y además muchas veces limitan las autorizaciones de atenciones por códigos errados, que no se llevó la historia clínica, que no corresponde la última fecha de atención, y eso lo que hace es generarle al usuario más retraso en su atención en salud.

Dentro de ese marco de inconvenientes que ponen las EPS, ¿qué aspectos positivos se resaltan de este hospital?

En su funcionamiento, nosotros somos un hospital de III nivel de atención, contamos con especialidades y subespecialidades que solo cuenta el Hospital Simón Bolívar u otros dos o tres en Bogotá. Entonces digamos que es una cosa positiva para el usuario que pueda llegar acá y pueda ser atendido en especialidades y subespecialidades como gastroenterología, como neurología, neurocirugía, la unidad a quemados, que son servicios que solo hace el hospital. Entonces estos son beneficios que tiene el hospital de cara al usuario.

Aquí pues si de una u otra forma la EPS no manda la autorización, infortunadamente el hospital no puede atender al paciente, pero también lo direccionamos de tal forma que él pueda pedir apoyo a centros de exigibilidad del derecho, por ejemplo donde le ayudan a mediar a través de la EPS; y por ejemplo acá el hospital también le facilita al usuario una continuidad en su atención siempre y cuando tengamos contrato con la aseguradora.

¿De qué es de lo que más se quejan los pacientes frente al funcionamiento del hospital?

En general, del sistema de salud, se quejan mucho de las barreras administrativas. El usuario tiene que, antes de ser atendido acá en el Hospital Simón Bolívar... por ejemplo un usuario de Capitalsalud, antes de recibir acá atención en salud él debe recibir una orden médica, que le dice que requiere por ejemplo una consulta con el ginecólogo, esa orden él debe ir a Capitalsalud a que la EPS le genere una autorización. Imagínate, ahí ya estamos hablando de buses, de tiempo. Por lo general a Capitalsalud no es que lleguen pacientes y los atiendan de una. Son unas filas interminables, o sea los usuarios muchas veces tú los ves a las 2-3 de la mañana para recibir una autorización a las 7-8 de la mañana en los mejores casos. Entonces imagínate todo ese desgaste administrativo; y luego, tiene que llegar acá al Simón Bolívar para que le den la cita. Entonces lo que ellos

primero se quejan es la falla administrativa, ellos quisieran poder llegar al hospital y que los atiendan, y que ya después miren a ver quién va a pagar. Ese es el tema, el quién va a pagar.

Otra de la cosa que se quejan los usuarios es la inoportunidad en la atención. Acá nosotros tenemos especialidades que tenemos el especialista muy pocas horas contratado, y no porque no podamos contratarlo más, sino porque son dos o tres en la ciudad o el país, y ya tiene contrato con otros hospitales. Entonces una cita puede demorarse más de un mes en ser asignada, porque el volumen de personal que llega al hospital es muy grande y no contamos con la cantidad de especialistas suficientes para brindar una atención más oportuna.

El tema de las cirugías y todo esto, en muchas ocasiones las EPS también son demoradas en hacerles las autorizaciones. La entrega de ayudas técnicas y todo ese tipo de cosas que requiere el usuario para la completitud de su atención en salud, también en ocasiones muchos trámites antes de que puedan recibir la atención. Todo lo que son medicamentos No POS, también; para recibir una autorización es una cosa muy compleja. Entonces los trámites administrativos, y la demora interna en cuanto a la capacidad de la agenda es de los que más se quejan los usuarios.

Los medios denuncian permanentemente que el sistema de salud está en crisis. ¿Cuál es su percepción sobre esta afirmación? ¿y cuál es la causa de esa crisis?

Si totalmente. Yo pienso que el manejo inadecuado de los dineros que pagan la salud de los colombianos. Creo que básicamente es eso. También de alguna u otra manera ahí entran aspectos ya muy de cada profesional en salud. Desafortunadamente hay mucha falta de humanización, mucha falta de calidad en la atención. Mucha gente trabaja porque le toca, o por la plata y no por vocación; y eso también termina dañando el sistema de salud y la atención en salud. Claro que si tú lo miras hacia atrás, muchas veces el personal es mal pago, tienen malas condiciones laborales, pero todo porque en el sistema de salud las platas se han centrado en las EPS, que son las que las manejan, y desafortunadamente ahí hay muchos temas de optimización del gasto, de poco tiempo para que podamos atender más por menos. Es un tema netamente financiero, pienso yo.

Si hubiera mayor educación en salud, si hubiera más educación en humanización, si estuviéramos más pendientes que la calidad de los trabajadores que están en salud fueran mejores, si hubiera mayor auditoría, y si el tema de las platas no fuera lo importante sino más la atención, la promoción y prevención, seguramente el sistema mejoraría mucho.

¿Cuál sería la solución para la situación actual del sistema de salud en Colombia?

Pues eso empieza desde la raíz, como te digo, la educación de toda la gente que va a trabajar en salud, que fuera una educación más humana, más centrada en la necesidad del usuario, más centrada en la promoción y prevención; eso por un lado. Partiendo de ahí, pues estamos hablando de la universidad, de la academia. Ya tanto a nivel nacional como distrital, que se mirara la cápita de cada usuario y que se disminuyeran tantos trámites administrativos para que las IPS, que son los hospitales por ejemplo, podamos brindar la atención en salud sin andar preocupados por si tiene o no aseguramiento, por si van o no a pagar, si van o no a autorizar, si es POS o No POS; poder brindar una atención más integral. Y fortalecer mucho todos los equipos y todo el trabajo que se haga a través de promoción y prevención. Fortalecerlo mucho más porque está evidenciado y comprobado en muchos países de alto desarrollo que entre más se previene la salud a través de actividades de capacitación, de atenciones tempranas, no esperar a que la persona esté enferma, disminuyen los costos en salud y mejora la calidad de vida. Pero nuestro sistema está resolviendo el problema de salud cuando ya la persona casi que se va a morir, porque nunca se le hizo una atención oportuna, porque nunca se le dio un medicamento adecuado.

Anexo 4. Entrevista al Doctor Edgar Rojas.

Entrevista realizada a Rojas, E. (2015, 17 de Diciembre). Médico Anestesiólogo, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

¿Qué percepción tiene usted acerca del funcionamiento del sistema de salud?

El sistema está estructurado sobre un supuesto aseguramiento, sobre el sistema de seguros que es una cuestión financiera completamente, comercial; y no sobre el derecho a la salud. Entonces eso hace que las empresas que aseguran pues ganen no otorgando los beneficios que da un supuesto seguro. Es decir, ¿Cuándo gana una compañía de seguros? Cuando su cliente, en este caso su paciente, no reclama servicios. O sea, ellos lo llaman siniestralidad, para nosotros es enfermarse. Entonces cuando la persona no reclama un servicio, o no lo necesita, o si lo reclama no se lo otorgan, entonces ellos están ganando. Es una situación perversa.

¿Qué percepción tiene del funcionamiento y organización del Hospital Simón Bolívar en el marco general del sistema de salud?

Todos los hospitales y centros, casi todos sin excepción, funcionan bajo el marco de la Ley 100. Que es que la institución hospitalaria que se llama Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), presta los servicios u ofrece los servicios contrata con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que son las delanteras, unos servicios de salud a determinado costo, con determinadas condiciones. Casi siempre esas condiciones son onerosas; pero además de ser onerosas, es decir inconvenientes en la cuantía de pago y en la forma de pago, también no se cumplen las condiciones. Por eso vemos una deuda muy grande. El hospital tiene una deuda acumulada pues a su favor, digámoslo así, de más de 100mil millones de pesos de mucho tiempo antes; deuda que está como dicen: embolada. O sea que es una deuda de muy difícil recaudo. Y recientemente tiene una deuda con Caprecom, que como sabemos está quebrado; una deuda que se acerca a los 30mil millones de pesos que están también como refundidos porque esas deudas, al menos hasta ahora, no ha habido quien responda; y el gobierno no ha dicho que va a rescatar esas deudas, o sea cubrir para los hospitales esa plata que les deben.

¿Esas deudas con las EPS como están afectado la prestación del servicio?

Claro, si lo afecta, porque en la medida que se va limitando económicamente, entonces el hospital se ve obligado a restringir ciertos servicios, a salir de áreas o actividades que no le son rentables económicamente, o sea que no le producen suficiente dinero. Entonces saca especialistas, saca servicios, y así va reduciendo. Hasta ahora no ha sido una cosa dramática, pero si se han acortado unos contratos y otros han reducido especialistas; por ejemplo cirujanos pediatras; con ortopedistas; con cirujanos, también han prescindido de ellos, tratando de acomodar con menos planta personal las mismas necesidades que hay. Y también en otras áreas. Sé que están reduciendo la cantidad de personal, la cantidad de profesionales, técnicos y demás, para reducir costos, porque esa es una de las obligaciones que le impone el Ministerio de Hacienda. Para seguir funcionando, para seguir abierto el hospital, tiene que reducir costos y aumentar el recaudo de dinero; pero a quién le cobran. Cómo van a recaudar el dinero, si no le pagan nada las EPS.

¿Cuál crees que es la solución para el problema de la salud en Colombia?

La única solución es acabar la intermediación. Que la salud deje de ser un negocio y se convierta en una obligación del Estado, por cuenta del Estado. Puede que presten algún servicio el sector privado, pero que sea el Estado quien controle, pero no con el ánimo de lucro, sino con el ánimo de prestar un servicio para garantizar el derecho; eso es lo fundamental, que el derecho a la salud se cumpla.

¿Cómo hace el hospital para lograr el equilibrio entre lo financiero, pero al mismo tiempo garantizar el derecho a la salud?

No, es muy difícil porque tiene que ir cada vez más recortando servicios, recortando pagos, contratando trabajadores con unos sistemas de vinculación muy malo u oprobiosos, informales y completamente perjudicial para los trabajadores; lo que nosotros llamamos precarización laboral. Entonces para no pagar prestaciones, para no pagar salarios buenos, tienen que contratar a precios bajas sin garantías laborales.

El sistema de salud es lo que hay que cambiar porque está estructurado bajo la base del negocio y así no puede funcionar.

Anexo 5. Entrevista a Giselle Hauser

Entrevista realizada a Hauser, G. (2015, 18 de Diciembre). Jefe del Servicio de Enfermería, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

¿Qué percepción tiene usted acerca del funcionamiento del sistema de salud en Colombia?

El sistema fue como un copia de lo que pasó en Chile desde hace unos años. Y la percepción es que le hicieron una copia igual, quisieron que se implementara acá, para favorecer a unos, pero en la práctica tiene que haber una reforma. La Ley 100 no es la panacea de la salud. Se ha dicho que no es.

¿Cómo sería esa reforma?

La reforma de lo de salud, es no favorecer a un grupo, sino que todos tengan la misma oportunidad de salud. Pero con otro tipo de ajustes de la ley 100, de la sustancia de la Ley 100. La ley solamente favorece a ciertos determinados grupos; hablo yo de grupos que tienen acá un determinado número de población, y eso no es así. La reforma para mí, sería que fueran acogidos por cada sitio, por cada departamento, como fue hace unos años la salud. Antes, si yo vivía en Cundinamarca, el ente soberano tenía como una especie de gente que controlaba, que vinculaba a la gente de acuerdo a la región. Y no ponerse en estos momentos como está. Es que definitivamente la Ley 100 no fue lo que nosotros pensamos que iba a hacer.

Los medios denuncian permanentemente que el sistema de salud está en crisis. ¿cuál es su percepción sobre esta afirmación?

Si está en crisis, porque precisamente es por la creación de tantas EPS, y las ganas de poder coger tanta gente; es decir que yo tengo que vincular a tanta gente, se ha visto que esas EPS han captado casi el doble o el triple de personas pero con el ánimo de lucro. Y le ponen trabas a la gente del pueblo, a la gente que sinceramente no tiene la capacidad económica de pago; y se han favorecido desafortunadamente gente que sabemos que no debería ser así. Sabemos que la salud debe llegar es a la gente, porque eso es un derecho. Pero la gente que verdaderamente tiene necesidad porque no tiene la forma económica de poder pagar una salud, no le llega, y les ponen mil trabas para poder acceder a lo que tienen derecho, que es su consulta y todo lo que conlleva medicamentos, interconsultas y todo eso. Por eso es que la Ley 100 yo la veo desde la perspectiva mía, en una desigualdad e inequidad enorme.

¿Qué percepción tiene del funcionamiento y organización del Hospital Simón Bolívar en el marco general del sistema de salud?

Este hospital pues lógicamente como somos Empresa Social del Estado, que se crean es para que sean financieramente sostenibles, y que se sostengan con sus propios recursos; esa es la idea. Porque antes nosotros pertenecíamos a ciento por ciento a la alcaldía y a la Secretaría de Salud, eso era lo que había. Pero ahora somos nosotros y lógicamente de acuerdo a nuestros recursos es que tenemos que sobrevivir. Pero mientras estén las EPS, las EPS tan mal, pues por eso es que nos estamos muriendo. Porque no hay con que, los hospitales siguen atendiendo, no hay como decirle a la gente no hay, no venga, si la salud es un derecho y la gente viene porque tiene una necesidad muy sentida y se les atiende. Bien o mal pero se les atiende; y cuando va a hacer la parte del pago, no pagan. Entonces esa es la crisis, es más que todo, crisis financiera.

Tú explicas que antes de la Ley 100 los hospitales dependían directamente de la Secretaría de Salud. ¿Eso si era conveniente?

Yo que llevo tantos años acá, yo llevo 32 años acá, como lo veía yo. Que veían en realidad que esta institución, esta o la que fuera, estaba en riesgo, hacían un análisis y le daban una partida. Hoy en día lo que hacen es que si no es rentable, si verdaderamente produce muchos gastos se privatiza. Lo de la Ley 100 lo podemos ver muy claro con lo del San Juan de Dios. Yo creo que es el testimonio más claro de lo que podemos ver nosotros de lo que se convirtió el San Juan de Dios. La salud como derecho debería ser gratuita para una determinada población, para el menor de 18 años, proteger a la mujer embarazada, y al adulto mayor después de los 60. Acá no, ese es el tipo de población que no es productiva, una persona de cierta edad ya es vieja y como no es productiva acá hemos tenido casos de abandono social de los propios familiares porque no los pueden sostener. Entonces todo eso ha acarreado lo de la ley 100. Específicamente que hay una desigualdad en

la atención, hay una cosa tenaz. Hay una ventaja, que yo si le vi en la Ley 100; era que antes se estaban enriqueciendo muchos profesionales de la salud a costa de la salud de los demás, y la Ley 100 lo que hizo fue que todos teníamos que ser impares en ese tipo de prestación, de poder prestar un servicio de salud y no enriquecerme a costa de los demás.

¿Qué aspectos positivos resalta del funcionamiento del hospital?

Bueno, el hospital lo único que se ha visto, es que queremos nosotros solos podernos financiarnos. Se ha querido hacer bajo las buenas administraciones que hemos tenido. La misma tecnología que cada día va avanzando, hace que nosotros podamos brindar algo mucho mejor a nuestros usuarios, a la población. Ese crecimiento ha sido positivo, no nos hemos quedado, sino que al contrario tenemos ganas de surgir y poco a poco ir avanzando en la ciencia y tecnología para poder ofrecer algo mejor a la gente que lo necesita.

¿Cómo es la relación del hospital con las EPS, y como eso ha afectado la prestación del servicio de salud?

Específicamente te voy a contar que paso con una EPS, que es esa voz populi Caprecom. A nivel distrital a Caprecom se le cerraron las puertas, porque es muy mal pagador. El único hospital del distrito que le abrió las puertas fuimos nosotros, pero casi nos quiebra. Entonces Caprecom debe tener un problema interno de sostenibilidad que ha crecido, y la deuda ha crecido y crecido, hasta que la liquidaron. Y dime tu ¿a quién afecto? A esa millonada de usuarios que muchos están en el limbo. Muchos están en que los va a coger tal EPS, pero tampoco se sabe si esa EPS pueda con todos, o sea ese tipo de cosas lo que afecta específicamente es la parte financiera, porque los hospitales se sostienen es por eso. Si queremos ofrecerles lo último, todo cuesta, y gaste y gaste, pues tarde o temprano el bolsillo se vacía. Y por otro lado de parte de las EPS no recibimos nada, entonces es peor todavía. Y el usuario obviamente a quién le echa la culpa: al hospital porque no le dio; porque el hospital no es oportuno en darle su atención requerida, y darle una serie de cosas. Pero ellos no saben que el meollo del asunto son las EPS. Es con la única que se han tenido inconvenientes, anterior se había tenido inconvenientes con otra, pero no con tanto impacto como esta. Y hay una población enorme que yo pienso que son los reclusos, todos los del INPEC que estaban con Caprecom. Que va a hacer esa gente con ese hacinamiento que hay. Eso es preocupante, sobretodo porque se pone la mano en el corazón y uno piensa que va a pasar.

¿Cuál sería la solución para la situación actual del sistema de salud en Colombia?

A mí me gustaría que volvieran a lo que había antes, que los hospitales los cogía la secretaría de salud de cada ciudad. Lógicamente con una conciencia y con un censo verdaderamente como debe ser. La gente menos favorecida de unos estratos determinados son las que deberían tener una atención gratuita. Y haciendo el censo es imposible ver uno gente que vive en ciertos sitios con unos estratos 4 y con SISBEN. Puede que eso no exista, pero si me gustaría que volvieran al régimen anterior y coger algo positivo de la Ley 100 que es la parte de poder ofrecer mayor tecnología, y de poner en cintura la parte profesional de los médicos. Pero la salud antigua, me gusta es eso, que las Secretarías de Salud, a través de la gobernación cogieran nuevamente la parte de salud, fueran idóneos y puedan tomar las decisiones.

¿Cómo crees que es el control por parte del Estado frente a todas las entidades que manejan los recursos y las que prestan los servicios?

El ministerio es uno de los entes gubernamentales que están más preocupados porque se sabe que no hay recursos. Y cada día los usuarios aumentan. Si verdaderamente el ministerio no se colocara la mano en el corazón, no le importaría que los hospitales fueran sostenibles o no. Igualmente eso hace una presión ante las alcaldías y las secretarías de salud, y pues lógicamente las secretarías se rigen por el Ministerio. Si hay control, pero debería haber más precisamente para que no haya esos desagües que ha habido, para que la salud no se monopolizada. Denle la oportunidad a las gobernaciones, a las alcaldías, a las secretarías de salud de cada ciudad de manejar su salud y yo creo que así funcionaría mejor.

Anexo 6. Entrevista al Doctor Oscar Iván Correa Jaramillo.

Entrevista realizada a Correa, O. (2015, 15 de Diciembre). Jefe de la Unidad de Oftalmología, Hospital Simón Bolívar E.S.E. y Hospital de Meissen E.S.E., Bogotá.

¿Qué percepción tiene usted acerca del funcionamiento del sistema de salud en Colombia?

Es pésimo, la reglamentación o la Ley 100 es una muy buena ley porque tiene unos principios que si tú los llevaras a feliz cumplimiento sería un sistema de salud excelente. Hablas de universalidad, hablas de equidad, de calidad; antes no se hablaba de calidad en el sistema de salud, antes del año 91, eso no existía, ¿qué era la calidad en salud? eso no se sabía. Desafortunadamente el engranaje y la puesta en funcionamiento de la ley es lo que nos tiene en esta crisis. La verticalidad entre las mismas EPS como que casi única autoridad desde el punto de vista administrativo es la que tiene acabado el sistema. Un sistema que estaba pre programado para que os que estuviesen en el sistema de tipo contributivo, debía ser la mayoría para que pudiera cumplir o llenar, o satisfacer las necesidades del sistema subsidiado, que debía ser de una proporción de 70-30, y resulta que en el país esa proporción se invirtió y estamos hablando que el 30 son los contributivos y el 70 los subsidiados. Es decir las personas que trabajamos, estamos cubriendo el 70% de las necesidades en salud de este país. Entonces eso se vuelve inequitativo, porque si tu preguntas, la mayoría de las personas que por lo menos tienen la posibilidad de acceder a una salud prepagada, jamás utilizan una EPS tipo contributivo, lo que quiere decir que toda esa plata se va directamente para el Fosyga, y el Fosyga, a través de su sistema administrativo está haciendo llegar esos recursos de manera tardía a las EPS, y las EPS de manera tardía hacen llegar los recursos a las IPS, las cuales las tienen totalmente, desde el punto de vista financiero, en una tragedia.

Para resumirte, pienso que el funcionamiento del sistema de salud hoy es perverso, es nefasto, no sirve, debe tener una transición a otra cosa. Pero este sistema nos está ahogando y tiene en crisis a la salud en Colombia.

Ya me dices que hay una crisis del sistema, ¿Cuál crees que es la causa real de esa crisis del sistema de salud?

Económico. Buenos son dos puntos, porque digamos que la gran crisis que tiene este sistema es uno la corrupción; y dos pues el déficit financiero, porque este sistema como te digo se invirtió la posibilidad de que el contributivo maneje el subsidiado de esa manera. Es decir que los recursos, no están llegando de la manera que estaba pensado que llegaran. Salud tiene mucho dinero, el país está produciendo plata para la salud, pero no está llegando a donde tiene que llegar. Entonces nosotros estamos viviendo de la intermediación en salud. Entonces los últimos en recibir, son los pacientes y obviamente los médicos y paramédicos; es decir las IPS.

Entonces a diferencia de lo que piensa el Ministro Gaviria, nosotros sí estamos en crisis, que somos los que vivimos el día a día. Ellos como son tecnócratas, él no es médico, él no tiene conocimiento del funcionamiento médico, pero nosotros sí estamos en crisis.

Yo tengo ahí una pregunta, cuando tú hablas de la corrupción y de la demora en el pago a las IPS, es una demora en términos de tiempo o...

Es una demora fundamentada, es una demora a propósito. Cuando tú haces cualquier tipo de intervención en salud, llámalo una consulta, o cirugía, cualquier tipo de intervención está supeditada a auditorías. Entonces primero aumenta la burocracia. La auditoría interna lo que te va a hacer es un escaneo de que todo lo que tu hayas hecho esté dentro de los parámetros institucionales, y una vez tengas eso, tú envías esa cuenta de cobro a las EPS para que ellas con sus auditorías internas decidan de manera superficial si te pagan o no te pagan esa cuenta. Entonces estamos hablando de una consulta, cuando nosotros solo en oftalmología hacemos 1.200 consultas al mes. Entonces imagínate que son 1.200 veedurías que se tienen que hacer solamente en consulta, sin nombrarte procedimientos quirúrgicos, en un Hospital de III Nivel que no solo hay oftalmología sino la cantidad de sub especializaciones que quieras. Nosotros por ejemplo todavía estamos manejando glosas del año 2011. Eso que quiere decir, que hay EPS que hasta ahora no están diciendo que no van a pagar cuentas de ese momento. Entonces tú tienes que llegar a unos procesos de conciliación con las EPS, esos procesos consisten en que yo te digo: te debo tanto, estas son las glosas de tanto, te puedo pagar esto. Lo aceptas o no lo aceptas, y si no lo aceptas sigues en la lista de espera para que te paguemos. Entonces si tú me debes 1.000 pesos y decimos, mire le puedo pagar 500 ya y dejamos cuentas así, eso se llama la conciliación. Lo mismo

pasa con las glosas; ellos nos devuelven la glosa, nosotros tenemos que fundamentar por qué no estamos de acuerdo con la devolución de la glosa y se vuelve un tire y afloje.

Entonces, por eso la burocracia administrativa es lo que tiene al sistema colapsado. Por otro lado, los recursos no están llegando en su momento por tantas demoras. Por ejemplo en este hospital; este hospital es una E.S.E, y las E.S.E se llaman empresas sociales del Estado. Resulta que dentro de la Ley 100 dice que todo los hospitales públicos deben ser autónomos, y autónomos debería ser autonomía para todo. Resulta que así no funciona. Tú no eres autónomo en el momento en el que vas a pagarles a tus empleados, no eres autónomo en recibir los recursos del distrito, no eres autónomo en definir tu propias políticas institucionales, todo lo está centralizando la secretaría distrital de salud, por políticas también del Ministerio de Protección Social. Es decir, no es tan cierto que los hospitales sean autónomos y por eso se inventaron la E.S.E. Pero cuando los hospitales están en crisis financiera, entonces ahí si no apoyan desde el punto de vista financiero, sino que castigan a los hospitales porque no tienen la facilidad de salir de esa crisis económica por si solos, porque no están haciendo los recaudos a tiempo, porque se están demorando en llevar las glosas, o porque los procesos administrativos están lentos, o tantas cosas que en el día a día tú te das cuenta que no funcionan.

¿Qué percepción tiene del funcionamiento y organización del Hospital Simón Bolívar en el marco general del sistema de salud?

Como todos los hospitales. Siempre hay líneas verticales y líneas transversales como cualquier organigrama. Entonces hay un gerente general, que debe ser nombrado por carrera administrativa, o sea son nombrado por mérito, y pues ese gerente tiene sus líneas asistenciales o administrativas. Es decir, la parte asistencial que somos los médicos, las enfermeras, todo el personal paramédico, está siendo regido por un subgerente científico. Por el otro lado hay una subgerencia financiera y administrativa, que tiene que ver más con los recursos propios del hospital para su funcionamiento. Líneas transversales, por ejemplo tenemos un comité de ética en investigación, un comité de bioética, todas las partes involucradas de talento humano, trabajo social.

Y en el marco de la crisis del sistema del sistema de salud que decías anteriormente, ¿Cómo ha sido el funcionamiento del hospital, o como se ha afectado?

No pues terriblemente complicado porque, buen empecemos en que por lo menos este hospital tiene un 50% de sus empleados con contrato a términos indefinidos como lo exige la ley, y el otro 50% son contratistas como lo quieren ver ellos, pero eso es anti ley. Entonces estos contratistas funcionan de acuerdo a la cantidad de presupuesto que se esté manejando mes tras mes. Es decir, los contratistas de este hospital y de todos los hospitales públicos, están siendo agredidos en su estabilidad laboral porque son contratos mensuales. Mensuales que pueden o no volvértelo a hacer; normalmente lo hacen porque los necesitan, pero en el mejor de los casos los hacen a 3 o 4 meses, sin prestaciones, sin cesantías, sin prima, sin vacaciones. Entonces estamos hablando de una planta de 2mil y pico, y son 1.200 funcionarios que están en esa contratación. Si me preguntas el hospital de Meissen la proporción es más absurda, porque es del 90-10. Es decir, el 90% son contratistas y el 10% son empleados a término indefinido. Eso pues obviamente que te libera a ti; pagos de todos los parafiscales, eso libera recursos para el Estado, para el distrito, para los mismos hospitales, porque toda las nóminas se centralizan; o sea todos los recursos los maneja la secretaría de salud, tú tienes que llevar tu nómina todos los meses para que la secretaría te autorice los pagos. Es decir que tú, entre comillas, tienes una cuenta pero la cuenta te la maneja el señor alcalde, o en su defecto el secretario de salud.

El funcionamiento actual del hospital creo que ha sido bueno, salimos de una crisis de la administración pasada donde dejaron a este hospital en un déficit de más o menos 50mil millones de pesos. Y esta administración por lo menos ha intentado estabilizar esa deuda que se tenía. Siguen estando en crisis, y siguen estando en números negativos, pero no se siente. Que hayan dejado de pagar, nunca. Que se atrasan en los pagos, todos los meses por lo menos 10 días, nunca te pagan en el día que se suponen que tienen que pagar, a menos que seas de planta. A los de planta si no les pueden correr con la misma suerte. Pero nunca se han atrasado un mes. Recursos para la parte asistencial siempre han faltado, entonces hay meses en los que tú no tienes ciertos elementos para funcionar; hay meses que te hace falta personal porque no hay, por ejemplo en este momento hay muchas plazas que deberían estarse cubriendo porque hay mucha gente que ha salido pensionada y eso no se ha hecho, entonces hay déficit por ejemplo en enfermería, en urgencias tú ves un déficit de médicos, por ejemplo ahorita en oftalmología nosotros tenemos también tenemos retrasos porque nos falta personal.

Desafortunadamente por ejemplo, ahorita se liquida Caprecom y Caprecom era una de las EPS subsidiadas que más volumen tenía en este hospital, entonces toda esa deuda no se sabe quién la vaya a pagar. Nos pasó antes con otras, por ejemplo teníamos Convida, y nunca se supo quién iba a pagar esas cuentas. Es decir, nosotros aquí funcionamos de acuerdo a la EPS que esté de moda en su momento. Eso se hace contratos, que también son a términos muy definidos, se acaba el contrato, se va esa EPS, y deja el hueco. Entonces toca esperar a que paguen, si es que pagan. Entonces estamos hablando en su momento Salutotal, ahorita todas estas las está cogiendo Capitalsalud, digamos que hoy en día Capitalsalud es el fuerte que teníamos en el hospital. Hubo un momento que era el fondo financiero distrital, que esos pacientes ni siquiera eran subsidiados o contributivos, estaban en el limbo. Pero para nosotros era mejor porque cubrían el 100%, ya no se cubre.

Digamos que el funcionamiento siempre ha sido dependiendo de la EPS. O sea nosotros, a pesar de que facturamos mucho, el recaudo no es el mismo y tú vives es el recaudo.

¿De qué manera la prestación y acceso a los servicios de salud a los pacientes que llegan a este hospital se ve afectada por la relación de las EPS con la institución?

Acá por ejemplo se intentó tener oficinas, debería ser así. Cuando tú vas al aeropuerto tú encuentras la oficina de la aerolínea en el mismo aeropuerto. Si tienes algún problema de una vez te acercas a la oficina. En los hospitales resulta que eso no ocurre. Tu acá tienes una gran cantidad de usuarios de una EPS y esos usuarios tienen algún inconveniente porque les ponen 18mil trabas para una consulta y más para una cirugía que no tienen como solucionar, sino irse del hospital, acceder a la oficina de la EPS y solucionar el inconveniente. Diferente sería que tuvieran sus oficinas dentro de los hospitales y manejaran de una vez la relación directa con el paciente. Lo que menos importa en el sistema de salud hoy en día es el usuario, no les interesa que un usuario viva en x sitio, y tenga que hacer un traslado. Hay pacientes que llegan acá y que ni siquiera les habían dicho que Caprecom se había liquidado, entonces llegaron acá todos a su cirugía y les tocó irse porque hoy ya no había contrato. Eso al paciente nunca se lo advirtieron, nunca le dijeron. Al que menos le tienen importancia es al paciente, al usuario en ese caso. Esa es otra cosa horrible que tiene el sistema de la Ley 100: que cambia la relación de paciente a usuario, entonces lo vuelven un objeto comercial y ya no es un objeto social, como debería ser la medicina.

Pienso que si hay mucho incumplimiento por parte de las EPS para autorizar procedimientos, paraclínicos, medicamentos, consultas. Los limitan. A un paciente lo limitan, a ti no te pueden dar por ejemplo dos consultas el mismo mes así tú las necesites, porque eso es pérdidas para una EPS. E increíble, por ejemplo, que tu operes un paciente y solamente te den un postoperatorio en el mes; el resto tienes que ir a autorizarlo, y todo lo que se demoran las vueltas para una autorización de un postoperatorio, que tu deberías poder ver a tu paciente las veces que quieras de acuerdo a lo que el paciente necesite y requiera. Hay pacientes que solo necesitan que los veas una vez o dos veces al mes, pero hay pacientes que necesitan verse casi todos los días. Eso las EPS no lo entienden.

Los medios denuncian permanentemente que el sistema de salud está en crisis. ¿Cuál es su percepción sobre esta afirmación?

Eso cierto, porque e inventaron para que el sistema no se quebrara una cosa que se llama el Plan Obligatorio de Salud. Y hay unos medicamentos que están en el POS y la inmensa mayoría están en el No POS. La inmensa mayoría de lo que sirve, mejor dicho, de lo que no es costoso. Porque si tú me preguntas específicamente en oftalmología, desde el año 1991 hasta el año 2013 se hizo un ajuste y se colocaron más o menos unos dos o tres medicamentos a la lista del POS en oftalmología. Estamos hablando que no hay más de 7 u 8 medicamentos de oftalmología en el POS de los cuales el 80% no se utilizan, no son de primera línea de manejo. Entonces eso, por lo menos en oftalmología, el 99.9% de los pacientes tienen que comprar los medicamentos. Los formatos CTC son una manera de enlodar, disminuir el proceso, porque el paciente tiene que llevar esos formatos No POS a un Comité Técnico Científico que se los tiene que autorizar; y eso antes de un mes no sale. Entonces, el paciente si le va bien, dura un mes sin el medicamento. Y eso lo tiene que hacer cada vez que el paciente necesite su formulación; si son pacientes crónicos pues imagínate cada mes, cada dos meses haciendo eso. Entonces en oftalmología creo que tenemos el mismo problema que tienen en todo el hospital y en todas las especialidades; es decir, es muy lento el sistema en involucrar medicamentos. Ahorita se hizo un esfuerzo grandísimo, y eso hay que reconocérselo al Ministerio de Salud, donde muchos de los medicamentos de alto costo se dejaron en el plan obligatorio de salud.

Entonces lo que tú dices es cierto, por lo menos a mí nivel. Sé que el problema es más fuerte en medicina general. A los médicos generales les exigen muchísimo más. Es decir, no pueden formular más de tres medicamentos, no pueden formular más de tres paraclínicos, no deben mandar al mes a tantos especialistas. Nosotros en oftalmología pues no vemos tanto ese problema. Hay muchos procedimientos que no están en el POS, pero que se les hace su formato de No POS, y en la gran mayoría no los autorizan; entonces el paciente se lo termina haciendo particular, o no se lo hace, y nos toca funcionar de acuerdo a ese proceso.

¿Cuál sería la solución para la situación actual del sistema de salud en Colombia?

Mira yo creo que las EPS deben acabarse, esa es la alcahuetería número uno de los políticos. Tu sabes, y eso es una voz que la sabe todo el mundo, sabes que la gran cantidad de senadores que tienen vínculos directos con las EPS es lo que hace que esto no funcione, no fluya hacia algo que sea de verdad universal, equitativo, que sea de verdad una decisión libre donde tú puedas estar en la EPS que de verdad quieras estar, y no la que te imponga el alcalde de turno.

La ley es buena, el sistema es malo. Y el sistema se vuelve malo porque la ley debería funcionar de manera directa. Es decir, nosotros no necesitamos que nos administren los recursos en salud. Los recursos antes del año 91 los manejaba directamente la nación, y había un alto grado de corrupción, pero creo que es el mismo grado de corrupción que existe hoy en día. O sea SaludCoop no se quiebra por buenos manejos, se quiebra por corrupción; Caprecom no se quiebra por malos manejos sino por corrupción. Es decir, las EPS que se han quebrado han sido por problemas de corrupción. Creo que la ley puede funcionar directamente entre la nación y los prestadores de servicios de salud, como funcionaba siempre, con gente correcta y honesta. Pero nosotros no necesitamos que nos administren, es que esos recursos es ahí donde se desvían, donde se pierden; porque es que eso se volvió fue un negocio, y lo volvieron un negocio fue las EPS. Entonces yo pienso que todo fluiría mejor y más rápido sin tanta burocracia que se genera a partir de las EPS.

Anexo 7. Entrevista a la Doctora Violeta Hoyos.

Entrevista realizada a Hoyos, V. (2015, 12 de Noviembre). Médica Psiquiatra, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

¿Qué percepción tienes acerca del funcionamiento del sistema de salud en Colombia?

Bueno, pues me parece que el sistema de salud en este momento está en la crisis más profunda de la historia de Colombia, no solo por el funcionamiento de las EPS que se quedan con la mayoría de los dineros, de los aportes de los trabajadores de la salud, sino porque además desde que entraron en vigencia las EPS a nosotros nos ponen una cantidad de limitantes en cuanto a la atención de los pacientes. Por ejemplo, nosotros tenemos imitado el tiempo de atención en consulta, en el mejor de los casos son 20 minutos, pero en algunos hospitales son de 10 a 15 minutos. Es importantísimo para la sostenibilidad de los hospitales tener un rendimiento financiero, entonces deber haber cierto número de intervenciones por paciente... esto digamos que en psiquiatría, pero se da en todas las especialidades, que se debe atender cierto número de pacientes por día, dependiendo de cada especialidad. Esto reduce evidentemente la calidad en la prestación del servicio. Y todo este deterioro de la atención tiene que ver más con una orientación más hacia la sostenibilidad financiera, que prima sobre la atención real y al acceso a los derechos de la salud de los pacientes. Finalmente nosotros somos, los médicos me refiero, terminamos siendo pues los perjudicados, pero los pacientes creen que somos los responsables de esta falta de atención oportuna y de calidad a los pacientes; pero finalmente es el sistema de salud el que nos está impidiendo tener una atención directa y oportuna a los pacientes.

Por otro lado, por ejemplo los planes de salud, que en este momento no ha entrado en vigencia la Ley Estatutaria en Salud, pero previo a esta ley que pretende dar algunos derechos adicionales a los pacientes, hay un plan obligatorio en salud (POS), un plan de restricciones y un plan de beneficios para los pacientes, y este plan de beneficios es escaso, y más bien el plan de restricciones es bastante amplio, entonces pues por ejemplo a los pacientes se les niega medicamentos, se les niega servicios y pues digamos que las terapias adecuadas que se requieren para el paciente, entonces nos tenemos que ver limitados a lo que está dentro de este plan de beneficios. Sin embargo, hay algo que es muy grave y es que además de este plan de beneficios, también se está negando continuamente la medicación que está dentro de este plan, con la excusa de que no hay lo medicamentos, de que falta un sellos, de que faltan mil cosas, entonces la tramitología se ha vuelto un para el acceso oportuno y con calidad para la atención de los pacientes, entonces esto lo que causa es que haya más recaídas en el curso de la enfermedad de los pacientes y pues por supuesto esto afecta directamente el derecho de la salud de los pacientes.

Y en ese marco que tu describes ¿cómo crees que es el funcionamiento de este hospital?

Yo creo que el funcionamiento del hospital es una muestra de la crisis general de la salud en toda Colombia, y de la crisis general de la red hospitalaria. El hospital en este momento se encuentra pagando a los especialistas y a todos los profesionales de la salud con un retraso de más o menos 15 días, que de hecho es lo menos grave que está pasando en la red pública hospitalaria, nosotros no tenemos retrasos muy grandes. Pero sin embargo, todos los profesionales seguimos tercerizados, el porcentaje de personas que están contratadas con todas las prestaciones y por medio de contratos estables es muy bajo, en este momento no sé cuánto es el porcentaje la verdad, pero yo creería que es menos del 30%, incluso menos el 20%; y eso se ve reflejado pues obviamente en la calidad de vida de los trabajadores de la salud. Eso por un lado, entonces ahí está la crisis en cuanto a lo laboral.

Las urgencias constantemente se llenan y se saturan, entonces es necesario atender a los pacientes en sillas Rimax, la atención se demora, a veces no hay los suficientes especialistas, yo creo que hacen falta especialistas, pero por supuesto por la gran crisis no se puede contratar más especialistas. Por ejemplo hay un caso que me parece preocupante, que es el caos de neurología: hay un solo neurólogo en todo el hospital y por supuesto la demanda que tiene es muy alta y no da abasto, entonces pues los pacientes quedan muchas veces sin atención o es muy a largo plazo; no hay atenciones de urgencias muy fáciles, digamos que el acceso es muy difícil.

Qué otra cosa veo yo de crisis en el hospital... por ejemplo la dificultad para poderle brindar a los pacientes las terapias adecuadas, porque si la terapia que nosotros queremos brindarle a un paciente no le genera rentabilidad al hospital, sencillamente no la autorizan, porque eso le generaría pérdidas. Entonces, nosotros

entendemos que no podemos ir en contra de esta crisis del hospital, ni pedirle mucho al hospital porque finalmente la crisis no es responsabilidad del hospital, sino que es la consecuencia de la persistencia de estas EPS que han que han querido digamos que el gobierno ha permitido que perduren en la existencia, pero que son como el cáncer el sistema.

¿Qué aspectos positivos resaltarías del hospital?

Es un hospital que se preocupa constantemente, especialmente a los líderes de cada servicio, por prestar una atención oportuna; siempre se supervisa la hora de respuesta de las interconsultas, por ejemplo a nosotros nos pasan una interconsulta y la idea es que sea respondida en menos de dos horas; en urgencias, la hora de respuesta es máximo 30 minutos, esto digamos se está supervisando constantemente; se trata de hacer una rotación constante de pacientes para que no estén en estas sillas rímax, sino que siempre tengan una cama disponible. Realmente con respecto a otros hospitales yo veo que es un poco menos la estadía de pacientes en los pasillos, sin embargo, no se puede decir que hay desaparecido del todo pero se ha logrado rotar un poco más. Con respecto a otros hospitales es muy ordenado, hay personas encargadas de informarles a todos los médicos cuales son los pacientes que tienen, en donde los tienen, como están ubicados, y de informarles el tiempo de espera de cada paciente; esto me parece que es bastante positivo para la atención de los pacientes. Y bueno, es uno de los hospitales que tiene un menor retraso en el pago a los trabajadores, eso es importante. Ellos siempre tratan de dar prioridad a la “estabilidad” de los trabajadores de la salud.

¿De qué manera la prestación y acceso a los servicios de salud a los pacientes que llegan a este hospital se ve afectada por la relación de las EPS con la institución?

No pues directamente las EPS en este momento está gravísimo, porque por ejemplo Caprecom no se puede ya atender ni siquiera, entonces el hospital no puede negar la atención de urgencias pero el paciente muchas veces requiere hospitalización, entonces hay que darle salida o iniciar los trámites de remisión, no le entregan los medicamentos, el hospital realmente yo creo que hace lo que puede pero es imposible cuando se encuentra en una crisis tan severa a nivel económico y no si ni siquiera responde por las EPS con las que tiene contrato porque ellos no le pagan, imagínate con las que no tiene contratación con el hospital. La demora en los pagos de las EPS a los hospitales está siendo cada vez más grande, entonces el hospital está en una crisis severa con esto y por ejemplo, en este momento ya no tenemos atención psiquiátrica a menos de edad, entonces esto ha sido una situación muy complicada porque por ejemplo los menores de edad que no tienen este tipo de contratación con EPS, tiene que estar en urgencias lo que es muy riesgoso para la salud de un menor de edad, estar en urgencias sin un cuidado adecuado, y una protección adecuada y esto se ha visto prolongado por lo menos a 15 días que tiene que permanecer en urgencias, mientras son ubicados en una unidad adecuada con todas las condiciones que requiere la atención del menor de edad. Esto nos ha ocurrido continuamente.

Otra cosa grave que se ve directamente relacionada con las EPS, es que los hospitales no pueden contratar a sus profesionales por más de un mes. Los contratos son de un mes, lo que genera una inestabilidad laboral la verraca; uno no puede tener seguridad absolutamente de nada en estas condiciones laborales.

Los medios de comunicación denuncian constantemente que el sistema de salud está en crisis, ¿Cuál es tu percepción sobre esta afirmación?

Si pues me parece que es la crisis más profunda del sistema en la historia de Colombia, se ha dado el mayor cierre de hospitales en la historia, y la crisis ha llegado al distrito. La crisis en Bogotá se ve en todos los niveles; no tenemos adecuada dotación de instrumentos médicos, ni se diga lo que necesitan los cirujanos; gasas, tapabocas, etc. Esto se ha visto mermado al máximo. Nosotros no tenemos hojas ni siquiera para imprimir las historias clínicas; en ocasiones nos toca traer a nosotros. Yo constantemente traigo hojas de la casa. Esas cosas tan pequeñas que son tan importantes, ni siquiera hay presupuesto. Y pues ni se diga a nivel nacional. Los hospitales en los municipios están totalmente acabados, varios hospitales cerraron sus puertas y pues eso genera un colapso en el sistema general porque, por ejemplo, el ejemplo más reciente en este momento es el de Cali: cierra sus puertas el HUV, entonces los otros hospitales y clínicas privadas están atendiendo a los pacientes con un sobrecupo en este momento que llega al 120%, entonces pues imagínate la atención a estos pacientes en este colapso. No hay profesionales suficientes, los profesionales están incluso renunciando porque en varios hospitales les adeudaban más de 5 meses de salario, y es imposible vivir en estas condiciones.

Pues yo creo que definitivamente todo esto ha sido consecuencia del mal manejo y del modelo de salud que ha persistido desde la Ley 100 y que realmente el Ministro Gaviria pretendía profundizar con sus leyes y

decretos actuales que van en contra de la Ley Estatutaria, que era de alguna forma un pequeño logro en cuanto al acceso y al derecho a la salud.

Otra de las denuncias que se hace, es que los médicos no tienen libertad y plena autonomía a la hora de formular y hacer diagnósticos. ¿Qué tanto pasa esto en el hospital?

Pues yo no le he vivido tan directamente. Realmente a mí el hospital no me impide pedir algún examen que yo considere si yo lo justifico; si hay que tener una justificación. La dificultad ha sido con que las EPS los autoricen cuando los exámenes son ambulatorios. Cuando los exámenes se hacen aquí o se hacen dentro del hospital, no hay ningún problema; sin embargo, cuando uno le formula un examen a un paciente ambulatoriamente, generalmente se los cancelan, se los prolongan y después les dicen que la orden está vencida: les hacen dar muchísimas vueltas sin ninguna causa fuerte, siempre es un argumento de forma más que de fondo. Todos sabemos que esto finalmente beneficia a las EPS porque entre ellos más dilatan la prestación de alguno de estos servicios, más plata ganan.

Anexo 8. Entrevista a Yesid Suarez.

Entrevista realizada a Suarez, Y. (2015, 18 de Diciembre). Jefe de Facturación. Subgerencia Financiera y Comercial, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

¿Qué percepción tiene usted acerca del funcionamiento del sistema de salud en Colombia?

La percepción es que de acuerdo a la Ley 100 con la creación de las EPS el giro de los recursos no es óptimo hacia los hospitales. Entonces se generan demasiadas barreras de acceso en cuanto a autorizaciones, servicios de salud prestados, por haber intermediarios es difícil el acceso por parte de los usuarios al sistema de salud. Los hospitales no contamos con los recursos para el funcionamiento propio.

¿Qué percepción tiene del funcionamiento del Hospital Simón Bolívar en el marco general del sistema de salud?

Se ha visto demasiado afectado por el giro de los recursos. Lo que te digo, las ESP no giran los recursos al hospital, entonces hemos tenido dificultades para el reconocimiento de las prestaciones que se le hacen a los usuarios.

¿Cómo está afectando eso la prestación de los servicios de salud?

Cuando el usuario va y radica una autorización, se le pueden demorar uno, dos, tres meses para generar la autorización. Ya cuando llega la autorización de pronto el usuario ya no lo requiere, por lo tanto el servicio que se solicitó ya no es necesario para el usuario.

Los medios denuncian permanentemente que el sistema de salud está en crisis. ¿cuál es su percepción sobre esta afirmación?

Si es cierto. La principal razón, es que el dinero que gira el Estado para la prestación de los servicios de salud, se queda en los intermediarios; o sea en las EPS.

¿Cómo es la relación de las EPS con este hospital?

Pues en un maco general, el no giro de los recursos. Se radican las cuentas, toca esperar demasiado tiempo para que giren los recursos, la mayoría de servicios son cruzados o no son pagados, hay demasiado problema en ese sentido.

Y por ejemplo con las EPS que están liquidando ahorita, ¿Qué pasa con eso recursos que les deben?

Esperar ahorita a ver que si la reconocen, si no la reconocen. Por ejemplo ahorita Caprecom entró en liquidación, se supone que van a entrar a mirar que cuentas van a reconocer, lo que no se reconoció. Nos toca esperar a ver cómo nos va.

Dentro de mi percepción, los hospitales no pueden funcionar si las EPS no les pagan. Pero yo no veo intenciones por parte del gobierno de obligarlas a que paguen.

No. Nunca ha habido esa intención, porque si la hubiera ya hubieran pagado. Hay EPS que liquidaron y nunca le pagaron al hospital, como Solsalud, HumanaVivir, hay muchas EPS; y cancelan el porcentaje que ellos retengan. En cuanto al flujo de los recursos, no sé si lo vayan a realizar, no sé cuál será la salvación que le irán a mandar al hospital. La salvación sería que no le cancelaran a la EPS, sino que nos cancelaran a nosotros directamente.

¿Cómo hacer para cumplir con los principios que rigen el sistema de salud (eficiencia, rentabilidad, acceso, cobertura) y lograr relacionarlo con la equidad, justicia y ética?

Para mí, sería con la eliminación de los intermediarios. Si no hubiera intermediarios y se hiciera directamente con el distrito, con la Secretaría de Salud, se podría dar una mejor prestación del servicio, cumpliendo con todos los requisitos.

¿El modelo o la estructura actual del financiamiento del sistema de salud es sostenible o cree que presenta fallas?

No, no es sostenible. Presenta fallas. Desde la creación de la Ley 100, el hospital tiene que ser auto sostenible; apenas si hemos logrado sostenernos dado que el deficiente flujo de recursos y los intermediarios se quedan con los dineros de la salud. Es una falla del mercado, es una falla del Estado, por la supervisión que no ejercen sobre las entidades que ellos entraron a crear o que se generaron.

Durante los últimos 10 años los medios registraron que el hospital había tenido problemas de corrupción en la administración pasada, y que luego había entrado en un Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero porque estaba en riesgo alto financiero. ¿Cómo se ha hecho para superar estas crisis?

Yo te puedo hablar desde la parte de facturación. Desde facturación se hizo mediante auditoria a que todos los servicios que facturábamos fueron cobrados a la entidad, auditorias periódicas hacia los servicios, hacia los médicos, capacitaciones para todo lo que se pudiera cobrar, tratar de soportar todo al máximo para que no hubiera posibles glosas. Pero ya la parte del recaudo del dinero no la manejo en mi área.

¿Cuál sería la solución para la situación actual del sistema de salud en Colombia?

Eliminar los intermediarios.

Anexo 9. Entrevista a Manuel Enrique Orozco

Entrevista realizada a Orozco, M. (2015, 3 de Diciembre). Representante de la Asociación de Usuarios en la Junta Directiva, Hospital Simón Bolívar E.S.E., Bogotá.

La asociación de usuarios se encarga de controlar que la calidad sea óptima para el usuario, los que somos del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Somos personas que estamos velando para que la atención al usuario sea de calidad. Es muy complicado la verdad porque los de la asociación de usuarios somos personas ya mayores y los jóvenes no se involucran... nosotros estamos haciendo campañas, hablando en las Juntas de Acción Comunal para que se involucren, porque lo importante es la participación de todo lo que tiene que ver con la salud.

Acá en el hospital la verdad está un poquito complicado, porque el hospital tiene una deuda que le dejaron las administraciones pasadas. Casi 30mil millones. La gerente que tenemos ahora es una mujer trabajadora, que ama el hospital, que lo quiere sacar adelante, y la deuda llegó a los 4mil millones de pesos. Se ha trabajado, el hospital busca salir adelante con una reestructuración, porque el hospital tiene 32 años ya entonces se ha visto ya muy colapsado en cuanto a servicios por lo que se requiere una reestructuración y la segunda torre que se tiene planeada. Necesitamos urgentemente una nueva ala del hospital.

¿Ese tema de la reestructuración como ha sido?

La reestructuración, por ejemplo se implementó nuevos equipos modernos, de alta tecnología e sala de partos, en neonatos, y cirugía. En urgencias también se incrementó el espacio, hay camas muy buenas para la atención al usuario. Nosotros estamos verificando que se cumpla con las condiciones. Hay mayor cobertura en cuanto a camas para los usuarios...

¿Qué percepción tiene usted acerca del funcionamiento del sistema de salud?

En Colombia estamos muy bien en lo que se refiere a la salud. Mas bueno que inclusive en Estados Unidos. Nos supera Canadá. Canadá es un país que todo el mundo colabora con respecto a la salud. y así va Colombia copiándose de Canadá, y la verdad que Colombia es uno de los países que mejor está trabajando por la salud. A pesar de todos los problemas que ha habido de corrupción, es lo mejor que hay para atención al usuario en lo que se refiere a la salud. En Estados Unidos por ejemplo es por pólizas; vi una película en la cual una persona necesitaba un trasplante y casi se muere porque no tenía la póliza y le pusieron miles de problemas. Yo creo que nosotros estamos muy bien en cuanto a salud.

Yo si tengo una percepción diferente y es que por ejemplo ese tema de que a no todo el mundo lo atienden, el cierre de servicios en los hospitales, las EPS que niegan servicios y demás...

Con la Ley 100, nos perjudicamos un poquito porque la Ley 100 hizo fue fortalecer las EPS, mas no la red hospitalaria. La red hospitalaria está en crisis financiera precisamente por el no pago de las EPS, están como se dicen en Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero que se vio obligado a acogerlo por el Estado, para cumplir unos estándares de financiamiento, pero la verdad si tiene que trabajar mucho el hospital y tener proyectado un número de cosas para poder cumplir con ese Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero. El Estado debería de colaborar a los hospitales para que tengan mejor status de vida, mejor programación y de salud. Acá nos tiene muy preocupados eso.

Acá en el hospital, ¿cómo es el tema de las EPS?

El tema de las EPS acá, por ejemplo estaba Caprecom, pero como fue liquidada dejo un déficit financiero al hospital. Deudas. Ahora con la ley que sacó el gobierno, ley fundamental. Esa ley ya nos da un respiro a la salud, un respiro financiero, porque ya las EPS tienen que pagar oportunamente con un cobro coactivo, un cobro que se está implementado para que los hospitales no vuelvan a caer en crisis, en decadencia financiera. Usted sabe que el hospital tiene que pagar insumos, tiene que pagar a los proveedores, tiene que pagar muchas cosas; y como que el giro del hospital no alcanza a cubrir todas esas cosas.

¿Cómo están haciendo con la gente de Caprecom que no están atendiendo?

Diffícilmente, Caprecom ya murió. Saludcoop es otra que paso a Cafesalud. Parece que se están viendo los resultados. La única dificultad que veo es la carrera, que le ponen a uno, porque de acá que es la localidad 1 de Usaquén, lo trasladan a Suba, a otra localidad, entonces ya para las personas de tercera edad es un complique. Los medicamentos también son un problema... que no los hay, que venga dentro de tres días, que no ha llegado... y así lo tienen a uno. Eso no cambia. Esperemos que con la nueva administración se arreglen esos problemas.

¿De qué es de lo que más se quejan los pacientes del funcionamiento del hospital?

Nosotros acá la Asociación de Usuarios estamos divididos por comités de trabajo: de hospitalización, de cirugía, de servicios generales; y la percepción que tiene la comunidad es más que todo frente a la facturación, es lo malo que tiene el hospital porque no se ha modernizado con la fibra óptica. Estamos muy por debajo de los otros hospitales y de las clínicas particulares que tienen toda la tecnología en cuanto a facturación. Es demorado, es manual lo que se está haciendo en facturación. Entonces esa es una queja que tiene la comunidad, que es muy demorado.

¿Y con el tema de las citas, de los medicamentos?

Eso acá es normal. Se entregan los medicamentos, es oportuno. Precisamente me pasaron un informe de la junta directiva del giro de camas y eso para socializarlo, están los estados financieros.

En cuanto al funcionamiento del hospital, ¿Cómo ha sido la forma de tomar las decisiones en cuanto al financiamiento y administración? A ¿qué se le da prioridad?

Lo importante que se ha hecho acá es en la unidad mental, en mejorar los servicios. Es uno de los hospitales que va adelantado en cuanto al tema de quemados. En eso se basa, en la atención al usuario, que sea óptima. Lo que si es conveniente es que capaciten a los hospitales para que tengan iniciativa, el conocimiento de cómo se trata a un quemado, antes de traerlo aquí al Simón Bolívar, porque en lugar de venir mejor, vienen peor porque no tienen conocimiento.

Pero el pabellón de quemados, medicina interna, sala de partos, neonatos, llevan un estándar muy bueno.

Un problema que tenemos es con el asunto de la acreditación. Porque la aspiración del hospital es de convertirse en un hospital universitario. Pero sin la acreditación no se puede. Tiene que cumplir con ciertos requisitos, que es lo que está haciendo el hospital: trabajando por la humanización. Hay un grupo que está trabajando por eso, por humanización, para alcanzar a ser un hospital universitario.

¿Cómo ha visto el tema de los trabajadores acá?

Muy bueno, los trabajadores están bien. Ahí llamamos la atención a los pediatras; los pediatras que actúan como unos robots. Y fue lo que nosotros llamamos la atención porque fue la percepción que tuvo la comunidad. Por una atención más humanizada. De resto todo funciona bien.

¿Cómo ha visto a la administración distrital frente al hospital?

La doctora Viviana tiene un gran equipo que ha sacado adelante al hospital de la deuda tan grande que dejó la administración anterior con la corrupción, fueron más de 30mil millones de pesos. Se ha visto el cambio, que quieren sacar el hospital adelante. Se busca que la secretaría coopere más con el hospital. Está ahorita intentando de colaborar más y de ponerle más atención al hospital, pero hace falta más.

¿Cuál ha sido el mecanismo para mejorar la gestión del hospital?

El mecanismo que se ha utilizado ha sido la humanización. La atención al usuario por sobre todas las cosas. La atención de óptima calidad