

DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA.

INGRID SABINE AGUIRRE SÁNCHEZ  
SANDRA LILIANA MONTES GUERRERO

ASESOR  
MARÍA INÉS DÍAZ BECERRA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES DE SERVICIO  
CHIA, 2003

## TABLA DE CAPITULOS

<i>Introducción</i>	<i>13</i>
<i>2 Ubicación en el Sector Salud</i>	<i>30</i>
<i>3 Seguridad Social en el Mundo</i>	<i>58</i>
<i>4 Seguridad Social en Salud en Colombia</i>	<i>63</i>
<i>5 Evaluación del Sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia</i>	<i>108</i>
<i>6 Contexto Administrativo de la Seguridad Social en Salud en Colombia</i>	<i>138</i>
<i>7 Papel del Administrador en el Sector Salud</i>	<i>194</i>
<i>8 Conclusiones</i>	<i>210</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>212</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>215</i>

## TABLA DE CONTENIDO

<i>Introducción</i>	13
1.1 Título de la Investigación	13
1.2 Problema de Investigación	13
1.2.1 Enunciado del problema	13
1.2.2 Formulación del Problema	14
1.3 Objetivos de la Investigación	15
1.3.1 General	15
1.3.2 Específicos	15
1.4 Justificación y delimitación de la Investigación	16
1.4.1 Justificación	16
1.4.2 Delimitación de la Investigación	16
1.5 Marco de Referencia de la Investigación	16
1.5.1 Marco Teórico	16
1.6 Marco Conceptual	25
1.7 Tipo de Investigación	29
2 <i>Ubicación en el Sector Salud</i>	30
2.1 La Salud Pública	30
2.2 Evolución Histórica de la Salud Pública	31
2.2.1 Edad Antigua.	31
2.2.2 Edad Media	35
2.2.3 Edad Moderna	37
2.2.4 Edad Contemporánea	41
2.2.5 Siglo XXI	49

2.3	Concepto de salud pública _____	50
2.4	Funciones de la Salud Pública _____	53
2.5	Areas de la Salud Pública _____	54
2.6	Sistemas Nacionales de salud _____	55
2.6.1	Concepto de Sistema de Salud _____	56
2.6.2	Organización de los Sistemas _____	57
3	<i>Seguridad Social en el Mundo</i> _____	58
3.1	Antecedentes y Desarrollo _____	58
4	<i>Seguridad Social en Salud en Colombia</i> _____	63
4.1	Perfil Demográfico y Social de Colombia _____	63
4.2	Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia _____	68
4.3	Normatividad Revisada _____	74
4.3.1	Ley 10 de 1990 _____	74
4.3.2	Constitución Política de 1991. _____	75
4.3.3	Ley 60 de Agosto 12/93: Distribución de Competencias y recursos nacionales y territoriales _____	78
4.3.4	Ley 100 de 1993 _____	82
4.4	Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia _____	91
4.5	Organismos de Dirección y Control _____	93
4.6	Organismos de Administración _____	94
4.6.1	Las Entidades Promotoras de Salud (EPS). _____	94
4.7	Organismos de prestación de servicios de Salud _____	97
4.7.1	Las Instituciones Prestadoras de Salud. IPS _____	98
4.7.2	Los hospitales públicos y la ley 100 _____	98
4.8	Los usuarios deL Sistema y los Regímenes _____	100
4.9	Regímenes _____	101

4.9.1	Régimen Contributivo	101
4.9.2	Régimen Subsidiado	101
4.10	Financiación	101
4.11	Los planes de beneficios	104
4.11.1	Plan Obligatorio de Salud (POS):	105
4.11.2	Plan de Atención Básica (PAB):	106
4.11.3	Planes Complementarios	106
4.11.4	Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito	106
4.11.5	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP)	107
5	<i>Evaluación del Sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia</i>	108
5.1	Situación anterior a la Ley 100	108
5.2	Situación posterior a la Ley 100	112
5.3	Fortalezas y Debilidades del Sistema General de seguridad Social en Salud en Colombia	123
5.3.1	Fortalezas del Sistema	125
5.3.2	Debilidades del Sistema	130
6	<i>Contexto Administrativo de la Seguridad Social en Salud en Colombia</i>	138
6.1	El Concepto de Administración y Organización	138
6.2	La Administración en las Organizaciones de Salud	143
6.3	Las teorías Administrativas y su aplicación en el Sector	146
6.3.1	Teoría de la Doctrina Administrativa	146
6.3.2	Administración por Objetivos (APO) (Peter Drucker, década de los 50's)	165
6.3.3	Teoría Burocrática	166
6.3.4	Teoría de la Contingencia	168
6.3.5	Teoría de los Sistemas	170
6.3.6	Teoría de las Relaciones Humanas	176
6.3.7	Teoría del Servicio	179

6.3.8	Teoría de la Calidad	186
7	<i>Papel del Administrador en el Sector Salud</i>	194
7.1.1	Tipologías de administradores de los servicios de salud	196
7.1.2	Principios y criterios personales	197
7.1.3	Las funciones administrativas y las funciones médicas	197
7.1.4	Funciones de los administradores de los servicios de salud	198
8	<i>Conclusiones</i>	210
	<i>Bibliografía</i>	212
	<i>ANEXOS</i>	215

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Factores Determinantes de la Salud_____	47
Figura 2. Organización de los Sistemas de Salud _____	57
Figura 3. Organización del SGSSS _____	91
Figura 4. Caso de acción Administrativa para superar los obstáculos _____	163
Figura 5. La salud como un sistema de producción _____	190

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ingresos hospitales públicos o financiados por el Estado 1993 – 1997 _____	115
Tabla 2. Población afiliada al Régimen Subsidiado según ARS - 2001 _____	119
Tabla 3. Distribución de afiliados compensados (2000-2001) _____	120
Tabla 4. Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (2002) _____	123

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Cuadro Complementario del proceso salud-enfermedad _____	215
Anexo 2. Artículo 46 de la Ley 715 de 2002 _____	218
Anexo 3. Afiliados Compensados por tipo de Entidad _____	219

## RESUMEN

En este trabajo se hace una descripción del desarrollo y situación actual de la seguridad social en salud en Colombia, partiendo de la reseña histórica de la salud pública como origen de la seguridad social: la cual le permite al lector una mejor ubicación en sector de la salud.

De igual manera, se hace un recuento histórico sobre la seguridad social en el mundo donde se plasman los antecedentes y aspectos más importantes que dieron origen a lo que hoy se conoce como SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, que posteriormente es acogido como modelo en Colombia.

Con base en lo anterior, se describe entonces el proceso de transformación que sufrió el Sistema Nacional de Salud en Colombia, pasando de un sistema caracterizado por la Asistencia Pública a un nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud caracterizado por la Prevención; el cual, se consolida con la expedición de la Ley 100 de 1993. Una vez descrito este proceso de transformación, se hace su evaluación, identificando así las debilidades y fortalezas de este nuevo sistema.

Finalmente, con base en la descripción de diferentes teorías administrativas, que de un modo u otro afectan el proceso administrativo del sistema, se hace referencia al contexto administrativo del sistema general de seguridad social en salud. Este contexto, permite identificar la importancia del rol que cumple el administrador de Instituciones de Servicio en el sector salud.

## 1 INTRODUCCIÓN

### 1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

# *Desarrollo y Situación actual de la Seguridad Social en Salud en Colombia*

### 1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A continuación se planteará el problema de investigación para desarrollar la investigación .

#### 1.2.1 Enunciado del problema

Hasta 1990 el sistema de salud colombiano mostró grandes dificultades para ofrecer cobertura, eficiencia y calidad en su servicio. Era un sistema monopolizado por el Instituto de seguros sociales, el cual sólo aseguraba al 17 % de la población. El resto de habitantes debía acudir a la costosa medicina privada o al sistema nacional de salud ( 70% de la población), el cual se caracterizaba por ser irracional en la distribución de los recursos financieros, técnicos y humanos.

Con la aparición de la Ley 10 de 1990 y el otorgamiento de mayores poderes a los municipios en la Constitución de 1991, comienza un proceso de profundo reordenamiento del sector de salud que afecta su organización, financiamiento y funcionamiento, al asignar responsabilidades a los diferentes niveles de la Administración Pública y reservando otras al sector privado.

A partir de 1993, con la aprobación de la Ley 100, el Sistema de Salud permitió la competencia en el aseguramiento de las personas; respondiendo así, a las grandes tendencias de globalización de la economía, privatización de los servicios, y modernización del Estado.

De esta forma, el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se propone aumentar la cobertura y mejorar la **Calidad de los servicios de salud**, uno de los aspectos que mayor atención ha recibido en materia de regulación. Esta calidad, es el principio que justifica la existencia de la Seguridad Social que requiere de un sistema de seguimiento y medición, que le permita a los legisladores, reguladores, compradores y usuarios disfrutar de un sistema competitivo, responsable y autónomo.

En este entorno, las Instituciones de salud son pieza fundamental en el proceso de mejorar la calidad de vida de la población, al ofrecer mecanismos y estrategias que conduzcan a optimizar las condiciones de salud.

Esta nueva mirada ha implicado una evolución del tradicional enfoque reactivo y curativo de los servicios de salud, a uno mucho más proactivo, relacionado con la comunidad, el entorno y los demás involucrados en el sistema.

### 1.2.2 Formulación del Problema

- ¿Cuál es el origen de la Seguridad Social en Salud?
- ¿Cuál ha sido la evolución histórica del Concepto de salud a nivel mundial?
- ¿Cuál ha sido la evolución histórica del Concepto de salud en Colombia?
- ¿En qué consiste el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia?
- ¿Cuál ha sido el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia?
- ¿Qué entidades hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia?
- ¿Cuál es la situación actual del subsector de la salud?
- ¿Cuales son las fortalezas y debilidades de este Sistema?
- ¿Cuál es el contexto administrativo de la Seguridad Social en Salud?

¿Cuál es el quehacer profesional de los Administradores de Instituciones de Servicio en el subsector de la salud?

### 1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.3.1 General

Recopilar información histórica y normativa, que permita teorizar, conceptualizar y contextualizar el desarrollo y situación actual de la Seguridad Social en Salud en Colombia, destacando la importancia de la administración y el rol del administrador de Instituciones de Servicio, con el fin de proporcionar un material de consulta que sirva como herramienta base para próximas investigaciones que se hagan sobre el sector.

#### 1.3.2 Específicos

- Describir el origen de la seguridad social en Salud en Colombia.
- Describir la evolución histórica que ha tenido el concepto de salud a nivel mundial
- Describir la evolución histórica que ha tenido el concepto de salud en Colombia
- Conocer el esquema general de la Seguridad Social en Salud en Colombia.
- Identificar el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.
- Identificar las Entidades que hacen parte del Sistema General de seguridad social en Salud en Colombia.
- Identificar y describir la situación actual del subsector de la Salud.
- Identificar las fortalezas y debilidades del Sistema.
- Identificar el contexto administrativo de la Seguridad Social en Salud en Colombia con base en las teorías administrativas.
- Determinar el rol profesional de los Administradores de Instituciones de Servicio en el subsector de la salud.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.4.1 Justificación

Considerando la importancia que hoy en día tiene el tema del SERVICIO, como estrategia primordial en la gestión organizacional de las diferentes Empresas del País, el presente estudio aporta información valiosa que permite resaltar el significado que tiene el servicio en el sector salud y la participación de los administradores de Instituciones de Servicio en dicho sector..

A su vez, este estudio permitirá que los estudiantes de la carrera puedan tener un claro conocimiento acerca del sistema general de seguridad social en salud, y les sirva como fuente de información para seguir desarrollando proyectos relacionados con el tema o como material de consulta.

A nivel personal, este estudio brindará la oportunidad de conocer un poco más nuestro País, Colombia; y entender quizás, el por qué de tantos problemas relacionados con el sector Salud. Por otro lado, permitirá ampliar nuestro conocimiento, ofreciéndonos las herramientas necesarias para desenvolvernos como profesionales.

### 1.4.2 Delimitación de la Investigación

Este estudio se llevó a cabo en un periodo de tres meses en la ciudad de Bogotá.

## 1.5 MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.5.1 Marco Teórico

Actualmente, la salud y los sistemas de salud han tenido vigencia en las discusiones políticas, lo cual es comprensible dadas las implicaciones sobre la economía que el sector ha alcanzado en el mundo moderno, tanto en Países industrializados como en naciones subdesarrolladas.

Para Colombia, la legislación en salud, particularmente en los últimos años, ha introducido cambios sustanciales de carácter conceptual, financiero y organizacional, que reemplazan el sistema de atención de salud, basado en la asistencia pública, por un sistema nuevo de servicios de la seguridad social a la totalidad de la población nacional.

El Sistema Nacional de Salud de Colombia (SNS) vigente desde 1975, correspondía a un modelo fragmentado, integrado por 3 subsistemas de prestación de servicios, cada uno dirigido a segmentos distintos de la población y con mecanismos de modulación, financiamiento y prestación de servicios diferentes.

El primer subsistema correspondía al de la salud pública (SSP) que incorporaba las funciones mencionadas anteriormente, en forma vertical y centralizada alrededor del Ministerio de Salud y sus servicios seccionados de salud. Los organismos e instituciones que los conformaban se financiaban vía subsidios a la oferta procedentes de los ingresos corrientes de la nación y de otras fuentes públicas de destinación específica. Le correspondía cubrir el 75% de la población de más bajos ingresos; pero en el mejor de los casos, alcanzaba solo al 40%, con un paquete de servicios de baja calidad que le demandaba al País el 40% del gasto total en salud.

Los Seguros Sociales (SSS), administrados por el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y cerca de mil cajas de previsión, conformaban el segundo Subsistema. Estas Instituciones continúan siendo moduladas por el Ministerio de Trabajo, ya que además de los riesgos generales de salud también administran los riesgos profesionales, de invalidez y de vejez.

Adicionalmente, se continúan financiando a través de impuestos parafiscales que pagan las empresas afiliadas y entregaba en forma directa un paquete amplio de servicios de mejor calidad a un grupo que representaba al 20% de la población correspondiente al segmento formal de la economía; no obstante, demandaba aproximadamente el 50% del gasto total del sector.

El subsistema privado de servicios (SPS) correspondía al tercero de los tres subsistemas. Este subsistema era el menos regulado de los tres por parte de los organismos estatales de inspección, vigilancia y control. Se financiaba a través de seguros privados y pagos de bolsillo y ofrecía los

planes de servicios más amplios y de mejor calidad al 5% de la población de más altos ingresos, y le demandaba al país el 10% del gasto en salud.

Esta organización fragmentada del sistema de salud entro en crisis porque resultó insuficiente para responder a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad; y además, por el poco impacto de sus acciones sobre el estado de salud de la población.

Es así como a partir de la Ley 10 de 1990 de descentralización de salud, rige el proceso de reinstitucionalización de la salud por la vía territorial. Posteriormente, la Constitución Política de 1991 y la Ley 60 de Agosto 12 de 1993 sobre distribución de competencias y recursos, ratificaron lo establecido en dicho estatuto. La ley 100 de 1993 dio un vuelco fundamental al conjunto funcional del sistema de salud; pues se crea el sistema de seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, que constituye la reforma e iniciativa social mas importante del país en los últimos 50 años.

#### 1.5.1.1 Servicio

Con el fin de entender el papel que cumple el servicio en el sector Salud, es necesario tener claro el concepto de Gerencia de Servicio y sus implicaciones.

La Gerencia de Servicio encierra una serie de actividades que se interrelacionan entre sí con el fin de hacer del servicio la fuerza motriz del negocio. Es un concepto transformativo<sup>1</sup>, una filosofía, un proceso de pensamiento, un conjunto de valores y actitudes, un conjunto de métodos que permiten un mejor conocimiento del cliente creando así diferencia con los competidores.

Antes de comenzar a describir todos y cada uno de los aspectos que hacen parte de la Gerencia del Servicio, se entrará a describir qué es Servicio.

---

<sup>1</sup> ALBRECHT Karl, BRADFORD Lawrence; "La excelencia en el servicio". 3R Editores, 1998.

Una primera dimensión incluye el servicio "AYÚDEME" donde tradicionalmente, Burócratas y Economistas definen el servicio como "Industrias cuyo producto es intangible" es decir, empresas que se ubican en el sector de transporte, comunicaciones y servicios públicos, sector salud, sector de comercio al por mayor y detal, sector de finanzas, seguros y bienes raíces, sector de servicios comerciales como contabilidad, ingeniería y oficinas jurídicas y sector de servicios personales y recreativos. Después del servicio "AYÚDEME", se encuentra una segunda dimensión del servicio en el sentido de "REPÁRELO". Esta dimensión está fuertemente ligada a la calidad, que hoy en día es uno de los factores de éxito más importante.

Por esta razón, se hace necesario llevar el servicio a una tercera dimensión caracterizada por el servicio de "VALOR AGREGADO". En esta dimensión se comprende el servicio más por excelencia que por definición; es la percepción que el cliente tiene sobre la forma como se le entrega los productos y servicios.

Para Peter Drucker: el servicio es un producto primordial; es la materia prima de una economía basada en la información. De acuerdo con Theodore Levitt, no existen cosas tales como industrias de servicios, solamente hay industrias cuyos componentes de servicio son mayores o menores que otras industrias; el servicio es una relación permanente entre comprador y vendedor como lo es el matrimonio, cuyo objeto consiste en que el comprador siga contento con el vendedor después del negocio<sup>2</sup>

Este punto de vista, se amplía con el hecho de que el producto comprado no es simplemente un artículo con un valor intrínseco fijo que el comprador puede tomar o dejar; es un conjunto de cosas como el producto, el vendedor, la organización que representa el vendedor, la reputación del servicio de la empresa vendedora, el servicio personal y el comprador.

---

<sup>2</sup> ALBRECHT Karl. Gerencia del Servicio. Legis Editores, 1988.

El servicio es entonces, la diferenciación clave en un mercado, es el estímulo competitivo, pues la gente no sólo compra cosas sino expectativas que se traducen en los beneficios que el vendedor prometió.

Con base en lo explicado anteriormente, es evidente la importancia que tiene el servicio en la gestión de las empresas y por este motivo, cuando se habla de gerencia de Servicio, se hace referencia a la capacidad de servir a los clientes efectiva y eficientemente, a la habilidad para pensar estratégicamente acerca del servicio como orientación al cliente y a la habilidad para administrar y diseñar efectivamente procesos orientados a la satisfacción de los mismos; para que este planteamiento sea efectivo, la gerencia debe incrementar la cultura, crear expectativas de calidad, propiciar un clima de motivación, suministrar los recursos necesarios, ayudar a resolver los problemas, eliminar obstáculos y estar convencido de que la ejecución de un trabajo de alta calidad da buenos resultados.

La Gerencia es un servicio. Parte del trabajo de un gerente consiste en apoyar y ayudar a la gente que le está prestando un servicio al cliente; este trabajo empieza con la responsabilidad de los altos gerentes de definir la misión del negocio y de especificar la estrategia que se necesita para convertir la calidad del servicio en la clave de la operación del negocio.

Hay buenas y malas maneras de manejar las relaciones con los clientes y con sus necesidades. La tarea del gerente de servicios<sup>3</sup> es mantener el estándar de respuesta y reacción por encima de un nivel mínimo aceptable. La Gerencia debe evaluar periódicamente la forma en que se están haciendo las cosas.

Con referencia al perfil profesional de un gerente de servicio; este debe tener la capacidad de buscar la excelencia en las organizaciones, detectar problemas, analizarlos y darles solución en los aspectos: técnico, de producción de servicio, financieros, comerciales, de calidad y de productividad; con el fin, de mejorar la prestación de servicios dentro de un marco de creatividad y restricciones.

---

<sup>3</sup> KATZ Bernal. Cómo gerenciar el servicio al cliente. Legis editores, S.A. 1989

Del mismo modo, lidera y hace equipo de negociaciones, conduciendo a las organizaciones a una excelente competencia. Planea, organiza, dirige, controla y evalúa los procesos asociados al desempeño del talento humano en las organizaciones. Maneja eficazmente los índices e indicadores de gestión y auditoría de servicio, como instrumentos fundamentales que marcarán la pauta en la mejora continua de los procesos y, por tanto, de la organización. Efectúa análisis y planes estratégicos de mercadeo con el objetivo de mantener y captar clientes a nivel nacional, internacional y, lo más importante, los clientes internos de la organización.

En cuanto al perfil ocupacional, el administrador de Instituciones de Servicio estará en la capacidad de desempeñarse en cargos directivos, o de generar empresas en los sectores de hotelería, alimentos, instituciones de educación superior, empresas de asesoría o de consultoría, en empresas de manufactura con enfoque del servicio al cliente y en las áreas de mercadeo, operaciones y talento humano, en cualquiera de los sectores de la economía.

Para muchos gerentes, no siempre es fácil adoptar una cultura de servicio por los diferentes paradigmas que permanecen en algunas organizaciones. Ron Zemke, afirma que “lo único realmente más difícil que implementar una cultura de servicio, es convencer a la empresa que realmente no la tiene.” Sin embargo, la mayoría de los gerentes de ellas se encuentran atraídos e interesados por la materia, están haciendo algo por mejorar el servicio y gracias a la lógica y a las expectativas de la misma vida, la mercadotecnia de servicio se empieza a dejar colar.

Con base en esto, se plantea la necesidad de un cambio de orientación hacia una promesa de servicio, como son:

- El servicio tiene más impacto económico de lo que se pensaba y es peor de lo que se imagina.
- La mayor parte de las organizaciones de servicios están a la defensiva respecto a la calidad. El departamento de servicio al cliente soluciona los problemas mientras el resto de la organización enreda las cosas.
- La gerencia debe sentir el impacto de la utilidad del servicio con el fin de tomarlo seriamente.

- Mientras más tiempo se esté en un negocio de servicio, mayores serán las discrepancias con el cliente.
- Un producto de servicio es profundamente diferente de un producto físico. El servicio es el resultado psicológico y personal; el producto físico es impersonal.
- Los gerentes no controlan la calidad del producto cuando el producto es un servicio.

El cambio de mentalidad implica que el ejercicio de la gerencia tenga que evolucionar de una orientación industrial a una orientación de momentos de verdad o decisivos para satisfacer las demandas de la competencia. La mejora del servicio empieza desde arriba, los gerentes deben hacer correr su voz; si la alta gerencia cree en el servicio, hay posibilidades de que la idea se contagie. Sus colaboradores son su primer mercado; hay que venderles la idea del servicio o ellos nunca la venderán a sus clientes.<sup>4</sup>

Muchas veces este cambio se ve frustrado por las diferentes barreras o errores que se presentan a la hora de prestar el servicio, los cuales reciben el nombre de

#### PECADOS DEL SERVICIO<sup>5</sup>:

1. Apatía: actitud de no importarle nada a la persona que hace el contacto con el cliente.
2. Desaire: deshacerse del cliente no prestando atención a su necesidad o problema.
3. Frialdad: antipatía, impaciencia con el cliente.
4. Aire de superioridad: tratar al cliente con un aire de protección.
5. Robotismo: trabajador mecanizado que hace que el cliente cumpla el mismo programa con los mismos movimientos sin mostrar individualidad.
6. Reglamento: reglas organizacionales por encima de la satisfacción del cliente.
7. Evasivas: lo sentimos, nosotros no hacemos eso acá.

---

<sup>4</sup> Una investigación realizada en 100 empresas, reveló que los cuadros gerenciales desconocen la importancia que tiene la prestación de un buen servicio y la atención al cliente. De ahí que en la práctica, ninguna de ellas preste realmente un servicio de calidad (Investigación realizada por Touch Consulting)

<sup>5</sup> ALBRECHT Karl. La Revolución del servicio. Bogotá: 1990.

En efecto, siendo el servicio uno de los frentes más importantes del empresario en las últimas décadas, frecuentemente encuentra su principal escollo en las propias gerencias, bien se trate de gerentes de departamento, gerencias generales, presidentes o vicepresidentes.

Uno de los obstáculos del servicio, tal vez el más importante de todos, el más asombroso por lo contradictorio: la propias gerencias. La materia de servicio, tal vez por haber tenido la suerte de llevar ese nombre, no representa un amor a primera vista para nadie, y el proceso mental que se inicia en las personas que se tropiezan con ella, es: "Ya me lo sé", "Me lo sé todo", "Me lo conozco desde niño", "Servicio es que el cliente es lo primero y saberle sonreír", "el cliente siempre tiene la razón".

Otro de los aspectos de mayor importancia dentro del concepto de gerencia de servicio son los momentos de verdad<sup>6</sup>; aquellos instantes en que el cliente se pone en contacto con el negocio y se forma una opinión acerca de la calidad del servicio y virtualmente de la calidad del producto.

La calidad del servicio está en los detalles; es decir, que en la relación entre el proveedor del servicio y los compradores del servicio existen muchos puntos individuales de contacto. Un momento de verdad generalmente no es positivo ni negativo en sí, lo que cuenta es el resultado del momento de verdad.

Estos momentos de verdad se reflejan en lo que comúnmente se llama EL TRIÁNGULO DEL SERVICIO, que involucra como agente principal al cliente, descubriendo sus características demográficas y psicográficas; a la estrategia del servicio, que se construye con base en la información que se obtiene del cliente, dicha estrategia se convierte en un modelo de gerencia para decisiones futuras sobre la compañía, sus servicios y sus operaciones; a la gente, la cual debe saber, entender y obligarse a la promesa del servicio que fluye de la estrategia; y a los sistemas,

---

<sup>6</sup> ALBRECH, Karl. La excelencia en el servicio. 1998.

donde todas las personas de la organización, desde la alta gerencia hasta los colaboradores de contacto con el público, deben trabajar dentro de estos para establecer la forma de dirigir el negocio.

Teniendo en cuenta la percepción de algunos autores que han escrito acerca de la Gerencia del Servicio, se observa la coincidencia existente entre los diferentes aspectos que encierra la gerencia como tal, con una marcada orientación hacia el cliente.

- Gestión de Servicio en el Sector Salud

Dentro del mundo empresarial, los hospitales y en general las entidades del sector de la salud han sido considerados como uno de los negocios más complejos, dada la cantidad de procesos que en él se realizan<sup>7</sup>. Dentro de una Institución Prestadora de servicios de salud se pueden encontrar muchas dependencias, cada una de las cuales es en sí una empresa y está dirigida por un solo director o gerente, en muchas ocasiones sin el conocimiento y la experiencia administrativa que requiere.

Es así entonces, como los profesionales en salud, viendo el entorno cambiante en que se desarrolla su trabajo, han generado transformaciones para afrontar las nuevas necesidades y poco a poco se han incorporado estrategias para llevar a cabo su gestión en salud.

Manuel Camacho Montoya, en su libro, *Dirija su Hospital*, define el término de GESTIÓN como la acción o efecto de gestionar, esto es hacer diligencias conducentes al logro de un negocio cualquiera; también se relaciona con el significado de los términos administración, gerencia, control y management.

La gestión plantea una problemática más amplia y más abstracta que la administración. Implica el manejo de herramientas gerenciales y de capacidades cultivadas en lógicas diferentes. La gestión, es la capacidad que tienen las organizaciones para orientarse a largo plazo, incluyendo los sistemas, procesos, acciones, conductas y supuestos que fijan en el tiempo rutinas.

---

<sup>7</sup> ORJUELA, Norma. *Humanice la prestación de sus servicios de salud*. Colombia: Fundación Corona, 2001.

El término de gestión, aplicado al sector de la salud, es un esquema de pensamiento gerencial que engloba una serie de herramientas y metodologías que tienen como fin ayudar y mantener altos estándares en los procesos de atención al usuario; amoldando y haciendo uso de esquemas gerenciales, tradicionalmente usados en otros campos.

La gestión en una entidad prestadora de servicios de salud pretende:

- Apoyar y apoderar a los profesionales en salud en el mejoramiento de los procesos que soportan los cuidados a sus pacientes, garantizando que estos mantengan y mejoren el conocimiento, las habilidades, los estándares y competencias para prestar los servicios dentro de un ambiente en el cual se soporten las decisiones clínicas, basadas en juicios fundamentados en evidencia probada.
- Garantizar que la organización cuente con sistemas para el mejoramiento de la calidad, propiciando una cultura donde se entienda que la responsabilidad de brindar un buen servicio de salud no depende exclusivamente del médico, sino que es una responsabilidad de todo el personal y que es generada por un trabajo participativo, multidisciplinario y de colaboración.
- Crear una red de trabajo donde todos los prestadores de servicios de salud, aprendan los logros y errores de sí mismos y sus colegas, con el fin de plantear soluciones de corrección y mejoramiento de dichos procesos.

## 1.6 MARCO CONCEPTUAL

- **Afiliados al Sistema mediante el Régimen Contributivo:** Son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.
- **Afiliados al Sistema mediante el Régimen Subsidiado:** Son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización.
- **Calidad:** se refiere tanto al impacto real de los servicios sobre la salud del paciente, -calidad médica-, como a la percepción que él tiene acerca del servicio que se presta -satisfacción del usuario-cumplimiento de requisitos.
- **Clínica:** Institución privada para el tratamiento y cuidado de los enfermos; quienes pueden quedar ingresados o ser tratados en modalidad ambulatoria.

- **Conceptualizar:** Forjar una idea, opinión, juicio, que forma el entendimiento acerca de algo.
- **Condiciones propicias:** se refieren a factores de tipo físico, social, económico, cultural, psicológico y ambiental que rodean el proceso productivo y en el cual este tiene lugar; estas condiciones facilitan y permiten la máxima expresión de cada uno de los factores que intervienen en la producción.
- **Contextualizar:** Situar en un determinado contexto; es decir, el entorno lingüístico del cual depende el sentido y el valor de una palabra, frase o fragmento.
- **Eficiencia económica:** la mejor manera de hacer las cosas al precio más bajo.
- **Eficiencia técnica:** la mejor manera como tecnológicamente se pueden hacer las cosas para obtener resultados óptimos sin considerar su precio.
- **E.P.S. :** Empresa Prestadora se Servicio. Entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- **Fondo de Solidaridad y Garantía:** Cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.
- **Hospital:** este organismo público puede ser visto como una empresa con una estructura funcional interna muy particular en la que se conjugan intereses que desde la óptica económica apuntan a diferentes direcciones. Supuestamente, un buen hospital debería tener siempre de todo y con disponibilidad inmediata, lo cual incluye cierto grado de subutilización y, por ende, de ineficiencia económica.
- **Gestión:** Capacidad para orientarse a largo plazo, incluyendo los sistemas, procesos, acciones, conductas y supuestos que evocan la estrategia.
- **Gestión Institucional:** hace mención más a la manera como se administran los distintos insumos y sus combinaciones, para lograr su máximo rendimiento. El principal factor de producción de una Institución Prestadora de servicios lo constituye el recurso humano, el cual por su naturaleza responde de modo diferente a las circunstancias en las que se de el proceso productivo. La gestión institucional es, por tanto, un proceso complejo que apunta a crear las condiciones propicias en las cuales tanto los recursos humanos y físicos como los

técnicos y financieros puedan expresarse en sus máximas posibilidades para que tenga lugar una actividad productiva eficiente.

- **Herramientas de monitoreo:** mecanismos utilizados para la medición de la eficiencia técnica y la eficiencia en la gestión, tanto para el director de la Institución Prestadora de Servicios de Salud como para la comunidad; con los cuales, puedan exigir de manera más objetiva el cumplimiento de las funciones de la Institución.
- **Hospitales del primer nivel de atención:** comprende los hospitales locales, los centros y puestos de salud.
- **Hospitales del segundo y tercer nivel de atención:** comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados.
- **I.P.S.:** Institución Prestadora de Servicio. Son Entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Médicos:** constituyen la fuerza motriz del hospital y buscan lo mejor para su paciente, cuando se trata de la salud y la vida. Actúa como el Agente que representa al paciente.
- **Modalidad ambulatoria:** es la Unidad destinada a la atención de pacientes para diagnóstico y tratamiento, a través de la ejecución de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, dirigidas al individuo, a la familia y al medio, cuando se compruebe que no requiere hospitalización.
- **Modalidad hospitalaria:** es el conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos dispuestos para prestar atención a los pacientes que en su estado de salud requieren ser internados por más de 24 horas para diagnóstico y/o tratamiento médico o quirúrgico.
- **Paciente:** quien es el usuario de los servicios ofrecidos por las Instituciones prestadoras de servicios de salud.
- **Plan de Atención Básica:** Es un plan que complementa las acciones previstas en el POS, . está constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control del consumo del tabaco y complementación nutricional entre otros.

- **Plan Obligatorio de Salud (POS):** Es un plan que permite la protección de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.
- **Producto hospitalario:** es en realidad un conjunto de servicios intermedios y finales, cuyo objetivo principal debe ser contribuir al mejoramiento del estado general de salud de la población que atiende la Institución.
- **Régimen Contributivo:** Es un conjunto de Normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de pago de una cotización individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en consecuencia entre éste y su empleador.
- **Régimen Subsidiado:** Es un conjunto de Normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la ley 100 de 1993.
- **Seguridad Social en Salud:** es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida en especial los que perjudican la salud y la capacidad económica, con el fin de lograr el bienestar individual y el de la comunidad.
- **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **SISBEN:** Sistema de Selección de Beneficiarios.
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud de Colombia.
- **SPS:** Subsistema Privado de servicios.
- **SSP:** Subsistema de Salud Pública.
- **SSS:** Subsistema de Seguros Sociales.
- **Subsidios a la demanda:** es un sistema de aseguramiento público, a través del cual se financian los servicios cubiertos por el SGSSS, que le permite al sistema asumir, disminuir y diluir las contingencias derivadas de los riesgos de salud especificadas en un plan único de beneficios: el plan obligatorio de salud (POS).

- **Teorizar:** Tratar un asunto solo en teoría; es decir, el conocimiento especulativo con independencia de aplicación.

### 1.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación será de carácter descriptivo, debido a que su propósito es reseñar las características del desarrollo y la situación actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. dicha descripción permitirá el alcance de los objetivos planteados.

## 2 UBICACIÓN EN EL SECTOR SALUD

La protección de la salud y el bienestar de la comunidad son considerados como una de las más importantes funciones del Estado Moderno. Esta función está basada en consideraciones políticas, económicas y sociales; razón por la cual, se considera esencial hacer explícitos los fundamentos conceptuales e históricos del sector salud.

### 2.1 LA SALUD PÚBLICA

El concepto de salud pública varía en los diversos países, fundamentalmente de acuerdo con la organización social de base; es decir, la distribución de la riqueza, el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción. También está determinado en cada época, por los progresos tecnológicos y por los conocimientos y actitud de la sociedad frente a la salud y a la enfermedad; así mismo, varía de acuerdo a las ideas y sistemas políticos y administrativos y con el cambio en los problemas de salud.

Por este motivo, antes de llegar a una definición de Salud Pública es importante conocer su historia, que puede ser vista como parte de la historia colectiva de la humanidad, mirando su pasado y su futuro, La magnitud que representa comprender su presente, no podrá ser estudiada sin la ayuda de las luces que da a conocer cómo emerge del pasado; en otras palabras, cabe reconocer los esfuerzos que el hombre a través de la historia de la humanidad ha realizado para mantener y mejorar la salud colectiva e individual.

## 2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD PÚBLICA

### 2.2.1 Edad Antigua.

Empíricamente, guiado por su instinto, el hombre aprendió a distinguir lo bueno de lo malo. El sabor de ciertas yerbas era un indicador parcial de sus efectos. La medicina primitiva era de carácter muy complejo, con sus tres distintos componentes: empírica, mágica y religiosa.

La enfermedad era atribuida a la influencia de espíritus malignos que se creía tomaban posesión del enfermo; por lo tanto los medios para protegerse contra ella eran mágicos y también religiosos.

Como en las sociedades primitivas la concepción no categorizaba todavía, no había ejes de análisis, la interpretación de la realidad era fenomenológica, por lo que a cada fenómeno se le daba una explicación particular sobrenatural y, por tanto, una visión muy fragmentada de la realidad, con una interpretación mágica de los sucesos. Por esto, los hechiceros o chamanes ejercían una fuerza decisiva en el desarrollo de toda la sociedad primitiva, decían a donde se emigraba, qué forma de organización y vida iban a llevar a cabo; en consecuencia había una especie de disociación entre una visión parcializada de la realidad, y una práctica muy integral en el campo de la salud, ya que atendían al enfermo desde el punto de vista psicológico, físico y social, porque el chamán ejercía los roles de sacerdote, hechicero y terapeuta a la vez.

En un estado más avanzado de la civilización, esos pensamientos, antes generalmente aceptados, pasaron a ser considerados supersticiones; la religión alcanza un plano superior y en los antiguos cultos se encuentran raíces más importantes de pensamiento HIGIENICO. Todas las viejas religiones exigían al hombre que entraba al templo, a la presencia de su Dios, que estuviera limpio.

Aunque la limpieza era tomada en sentido espiritual, tuvo grandes consecuencias higiénicas. Todos los antiguos cultos la requerían; pero sus preceptos aparecen definidos en el Levítico, que contiene muchas normas regulando la vida diaria del judío.

Es así entonces cuando el pueblo hebreo, a través de la ley mosaica, ha consignado en el anteriormente mencionado libro El Levítico del Antiguo Testamento, el primer código sanitario de la

humanidad, el cual llama al ordenamiento personal, una dieta adecuada y un sano comportamiento sexual como pilar para la prevención de las enfermedades. En la cultura hebrea nace también el concepto de aislamiento para evitar la propagación de enfermedades infecciosas (lepra) y se insiste en la desinfección de vestidos, vivienda y objetos.

En Grecia, desde muy temprano, se hizo énfasis en la preservación de la salud, vista como la más importante tarea a lograr a través de la HIGIENE.

En concepto de los médicos griegos, la salud se debía en gran parte al balance entre varias fuerzas o elementos, por ello dieron gran importancia, para la conservación de la salud, al estilo de vida, teniendo como bases buena nutrición y eliminación adecuada, acompañadas de un buen balance entre ejercicio y descanso. A pesar de lo anterior, en la práctica se presentaban diferencias entre la aristocracia y la gran masa de esclavos.

En otras palabras, en las sociedades esclavistas, la categoría central de estas concepciones giraba en torno de la *fuerza humana*; no de la fuerza bruta sino de fuerza cultivada, es decir, el esclavismo evidentemente ejercía una hegemonía (del esclavizador) sobre los esclavos, utilizando básicamente la superioridad de fuerza, inicialmente física y posteriormente con otras formas de coacción. Es por eso que tal categoría de fuerza genera una concepción estética de la salud en la sociedad griega, "mente sana en cuerpo sano".

Los grandes médicos griegos fueron, además, filósofos, y su interés no solamente fue el de atender la salud y la enfermedad, sino también otros fenómenos de la naturaleza y entender las interrelaciones entre el hombre y la misma. Basados en el razonamiento filosófico y en observaciones de naturaleza práctica, desarrollaron el concepto y la explicación de la enfermedad proponiendo el fenómeno SALUD-ENFERMEDAD como un proceso natural.

Cuando Roma conquistó el mediterráneo, aceptó el legado de la cultura griega, su medicina y sus conceptos de salud, pero no dejó de estampar su propio carácter. Como clínicos fueron grandes imitadores, pero como ingenieros y administradores, hicieron grandes aportes con sistemas de

alcantarillados y proveyeron las ciudades de abastecimientos de agua y otras facilidades para la salud, marcando así una época con grandes avances en este campo.

Excavaciones que datan del siglo V a.C., revelan la existencia de elaborados sistemas de abastecimientos de agua, que era traída de montañas desde diez millas y más, y llevada por tuberías a los baños y fuentes públicas de la ciudad.

A pesar de la calidad del medio ambiente, en Roma también se presentaron grandes epidemias. Inmediatamente después de la erupción del Vesubio, el año 79, se presentó una severa epidemia que se extendió por toda la campiña romana. Otras enfermedades presentes en esa época fueron la malaria, la fiebre tifoidea, la tuberculosis, y quizás la influenza, que fue asociada con los vientos.

Durante el Imperio Romano, algunas enfermedades se relacionaron con el tipo de trabajo que se realizaba y se comenzó a hablar de los riesgos ocupacionales, pues veían como ciertas enfermedades eran propias de los esclavos, otras en cambio, prevalecían en personas que trabajaban con azufre y minas de oro. Por este motivo se constituyeron los servicios médicos.

A los médicos oficiales se les conoció como **ARCHIATRI**, y fueron asignados a varias ciudades e instituciones; decretando así normas sobre el número de médicos: para las grandes ciudades, diez (10), y para las medianas y pequeñas siete (7) y cinco (5) respectivamente. Su función principal era atender a los ciudadanos más pobres.

Otra contribución de Roma a la organización de la atención médica fue la creación del HOSPITAL. El desarrollo tanto de hospitales públicos como militares en puntos estratégicos fue paralelo; Así el primer hospital de la caridad fue fundado en Roma en el siglo IV, por Fabiola, dama cristiana.

Se da inicio a la verdadera administración de los sistemas de salud con el Emperador Augusto, con una comisión nombrada para tal fin. Al mismo tiempo que los ediles controlaban la limpieza de las calles, de la cual eran responsables los dueños de las casas, también se controló la limpieza de los baños, la calidad de abastecimiento de agua y los mercados de alimentos. Todo lo anterior dio

origen al desarrollo de los servicios de *salud pública*, que continuaron su organización con base en un efectivo sistema de administración, que continuó hasta la decadencia del Imperio.

La acumulación de conocimiento debida a la "Investigación", a través de la observación clínica sobre la relación entre el medio ambiente y el cuerpo humano, permitió presentar como teoría, sobre el origen de la enfermedad los factores patógenos de tres tipos: Factores exógenos, divididos en seis, factores endógenos, alegría, agresividad, melancolía, ansiedad, tristeza y miedo y factores diferentes a los exo-endógenos.

En esa temprana época los chinos ya conocían que algunos insectos y otros animales jugaban un papel importante en la transmisión de enfermedades infecciosas. Se encuentran escritos sobre la relación entre picadura de mosquitos y la enfermedad, y la relación entre la mordedura de los perros y la rabia.

Se destaca la noción de mecanismos patogénicos de la enfermedad infecciosa, dando gran importancia a la resistencia o capacidad del cuerpo para luchar con el elemento patógeno, lo cual explicaba la posibilidad de infección. Esta noción permitió a la medicina tradicional china, el énfasis en la capacidad de resistencia del ser humano, como base teórica para respaldar un sistema unificado de prevención y tratamiento.

China fue uno de los primeros en investigar la relación entre los factores meteorológicos y la salud, reconociendo así que los microorganismos patógenos existían en el medio ambiente con sus propias condiciones de reproducción y sobrevivencia. Se deduce entonces, cómo los desórdenes en el clima podían causar algunas enfermedades epidémicas.

Se puede decir que los principios fundamentales durante ésta época fueron:

- Higiene ambiental
- Higiene personal
- Higiene de los alimentos y bebidas
- Aislamiento de pacientes

- Fumigación y prevención de enfermedades febriles
- Disminución del estrés y aumentar la capacidad de resistencia

### 2.2.2 Edad Media

Grandes acontecimientos históricos sobresalieron en esta época como lo fue la desintegración del Imperio Greco-Romano, lo que llevó a la decadencia de la cultura urbana y las prácticas de salud. La salud pública en ésta época se traduce en **BENEFICIENCIA**.

Con la transferencia del centro de la cultura a Constantinopla, como se le llamó, también se constituyó en el centro del conocimiento médico. Aquí, el legado de la cultura Greco-Romana fue preservado y transmitido a Arabia en el Oriente y más tarde al Occidente.

Por medio de las traducciones de manuscritos al sirio, el hebreo y el arábigo, durante el siglo X, los árabes se iniciaron en la ciencia y la filosofía griega.

También en ese tiempo, los árabes hicieron sus propias contribuciones a la medicina y a la salud pública. Su valioso aporte se consigna en "El Canon" de Avicena, donde se habla de la prevención de las enfermedades y el carácter contagioso de la tuberculosis.

En la época del "Oscurantismo" (año 500 – año 1000), los problemas de salud se consideraron en términos mágico-religioso. Tanto los cristianos como los paganos, atribuían la salud y la enfermedad a fuentes sobrenaturales. En el occidente sobrevivieron la viejas costumbres paganas y se usaron en forma colectiva e individual para solucionar los problemas de salud. Al mismo tiempo el cristianismo creó el concepto basado en el infierno y la relación de la enfermedad con el pecado, como castigo.

El rompimiento con la civilización Greco-Romana llevó a que los monasterios fueran los refugios para el aprendizaje, relacionado con la salud; en esta forma el conocimiento sobre la higiene y la

calidad del agua y su abastecimiento, la importancia de las letrinas y la buena ventilación de las habitaciones, sobrevivió y fue aplicada en las regulaciones de los monasterios y las comunidades.

En el siglo X, aparece la Escuela de Salerno que en su "Régimen Sanitas Salernitarum"<sup>8</sup> refleja la historia de la higiene, presentando un recuento de las medidas de salud pública de la época:

- Inoculaciones contra la viruela
- Dieta para prevenir y curar enfermedades
- Normas generales de higiene

Durante esta época la mayor urgencia fue la provisión de agua de buena calidad y uno de los problemas mas representativos fue la limpieza de las calles y la disposición de basuras, que se veía agravando, dada la costumbre de tener gran número de animales como cerdos, gansos y patos dentro de las casas.

La sociedad durante la Edad Media se caracterizó por ser relativamente estática, con rangos sociales bien demarcados, en general la administración de salud estaba a cargo de legisladores y los médicos eran clérigos que dependían de la Iglesia y podían ejercer de caridad. Luego, cuando los médicos ya no dependían de la Iglesia, podían depender de un cargo con salario, como médico de un Lord, como médico oficial en una ciudad o ejerciendo en forma privada. Se dio una clara diferencia entre los médicos y los cirujanos. El cirujano era visto de menor posición que los médicos; trabajaba con sus manos y sus habilidades las aprendía de un maestro.

Como una acción de la salud pública, se adoptó nuevamente el concepto de aislamiento al ver la necesidad de controlar enfermedades contagiosas. Aquellos que sufrían enfermedades transmisibles se convertían en una amenaza para la salud de los que estaban cerca y las autoridades consideraban justificadas las acciones de control; las personas que las sufrían tenían que soportarse a las autoridades y en ciertos casos su libertad podía ser severamente afectada.

---

<sup>8</sup> BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto. Fundamentos de salud pública. Colombia: editorial educativa,199. p12.

Se desarrolló el concepto de necesidad de ASISTENCIA SOCIAL en caso de enfermedad o pobreza. Las consideraciones religiosas y sociales fueron bases importantes para el desarrollo de hospitales y de las instituciones de caridad.

Por regulaciones urbanas, se crearon los hospitales. En el 970 se inauguró, con 25 médicos, el tercer hospital en Bagdad y se utilizó como centro de enseñanza para los estudiantes de medicina. Así mismo, en el occidente, el establecimiento de hospitales tuvo su origen en la Iglesia, las órdenes monásticas contribuyeron a su desarrollo. Los monasterios generalmente tenían un salón donde eran tratados los enfermos, una farmacia y un jardín con plantas medicinales.

En 1492, fin de ésta época, el descubrimiento de América permitió conocer que los pueblos del Nuevo Mundo habían realizado avances en salud pública, disponiendo de sistemas de drenaje para una correcta eliminación de las excretas, recolección de basuras e incineración de la misma fuera de las ciudades y letrinas públicas en las calles.

### 2.2.3 Edad Moderna

Esta época se destaca por el poderoso surgimiento de una nueva edad "La Edad del descubrimiento del mundo y del hombre", la edad del RENACIMIENTO.

Generalmente el renacimiento trae a la mente una edad de príncipes cultos que apoyaron el desarrollo del arte y de la ciencia en todas sus manifestaciones: escritura, música y pintura. Una edad de hombres versátiles para quienes el trabajo fue un arte.

El proceso, en la primera parte del Renacimiento, fue lento y se extendió por más de dos siglos. Sus raíces se encuentran en los siglos XIV y XV, relacionadas con los cambios vitales que se dieron en Europa, especialmente en Italia, durante ese periodo, en un lugar tras otro se inauguraban el nuevo orden científico y las políticas sociales.

Aparece una nueva noción de riqueza, que consistió no en poseer grandes extensiones de tierra sino tener mucho dinero, gozar de comodidades y hacer grandes transacciones. Además con el nivel social y el poder político de la clase media, se incrementó el comercio y las artesanías se desarrollaron y lentamente comenzaron a recibir atención por parte de los intelectuales lo que jugó un papel muy importante en el desarrollo y crecimiento de un ambiente científico.

El crecimiento y consolidación de los gobiernos centrales fueron posibles en gran medida por la actividad económica de las ciudades, debido al desarrollo intelectual de grupos urbanos, a menudo apoyados directamente por los reyes y los nobles, lo que influyó el crecimiento cultural que caracterizó el RENACIMIENTO, para el cual el desarrollo científico fue uno de sus elementos distintivos.

El conocimiento generado en la Edad Media hizo posible el logro de los conocimientos técnicos. La invención de la máquina de escribir en el siglo XV permitió que el conocimiento se emancipara de la tradición oral y se expandiera; se le dio gran importancia a la educación y las ciencias naturales tuvieron grandes progresos.

Con el fin de comprender un poco más la historia de la salud pública en el periodo de transformación que comienza con el Renacimiento, se deben considerar el lado teórico y el lado práctico. Mientras se daba el rápido crecimiento de la ciencia, la práctica de la salud pública recibía poco o ningún beneficio de estos avances; sin embargo, los conocimientos básicos que se adquirieron fueron los fundamentos sobre los cuales se edificó la moderna salud pública.

Estos avances no se dieron de igual forma en el tiempo y variaron de acuerdo con áreas específicas del conocimiento. En algunos casos fueron definiciones elementales y en otras sólidos conocimientos, tan importantes como el generado a través de las observaciones precisando el conocimiento sobre la estructura del cuerpo humano.

William Harvey descubrió la circulación de la sangre, dando las bases para entender el cuerpo como una unidad funcional; al mismo tiempo, se trataron los fenómenos naturales en forma matemática

que luego se utilizó con fines políticos, dando extraordinarias bases para el futuro de la salud pública.

Otro hecho importante que constituyó la primera teoría científicamente consistente, creada por Girolfdano Fracastoro, para explicar las enfermedades contagiosas. Describió en forma clara y concisa el TIFUS que siempre había sido asociado con la guerra, la pobreza y el hambre, siendo una verdadera amenaza cuando se presentaba hacinamiento, acompañado de falta de medidas higiénicas. Como resultado de lo anterior, su frecuencia fue muy alta en los campamentos militares, especialmente durante las guerras y en las cárceles, los barcos y los hospitales.

La historia de los grandes descubrimientos geográficos comenzando a finales del siglo XV y en el XVI, es un tema familiar, pero trajo muchos problemas. Las rutas marítimas al nuevo mundo y al oriente, involucraron en largos viajes y no es accidental que la literatura alrededor de la salud ocupacional de los marinos se iniciara en este siglo.

Uno de los mayores problemas de salud a que las tripulaciones se vieron sometidas fue el Escorbuto. La experiencia inglesa con este problema comenzó a mediados de siglo XVI, en un viaje al África, pero más de 200 años continuó siendo problema en las travesías.

Durante la primera mitad de siglo XVIII, Gaspar Casa, médico Español, comenzó a investigar sobre el llamado "mal de la rosa" denominado más tarde con el nombre italiano pelagra, debido a la dermatitis que producía. Este médico comenzó a indagar por qué ésta enfermedad aparecía allí y por qué se decía que era nueva. Llegó a la conclusión que la enfermedad afectaba casi exclusivamente a la población más pobre y debía ser el resultado de un régimen exento de proteínas, basado casi solamente en el maíz, que recientemente se había traído de América por ser el alimento más barato que había en ese momento.

En su libro, da la definición clínica de la enfermedad y al estudiar lo que él denominó su historia natural, descubrió que la demencia era la última etapa del mal de la rosa, en lugar de otra enfermedad como en ese entonces se creía.

La preocupación en el mundo por la higiene fue cada vez mayor, concediéndose cada vez más valor a la PREVENCIÓN; es así entonces, como Johan Peter Frank<sup>9</sup>, sienta las bases de la higiene científica y crea las primeras cátedras de ella. Del mismo modo, enfatiza el origen económico de la enfermedad y busca promover la salud a través de la legislación sanitaria.

Otra de las más importantes características de ésta época, fue la creación de numerosos e importantes hospitales en diferentes ciudades de Europa, los cuales fueron de diversos orígenes, y varios de ellos, como el caso de Londres, importantes hospitales especializados en áreas como oftalmología, ortopedia, tratamiento de pacientes con viruela y enfermedades venéreas; al mismo tiempo se crearon otras instituciones como hospicios para niños huérfanos. Esta influencia también llegó a las colonias de Inglaterra y España en América.

Cuando los enciclopedistas dan inicio a la protesta humanitaria, se da origen al gran mandato y las reglas, con que se cerró el siglo XVIII, dejando las bases firmes para una combinación de pensamiento y acción dirigidos a una salud pública orientada al incremento del bienestar del hombre en general, teniendo gran repercusión en los inicios del siglo XIX, la creación de una conciencia en todo el continente europeo de la necesidad de acciones gubernamentales orientadas hacia este fin.

Es así entonces, como el control de las enfermedades infecciosas consideradas entonces "crónicas", sífilis y tuberculosis, completa el conjunto de funciones tendientes a proteger la salud. Al suprimir los riesgos del ambiente, principalmente microbianos, resultantes de la vida en común, constituyen la primera fase histórica de la salud pública.

Edwin Chadwick (abogado), Jhon Simon (médico) y Lemuel Shattuck (librero), al sintetizar y publicar el conocimiento existente y hacer importantes aportes a la salud pública, abren el camino para que ésta se vaya consolidando como una filosofía y una práctica administrativa.

---

<sup>9</sup> FRANK, Johan Peter . En: Tratado " Un sistema completo de política médica"

#### 2.2.4 Edad Contemporánea

La Revolución Industrial se inició en la segunda mitad del siglo XVIII, pero su avance fue lento, y sus efectos no se percibieron durante bastante tiempo. La aparición del maquinismo crea dos condiciones nuevas: la rápida concentración de las poblaciones en centros industriales, con ávida demanda de obreros en máxima capacidad de trabajo y el hacinamiento e insalubridad consiguientes y la explotación de hombres, mujeres y niños.

Para el comienzo del siglo XIX, la industria se había desarrollado tanto que necesitaba más trabajadores; En Inglaterra por ejemplo, las clases que se encontraban en el poder abolieron la antigua ley de pobres, cambiándola por una nueva ley, a fin de que se les diera atención de salud en su lugar de trabajo y no en las parroquias, con el objeto de que se vieran obligados a trasladarse a las ciudades para trabajar en las fábricas.

Esta situación generó un incremento de las enfermedades colectivas que se manifiestan como epidemias en estos obreros y niños, lo que hace que se le dé un enfoque social al proceso salud-enfermedad; por otro lado, médicos como Ramazzini, y Rudolf Virchow dieron importancia a las enfermedades entre la clase obrera y sostuvieron que las condiciones de trabajo y de vida intervenían directamente sobre los problemas de salud. De aquí la concepción **social** de la salud.

Este fue un gran cambio social y es interesante ver cómo a Chadwick, al que se ha considerado como uno de los hombres prominentes en salud pública, se le atribuye la reforma de esta ley. Por un lado, trataba de ayudar a la gente utilizando la salud pública y por otro la estaba sometiendo a trabajar en condiciones infrahumanas; por este motivo, más tarde, fue uno de los hombres más odiados de su época.

La salud pública, como se entiende hoy en día, comenzó en Francia. En 1885 se aseguraba que los ingleses se encontraban rezagados con respecto a la salud pública de Francia, ya que allí el desarrollo se fundamentaba en la investigación científica y además a los franceses les interesaba todos los aspectos de la salud pública y no solamente las enfermedades epidémicas. Villermé, con sus estudios sobre las condiciones de los trabajadores franceses, en los que describió las

condiciones de los trabajadores de las fábricas de productos textiles y demostró la relación entre la situación económica y la mortalidad, comenzó el enfoque hacia la salud de la comunidad.

Con la Revolución Francesa, se ampliaron los ámbitos de la Salud Pública y de esta forma se señaló el comienzo de la Salud Pública para la comunidad en su totalidad, siendo esto lo que constituyó la diferencia entre lo que se hacía en el siglo XVII.

En la Declaración de los Derechos Humanos de la primera Asamblea Constituyente del primer gobierno Revolucionario, se abolieron los derechos del Antiguo Régimen y se proclamó la libertad e igualdad del individuo y la soberanía de la nación y de las leyes.

Para que estos principios generales se convirtieran en acciones específicas, los médicos miembros de la Asamblea Constituyente buscaron construir un sistema de salud y para esto se creó un comité de Salud, de gran repercusión al interior de Francia y en otros Países.

Es así entonces, como en diferentes Países como Alemania, Gran Bretaña y Estados Unidos desarrollaron Sistemas de Salud, con base en diferentes políticas, emergiendo gradualmente la teoría y acciones sociales en relación con la salud, teniendo una gran repercusión en el desarrollo de la Salud Pública las ideas de la Revolución Francesa, como raíces de estos grandes cambios.

Philippe Pinel<sup>10</sup>, nombrado médico del segundo de los más grandes asilos para mujeres incurables de París, demostró que un régimen basado en simpatía y un mínimo de restricciones, era más efectivo que los brutales métodos prevalentes en ese entonces para el tratamiento de los enfermos mentales. De este modo, el progreso en la utilización de estándares profesionales y la atención más humanizada, se convirtieron en dos de los resultados más significativos de la reforma que tuvo lugar a comienzos de siglo XIX.

---

<sup>10</sup> Físico y Psiquiatra Francés, nacido el 20 de abril de 1745 en Saint-André, Francia

En 1802, el médico español Villalba,<sup>11</sup> compiló las epidemias y los brotes de enfermedades registradas en España desde el siglo V hasta 1801; datos que sirvieron para la primera expedición de la viruela, en 1803, siendo ésta la primera campaña de Salud Pública.

Durante la misma época, y por orden de la Corona, se fundaron hospitales, la mayoría eran de origen eclesiástico o administrados por religiosos. La imagen de hospital era de espanto entre los pobladores por lo que pocos acudían a ellos. Su administración estaba a manos de personal empírico, los médicos presentaban sus servicios en forma gratuita y sólo por algunas horas diarias. Más que casas de salud lo eran para morir en ellas.

Desde muy temprano, el Estado Español se preocupó por reglamentar el ejercicio de la atención médica; ya desde 1797 el Rey disponía castigar a los que ejercieran medicina, cirugía y farmacia sin el debido título. La ley de indias dio origen a los fondos que brindaban la atención a los artesanos y los indios, siendo el primer antecedente de la seguridad social en **AMERICA**.

La Salud Pública quedó desprotegida después de la revolución triunfante de 1819, y solo hasta cien (100) años más tarde volverían a aparecer algunas ideas sobre la seguridad social. El gobierno se dedicó a expedir reglamentaciones muy limitadas sobre sanidad portuaria, alimentos, higiene ambiental y vacunación contra la viruela. En 1887 se crea la Junta Central de Higiene.

Entre tanto, este vacío sigue siendo llenado por los hospitales de caridad, de los cuales cerca al 80% eran gratuitos y sus características similares a los de la época de la Colonia, su financiación fue por auxilios gubernamentales, donativos, herencias, bazares, rifas o loterías.

En 1848 en Inglaterra, se crea el Consejo General de Salud con el movimiento de la reforma, teniendo una gran influencia en Europa y América. Francia, Bélgica, Alemania y otros Estados fueron afectados en grado diferente, pero ninguno lo fue más que en Estados Unidos, pues allí las epidemias fueron un problema grave, y como la confusión sobre sus formas de transmisión aún

---

<sup>11</sup> VILLALBA, Joaquín. En: Epidemiología española, desde los cartaginenses hasta 1801. España. 1802.

prevalecía, las formas de controlarlas se basaron en la aplicación de las cuarentenas y el saneamiento ambiental.

Durante las tres primeras décadas del siglo XIX se dio un gran crecimiento de las ciudades sin presentarse problemas de pobreza y salud; así, sólo 5 de las principales ciudades establecieron su Consejo de Salud, y aún en 1875 muchas ciudades grandes de los Estados Unidos, no los tenían.

Como consecuencia de la epidemia de fiebre amarilla que se dio en Nueva York en 1798, la cual produjo más de mil seiscientos (1.600) muertes, se reconoció la importancia de la legislación sobre el tema de la salud; y en 1804 se nombró a Jhon Pintard, como primer inspector de salud de la ciudad, encargado de presentar leyes y regulaciones en este campo que se hicieron efectivas, como la cuarentena en el puerto, la alerta sobre presentación de casos de enfermedades comunicables en la ciudad, controles de saneamiento ambiental y las estadísticas de salud.

Los cambios políticos de Europa repercutieron en el incremento de la migración, trayendo graves problemas de vivienda y empleo, y por consiguiente, de salud sobre todo para las ciudades del puerto como Nueva York y Boston, lo que originó que en el periodo comprendido entre 1830 y 1870, se realizaran investigaciones importantes, reconociéndose así la salud pública por la concepción de lo social.

De esta forma, a mediados del siglo XIX, se inicia El desarrollo de las organizaciones internacionales, impulsado por las necesidades del comercio entre los países y de la expansión colonial. La primera conferencia sanitaria internacional tuvo lugar en Paris en 1851 para hacerle frente al cólera, sin adoptar medidas que llegaran a interrumpir el tráfico de mercancía y personas.

Así mismo, la Asociación Americana de Salud Pública se constituyó en 1872 y con base en los estudios mencionados anteriormente, el Consejo de Salud de nueva York tuvo en las dos décadas siguientes, grandes y efectivos avances, pues se dieron las bases para el crecimiento y desarrollo de la salud pública en los Estados Unidos.

Muchos de los estudios de la época presentaron problemas de muestreo y representabilidad que lograron llamar la atención sobre importantes aspectos de la salud. Esto llevó a que más tarde, importantes estadísticos, en trabajos con investigadores médicos, perfeccionaran los conocimientos con teorías sobre probabilidades y trabajos analíticos que sentaron las bases para la formulación de políticas en salud, tales como la legislación sobre el trabajo infantil y sobre la disminución de las largas jornadas laborales, pasando a 58 horas de trabajo por semana.

Con la aparición de los motores de vapor, los barcos y los trenes, ofrecieron mayores posibilidades para que más gente viajara relativamente en menos tiempo, facilitando así la transmisión de enfermedades de un continente a otro.

El debate en torno al origen de las enfermedades continuó durante el siglo XIX en la cultura occidental. Los defensores de la hipótesis del contagio eran en su mayoría conservadores representantes de un antiguo régimen. Los liberales, por el contrario, atribuían la enfermedad a la pobreza y a otras condiciones sociales.

Jhon Snow, en 1854 (Inglaterra), unos 20 años antes de aceptar la teoría de los gérmenes como causa de la enfermedad, la utiliza para explicar el cólera, adelantándose al conocimiento aportado por la microbiología. Se puede decir que la aparición del microscopio abrió las puertas a la era bacteriana, al poder observar los microorganismos causantes de la enfermedad.

En 1860, Pasteur<sup>12</sup>, estudia el proceso de la fermentación, y encuentra que es el resultado de microorganismos vivos, y cómo prevenir esta condición, con el proceso, ahora llamado PASTEURIZACIÓN, aplicado a los alimentos.

La década de 1880 puede ser considerada como la edad de oro de los descubrimientos bacteriológicos, pues se demostró la existencia de varios organismos causantes de varias enfermedades, en rápida sucesión, algunos de un mismo año. Esto permitió sentar las bases para

---

<sup>12</sup> Pasteur, Louis (1822-1895), químico y biólogo francés que fundó la ciencia de la microbiología, demostró la teoría de los gérmenes como causantes de enfermedades (patógenos), inventó el proceso que lleva su nombre y desarrolló vacunas contra varias enfermedades, incluida la rabia.

concebir la idea de la prevención de las enfermedades infecciosas a través de las vacunas preparadas.

En 1870, Otto Von Bismark, Canciller de Prusia, crea los Seguros Sociales (tema que será explicado más adelante), organización que buscó proteger al trabajador y en algunos casos a su familia contra las principales contingencias que afectan su capacidad de desempeño (enfermedad, invalidez, etc.). Con esta medida, fue el precursor de una mejor atención en salud para las poblaciones trabajadoras.

El gran impacto que ha tenido en la salud pública la aplicación a gran escala de los conocimientos científicos, en especial de los avances de inmunología, el control del medio ambiente, las reformas sanitarias, el control de la calidad del agua y los alimentos, la disposición de desechos sólidos y líquidos, se ve reflejado en lo que Milton Terris<sup>13</sup> ha denominado la primera "Revolución Epidemiológica" con incidencia directa sobre el perfil de morbilidad a nivel casi mundial.

En plena **Segunda Guerra Mundial** (1942), un economista Inglés, William Beveridge, impulsa un nuevo concepto de Seguridad Social: el **Concepto Sistémico**. Este hombre propone los conceptos fundamentales de la Seguridad social (universalidad, solidaridad y equidad), insistiendo en el derecho de cada ciudadano a ser protegido y a alcanzar el acceso al llamado "mínimo vital". Se crea el National Health Service del Reino Unido, paradigma de un sistema de salud con gran impacto en el status de salud del pueblo británico. Sus ideas invadieron a todo Europa y dieron origen a otros sistemas de salud.

A raíz de esta segunda guerra mundial, se crea la Organización Mundial de la Salud, con sus cuatro grandes funciones:

1. Cuarentena
2. Servicios Epidemiológicos (Reglamento Sanitario Internacional)
3. Servicios de estandarización: educación y diseminación de información técnica
4. Servicios de asesoría a los gobiernos

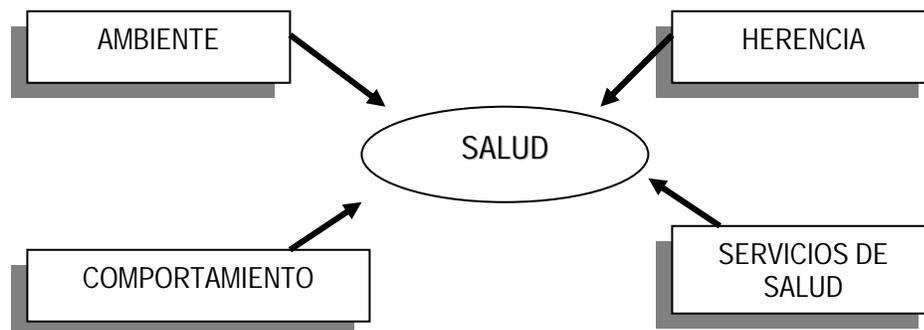
---

<sup>13</sup> Experto en Salud Pública. Fundador y Editor de numerosos artículos de Salud Pública.

Las décadas de los 60 y 70 del presente siglo, se caracterizaron por el auge del concepto de **Asistencia Pública** y el intervencionismo del Estado en la salud. Se crean sistemas nacionales de salud y se propone que los sistemas únicos de salud, de carácter público, son la solución a los problemas de baja cobertura, mala calidad y persistencia de enfermedades prevenibles.

Por este motivo y con el fin de superar los problemas mencionados, Henrick Blum<sup>14</sup> planteó desde 1971 que la salud es la resultante de un gran número de fuerzas o variables, las cuales se agrupan en cuatro categorías de factores:

**Figura 1. Factores Determinantes de la Salud**



1. **HERENCIA:** En el proceso de la salud, la genética entra en tres formas. En primer lugar, determinando el sustrato anatómico y fisiológico sobre el cual ocurre el fenómeno de la salud. Segundo, la genética actúa asociada con el ambiente, lo que puede ocasionar problemas en los genes. Y por último, la genética puede de por sí generar sustancias que desencadenan problemas causados por aberraciones cromosómicas.
2. **AMBIENTE:** Son las circunstancias en las que vive el hombre y a las que debe adaptarse del mejor modo posible para estar sano. El factor ambiente entra en juego en el fenómeno

salud a través de elementos o componentes ambientales específicos, los cuales actúan como desencadenantes de los micro procesos de la salud. La comprensión del proceso salud-enfermedad parte de la premisa de que todo hombre responde a las influencias del ambiente como un todo, de una manera integrada.

3. **COMPORTEAMIENTO:** hace referencia al estilo de vida como el conjunto de directrices para la conducta, tales como tradiciones, creencias, valores y pautas de conducta desarrolladas y reestructuradas en la socialización. Depende mucho de las motivaciones y personalidad del sujeto y de los estilos de vida y pautas de conducta de los grupos sociales a los que pertenece y se integra. Este factor actúa en estrecha combinación con los demás factores determinantes de la salud.
4. **SERVICIOS DE SALUD:** La disponibilidad, calidad y oportunidad de los servicios de salud tienen influencia en la salud dependiendo de su grado de desarrollo, de las posibilidades de acceso de todos los ciudadanos de manera oportuna, de su calidad y de la posibilidad de responder a las necesidades de los usuarios.

En 1986, Ottawa (Canadá), se reunieron los representantes de los países desarrollados para promulgar la carta de Ottawa a favor de la promoción de la salud con base en los anteriormente mencionados "factores determinantes de la salud". Se empieza a posicionar un importante concepto: la cultura de la salud y se lucha por la búsqueda de hábitats saludables.

En la década de los 90 entran en crisis muchos sistemas de salud, especialmente aquellos que estaban centrados en la asistencia pública. Se da un cambio en el concepto de salud enmarcado en la Seguridad Social. Nuevos fenómenos sociales apuntan a la privatización o disminución del papel del Estado en la prestación de servicios de salud, posicionándose importantes conceptos como los de gerencia de la salud y los de descentralización y sistemas locales de salud.

Se abren entonces, nuevas posibilidades para universalizar la atención, partiendo del aporte solidario de todos los ciudadanos y del manejo eficiente de los recursos.

---

<sup>14</sup> BLANCO, Humberto. En: Fundamentos de la Salud Pública. Colombia: Editorial Educativa, 1997

Es así como los administradores de salud, se dirigen a la creación de sistemas de servicios de salud que garanticen la equidad y la calidad con un eficiente y moderno manejo de los recursos que toda la sociedad destina a la salud. Estos esfuerzos están orientados a cambiar el modelo de salud, de uno CURATIVO con predominio de la asistencia y centrado en los hospitales, a uno PREVENTIVO centrado en la familia y en acciones sobre el medio.

#### 2.2.5 Siglo XXI

Este siglo ha sido testigo de grandes avances en el conocimiento científico, al tiempo que aparecen los cambios demográficos, se controlan las enfermedades transmisibles; y como consecuencia de la denominada “segunda transición demográfica” disminuye la mortalidad, y la fecundidad continúa igual, dándose un fuerte crecimiento de la población, que genera una pirámide poblacional con base ancha, y alta proporción de niños y jóvenes.

En una tercera etapa de la transición demográfica se produce una disminución en la fecundidad gracias a la combinación de factores como la educación, la industrialización, la vinculación de la mujer al mercado laboral, el rápido proceso de urbanización y los grandes avances en la tecnología médica. En otras palabras, se produce una disminución en las tasas de natalidad y fecundidad, bajas tasas de mortalidad infantil y envejecimiento de la población, lo que lleva a la **TRANSICIÓN EPIDEMIOLOGICA**, con fuertes cambios en el perfil de morbi-mortalidad, apareciendo el cáncer, las enfermedades cardíacas, los accidentes y la violencia como primeras causas, al tiempo con nuevas y viejas enfermedades transmisibles como el SIDA, la malaria y la reaparición en los países en desarrollo del cólera, lo que algunos denominan “Etapa de la polarización epidemiológica”.

La última década del siglo XX y lo que se vivirá en el siglo XXI, se consideran como la consecuencia del progreso en la tecnología médica y de la evolución demográfica por la velocidad y profundidad de los cambios que han ocurrido y están ocurriendo en el mundo.

Entre los problemas y amenazas de naturaleza global, que tienen y tendrán, en forma directa o indirecta, impacto en el quehacer de la salud se pueden destacar:

#### † El establecimiento del Nuevo Orden Mundial

Es la reorganización de la actividad productiva y del comercio de orden internacional, que repercutirá en el ejercicio del poder y por ende de la política internacional, con la amenaza de los mercados mundiales y de relegar aún más a las naciones debido a las desventajas para competir con los centros de poder.

#### † El crecimiento de la Ciencia y la Tecnología

Estos dos acontecimientos abren posibilidades para el progreso de la humanidad, pero también tienen la amenaza de que las naciones periféricas no tengan la capacidad para insertarse eficazmente en este proceso.

#### † Continuidad y profundización de desigualdades sociales

#### † Preocupación por el medio ambiente

Movido por el poder de la ciencia, el hombre se hizo arrogante e irresponsable frente al patrimonio natural finito del planeta. Las naciones desarrolladas se muestran inclinadas a imponer a los países pobres la responsabilidad de preservar el patrimonio común en beneficio de todos, a costa del desarrollo que les daría la utilización de sus recursos naturales.

#### † Desarrollo de las Américas

Su gran desafío al enfrentar el nuevo orden internacional, aún mayor que el de integrar uno de los grandes bloques del poder mundial, es el de su propio desarrollo. En algunos momentos de las décadas anteriores, la región experimentó tasas de crecimiento económico muy aceleradas, pero este desarrollo del pasado fue insuficiente para resolver los problemas, debido a la desigualdad y a la pobreza.

## 2.3 CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

Hasta el momento, se ha visto la evolución histórica que ha tenido el concepto de salud (Ver Anexo 1.); y por ende, la salud pública, que como se mencionó anteriormente, varía a través del tiempo y

en las diversas culturas y sociedades. Del mismo modo, este paso a través de la historia, sienta las bases para la conceptualización de la salud pública y posteriormente de la Seguridad Social.

A través de varias tentativas de definición, la característica más general y auténtica de la salud pública es su ubicación como una forma de los esfuerzos de la colectividad organizada, como una rama del gobierno o la administración pública, para atender a una de las necesidades básicas de la vida en común: **LA SALUD**; se establecen entonces dos elementos fundamentales, a saber: la participación de toda la comunidad en el proceso de la salud y en las tareas del organismo especializado y la influencia decisiva que sobre ellos tienen las formas generales de vida de la sociedad, la organización del trabajo, la educación y actividades públicas.

Existen definiciones clásicas que permiten un mejor acercamiento al concepto:

*“Salud Pública, es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud”*

*Molina*

*“Salud Pública, es la aplicación de los conocimientos médicos y científicos para asegurar condiciones sanas de vida del individuo miembro de una comunidad”*

*Frazer*

*“Salud Pública, es la ciencia que estudia las relaciones del hombre desde el punto de vista de la salud, con el medio exterior y las colectividades humanas en las cuales vive”*

*Francia, Roeneix*

*“Salud Pública, es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la eficiencia física, mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”*

*Winslow*

*“Salud Pública, es la ciencia de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanar el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación.”*

*M. Terris*

*“Salud Pública, es la Ciencia y el Arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad”*

*Organización Mundial de la Salud (OMC)*

Como se puede ver, las diferentes definiciones destacan que la **Salud Pública** es una Ciencia y un Arte. CIENCIA, porque aplica conocimientos de las ciencias básicas expresados en leyes y relaciones necesarias y constantes entre fenómenos naturales y sociales. ARTE en cuanto muchas de sus actividades dependen de la habilidad personal, la capacidad de integración y aplicación y el amor e interés de quien aplica los conocimientos.

Para su acción, la salud pública se apoya en conocimientos de ciencias como: la ingeniería sanitaria, veterinaria, economía, antropología, sociología, demografía, estadística, biología, ecología, etc.

La integración y aplicación de estos conocimientos para mejorar el nivel de vida de la población no son responsabilidad sólo de los especialistas en salud pública, sino de todos los profesionales del área de la salud como médicos, odontólogos, psicólogos, etc. Y de otras áreas relacionadas al sector.

El concepto de salud pública incorpora entonces, una importante actividad gubernamental y social, multidisciplinaria por naturaleza que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad. Por este motivo, las acciones de la salud pública no son sólo responsabilidad del Estado sino de toda la sociedad, lo cual implica que entes privados tienen igualmente importantes responsabilidades y actividades que cumplir en este ámbito.

En distintas épocas y bajo el influjo de diferentes filosofías político-económicas han aparecido diversas tendencias en salud pública que en el fondo no son sino el énfasis en algunas de sus funciones o sus enfoques. Es así, como se habló durante varias décadas de **MEDICINA CURATIVA**, que se ocupaba de reparar el daño o enfermedad ya producida en un individuo; luego, de la **MEDICINA PREVENTIVA** cuyo propósito dominante es evitar la enfermedad en alguna de las formas clásicas utilizando técnicas como los exámenes periódicos de salud, las vacunaciones y enseñanza de higiene personal; la **MEDICINA SOCIAL** para destacar el influjo importante de las condiciones sociales y económicas en la salud de la población. Del mismo modo se habló de **MEDICINA COMUNITARIA** para destacar que las acciones de la salud pública deben partir de la comunidad y ser realizadas con amplia participación de la misma.

Lo anterior, permite desarrollar el concepto y la práctica de la salud pública. Este término es más amplio y facilita, por lo tanto, una visión más global que impulse una acción pluridimensional de los profesionales del sector.

## 2.4 FUNCIONES DE LA SALUD PÚBLICA

1. **Protección** de la salud, saneamiento o control de factores ambientales relacionados con la salud.
2. **Fomento** de la salud a través de la educación sanitaria, los programas de salud física, mental, social y ocupacional.

3. **Reparación** de la salud con atención oportuna de los enfermos en infraestructura hospitalaria y ambulatoria de buena calidad y accesible, programas para la tercera edad y las personas discapacitadas y programas de rehabilitación integral.
4. **Apoyo** en la gerencia de las organizaciones de salud, sistemas de información oportunos para toma de decisiones, desarrollo de la normatividad legal de sistemas de salud, investigación para la generación o validación de conocimientos que permitan impactar los problemas prevalentes en la comunidad y planificación estratégica de todo el sistema y sus organizaciones.
5. **Coordinación** intersectorial con miras a conseguir intervenciones de otros sectores que sean costo-eficaces en la solución de problemas de salud y en la mejoría de la calidad de vida; así como también lograr que los planes de salud se incorporen activamente en los planes de desarrollo local y nacional para que tengan viabilidad política y económica.

## 2.5 AREAS DE LA SALUD PÚBLICA

EPIDEMIOLOGÍA	SALUD OCUPACIONAL
<p>Es la ciencia que estudia y analiza la frecuencia de los fenómenos en salud y los factores de riesgo y protección que influyen en su aparición, presencia y distribución en una comunidad humana, con miras a su disminución y control. Se apoya en el método científico.</p>	<p>Busca la promoción y el mantenimiento del mayor estado de bienestar físico, mental y social de todos los trabajadores; la prevención de cualquier trastorno en su salud causado por las condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores en sus sitios de trabajo de cualquier riesgo existente para su salud y el mantenimiento de los trabajadores en un ambiente ocupacional adaptado a sus condiciones fisiológicas y psicológicas; en suma, de adaptar el trabajo a la persona y cada persona a su trabajo.</p>

SALUD AMBIENTAL	GERENCIA EN SALUD
<p>Se encarga de evaluar y controlar el impacto de las personas sobre el medio ambiente y el medio ambiente sobre las personas; así mismo, cuida de las formas de vida, las sustancias, las fuerzas y las condiciones del entorno del hombre que pueden ejercer una influencia sobre su salud y bienestar.</p>	<p>Se encarga de la generación, utilización racional y manejo adecuado de los recursos del sector (financieros, humanos, tecnológicos, infraestructura, etc.), con miras al logro de la misión y objetivos propuestos para el sector y sus instituciones.</p>

## 2.6 SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

Con base en lo planteado anteriormente se puede visualizar cómo a través de la historia, el sector de la salud se ha venido organizando para prestar servicios de salud; organización que ha recibido diversos nombres como sistemas de atención médica, sistemas de salud y sistemas de prestación de servicios de salud entre otros.

En la década de los ochenta, Milton Terris agrupó los Países alrededor de tres sistemas de atención:

1. Asistencia pública
2. Seguro de enfermedad
3. Servicio nacional de salud

Caracterizó cada uno y manifestó que estos se transformarían en otras formas más desarrolladas, a lo que hoy se conoce como SEGURIDAD SOCIAL y SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Con el fin de entender un poco mejor la organización del sector salud, se dará una breve explicación sobre el concepto de sistema de salud, y posteriormente se describirán los diferentes modelos.

### 2.6.1 Concepto de Sistema de Salud

Antes de hablar del concepto de Sistema de Salud, se procederá a definir SISTEMA.<sup>15</sup>

Un sistema tiene muchas connotaciones: “un conjunto de elementos interdependientes e interactuantes; un grupo de unidades combinadas que forman un todo organizado y cuyo resultado (output) es mayor que el resultado de las unidades que podrían tener si funcionaran independientemente.

En realidad, el sistema es “un todo organizado o complejo; un conjunto o combinación de cosas o partes, formando un todo complejo o unitario”.<sup>16</sup>

La teoría de los sistemas,<sup>17</sup> dio origen a dos planteamientos:

1. El análisis que busca la solución de problemas, los cuales son considerados sistemas.
2. El enfoque; es decir, una estructuración del pensamiento para abordar la realidad en su carácter sistémico.

De este modo, las propiedades de los sistemas no pueden describirse significativamente en términos de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes.

Con base en lo mencionado anteriormente, el ***Sistema de Salud***, tiene elementos que se relacionan para cumplir con el objetivo de contribuir a la calidad de vida de las personas a través de acciones que realizan los servicios de salud (organizaciones, que también son sistemas). Luego, los servicios de salud hacen parte del sistema de salud y éste a su vez, hace parte del sistema social.

---

<sup>15</sup> CHIAVENATO, Adalberto. Introducción a la teoría general de la administración. McGraw Hill, 1998.

<sup>16</sup> CHIAVENATO, Adalberto. Introducción a la teoría general de la administración. McGraw Hill, 1998.

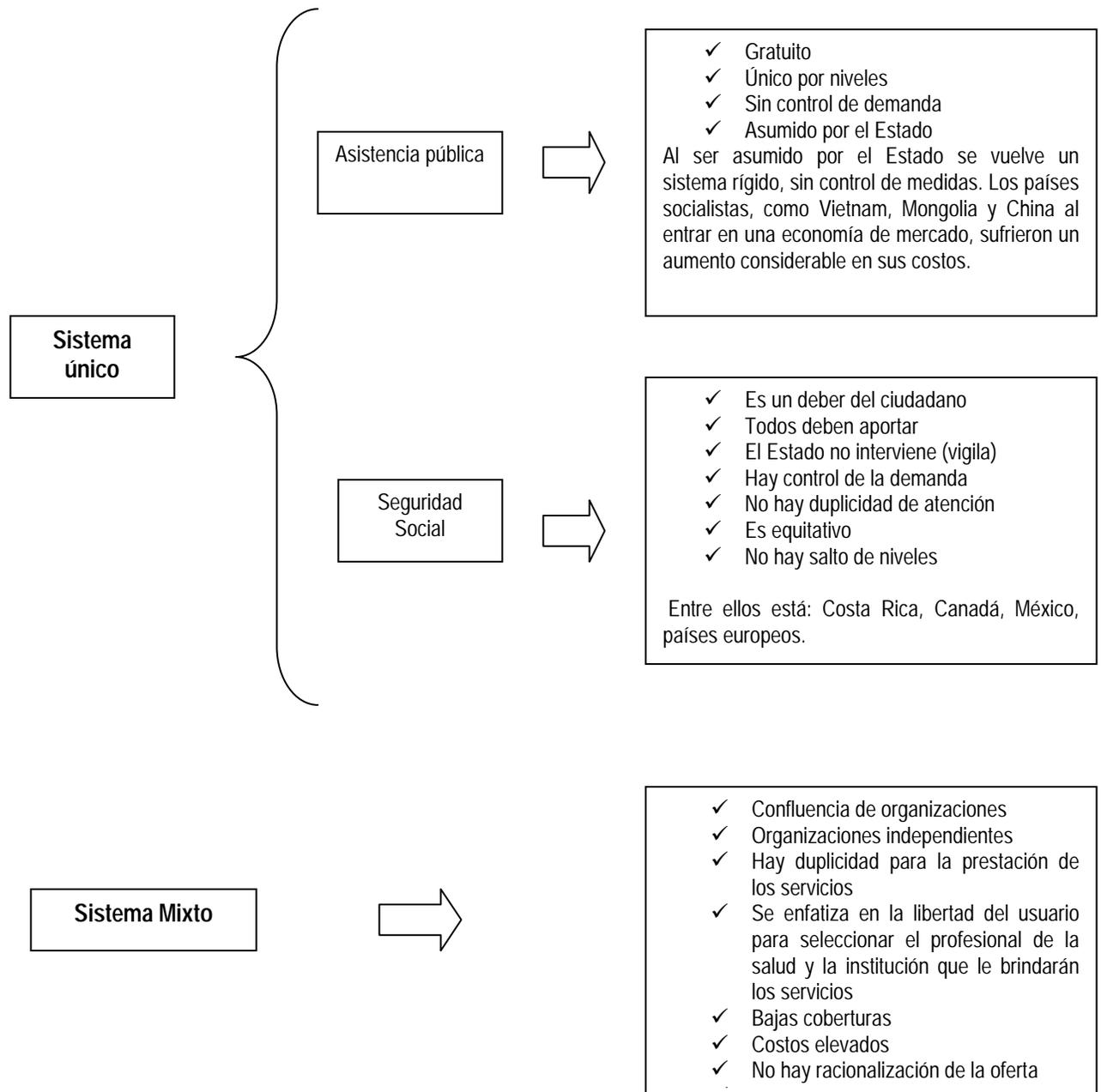
<sup>17</sup> Teoría que surge entre 1850 y 1968 con el biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy

## 2.6.2 Organización de los Sistemas

Actualmente existen dos sistemas:

1. Sistema único
2. Sistema mixto

Figura 2. Organización de los Sistemas de Salud



### 3 SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO

A través del desarrollo de esta investigación, se ha venido describiendo la evolución y organización del sector de la salud, con el fin de comprender los diferentes fenómenos que se presentan en la actualidad con relación a la protección de la vida humana; y es aquí cuando la seguridad social entra a jugar uno de los papeles más importantes en la historia del hombre.

Los sistemas de Seguridad Social, como elemento importante de la Salud Pública, cumplen un rol fundamental en el financiamiento, la calidad y el acceso a los servicios de salud; por este motivo, y más aún cuando se pretende dar una visión completa del sistema, no se puede prescindir de un análisis de su evolución, ya que sienta las bases de una sociedad organizada.

#### 3.1 ANTECEDENTES Y DESARROLLO

La seguridad social ha tenido su desarrollo a la par con el desarrollo del hombre, como una necesidad de fomentar la defensa de sus intereses. Su origen se remonta a los antiguos egipcios, pasando por la Grecia de Platón, donde eran educados los hijos de los guerreros muertos en acción y eran auxiliadas las familias por parte del Estado. A partir de allí la Seguridad Social siguió su evolución a través de las diferentes culturas y países.<sup>18</sup>

Durante la Edad Media, el problema de la pobreza da lugar a medidas de protección social de diversa índole. Por un lado, se adoptan medidas de protección basadas en la solidaridad o ayuda mutua a través de asociaciones de carácter corporativo o profesional.

Los gremios, con los aportes de los miembros, ayudaban a aquellos que caían en desgracia, protegían a las viudas y huérfanos, y llegaron, incluso, a fundar hospitales. Y, por otro lado, se

---

<sup>18</sup> Rengifo, 1989.

adoptan medidas de asistencia social a favor de los pobres por parte de la iglesia y de instituciones caritativas privadas.

El Estado únicamente se esforzaría en la lucha y represión de la mendicidad y otras consecuencias derivadas de la pobreza.

En la Edad Moderna, se da un salto cuantitativo y cualitativo en materia de protección social. El fortalecimiento en Europa de la figura Monarca (Monarquía Absoluta), la aceptación por parte de los teóricos de la época de la protección como una responsabilidad del Gobierno monárquico, y la necesidad real del apoyo del pueblo para consolidar su autoridad sobre la aún poderosa nobleza y la naciente burguesía, son factores que determinan que durante los siglos XVI, XVII y XVIII, desde la autoridad pública se arbitren diversas medidas de protección social.

En la época liberal, el ascenso de la burguesía, la exaltación de los principios individualista, y el triunfo del liberalismo económico (Adam Smith), abocan a la sociedad del siglo XIX a una total indefensión frente a las necesidades sociales. La obra de Adam Smith (La riqueza de las naciones), no sólo constituye un método de análisis económico apoyado en el estudio de la dinámica del mercado (libertad absoluta), sino una determinada concepción del papel del estado, el "estado mínimo", que desaconseja la intervención de la autoridad pública para evitar cualquier situación de necesidad social.

Para el liberalismo económico, las privaciones de las clases inferiores, aparecen como un hecho inevitable y necesario, lo que determina que en ese momento la protección de las necesidades sociales pasa única y exclusivamente por la previsión individual; es decir, por el **ahorro** de los individuos. Se produce así, la creación de instituciones de ahorro popular.

En la primera mitad del siglo XIX, se comienza a poner de manifiesto la incapacidad del liberalismo económico para hacerle frente a las necesidades sociales que planteaba la nueva sociedad industrial. Esta situación desemboca en la aparición de una nueva ideología basada en la primacía de los valores sociales sobre los individuales, y que constituye una transformación radical del panorama político, económico y social: **EI SOCIALISMO.**

Para adoptar esta política, Bismarck rastrea la historia alemana y encuentra varias instituciones sociales de las asociaciones gremiales y de los trabajadores manuales que habían sido creadas en el siglo XIII para ayudar a los enfermos e incapacitados mediante el otorgamiento de subsidios. Estas instituciones, se financiaban con las cuotas pagadas por los gremios (maestros, obreros y aprendices) con derecho a disfrutar de iguales prestaciones.

El gremio de los mineros fue el más importante de todos, tenía sus propias "Cajas de Hermandad", las cuales se financiaban con aportes del patrono (dueño de la mina), con un porcentaje fijo sobre el producido de la mina y los mineros aportaban un porcentaje de acuerdo al salario.

Luego en 1845 las Ordenanzas Prusianas de Oficio establecieron la obligatoriedad de las instituciones de previsión social, extendiendo la orden a las profesiones liberales en 1849.

Esto se traslada a un determinado momento histórico, el último tercio del Siglo XIX, a un país, Alemania, y a una realidad política y económica ya mencionada (el Socialismo), donde se sitúa el origen moderno de la seguridad social: los **SEGUROS SOCIALES**.

Toda esta experiencia e información la utilizó Bismarck para la organización de los seguros sociales obligatorios. En 1883 el parlamento aprobó una Ley de seguro de enfermedad; en 1884 se aprobó la Ley de seguros de accidentes de trabajo y en 1889 la de vejez e invalidez.

De otra parte en 1891 el Papa León XIII en su encíclica Rerum Novarum defiende el derecho de propiedad y a los asalariados; y propende por la organización de los seguros sociales<sup>19</sup>.

Muchos países siguen el ejemplo de Alemania y crean instituciones iguales. En 1911 Inglaterra les da a las instituciones de seguridad social un gran impulso y se coloca a la cabeza de las naciones en cuanto a previsión social.

---

<sup>19</sup> Cañón, 1989.

El sistema se extiende a otros países de todo el mundo, incluida Colombia cuya implementación se llevo a cabo en los años 1945,1971 y 1977.

El periodo de organización de los seguros sociales iniciado en 1883, termina en 1918 marcando una nueva época para la humanidad. Desde 1919 hasta 1939 la expansión es completa y viene un ajuste de sus principios y de su organización administrativa, sobresaliendo como una labor del estado en su política social.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), nacida por el Tratado de Versalles es el organismo que mayor impulso ha dado a la política social. Su acción se ha desarrollado por medio de convenios que tienen fuerza obligatoria para los estados que los ratifican y recomendaciones que son expresión común de mejorar las condiciones sociales de los pueblos.

En 1939 a consecuencia de la guerra se acrecienta la miseria y por ende los problemas de la humanidad, es de esta crisis de donde surge como alternativa de solución un plan que fue presentado por William Beverige (economista británico) el cual fue puesto en ejecución una vez terminada la guerra. Gracias a dicho plan, la miseria fue menor y la protección se extiende al hombre en forma total. Este plan integral se conoce con el nombre de seguridad social.

En los Estados Unidos sostienen que la expresión seguridad social tuvo origen allí en 1935, cuando se promulgo la Ley de seguros sociales que cubría los riesgos de protección para los ciegos, huérfanos y viejos. Pero su difusión, se debe a la Carta del Atlántico, firmada por el presidente Roosevelt y por el Primer Ministro de Inglaterra Winston Churchill, el 14 de agosto de 1941, cuando afirmaron que deseaban lograr la más amplia colaboración entre todas las naciones en el orden económico, con el objeto de garantizar a todos condiciones más favorables de trabajo, progreso económico y seguridad social.

Más tarde surgen otros organismos importantes en la expansión de la Seguridad Social, como la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en Ginebra en 1947. La organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) en 1951 en Madrid.

En resumen, la "Seguridad Social" es la actividad del Estado encaminada a ofrecer a los individuos una garantía contra la miseria.

Para lograrlo, uno de los instrumentos son los seguros sociales a los que por lo menos les corresponde la misión de garantizar un ingreso en metálico a los trabajadores económicamente débiles en los periodos en que se ven imposibilitados para trabajar y por tanto a ganar, también se ven los seguros sociales como instrumento de Seguridad al lado de la asistencia sanitaria, etc.

## 4 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

### 4.1 PERFIL DEMOGRÁFICO Y SOCIAL DE COLOMBIA

Después de Brasil y México, Colombia es conocido como el tercer país más poblado de Latinoamérica. Según datos suministrados por Profamilia, la población total de Colombia en el año 2002 es de 43'834.115, de ellos el 50.6% corresponden a la población femenina y el 49.4% a la masculina.

Colombia, como la casi totalidad de los países de América Latina, se ha encontrado con rápidas transformaciones poblacionales, culturales, epidemiológicas, ecológicas y tecnológicas; donde muchas de las transformaciones sociales han condicionado la situación de salud, debido a que afectan la magnitud y distribución de la carga de enfermedad. El fenómeno conocido como "la transición de la salud" (efecto combinado de la transición demográfica y la transición epidemiológica) sobresale en el panorama de la salud en Colombia. Algunos de los factores más importantes se detallan a continuación.

Según las cifras oficiales, la tasa bruta de natalidad en el quinquenio 1990-1995 fue de 24.0 nacidos por cada mil habitantes; actualmente, se registra el dato de 22.4 nacidos por cada mil habitantes. Como en los otros países del continente sudamericano, es notorio el descenso de las tasas de natalidad. La fecundidad ha disminuido progresivamente llegando a 2.6 hijos por mujer en el año 2002, con diferenciales según nivel educativo, acceso a los servicios de salud, participación en el empleo y ubicación urbano – rural. Como dato adicional, se conoce que actualmente hay una prevalencia de uso de anticonceptivos del 77%.

De la misma forma, como consecuencia de las mejoras sanitarias de la población, la tasa bruta de mortalidad es de 5.5 fallecimientos por cada mil habitantes registrada en el presente año (2002).

La raza predominante es la mestiza constituida por un 58% de la población, los blancos constituyen un 20%, los mulatos un 14%, los negros un 4%, los negros – amerindios un 3% y los indígenas un 1%.<sup>20</sup>

El 74% de la población reside en áreas urbanas y el 26% en áreas rurales. Desde 1950, Colombia ha sufrido un rápido proceso de urbanización, por las migraciones generadas por la violencia y el desarrollo industrial. Hoy, también continua esa activa migración interna; lo cual, ha generado una fuerte tasa de desempleo.

En el 2002, la población desplazada dentro del país, es superior a los 2 millones de habitantes; se encuentra conformada en su mayor parte por mujeres, muchas de ellas jefes de hogar (44.1%) y niños (23.25%), se calcula que entre el 5% y un 12% de la población desplazada es mayor de 60 años y predominantemente femenina. Prácticamente la totalidad de esta población se encuentra en condiciones de extrema pobreza, a más de su desarraigo territorial, económico y socio – cultural.<sup>21</sup>

La esperanza de vida al nacer del Colombiano es de 72.20 años<sup>22</sup>, cuando en 1999 era de 70.8 años y en 1970 era de sólo 61 años. Esta diferencia se asocia con la mayor cobertura de la seguridad social en salud que se ha buscado para los colombianos.

De acuerdo a los datos demográficos la población colombiana ha sufrido variaciones importantes en los últimos decenios de acuerdo con el fenómeno conocido como la transición demográfica, según el cual se presenta un cambio en la distribución de la pirámide poblacional con angostamiento de la base (disminución de la población joven) y tendencia a una forma cilíndrica más que piramidal. Mientras en 1982, con una población cercana a los 28'500.000 habitantes, Colombia contaba con cerca de 1'700.000 mayores de 60 años (aproximadamente 6% de su población total), al comenzar el tercer milenio (2002) el 7% de la población (alrededor de 3 millones) es mayor de 60 años.

A este singular crecimiento, se agrega una mayor prolongación de la vida. A diferencia de la década de los años 80s cuando una persona de 60 años podía vivir en promedio 18.7 años (19.9 años las mujeres y 17.5 años los hombres), hoy (2002) esa expectativa de vida (E<sup>o</sup>) a partir de los 60 años es de 20.21

---

<sup>20</sup> Fuente: DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2000.

<sup>21</sup> Agenda Sobre envejecimiento Colombia siglo XXI. Bogotá, Colombia; febrero de 2002.

años (21.6 años las mujeres, y 18.7 años los hombres), y en el 2050, posiblemente alcanzará los 24 años (25.98 años las mujeres, y 22.14 años los hombres).

Actualmente (2002), el crecimiento promedio de la población nacional se ha desacelerado, alcanzando un nivel de 16.8 por mil, mientras que el de los mayores de 60 años se ha acelerado, alcanzando un nivel de 32.2 por mil y constituyéndose en el grupo de población con mayor crecimiento demográfico. Esta situación ha generado un incremento de este grupo poblacional cercano al 80% en los últimos años. La población mayor de 60 años se incrementó en 1'356.000 personas y su importancia relativa dentro del total nacional aumentó del 5% al 7.4% en este lapso.

Para la planeación y programación de las acciones del sector salud este dato es importante, debido al incremento relativo de la carga de enfermedad que se presenta con el envejecimiento de la población, como consecuencia de una mayor incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y de las lesiones; este cambio se conoce como transición epidemiológica.

En cuanto a salud para comunidades indígenas, se presentan vacíos en la aplicación del Sistema General de Seguridad Social.

Todavía las entidades territoriales tienen poca capacidad técnica e institucional para poder cumplir sus obligaciones en la gestión de salud para los indígenas. Además, no se conoce el perfil epidemiológico de las comunidades indígenas y el personal que presta los servicios de salud no ha logrado entender las características culturales, sociales y económicas de dichas comunidades.

Colombia aún está lejos de su ideal constitucional de garantizar servicios de salud para toda su población. Sin embargo, sí se han logrado algunas de las metas mínimas regionales del Plan de Acción para las Américas, como conseguir una esperanza de vida al nacer superior a 70 años y disminuir la mortalidad de lactantes a 30 ó menos por cada mil nacidos vivos. También se logró que el gasto público para salud en el año 1999 ascendiera a 5.2 del PIB. Aún así, se debe pensar en qué podría darse una utilización más eficiente a los recursos de salud.

---

<sup>22</sup> Profamilia. Datos demográficos de Colombia, 2002.

Todavía hay muchas dificultades que se encuentran presentes. En lo referente a los años potenciales de vida perdidos (APVP) y a los años de vida saludable (AVISA) perdidos en Colombia, se considera que los principales problemas de salud, se relacionan con factores derivados de la violencia que afecta al país. Como dijo el excandidato a la Presidencia de la República (2002-2007), Luis Eduardo Garzón, "La mortalidad general, refleja los problemas de violencia en el país, 78 por cada 100000 habitantes es la más alta tasa de homicidios. Diez puntos del PIB nos cuesta la guerra, dos millones de desplazados llenos de incertidumbre, masacres y secuestros como hechos cotidianos y un alto grado de desesperanza en la población."<sup>23</sup>

Mientras en 1985 el 9.4% de defunciones correspondía a muertes violentas, este índice aumentó al comenzar la década de 1990 (18.4 en 1991), luego disminuyó y actualmente (2002) alcanza cifras equivalentes o superiores a las de hace una década<sup>24</sup>.

La violencia, como se ha señalado, ocupa actualmente los primeros lugares en cuanto a mortalidad en Colombia; en segundo lugar se encuentran las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, regularmente en la población mayor de 45 años. Aún predominan las enfermedades y deficiencias relacionadas con la nutrición, tanto en la infancia como en la vejez, situación que se complica por la misma situación de violencia y desplazamiento. Para el grupo de adolescentes vale la pena señalar que las primeras cuatro causas son externas y no dependen de agentes biológicos sino del orden psicosocial, tales como los homicidios, los accidentes y los suicidios. Adicionalmente, el índice de masculinidad ha venido disminuyendo desde 1985, sobre todo como consecuencia de las muertes de adolescentes y adultos jóvenes asociadas a la violencia.

Colombia es un país de ingreso medio bajo que ha mejorado consistentemente la salud de su población, lo cual ha elevado significativamente la expectativa de vida y ha disminuido la mortalidad infantil (21 por cada mil hijos nacidos vivos).

---

<sup>23</sup> Rumbo a las elecciones 2002. Colombia . com. Luis Eduardo garzón frente al proceso de paz con las FARC.

<sup>24</sup> Departamento Nacional de Planeación, 2000, p. 29

El ex - ministro de salud y experto en asuntos financieros Juan Luis Londoño (2002) afirma que en los últimos cinco años los ingresos reales promedio de los trabajadores disminuyeron en un 29%. Teniendo en cuenta que "la rentabilidad de la experiencia es más alta al comienzo de la vida laboral", se puede notar que la crisis modificó el perfil de los ingresos en todas las edades, siendo más inferiores a los de 1978.

El ex – ministro agrega: "La caída en el pago por experiencia hizo que la crisis afectara más los ingresos de los adultos. Mientras en el último quinquenio los ingresos de los jóvenes bajaron 15%, los de los viejos bajaron 35%" (Londoño, 2002).

También en la provisión de servicios básicos en los hogares se presentó un importante incremento entre los años 1985 y 1993, pasando del 70.5% a 83% en acueductos y de 59.4% a 69.5 en alcantarillado; Sin embargo, a la fecha entre 6 y 10 millones de personas no cuentan con uno u otro servicio. La situación más crítica se presenta en el área rural.

En las últimas décadas la economía Colombiana experimentó enormes cambios, creciendo y diversificándose en forma constante y progresiva. A comienzos de los 90s comenzó un proceso radical de apertura económica, caracterizado por una significativa disminución de las barreras arancelarias proteccionistas en prácticamente todos los sectores.

En los últimos años el desempeño de la economía ha sido disparejo y algunos sectores se han visto beneficiados. Desde 1991 hasta 1994 el PIB experimentó un crecimiento estable y luego empezó a declinar en 1996; para el 2001 tuvo una variación porcentual de 1.4% y para el 2002 se ha presentado una variación de 2.2%. Según datos del DANE, la participación del sector de la salud en el PIB ha sido significativo; ya que los servicios sociales y de salud aportaron en 1999, \$1'305.741 y para el año 2000, \$1'354.975.

## 4.2 ANTECEDENTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

Tal vez fue El Libertador, Simón Bolívar el primero que habló de la seguridad social en su discurso de Angostura, en febrero de 1819, siendo un ejemplo de seguridad de índole militar y policial, única concebible en su tiempo al decir que:

*"El sistema de gobierno más perfecto es el que comparte la mayor cantidad de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política"*<sup>25</sup>.

Una vez proclamada la independencia en Colombia, se implantaron los Montepios militares que eran organizaciones castrenses del gobierno español cuya finalidad era establecer fondos con los descuentos de los sueldos y pensiones de los generales, jefes y oficiales del ejército permanente y de la marina, los bienes de cualquier individuo del ejército o de la marina que falleciere sin dejar herederos, con las donaciones voluntarias y fundaciones piadosas que se hicieron a favor del montepío.

Se establecen entonces prestaciones económicas a las viudas de los militares fallecidos en servicio, además de un sistema de pruebas de los derechos y la dirección administrativa de la Institución, sistema de recaudos, inversiones y prohibiciones especiales.

Hacia 1917, estas organizaciones fueron liquidadas y para suplir este vacío, el gobierno quiso unificar el sistema de protección integral de los militares y sus familias y creó la *Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares* en 1925. Paralelamente, se organizó la *Caja de Sueldos de Retiros de la Policía Nacional* para atender las prestaciones económicas de este personal. Las prestaciones militares están divididas en prestaciones sanitarias y prestaciones económicas.

De esta forma se acerca 1928 cuando el gobierno desea mejorar la situación existente y siguiendo el auge de los seguros en Alemania, Europa y América es presentado un proyecto de Ley sobre los

---

<sup>25</sup> Rengifo, 1989.

seguros del trabajo, el cual pretendía fundar una caja de seguros del trabajo; esta, debía cubrir los riesgos de invalidez, vejez, enfermedad y muerte y también los cuidados de la maternidad de la obrera y de la mujer del obrero. Eran ideas importantes para la época pero por el enfoque de caja de seguros comerciales que se le dio, el proyecto fracasó.

En 1935 se crea la Caja de Ahorro y Previsión Social para ahorro de los empleados y obreros. Y en 1938, con base en esta nueva concepción del papel del Estado, se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión social, en el que se conjuga una serie de acciones enmarcadas en una política social encaminada a solucionar los problemas de la creciente clase obrera, recuperar su capacidad productiva y disminuir los conflictos que su inconformidad implicaban.

La Ley 6 de 1945 (19 de febrero) establece un Régimen de prestaciones sociales para los trabajadores privados y para los empleados y obreros nacionales de carácter permanente. Esta Ley, dividió el Régimen de prestaciones sociales y estableció dos vertientes: la de los particulares y la del sector oficial.

El 26 de julio de 1945 el Dr. Adan Arriaga Andrade en su condición de Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, presenta al senado un proyecto de Ley " por el cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales". El proyecto es aprobado en la Cámara y luego es sancionado por el presidente de la República Dr. Mariano Ospina Pérez, el 26 de diciembre de 1946 y convertido en Ley 90 de ese año.

El campo de aplicación se concreta a todos los individuos nacionales o extranjeros que presten sus servicios a otras personas en virtud de un contrato expreso o presunto de trabajo o aprendiz, inclusive los trabajadores a domicilio y los de servicio domestico. Excluye a quienes estén afiliados a la Caja de Previsión Social de Empleados y Obreros Nacionales o a otras instituciones similares de Previsión Social.

Fuera de estas instituciones existen otras como la de los Ferrocarriles Nacionales, Caja de Previsión Social de las Comunicaciones, Caja de Previsión Social de la Superintendencia Bancaria, Corporación

de Empleados de la Superintendencia de Sociedades, Caja de Previsión Social de Santafé de Bogotá y otras más que existen en todo el país.

A partir de 1945, se desencadena en el país un afán por establecer cajas de previsión, sin plan ni método, sin organización técnica administrativa, sin estudios actuariales, que han llevado en el plan de Seguridad Social al Estado a una situación de crisis que se tiene que remediar si se quiere dar tranquilidad, bienestar y seguridad a los habitantes del territorio nacional.

La década de los 60, enmarcada por el Frente Nacional como estrategia política de pacificación que no logra más que aplazar los conflictos, trae para el sector salud un proceso de tecnificación cada vez más claro en el que la salud no puede ni debe ser un gasto, sino una inversión para el desarrollo, la cual deberá ser calculada con el rigor de la economía y la firmeza de la planificación.

Detrás de este esquema se encuentran los planteamientos de Alianza para el Progreso, propuesta por el presidente Kennedy y asumida por los países latinoamericanos en la reunión de Punta del Este (Uruguay). Con este modelo, se afirma que el principal instrumento para lograr niveles de desarrollo económico y social consiste en alcanzar una planificación de los propósitos del Estado y administrar adecuadamente los recursos internos y externos.

De este modo, es claro que no es posible el desarrollo sin la ayuda de sociedades maduras; así, la década se caracterizó por el aumento progresivo de la deuda externa y la implementación de planes de desarrollo que debería ser manejados por un Estado fuerte, con cuadros técnicos bien preparados, al estilo de la exitosa experiencia de los estados europeos en su proceso de reconstrucción de postguerra.

Este modelo no tuvo en cuenta las condiciones políticas, sociales y económicas de Colombia; pues aquel Estado fuerte, planificador, benefactor, fundamentado en las teorías Keynesianas, nunca se logra en este País, generándose más bien un Estado pseudobenefactor. La Reforma Constitucional del Presidente Lleras en 1968, sienta las bases jurídico-políticas para la consolidación de tal Estado interventor, pero el País tiene otra cara y no se rige por esta normatividad.

Es así, como las decisiones no son posibles tomarlas de acuerdo con las condiciones locales sino con la forma del plan; un plan homogéneo, elaborado por técnicos a nivel central y en medio de la pobreza. **El Sistema Nacional de Salud** se erige entonces, a mediados de la década de los 70 como el gran hijo de la planificación y del esfuerzo de reconocidos técnicos especializados que inundan el Ministerio, constituyéndose así en un sistema centralizado.

Este sistema, al estar integrado por tres subsistemas, hace que no sea más que una enunciación.

El primer subsistema correspondía al de la **salud pública** (SSP) que incorporaba las funciones de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad, en forma vertical y centralizada alrededor del Ministerio de Salud y sus servicios seccionados de salud. Los organismos e instituciones que los conformaban se financiaban vía subsidios a la oferta procedentes de los ingresos corrientes de la nación y de otras fuentes públicas de destinación específica. Le correspondía cubrir el 75% de la población de más bajos ingresos; pero en el mejor de los casos, alcanzaba sólo al 40%, con un paquete de servicios de baja calidad que le demandaba al País el 40% del gasto total en salud.

Los **Seguros Sociales** (SSS), administrados por el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y cerca de mil cajas de previsión, conformaban el segundo Subsistema. Estas Instituciones continúan siendo moduladas por el Ministerio del Trabajo, ya que además de los riesgos generales de salud también administran los riesgos profesionales, de invalidez y de vejez. Adicionalmente, se continúan financiando a través de impuestos parafiscales que pagan las empresas afiliadas y entregaba en forma directa un paquete amplio de servicios de mejor calidad a un grupo que representaba al 20% de la población correspondiente al segmento formal de la economía; no obstante, demandaba aproximadamente el 50% del gasto total del sector.

El subsistema **privado de servicios** (SPS) correspondía al tercero de los tres subsistemas. Este subsistema era el menos regulado de los tres por parte de los organismos estatales de inspección, vigilancia y control. Se financiaba a través de seguros privados y pagos de bolsillo y ofrecía los planes de servicios más amplios y de mejor calidad al 5% de la población de más altos ingresos, y le demandaba al país el 10% del gasto en salud.

Solo tres (3) años más tarde, el presidente Alfonso López hace una transformación administrativa importante del seguro social y el subsector privado camina sin posibilidades de control alguno, precisamente porque se trata de un Estado que nunca ha logrado el nivel de presencia e incidencia en la vida del mercado y de la sociedad civil.

Desde finales de la década de los 60 se venía planteando una fuerte crítica al modelo del Estado benefactor en los países centrales, cuya implicación, asociada a una evidente crisis económica mundial a mitad de los 80, es la disminución de los espacios de participación social en la vida política y económica y la excesiva incursión del Estado en casi todos los frentes de la economía, de manera que se reformula el modelo de desarrollo.

Se plantea de esta forma, un modelo de desarrollo que va de abajo, las localidades, hacia el centro los altos niveles de decisión, y no como se venía planteando, del centro a la periferia; lo que implica fortalecer la participación de la sociedad civil y disminuir el control estatal, con lo cual, las fuerzas del mercado vendrían a generar su propio equilibrio y un crecimiento sostenido.

La década de los 80 fue una época de inflexión (Reforma de Estado) en el que se acumulan procesos económicos, políticos y sociales ya que no podían ser manejados con el mismo esquema. Este proceso se expresa en la descentralización político administrativa y las tendencias cada vez más fuertes de privatización de ciertas responsabilidades asumidas por el Estado en el modelo anterior.

A partir de la ley 14 de 1983 se comenzaron a dar las bases legales para fortalecer las finanzas municipales de departamentos y municipios y las condiciones para la instauración de un nuevo régimen municipal de orientación descentralizadora.

Las leyes 11 y 12 de 1986 reforzaron la descentralización fiscal y administrativa. Mediante la última se transfirieron responsabilidades en la provisión de servicios públicos esenciales: acueducto, alcantarillado, saneamiento básico, construcción, mantenimiento y equipamiento de los servicios de salud del primer nivel de atención (hospitales, centros y puestos de salud) entre otros.

En lo político la elección popular de los alcaldes habilitó al ciudadano para decidir sobre los asuntos locales y a los gobernantes los obligó a someterse al escrutinio y la rendición de cuentas por primera vez.

La descentralización del sector salud comienza con la ley 10 de 1990, por la cual se asignaron responsabilidades a los diferentes niveles de la administración pública y reservó otras al subsector privado. Posteriormente, la Constitución política de 1991 y la ley 60 de agosto de 1993 sobre distribución de competencias y recursos, ratificaron lo establecido en la ley 10 de 1990.

A finales de 1993, Colombia aprobó la legislación para reformar el sistema de atención de salud. Los principales objetivos de la reforma son proporcionar cobertura universal del aseguramiento, mejorar el acceso de los pobres a los servicios de salud, mejorar la calidad y fomentar la eficiencia en la provisión de los servicios de salud.

La reforma utiliza dos estrategias:

1. Ordenar el establecimiento de un seguro social para proveer la cobertura universal.
2. Adoptar la competencia regulada para mejorar la eficiencia, contener los costos, mejorar el acceso y elevar la calidad.

A través de la reestructuración de las instituciones y de los incentivos; estas reformas también se diseñaron a fin de que sean compatibles con el esfuerzo de descentralización emprendido por el Estado. Con esta reforma, se quiso pasar de un modelo de asistencia pública, de pluralidad, diversidad y superposición de funciones, de baja cobertura, insolidario, e ineficiente a un nuevo modelo de Sistema General de Seguridad Social, bajo una unidad institucional regulada por el Estado, que brinde cobertura universal, que sea equitativo y altamente eficiente.

## 4.3 NORMATIVIDAD REVISADA

### 4.3.1 Ley 10 de 1990

En 1990 se expidió la Ley 10, que descentralizó el Sistema Nacional de Salud introduciendo cambios institucionales y fiscales. Se buscaba entre otras cosas, descentralizar la salud, mejorar la participación comunitaria, legalizar la situación jurídica de muchas instituciones prestadoras de servicios de salud administradas por el Estado que carecían de personería jurídica definida<sup>26</sup> y garantizar el acceso a servicios de urgencias para toda la población.

La Ley 10 también autorizó la prestación de los servicios de salud a través de entidades públicas descentralizadas, directas o indirectas, y mediante la contratación de servicios con entidades privadas con o sin ánimo de lucro, y particularmente con organizaciones comunitarias. Esta Ley, asignó competencias al municipio para la prestación de servicios en el primer nivel de atención, sin diferenciar salud pública y atención a las personas, dejando el segundo y tercer nivel bajo responsabilidad de los Departamentos y la Nación.

Surgieron algunos obstáculos para lograr los propósitos de la Ley 10 de 1990 en cuanto a descentralización. Entre ellos se destaca, que su financiación estaba a cargo de un sistema de loterías, finalmente insuficiente; y que existía una deuda prestacional acumulada de cerca de veinticinco años que las municipalidades no estaban en capacidad de asumir. En efecto, luego de tres años de vigencia de esta Ley, solo se habían descentralizado poco más que el 1% de los municipios.

Posteriormente la Constitución Política de 1991 retoma el esquema organizativo propuesto por la Ley 10 y en su Artículo 49 precisa: ***"Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria"***. Asimismo algunos apartes de la Ley 10 relacionados con la participación comunitaria, la red de servicios y otros, continúan en vigencia, y también algunos de sus decretos reglamentarios.

---

26 Muchas instituciones prestadoras de servicios de salud administradas por el Estado se fundaron y desarrollaron con donaciones de particulares y gubernamentales, sin que exista reclamación formal de su propiedad

Las dificultades que surgieron para desarrollar la Ley 10 de 1990, fueron superadas a partir del cambio de la Constitución Política en 1991, y con la emisión de las Leyes 100 y 60 de 1993 que respectivamente crean el Sistema General de Seguridad Social en Salud y fija los parámetros para la descentralización y manejo de los recursos.

#### 4.3.2 Constitución Política de 1991.

La Constitución vigente en Colombia data de 1991 luego de que se convocara una Asamblea Nacional Constituyente con este propósito. Sus contenidos con respecto de la salud son diversos.

En virtud de la Constitución de 1886 y hasta 1991, Colombia se definía como una República Unitaria de administración centralizada. Este modelo fue cambiando en las últimas décadas, hecho que puede evidenciarse con la participación marginal de las municipalidades para la recaudación de impuestos, en la gestión y financiación de varios sectores, entre ellos la salud<sup>27</sup>

Posteriormente en 1991, se instaló una Asamblea Nacional Constituyente que expidió la nueva Carta Constitucional, ordenando una reforma integral de la seguridad social, actualmente en vigencia. Esta reforma de la seguridad social incluye seguridad social en salud, en educación y en el trabajo.

La Constitución de 1991 incluye los deberes y derechos con respecto a la salud bajo distintos capítulos, reconociendo entre otros los derechos a la salud, la protección a la vida, la libertad y dignidad humana; protección del medio ambiente, de la seguridad social, de la familia y del trabajador<sup>28</sup>

La reforma Constitucional acogió y profundizó el modelo de descentralización previamente definido por la Ley 10 de 1990, señalando expresamente que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) será descentralizado. También se establecieron los principios de la distribución de competencias y recursos entre los diferentes niveles de la administración pública, enfatizando que el gasto social tendrá prioridad en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales.

---

<sup>27</sup> Derechos sociales, económicos y culturales [Artículos 44- 46, 48-53, 54, 64, 67,70]. Derechos colectivos y del ambiente [Artículos 78, 79, 80]. Deberes y obligaciones de las personas y el ciudadano [Artículo 95].

El Sistema de salud en Colombia, incluida la seguridad social, hasta la vigencia de la Ley 100 de 1993, se caracterizaba por la falta de Universalidad, Solidaridad y eficiencia. Estas condiciones fueron las que ordenó transformar la constitución nacional de 1991 y constituyeron los principales retos en el desarrollo de la nueva Ley.

La carencia de la universalidad del sistema vigente hasta 1993 se expresaba principalmente en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población colombiana. La falta de solidaridad del sistema se generaba en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes, además de obligantes, sin canales financieros que permitieran la ayuda mutua entre los afiliados y mucho menos de ellos hacia los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema. Finalmente, el sistema resultaba ineficiente por su organización institucional, por los deficientes resultados observados en comparación con el gasto total del sector y por la creciente insatisfacción de los usuarios.

Todos los anteriores problemas de los sistemas de salud en el país, se habían venido estudiando y algunos de ellos trataban de ser resueltos mediante planes y programas específicos; sin embargo, es el gran proceso de transformación política que vivió el país y que desembocó en la Constitución Política de julio de 1991, el que finalmente sentó las bases para una reforma sustancial en esta materia. La Constitución Política definió un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social del país.

En lo relativo específicamente a la salud, la constitución establece:

**Artículo 44.** Derechos del niño

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán

---

<sup>28</sup> Constitución Política de Colombia de 1991; artículos 1 300, 336, 356 y 366

protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución,

**Artículo 48:** Seguridad Social

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La Ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”.

**Artículo 49.** Atención a la salud y saneamiento ambiental

“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. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La Ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

**Artículo 356.** Situado fiscal

“Salvo lo dispuesto por la Constitución, la Ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de las entidades territoriales. Determinará, así mismo, el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el distrito capital y los distritos especiales de Cartagena y Santa Marta, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se les asignen. Los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la Ley señale, con especial atención a los niños”.

**Artículo 366.** Finalidades especiales del estado

“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.

Sobre la base de los principios mencionados anteriormente, se construyeron las Leyes 60 mediante la cual se establecen las competencias y recursos nacionales y territoriales y la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.3.3 Ley 60 de Agosto 12/93: Distribución de Competencias y recursos nacionales y territoriales

La Ley 60 de 1993 definió la distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales y fortaleció los aportes fiscales para el sector de la salud en estos niveles de la administración, consolidando el proceso iniciado con la expedición de la Ley 10 de 1990, que reestructuraba el Sistema Nacional de Salud creado en 1975 y desarrollando los contenidos de la Constitución Política de 1991.

En materia de salud la Ley 60 refuerza la descentralización que inició la Ley 10 de 1990. En ella se determinan las competencias de la Nación, los departamentos, distritos y municipios y se llenan los vacíos que se detectaron en el proceso de implementación de la descentralización que se adelantó durante 1990 y 1992.

Contrario a lo dispuesto por la Ley 10 de 1990, pero en concordancia con la nueva orientación de la organización del Estado manifiesta en la Constitución Política de 1991, los departamentos con la Ley 60 de 1993 recuperan el papel planificador y de intermediación que se había debilitado. Las Asambleas y los Gobernadores deben afrontar la organización y administración de las acciones y servicios para atender la salud de sus ciudadanos.

En el aspecto institucional, la Ley 60 de 1993 ratifica los planteamientos de la Ley 10 de 1990, en el sentido de exigir que las unidades de prestación de servicios de salud cuenten con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa como requisito para el manejo directo de los recursos transferidos.

Por otro lado, los hospitales públicos (que con la promulgación de la Ley 100 se denominarán "Empresas Sociales del Estado" - ESE) podrán contar con directores con mayor estabilidad en sus cargos y que, en consecuencia, podrán desarrollar sus planes de inversión y reorganización con mayor continuidad y certidumbre.

Esta situación debe permitir que las autoridades hospitalarias logren mayor legitimidad y poder de negociación frente al conjunto del sistema y frente a las autoridades municipales y departamentales que de manera importante, tendrán responsabilidad sobre los planes de inversión y la asignación de recursos para estas entidades.

Con estas medidas se pretende fortalecer los servicios de salud prestados por el sector público y generar incentivos a la prestación eficiente de servicios por parte de estas entidades.

En el área de las competencias se ratifica la organización definida en la Ley 10 de 1990, donde los municipios son responsables de la atención de primer nivel y los departamentos participan en su financiación y son responsables de los niveles superiores de atención. Estas responsabilidades ahora encuentran la financiación necesaria con las transferencias nacionales asignadas.

Finalmente, la Ley 60 establece explícitamente la asignación de subsidios para el acceso de la población pobre a la atención en salud, que se complementará con los principios de subsidios a la demanda que desarrolla la Ley 100 de 1993.

En materia financiera y en forma concomitante a esta definición de funciones y responsabilidades, la Ley 60 robustece las finanzas del sector salud no sólo a través de la destinación de mayores recursos, sino mediante la definición clara de la base de liquidación de los recursos del situado fiscal que tradicionalmente han financiado el 40% de la prestación de servicios de salud. Sobre la base de estos mecanismos, los recursos que la Nación a través del situado fiscal transfiere al sector salud, representan por lo menos un aumento equivalente a un punto adicional de los ingresos corrientes totales. El sector salud recibirá ahora como mínimo el 5 % de los ingresos corrientes de la Nación y no el 4% que había fijado la Ley 10 de 1990.

La Nación además, para financiar los servicios de salud, estableció a través de la Ley 60, que por lo menos el 25% de las transferencias de inversión social que recibirán los municipios, se deben destinar a la prestación de los servicios que son responsabilidad de estas entidades territoriales. Con este nuevo empuje, el aporte municipal al sector pasará del 5% al 35% de la totalidad de la financiación del sector. Estos recursos permitirán sin lugar a dudas el aumento real de cobertura que se espera alcanzar con la creación del SGSSS.

La Ley 60 resuelve además, uno de los principales escollos que encontró el proceso de descentralización del sector, que es el del cuantioso pasivo prestacional adeudado a los trabajadores. Con razón, ningún Gobernador o Alcalde quería asumir la prestación directa de los servicios sin una claridad acerca de la financiación de esta deuda. Por ello, la Ley crea el Fondo de Pasivo Prestacional para su reconocimiento y pago, y ratifica la obligación de afiliar y pagar oportunamente los aportes previsionales que se generen hacia delante; es decir, la Ley financia la deuda y también garantiza que esta no se vuelva a generar, para ello la Nación asumió el 60% de la deuda total.

Esta Ley busca además, fortalecer la capacidad de dirección y de gestión de las entidades territoriales, para evitar que en el proceso se desmejore y reduzca la calidad del servicio. En esta materia ordena los ajustes necesarios que garanticen la transferencia ordenada de las responsabilidades que asumirán las

Entidades Territoriales, con el fin de superar las dificultades que en la aplicación de la Ley 10 se tuvieron.

Por ello, se generó un plan maestro de descentralización. Se tendrá una contabilidad clara de lo que entrega y lo que recibe cada nivel administrativo. Se preverán metas efectivas de coberturas y su forma de financiación. Con este proceso así previsto en la Ley, se podrá consolidar la autonomía y soberanía de las regiones como mandato constitucional. La Ley 60 de 1993 asigna recursos nacionales a través del situado fiscal y de las transferencias de inversión social a los departamentos y municipios, para que asuman competencias en el desarrollo de programas de salud pública y para la cobertura de servicios asistenciales.

La tradición centralista de Colombia empieza a formar parte del pasado. Si bien la descentralización apenas comienza (estos procesos tardan decenios), ya se advierte una interesante cultura política alrededor del tema relacionado con las competencias locales, regionales y distritales.

El problema fundamental del sector salud, desde 1993, no ha sido la obtención de recursos ni la ineficiencia médica, sino la inexistencia de instituciones que canalizaran el dinero para atender, en forma adecuada, a los potenciales beneficiarios.

La Ley 60 de 1993 permite, afianzar el proceso de descentralización en salud que se gestó desde 1990, con la expedición de la Ley 10. Amplía las competencias territoriales al campo de la salud pública en ámbitos complementarios y la atención directa de las personas. Fortalece la Promoción y la Prevención sobre la atención de tipo curativo. Distribuye las competencias de acuerdo con criterios financieros sólidos. Es decir, que las funciones delegadas tienen el soporte simultáneo de los recursos. En este caso los departamentos y los municipios reciben los recursos nacionales asignados a través del situado fiscal y de las transferencias de inversión social.

La Ley 60 por tanto, redistribuye los recursos públicos hacia la atención de la población más pobre y hacia las regiones de menor capacidad económica; esta Ley resuelve las dificultades de contratación de recursos con

instituciones privadas y, además soluciona el problema del pasivo laboral que impedía el buen funcionamiento de los hospitales y su inserción definitiva en el modelo propuesto para la salubridad pública.

Desde la perspectiva jurídica se reglamentaron los artículos de la Constitución Nacional 151 y 258 relacionados con la distribución de competencias de la Nación y las entidades territoriales. En el mismo sentido se desarrollan los artículos 356 y 357, que establecen el situado fiscal y la participación en los ingresos corrientes de la nación.

Las entidades territoriales reciben el influjo de esta normatividad en diversos ámbitos. Por ejemplo, se definen las competencias en los sectores que les corresponde asumir a la Nación, a los departamentos, a los municipios y distritos; se aumentan los recursos de transferencias para financiar esas competencias y se establecen los criterios para distribuirlos entre las entidades territoriales.

Se determina un periodo de transición para la transferencia de competencias y recursos, así como las condiciones que deben cumplir las entidades para asumirlas.

Cabe destacar la focalización de los servicios sociales como criterio para la aplicación del gasto social, lo que garantiza que este se asigne a los grupos de población más pobre y vulnerable. Igualmente, se enfatiza en los procesos de planificación y control de gestión para la programación y ejecución de los recursos transferidos por la Nación.

#### 4.3.4 Ley 100 de 1993

##### 4.3.4.1 Orígenes

El Sistema de Seguridad Social en Salud proviene de la existencia del régimen de competencias y recursos que la Ley 10 del 10 de Enero de 1990 estatuyó, y por la cual se asignaron responsabilidades a los diferentes niveles de la Administración Pública y reservó otras al subsector privado.

Posterior a la Ley 10, la Constitución Política de 1991 y la Ley 60 de Agosto 12 de 1993 sobre distribución de competencias y recursos, ratificaron lo establecido en dicho estatuto. La ley 100 de 1993 dio un vuelco fundamental al conjunto funcional del Sistema de Salud.

En el año 1991, como se mencionó anteriormente se renueva la Constitución Política Nacional y por mandato de ella se deben reformar una serie de instituciones entre ellas el sector salud, de esta manera con este ordenamiento Constitucional, se dan las bases necesarias para adelantar la reforma del sector salud y de esta manera se promulga la Ley 100 de 1993.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100 de 1993, es un proyecto estructural que cambia y reorganiza el sistema de prestación de servicios de salud. Esta reforma se vio además acompañada de otra Ley que se mencionó anteriormente la cual fortalece el proceso de descentralización del sector iniciado en 1990, la Ley 60 de 1993.

La Ley 100 de 1993, creó el Sistema General de Seguridad Social Integral del país y fue concebida como eje central de la Reforma pensional y de salud, así como del sistema general de riesgos profesionales y de los servicios sociales complementarios. Representa la iniciativa social más importante de los últimos 50 años en Colombia, y concibe al trabajador o afiliado como protagonista y ente vital del sistema de Seguridad Social integral.

La reorganización de las instituciones, y en especial las nuevas concepciones de salubridad pública, permite superar las restricciones de cobertura, falta de solidaridad e ineficiencia del anterior esquema gubernamental. Para superar las restricciones de cobertura, se diseñó un plan cuyo propósito fue brindar atención a todos los grupos sociales, sin discriminación por capacidad de pago o de riesgo.

El sistema constituido por los Regímenes Contributivo y Subsidiado, prevé que los asalariados y los grupos de población con capacidad de pago tendrán la obligación de vincularse al POS mediante el pago de cotizaciones. El plan Obligatorio de Salud (POS), que cubre a empleados, trabajadores

independientes o personas que no estén laborando, tendrá un estricto control por parte de las instancias de salud comprometidas.

Para evitar el monopolio y el centralismo se estableció que este plan pudiera ser ofrecido y garantizado por diferentes EPS, que competirán por los afiliados. Las EPS son los núcleos organizativos básicos del SGSSS, estas deben garantizar la prestación de los servicios que incluye el POS, la elaboración de un registro de afiliados, la recaudación de las cotizaciones y el giro de los excedentes al fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). También garantizarían y promoverían la libre elección del usuario, tanto de la EPS a la que se afilie, como de la Institución Prestadora de Servicios (IPS) que elija, para recibir sus servicios.

La Ley 100 hace especial énfasis en los criterios de prevención de la enfermedad y su detección y tratamiento temprano, ya que se pretende cambiar la lógica del concepto de *Atención - Curación* al de *Prevención - Salud Integral*.

Los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y de otros servicios de salud, y los profesionales, agrupados o en forma individual, pueden ofrecer sus servicios a través de las EPS. Su condición IPS les permite, en todo caso, ejercer su autonomía técnica y financiera. Estas instituciones son el eje operativo, en el ámbito de los servicios, del sistema configurado por la Ley 100.

Para la financiación de la protección a la población subsidiada se definió que la Nación, con sus transferencias a los departamentos y municipios, tenía una obligación inevitable con los colombianos más pobres. En forma simultánea, se proyectó la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que se provee de recursos de la contribución de solidaridad equivalente a un punto de cotización, con aportes del sistema de compensación y con aportes de la nación.

A partir de la evolución positiva y creciente de los recursos transferidos por la nación, y con la extensión del Régimen Contributivo y su correspondiente transferencia al Régimen Subsidiado, los recursos disponibles predeterminan la certeza de la cobertura universal e integral de toda la población colombiana en los primeros años de la próxima década.

La instauración de un nuevo modelo de atención en salud que incluya a los colombianos de menores recursos, y en extremo vulnerables por su condición socioeconómica, ha impulsado la creación de un Plan Básico de Atención (PAB), que se extenderá en el cubrimiento del 100% de los colombianos, este es estatal, gratuito y con cobertura universal, independiente de que se encuentre o no afiliado a alguno de los Regímenes.

El papel del Estado en este nivel se concentra en la organización comunitaria y en la asistencia técnica para la consolidación de las empresas. También proporciona los recursos de los servicios del plan en forma cofinanciada con los entes territoriales y las comunidades donde se aplica el modelo.

#### 4.3.4.2 Características generales de la Ley 100

***Universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad, unidad y participación comunitaria***

La Ley 100 de 1993, estableció una reforma al Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia y aborda principalmente los sistemas de seguridad social en pensiones y en salud. En particular, en el campo de la salud, desarrolla el servicio público de salud.

Con la Ley 100 hay un cambio de lógica desde la prestación pública de servicios de salud, hacia la prestación del servicio público de salud y a los servicios de salud pública. Lo que se estructura es simplemente un sistema que permita encontrar un ámbito natural de complementación entre los proveedores públicos y los no gubernamentales que hoy existen en la economía colombiana, no es privatización. Se busca, es poner a la gente usuaria en un poder de negociación frente al sistema y articular la posibilidad de prestación de los servicios por diferentes entidades.

La reforma al sistema de seguridad social en salud transforma substancialmente al menos cuatro (4) aspectos de la anterior organización. Se destacará a continuación la nueva organización en torno a las instituciones responsables de su desarrollo y ejecución, el acceso a los servicios, los beneficios del sistema y su financiación.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fortalece los mecanismos de solidaridad a través del acceso de todos los colombianos a un plan de protección integral de su salud.

La cobertura universal e integral es una meta que se deberá lograr en forma progresiva, ampliando gradualmente los beneficios y los beneficiarios. La organización del nuevo sistema permite superar las restricciones de cobertura, la insolidaridad y la ineficiencia de la anterior organización.

El nuevo sistema se conforma de una organización mixta constituida por dos Regímenes, el Contributivo y el Subsidiado, con iguales prestaciones de salud, que deberán integrarse en su funcionamiento, y tendrán una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad.

Con el fin de lograr la universalidad y superar las restricciones de cobertura actuales el sistema, plantea la obligatoriedad de la afiliación de los asalariados y los grupos de población con capacidad de pago, quienes se vincularán al sistema mediante el pago de cotizaciones.

El primer efecto sobre la ampliación de la cobertura será la extensión de la protección de la seguridad social a todos los miembros de la familia del trabajador cotizante. Por último, y para aquellas personas sin la capacidad suficiente para pagar las cotizaciones obligatorias, el sistema otorgará subsidios totales o parciales para asegurar su afiliación.

Así, la cobertura del Régimen Contributivo, en virtud de la cobertura familiar, pasó de cubrir a 6 millones de habitantes en 1994 a un total de 11.5 millones en 1995. Con la ampliación de la afiliación a todos los asalariados y a los trabajadores independientes con capacidad de pago, la cobertura total del sistema Contributivo deberá alcanzar al 55% de la población.

El resto de la población tendrá acceso al sistema a través del Régimen Subsidiado. La cobertura total de este grupo de población se hará en un plazo máximo de 7 años. En este tiempo, el Estado debe asegurar las asignaciones necesarias para este propósito y cumplir con la reorganización institucional correspondiente.

Para la financiación de la protección a la población subsidiada se cuenta con dos tipos de recursos fundamentales:

1. las transferencias de la Nación a los departamentos y municipios.
2. Fondo de Solidaridad y Garantía que se nutre con una contribución de solidaridad equivalente a un punto de la cotización del Régimen Contributivo, de aportes del sistema de Compensación familiar y de aportes de la Nación.

Con la evolución positiva y creciente de los recursos transferidos por la Nación y con la extensión del Régimen Contributivo y su correspondiente transferencia al Régimen Subsidiado, los recursos disponibles permiten prever la cobertura universal e integral de toda la población hacia los primeros años de la próxima década.

El SGSSS permite desarrollar ampliamente los mecanismos de solidaridad a través de la asignación creciente de recursos para el subsidio a las poblaciones pobres.

También prevé mecanismos de solidaridad entre los afiliados al Régimen Contributivo, mediante la aplicación de ***una unidad de pago por capitación*** que permite contar con recursos potencialmente iguales por cada beneficiario independientemente de su diferente capacidad de pago. Con ello todos los afiliados tendrán la protección del plan de beneficios del sistema independientemente del riesgo particular de enfermar.

Así, la solidaridad del Sistema se garantiza mediante la cotización de los afiliados al sistema en función de su capacidad económica y no de los riesgos de salud individuales. La estructura del SGSSS permite profundizar y ampliar los niveles de solidaridad interna del actual Régimen Contributivo e incluso hacerla extensiva a los sectores de la población que requieren de un subsidio para acceder al sistema.

El SGSSS, finalmente permite superar las condiciones de ineficiencia en la asignación y utilización de los recursos, a través de los incentivos para el mantenimiento de la salud de la población y de la

orientación de los recursos en función de la demanda de la población y no en función de la oferta de servicios como tradicionalmente se había hecho.

Dos elementos adicionales que contribuyen al aumento de la eficiencia en el sistema son la libre escogencia de la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la cual se quiera afiliarse el individuo y la competencia que por ellos se genera entre las mismas.

En la medida en que la población manifieste su insatisfacción al trasladarse libremente entre EPS, estas entidades se verán motivadas a garantizar servicios de calidad y en el momento oportuno, sin renunciar al control de los abusos o de la utilización innecesaria del servicio.

Otra de las características a resaltar del SGSSS es la solidaridad, se contemplan tres mecanismos fundamentales de solidaridad.

El primero, a través del establecimiento de la unidad de pago por capitación (UPC) para equilibrar los recursos del Régimen Contributivo y asegurar el acceso en condiciones de igualdad para afiliados cotizantes y beneficiarios con distintos niveles de ingreso.

La UPC no es una sola, varía en función de las diferencias de utilización originadas en la estructura de edad, sexo y localización de la población afiliada. Ello evita la selección adversa de aquellos grupos que generan mayores utilidades de servicios como son los menores de un año, las personas de la tercera edad y las mujeres en edad fértil.

El segundo, a través de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía para apoyar el acceso de la población que requiere de subsidios.

El tercero, a través de la financiación de la protección creciente para quienes acceden al Régimen Subsidiado con la concurrencia de los ingresos corrientes de la Nación.

Además, la solidaridad entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado, está dada por la organización financiera del SGSSS que establece un enlace financiero y solidario entre los Regímenes Subsidiado y Contributivo a través del FOSYGA. El cual cuenta con cuatro (4) subcuentas:

1. De solidaridad,
2. De compensación,
3. De promoción
4. De eventos catastróficos.

Particularmente, la cuenta de solidaridad del FOSYGA utilizará sus recursos para apoyar el desarrollo del Régimen Subsidiado y su progresiva integración y homologación al Régimen Contributivo.

La conexión entre el Régimen Contributivo y Subsidiado se logra a través de destinar un (1) punto de la cotización (1% de los salarios) de los afiliados al Régimen Contributivo y cerca del 7.5% de los recursos del sistema de subsidio familiar<sup>29</sup> (aproximadamente el equivalente a 0.3% de los salarios).

Finalmente, existe la solidaridad nacional, al haberse establecido que los recursos del presupuesto nacional destinados a la protección de la salud de las poblaciones pobres se fortalecieron mediante la aprobación de la Ley 60 de 1993 (Ley sobre competencias y recursos de los diferentes niveles de la administración pública), donde se establece una transferencia creciente de los ingresos nacionales hacia los departamentos (situado fiscal) y los municipios (transferencias); del conjunto de estas transferencias, un mínimo del 25 % se orientarán al sector de la salud.

La Ley 100 de 1993 enmarca aun más estas transferencias, estableciendo su aplicación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, particularmente para el subsidio de salud, aplicando

---

<sup>29</sup> El aporte del sistema es la suma de los aportes de las diferentes Cajas de Compensación Familiar existentes en el país. Para el efecto se determina un cociente nacional que corresponde a la relación entre el valor de los recaudos y el número de beneficiarios del subsidio (trabajadores con ingresos inferiores a 4 salarios mínimos mensuales legales y con personas a cargo).

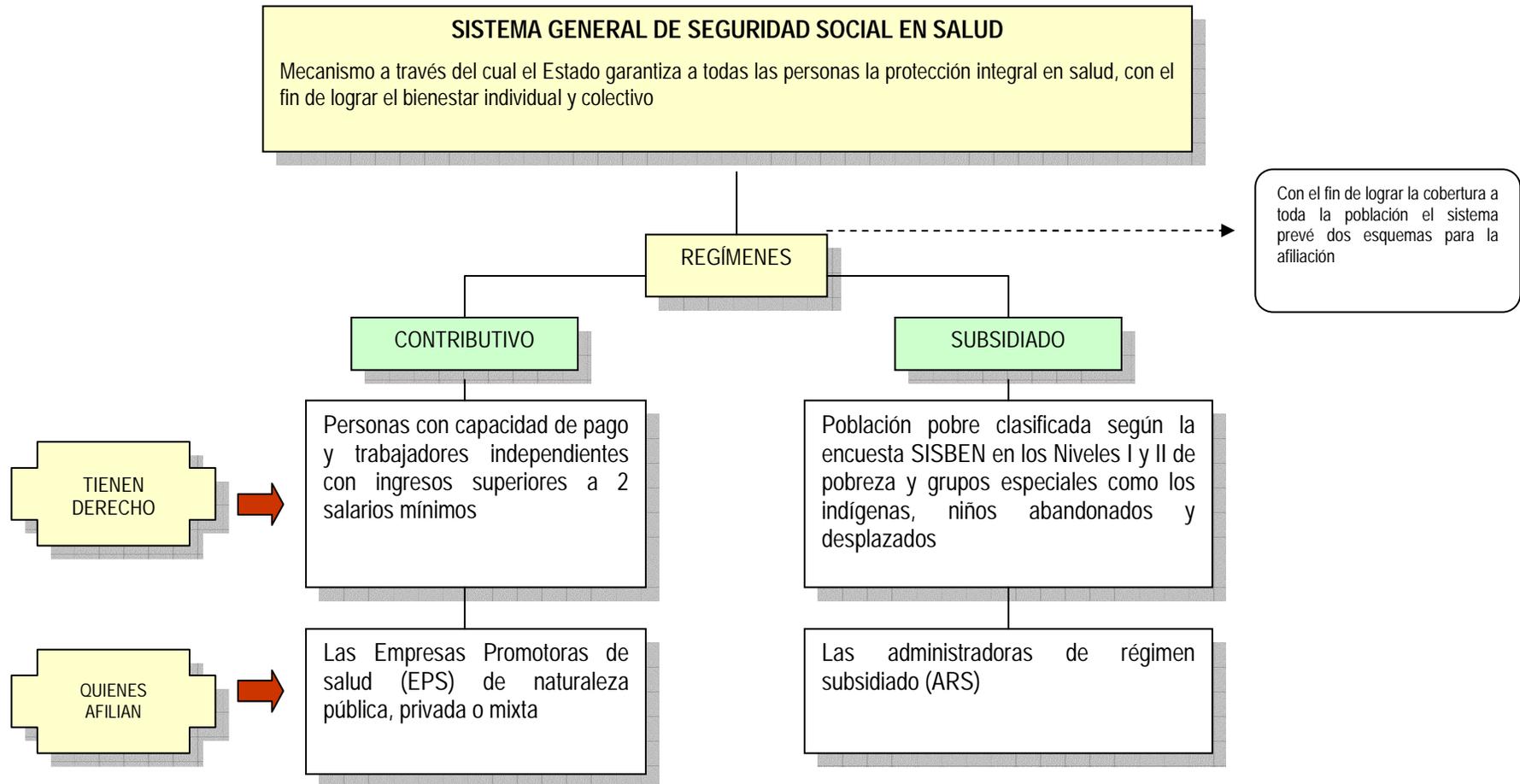
progresivamente los subsidios a la demanda y no a la oferta como se hace actualmente, este será un proceso de transformación de recursos gradual y progresivo.

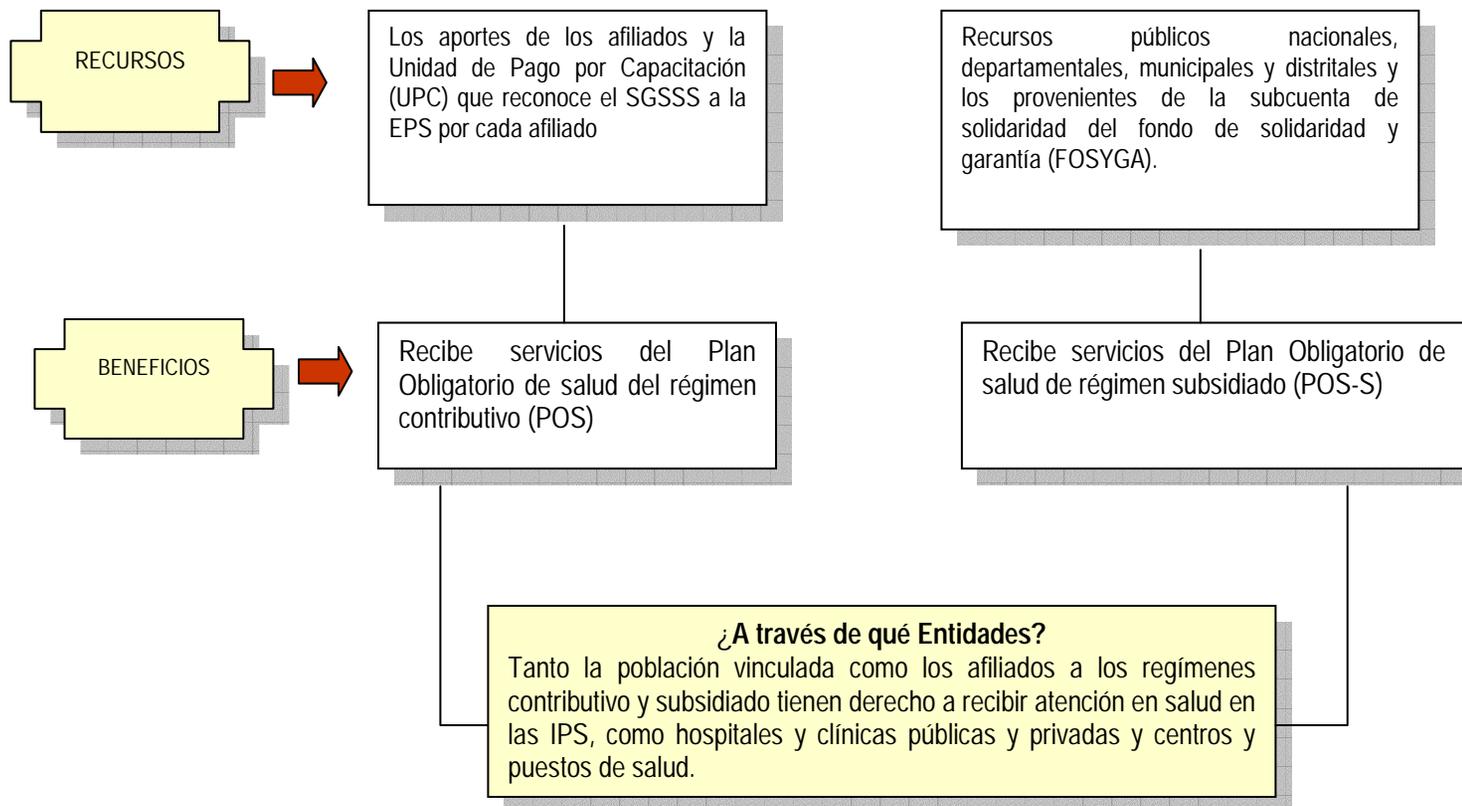
Estas dos Leyes 60 y 100 significan un cambio profundo en las costumbres institucionales y, en especial, en la forma de proveer a los colombianos de nuevos y eficientes servicios de salud.

En otras palabras son los pilares del nuevo modelo de organización del sector salud, más descentralizado, y con mayor participación para obtener la cobertura total de la población. Ellas en conjunto están cambiando el rumbo institucional del sector y configuran y hacen realidad desde ya, la sociedad justa y equitativa que aspiramos y merecemos los Colombianos.

#### 4.4 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

Figura 3. Organización del SGSSS





↓

Para el bienestar de todos los usuarios

En la organización institucional del sistema se deben resaltar como factores nuevos la creación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), el fortalecimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las nuevas funciones de Dirección y Control, las cuales están a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social y del Ministerio de Salud y el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud que cumple las funciones de Inspección, Vigilancia y Control.

#### 4.5 ORGANISMOS DE DIRECCIÓN Y CONTROL

##### 1. **Ministerio de Salud**

Su responsabilidad es normar, regular, controlar y dirigir el Sistema, para cumplir con sus funciones en el nivel territorial, el Ministerio cuenta con los servicios Seccionales de Salud (uno por departamento). Adicionalmente como sistema de control sobre el comportamiento de la salud de la población realiza las actividades de vigilancia epidemiológica relativas al control de enfermedades (lepra, TBC, malaria, rabia y otras endémicas), vacunación y manejo de inmunoprevenibles y control de alimentos, entre otras, las cuales se constituyen en el denominado Plan Básico de Salud que se incluye dentro de la Ley como plan de beneficio.

##### 2. **Ministerio de trabajo y Seguridad Social**

Norma y regula todo lo relacionado con Riesgos profesionales y los Regímenes de Pensiones.

##### 3. **Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)**

Pertenece a la órbita del Ministerio de Salud, tiene una conformación colegiada y representativa de los principales actores y gestores del Sistema.

##### 4. **Superintendencia Nacional de Salud**

Es una entidad con funciones delegadas expresamente de la Presidencia de la República, para garantizar el servicio público de salud y del Ministerio de Salud en lo que tiene que ver con financiamiento y calidad de la atención. Cumple funciones de inspección, vigilancia y control, e implementa mecanismos de evaluación de calidad científica de prestación de los servicios y controla presupuestal y financieramente a las entidades participantes.

Como su nombre lo indica estas entidades son las encargadas de definir las políticas, establecer las directrices y velar por su adecuado cumplimiento.

#### 4.6 ORGANISMOS DE ADMINISTRACIÓN

Estos organismos son los encargados de la afiliación, recaudo de la cotización, prestación de los servicios a través de las IPS, propias o contratadas.

Existen varias modalidades de Organismos de Administración:

##### 1. Del Régimen Contributivo

- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

##### 2. Del Régimen Subsidiado

- Entidades Promotoras de Salud (EPS)
- Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)
- Cajas de Compensación Familiar
- Empresas Solidarias de Salud

En la parte operativa, todas cumplen la misma función y tienen modos de operación similares.

##### 4.6.1 Las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

El Régimen Contributivo se puede asimilar a un sistema unificado de protección, alrededor del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), con diversos agentes públicos o privados que recaudan por delegación de dicho Fondo las cotizaciones que deben pagar al sistema los usuarios por los cuales las EPS compiten.

Estas entidades, se encuentran relacionadas financieramente entre sí mediante el cruce de cuentas que hacen con el Fondo de Solidaridad y Garantía en virtud de los diferentes recaudos y la UPC. Para evitar el monopolio, el centralismo y el gigantismo, el Sistema contempla un único Plan Obligatorio de Salud (POS) que puede ser ofrecido y garantizado por las diferentes EPS que competirán por los afiliados. Las EPS son los núcleos organizativos básicos del SGSSS.

En cuanto que y por expresa autorización de la Ley, sus principales funciones son la afiliación de los colombianos al Sistema, la movilización básica de los recursos financieros, la promoción de la salud, el manejo del riesgo de enfermar de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud. Tendrán, además, como funciones complementarias, la administración de las incapacidades, los servicios de salud por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), y la organización de planes complementarios de salud.

Estas entidades deben promover activamente la afiliación de las familias colombianas con capacidad de pago, a través del Régimen Contributivo, y coordinar con los gobiernos locales la afiliación de los más pobres a través del Régimen Subsidiado.

Las EPS en su función de manejo del riesgo, disminuyen para el individuo la incertidumbre financiera asociada con la ocurrencia de eventos de enfermedad futuros e inciertos, mediante instrumentos financieros y de agrupamiento de riesgo.

Mediante el prepago, las EPS estimulan la previsión del impacto financiero de la atención de casos costosos de enfermedad, suavizando la dimensión temporal de los gastos. Para minimizar aún más el riesgo de enfermedades catastróficas, las EPS deberán reasegurar estos eventos.

La agrupación de individuos con diferentes tipos de riesgos, permite a las EPS suavizar el efecto financiero de las diferencias interpersonales en los riesgos de salud. Por ello, el valor de la UPC debe reflejar el costo de atender los riesgos esperados para el promedio de la población.

Las EPS no podrán generar barreras a la afiliación de ninguna persona ni podrán terminar unilateralmente los contratos. Tampoco podrán utilizar los copagos para discriminar a los individuos de más alto riesgo, generando selección adversa.

Por delegación explícita del FOSYGA, corresponde a las EPS la movilización básica de los recursos financieros del SGSSS:

- captar los aportes de los afiliados,

- facilitar la compensación con el FOSYGA,
- hacer un uso eficiente de los recursos de la UPC, para lo cual adoptarán modalidades de contratación y pago que incentiven la racionalidad del uso de recursos y el control de costos del Sistema.

Las EPS serán asimismo responsables del cobro y recaudo de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles para racionalizar el uso de los servicios del sistema y complementar la financiación del Sistema.

El fin último de la EPS es promover el estado de salud de sus usuarios, garantizando la prestación de los servicios de salud definidos en el POS con criterios de integralidad, eficacia, eficiencia y calidad.

La EPS gestiona y coordina la oferta de servicios de salud, directamente o través de la contratación con IPS y profesionales de la salud, para permitir la atención integral a los usuarios en sus fases de fomento de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Las EPS promoverán la adopción de las tecnologías más efectivas para el tratamiento de los diferentes eventos, para hacer el mejor uso del conocimiento científico y aumentar la productividad del sistema. Además promoverá el sistema de garantía de calidad entre todas las Instituciones Prestadoras, para maximizar la satisfacción del usuario y del personal de la salud.

Las EPS promoverán y garantizarán, hasta el máximo posible, la libertad de elección del usuario, tanto de la EPS a la cual se afilie, como de las IPS de las cuales reciba servicios; ésta, dentro del límite de su capacidad técnica, no rechazará afiliados por su condición socioeconómica o de salud ni terminará unilateralmente los contratos; la EPS, dentro de su Plan de Salud debe garantizar pluralidad de prestadores de servicios para todas las intervenciones en que haya oferta disponible en la zona, en un ambiente de sana competencia y debe generar un sistema de información sobre la calidad de los diferentes prestadores, que haga eficaz la elección del usuario.

La EPS, finalmente, será responsable de la eficiencia económica del sistema de prestación de servicios. Sus servicios estarán sujetos a un sistema de facturación fiable, que permita un registro y control de los costos. La organización de los servicios se hará con base en un sistema de referencia y contra-referencia que garantice la entrada del paciente por el primer nivel y que no haga uso innecesario de recursos más especializados y costosos. Siempre privilegiará como criterios de atención a sus usuarios la prevención de la enfermedad y su detección y tratamiento temprano.

Las EPS podrán ofrecer adicionalmente a sus usuarios Planes de Salud que incluyan intervenciones no previstas en el POS, o el uso de tecnología u hotelería por encima de las condiciones medias previstas; el costo de estos planes complementarios correrá enteramente a cargo del usuario. La EPS diferenciará claramente los Planes complementarios del Plan Obligatorio, para evitar la discriminación de usuarios.

Las EPS también podrán ofrecer la organización de los servicios de salud asociados con ATEP. Los servicios de salud asociados a estos eventos y las prestaciones económicas que por ellos se generan serán pagados por las entidades administradoras de riesgos profesionales.

En cualquier caso, el manejo financiero de las funciones complementarias debe ser independiente del manejo del POS.

En resumen, de esta forma y con la forma de operación prevista para las EPS, el SGSSS queda exento de estructuras monopólicas, en sus áreas de afiliación, recaudos, administración, contratación y prestación de servicios.

#### 4.7 ORGANISMOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Son organismos de prestación de servicios de salud, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), mixtas o privadas, Hospitales Públicos: Empresas Sociales del Estado (ESE), en todos y cada uno de los niveles de atención.

#### 4.7.1 Las Instituciones Prestadoras de Salud. IPS

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrezcan sus servicios a través de las EPS. Las IPS podrán o no tener relación patrimonial con las EPS, pero en todo caso deben gozar de autonomía técnica y financiera. A su vez, las EPS deben ofrecer a los afiliados y usuarios distintas alternativas de prestadores de servicios, entre las cuales el usuario también podrá ejercer la libre escogencia.

La autonomía de las IPS se determinó como mecanismo para asegurar la eficiencia en la gestión y un mejor control entre los agentes participantes. Ello también permite mejorar la capacidad de competir con agentes privados en un mercado abierto.

#### 4.7.2 Los hospitales públicos y la ley 100

La Ley 100 de 1993 reafirma la autonomía administrativa, técnica y financiera de los hospitales públicos que se había establecido en las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993. Con este propósito se debe adelantar una profunda e intensa reorganización del sector, para lo cual resulta definitiva la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), como categoría especial de entidad pública descentralizada, con el régimen de personal previsto en la Ley 10 de 1990 y regida por el derecho privado en materia contractual.

Los Consejos Municipales y las Asambleas Departamentales deberán transformar sus hospitales públicos en ESE con el fin de que operen con racionalidad económica adecuada y puedan competir. Para que esto sea una realidad, las asignaciones presupuestales a estos hospitales que antes se determinaban en esferas externas y con criterios no ligados a la eficiencia y el volumen de servicios, deberán hacerse ahora, progresivamente, en función de las actividades que realice la entidad y acorde a su capacidad de venta y negociación para lograr incrementar la demanda de los usuarios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Esto es lo que se ha llamado la transición de un *régimen de subsidios a la oferta* hacia un sistema de asignaciones a las personas que las requieren para comprar los servicios: *subsidios a la demanda*.

Uno de los principales puntos de conflicto ha sido el pasivo prestacional de estas entidades. A través de las disposiciones de la Ley, se permite acabar con el conflicto de los pasivos laborales de los hospitales públicos. Con el fin de facilitar este proceso, se creó el Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud que brinda la posibilidad efectiva para que los departamentos y municipios cumplan los requisitos exigidos por la descentralización y asuman autónomamente el ejercicio de sus competencias. El Fondo permitirá contribuir en el pago de las deudas causadas con el personal de salud en los rubros de cesantías, pensiones y reseñas para pensiones.

Las normas legales, igualmente permiten adelantar un programa de nivelación de salarios entre las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de las diferentes entidades territoriales, así como generar un régimen de incentivos para laborar en regiones marginadas. La acción del Ministerio de Salud en este campo está orientada a la eliminación de diferenciales de remuneraciones que no tienen sentido, de modo que la participación de estas entidades en un sistema de libre elección de los usuarios y competencia entre prestadores no se desarrolle con un sesgo en contra de las entidades públicas y sus trabajadores. El Ministerio dictará los criterios generales de este sistema salarial, que ejecutarán las autoridades departamentales y locales.

Cuando las entidades públicas de prestación de servicios hayan logrado total autonomía, el sistema ya no fijara las tarifas para la prestación de los servicios contratados entre ellas y las entidades organizadoras de la afiliación (EPS), actualmente se tiene establecido un tope mínimo del 40% de contratación de las EPS con las ESE.

El SGSSS sólo tendrá un control de tarifas de la atención de aquellos servicios que sean reembolsados a las IPS por el seguro de accidentes de tránsito, por la subcuenta de eventos catastróficos colectivos del mismo Fondo o para la atención inicial de urgencias cuando la IPS no cuente con contrato con la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario. Para las demás atenciones se establecen unas tarifas de referencia, pero existe libertad controlada para la negociación entre las EPS y las IPS.

El sistema propuesto implica, también, modificaciones a la Ley 10 de 1990, y obliga a una transición organizacional y ejecutiva de las entidades públicas de los distintos niveles gubernamentales, particularmente una nueva organización y orientación de los fondos locales y Seccionales de salud.

Como se conoce de importantes deficiencias en la infraestructura de servicios de muchos de los establecimientos públicos, especialmente en la perspectiva de la competencia con otros agentes prestadores de servicios, se contempla la asignación de recursos de inversión equivalentes al 10% de las transferencias de los recursos nacionales durante los próximos cinco años (1995 – 2000). Estos representan en términos reales montos superiores al 100% de lo invertido durante los últimos 25 años, para modernización de las instituciones, mejoramiento de la infraestructura y la realización de ajustes a la gestión.

Finalmente, la progresiva autonomía de las IPS, hace necesario el desarrollo de nuevos mecanismos de control. Vale la pena indicar prioritariamente tres de ellos:

1. En primer lugar, el Ministerio de Salud adelanta un programa nacional de acreditación de entidades.
2. En segundo lugar, las instituciones promotoras y prestadoras de servicios deben contar con sistemas de auditoría médica.
3. Finalmente, y como un componente administrativo pero también de regulación de la calidad del servicio, las EPS e IPS deberán contar con sistemas de vigilancia de calidad y de costos.

#### 4.8 LOS USUARIOS DEL SISTEMA Y LOS REGÍMENES

Son integrantes y usuarios del SGSSS, todos los habitantes del territorio Nacional Colombianos o extranjeros, sin distinción de raza, pensamiento político o religioso, capacidad económica, edad ni estado civil.

El acceso de las personas al SGSSS será progresivo, tanto en términos del número de personas como del nivel de protección que brinda el sistema.

Los asalariados y los trabajadores independientes con capacidad de pago accederán al sistema por medio del *Régimen Contributivo*, mientras que la población pobre y sin vinculación salarial accederá a través del *Régimen Subsidiado*.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social(SGSSS), es obligatoria para todos los habitantes del país, bien sea a través del régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado. Las personas independientes con capacidad de pago y aquellas que se encuentren empleadas, deberán afiliarse al Régimen Contributivo.

#### 4.9 REGÍMENES

Los usuarios acceden al SGSSS, de dos formas dependiendo la capacidad de pago:

##### 4.9.1 Régimen Contributivo

Compuesto por todas aquellas personas con capacidad de pago.

- Empleadores
- Empleados y su grupo familiar
- Trabajadores independientes que ganen mas de 2 salarios mínimos y su grupo familiar
- Pensionados o jubilados

##### 4.9.2 Régimen Subsidiado

Dirigido a la población pobre y vulnerable

- Personas clasificadas en niveles de pobreza y pobreza extrema
- Comunidades Indígenas

#### 4.10 FINANCIACIÓN

Se contemplan formas diferentes de financiación de acuerdo al Régimen de afiliación:

➤ Régimen Contributivo:

1. Cotizaciones de los afiliados:

- Empleador 8%
- Empleado 4%

## 2. Cuotas Moderadoras

- Afiliados
- Beneficiarios

## 3. Copagos

- Beneficiarios

### ➤ Régimen Subsidiado:

*A nivel Nacional:* Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

- Subcuenta de Solidaridad

*A nivel Departamental:* Transformación de recursos de oferta

- Situado Fiscal y Rentas Cedidas

*A nivel Municipal :* La participación de los ingresos Corrientes de la Nación (ICN)

El análisis de la financiación del SGSSS exige que se examinen en forma separada los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

La contribución de los afiliados en el Régimen Contributivo, o por familia cuando hay varios cotizantes por familia, es del 12% de los salarios o ingresos, de los cuales el Régimen Contributivo contará con 11 puntos de la cotización ya que un (1) punto se orientará hacia la financiación del Régimen Subsidiado.

Teniendo en cuenta los recursos recaudados con la contribución del 11% de los ingresos salariales y de los trabajadores independientes con capacidad de pago afiliados al Régimen Contributivo, el Fondo de Solidaridad y Garantía hará las asignaciones para las subcuentas de compensación y de promoción.

El conjunto de los recursos disponibles permitirá determinar la UPC que serán los recursos efectivamente administrados por las EPS para asegurar la prestación de los servicios de atención de salud y el pago de incapacidades para los afiliados cotizantes.

El total de recursos deberá cubrir plenamente las exigencias financieras que establece el POS, las asignaciones para las licencias de maternidad de las afiliadas cotizantes y para las acciones de promoción y prevención que determine el Ministerio de Salud y con recursos de la respectiva subcuenta del FOSYGA.

El Régimen Subsidiado cuenta con varias fuentes de recursos:

1. recursos públicos nacionales, transferidos o descentralizados,
2. los recursos propios de las regiones
3. y los recursos de la cuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

El FOSYGA, en la subcuenta de solidaridad cuenta con los recursos de:

1. Un (1) punto de solidaridad,
2. los recursos que asigne el sistema de compensación familiar,
3. los aportes equivalentes del presupuesto nacional (hasta 1997)<sup>30</sup>
4. y otros recursos: rendimientos financieros, IVA social (hasta el año 2000) y los impuestos de remesas de utilidades de las empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua.

En el conjunto del SGSSS, el Régimen Contributivo constituye el 49% de todos los recursos del sistema, mientras los recursos del Régimen Subsidiado corresponden al restante 51% (37% en cabeza de los departamentos y municipios y 14% en el FOSYGA). Este conjunto de recursos y su evolución, se puede sintetizar de la siguiente manera, el conjunto del gasto social del Estado en

---

<sup>30</sup> En su artículo 219, la Ley 100 establece que los aportes del Presupuesto Nacional a esta cuenta del FOSYGA serán iguales a la suma recaudada por los dos conceptos anteriores; pero a partir de 1997 la asignación podrá llegar a ser igual pero no en forma obligatoria. En principio se espera que los ingresos que reciba el Fondo en razón de las remesas de la explotación petrolera de Cusiana y Cupiagua permita mantener el equilibrio y la suficiencia de estos recursos.

salud para el año 1990 fue de 8.6%, para 1992 de 10.6% y para 1996 15.6%, del PIB. Como se puede apreciar existe un aumento significativo en los recursos que el Estado destina al sector salud.

#### 4.11 LOS PLANES DE BENEFICIOS

El SGSSS provee los servicios y practica sus acciones, procedimientos e intervenciones a través del Plan de Beneficios, que a su vez contiene cinco planes de atención en salud; así:

- I. POS (Plan Obligatorio de Servicios), que puede ser Subsidiado o Contributivo
- II. PAB (Plan de Atención Básica)
- III. Planes Complementarios
- IV. ATEP (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional)
- V. Riesgos Catastróficos y Accidentes de Transito.

Estos planes de atención en salud son complementarios unos de otros logrando una mayor cobertura de servicios, consiguiendo intervenciones de diferente origen que en conjunto sirven para impactar mejor un problema determinado y brindando condiciones de hotelería satisfactorias para cada uno.

El “plan de beneficios” garantiza a los afiliados y beneficiarios del Sistema, un conjunto de servicios. Los afiliados y beneficiarios adquieren el derecho a satisfacer sus necesidades, recibiendo simultáneamente servicios de diferentes planes, dirigidos de forma complementaria, lo que se constituye en una herramienta para cubrir necesidades básicas de grupos vulnerables donde la prestación de algún plan no exista o sea insuficiente <sup>31</sup>.

A excepción de los planes complementarios<sup>32</sup>, el resto de ellos contienen expresamente acciones, procedimientos e intervenciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

---

<sup>31</sup>Podría por ejemplo, atenderse a través del PAB la desparasitación o inmunización a quienes vivan en lugares apartados donde no exista afiliación a ningún Régimen.

<sup>32</sup>No obstante puede contenerlos y en muchos casos los contiene.

ordenados de diferente manera. Los recursos disponibles para Promoción y Prevención están contenidos en diversas fuentes y de acuerdo a los planes de beneficios.

#### 4.11.1 Plan Obligatorio de Salud (POS):

La protección que se brinda a los afiliados cotizantes del Régimen Contributivo es integral desde del inicio del nuevo sistema, en los aspectos contemplados en el POS. Los afiliados dependientes del cotizante tendrán la misma cobertura del POS asegurada a través de la cotización y de los copagos. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado tienen protección parcial creciente. El sistema prevé que en el año 2.001, todos los beneficiarios de ambos Regímenes cuenten con protección integral. De esta forma, se logrará una protección uniforme.

Las expectativas financieras del sistema permiten afirmar que el logro de la cobertura universal y la protección integral resultará viable si se mantiene una acción permanente y activa por parte de todos los actores sobre el conjunto del sistema. El gran desafío técnico y político del sistema consiste en lograr la convergencia progresiva de la protección entre los distintos beneficiarios de ambos Regímenes.

El POS incluye acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención curativa y de rehabilitación, y la provisión de medicamentos esenciales. Finalmente, para los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo, incluye el pago de incapacidades por enfermedad general y de licencias de maternidad.

Las atenciones que se contemplen en el POS, para los afiliados cotizantes y no cotizantes del Régimen Contributivo y para los afiliados al Régimen Subsidiado, así como la determinación de los niveles de copagos y cuotas moderadoras para los diferentes servicios y provisión de medicamentos, tienen como criterio fundamental la evaluación de costo / efectividad de estas actividades, teniendo en cuenta principalmente la ganancia en salud de los usuarios, medida esta en términos de los años de vida saludables que se obtienen en razón de la atención. Los recursos para financiar el POS, llegan a las EPS a través del cobro de la Cotización.

#### 4.11.2 Plan de Atención Básica (PAB):

Es estatal, gratuito y de cobertura universal, se financia con cargo exclusivamente a recursos fiscales, contempla las actividades de salud pública, de control del medio ambiente y aquellas individuales que tienen una alta externalidad como las vacunaciones, la desparasitación y la educación y prevención de la drogadicción, entre otros.

A los recursos del PAB acceden todos los entes territoriales, estos provienen de:

- Recursos del situado fiscal destinados a fomento de la salud y prevención de la enfermedad (5 puntos por entidad territorial).
- Recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud.
- Recursos que para el efecto destinen los Departamentos, Distritos y Municipios.

#### 4.11.3 Planes Complementarios

Son aquellos servicios que brindan las actividades excluidas en el POS y que no tienen por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad como cosméticos, estéticos o suntuarios y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Se financian con recursos propios de los usuarios y son optativos.

#### 4.11.4 Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito

Cubre la atención de las víctimas de accidentes de tránsito cuando tales víctimas no están amparadas por pólizas del seguro obligatorio de accidentes de tránsito y los eventos catastróficos originados en atentados terroristas, desastres naturales y otros que afecten de manera indiscriminada a un grupo grande de la población. En esta última categoría están los accidentes tecnológicos. Este paquete, se ofrece a todos los colombianos.

Se financia con recursos provenientes de:

- Recursos del Fondo FONSAT, (Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito) del FOSYGA.

- Recursos propios que el Estado destine para estos fines.
- Prima adicional del seguro obligatorio de accidentes de tránsito establecida en la Ley.

#### 4.11.5 Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP)

Es la protección específica para los accidentes de trabajo o la enfermedad profesional, debe ser contratada por los empleadores. Los pagos de incapacidades y compensaciones económicas para los empleados, se suministran a través de las entidades que aseguran contra este tipo de riesgos, Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP). Esta se financia con recursos provenientes:

- Subcuenta de Accidentes de trabajo y Riesgos profesionales del FOSYGA
- Dineros propios de las empresas y organizaciones.

## 5 EVALUACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

Las Instituciones se han visto obligadas a cambiar sus esquemas tradicionales como consecuencia de la transformación política que ha sufrido el país, pasando, como se mencionó en un comienzo, de un viejo modelo de asistencia pública, donde los hospitales que existen atendían únicamente las urgencias y enfermedades más graves, en condiciones de enorme pobreza, a un modelo de seguridad social donde la gente tendrá mayor capacidad de decisión para escoger sus prestadores de servicios. De esta forma se cubrirán las contingencias de una manera más integral, dando especial énfasis a los procesos de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, como pilares fundamentales para alcanzar la añorada meta de la Organización Mundial de la Salud: "Salud para todos en el año 2000". Pero la forma de hacerlo no será para todos, sino por y con todos.

Cualquier cambio en los procesos y en las Instituciones debe ir acompañado de un adecuado seguimiento, para poder establecer el impacto de las acciones y las consecuencias de las medidas que se adopten. Por este motivo, se describirá la situación de la Seguridad Social en Colombia antes y después de la ley 100.

### 5.1 SITUACIÓN ANTERIOR A LA LEY 100

El antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS) tenía la finalidad de prestar servicios asistenciales a la población y estaba conformado, como se mencionó en el marco de referencia, por 3 subsistemas:



Tanto el subsistema de seguridad social como el privado, se encargaban de prestar servicios a aquellas personas con capacidad de pago bien sea a través de las cotizaciones compartidas con sus empleadores o por medio de la cancelación de los costos directos de la utilización de los servicios.

El oficial, por otro lado, era dirigido y operado por el Estado a través de hospitales, centros y puestos de salud de su propiedad, entregando servicios a la población sin capacidad de pago, bajo el esquema de ***Asistencia Pública***.

Este esquema presentaba las siguientes características:

### *Cobertura*

Era una cobertura deficiente, especialmente para población más pobre y vulnerable. Un estudio realizado en 1993<sup>33</sup>, revelan que de las personas enfermas en el decil más pobre de la población, el 34.8% no asistieron a los servicios de salud. Las causas principales para este fenómeno son:

- ✓ Alto costo de los servicios (50.5%)
- ✓ Barreras de tipo cultural al acceso (36.5%)
- ✓ No existencia de centros de atención (9.7%)
- ✓ Rechazo a los consultantes (3.3%)

El otro problema se relaciona con la diferencia entre las áreas urbana y rural en cuanto al porcentaje de población perteneciente a cada una de las modalidades posibles de aseguramiento en salud. En el mismo estudio, al Instituto de Seguros Sociales pertenecía el mayor porcentaje asegurado (19.6% en el área urbana y 7% en el área rural).

### *Infraestructura y oferta de recursos humanos*

La red de servicios del sector salud comprendía 4.926 establecimientos, de los cuales el 91% (4.488) correspondía al primer nivel (incluyendo centros y puestos de salud) y 9% (438) al segundo y al tercer nivel. El 85% (3.852) de los establecimientos del primer nivel de atención pertenece al sector público, el 11% (478) a instituciones de seguridad social y 3.5% (158) al sector privado. Los 161 establecimientos públicos de segundo y tercer nivel de atención, tenían asignados

---

<sup>33</sup> VELEZ E., Carlos Eduardo, "La distribución de los servicios de educación, salud y del cuidado del menor" en DPN, Misión Social, "La incidencia del gasto público social en Colombia", capítulo 5, Bogotá, abril de 1995. pg.526

el 70% de los gastos de funcionamiento de la red de servicios, mientras que los 544 hospitales de primer nivel, puestos y centros de salud contaban con el 30% restante.

En cuanto a los procesos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de servicio, no prevalecía un concepto de red que permitiera hacer una eficiente, eficaz y oportuna utilización de la capacidad instalada. Los medicamentos existentes para las referencias a los hospitales de segundo y tercer nivel se basaban en las reparticiones político administrativas territoriales y tenían que ver muy poco con los espacios y la distribución de la población, es decir, la demanda, en detrimento de los objetivos del sistema de salud.

### *Eficiencia*

Aunque se lograron importantes mejoras en el estado general de salud de la población, el SNS presentó ineficiencias que se reflejaron principalmente en 2 aspectos:

- ✓ la organización institucional y la prestación de servicios
- ✓ la asignación de recursos y su distribución

La prestación de servicios en el SNS se efectuaba según el subsector que ofreciera la atención:

1. subsector privado ..... las clínicas y consultorios particulares creadas de acuerdo con las condiciones del mercado.
2. subsector de la seguridad social ..... las clínicas y centros de atención adscritos al ISS y las cajas de previsión, ofrecían los servicios a sus afiliados y beneficiarios en los niveles locales; en los casos de regiones apartadas este subsector contrataba los servicios con los hospitales del Estado a fin de no incrementar su infraestructura y recursos humanos.
3. subsector oficial ..... desarrolló un sistema organizacional vertical, dirigido por el Ministerio de Salud, quien tomaba la mayoría de decisiones en los aspectos financieros, de políticas y de atención; dicha entidad delegaba algunas de sus funciones en el nivel departamental por medio de los servicios seccionales, los cuales tenían a su cargo los hospitales, centros y puestos de salud del nivel local.

Se presentó también una inadecuada utilización de la infraestructura disponible. Por un lado las instituciones que debían prestar los servicios de primero y segundo nivel, no tenían la capacidad para hacerlo, lo cual llevó a que las instituciones especializadas que debían destinarse a prestar servicios de alta complejidad, debieran prestar estos servicios, pero con los costos de este nivel de atención.

Esto ocasionó que no se pudiera dar el adecuado desarrollo de los centros de atención. Indicadores como el giro cama, el promedio estancia y especialmente el porcentaje ocupacional de camas hospitalarias reflejaban una utilización irracional de los recursos: el 80% de ocupación en los centros de gran complejidad, frente a

30 ó 50% de ocupación en los centros de menor complejidad.

A la vez, los tiempos de espera para atención reflejaban la gran congestión en el nivel subespecializado debido principalmente a demandas que podrían haber sido resueltas en el nivel inferior.

De este modo, la inadecuada organización institucional llevó a que se privilegiara la destinación del gasto hacia la curación, la atención especializada y de altos costos. Las enfermedades de fácil resolución en el primer nivel de atención, (con sencillas intervenciones de medicina general o con acciones de promoción y prevención), no fueron tenidas en cuenta en el diseño de las redes de servicios, lo que ocasionó que la atención básica y las acciones de prevención y promoción fueran descuidadas.

Mientras tanto, se difundieron procedimientos y tecnologías poco costo efectivas de segundo y tercer nivel de complejidad. La asignación de recursos del sector público se realizaba de tal manera que a los hospitales de mayor complejidad y a las instituciones que generaban mayores gastos les correspondía mayor parte de los recursos. Esto, sin que el volumen de gastos coincidiera con la cantidad de servicios y su calidad.

No existían criterios de manejo financiero eficientes, hallándose casos en los cuales los hospitales que presentaban superávit en una vigencia sufrían recortes de presupuesto similares a la cuantía de

tal excedente, mientras que las instituciones deficitarias eran premiadas con incrementos presupuestales en las vigencias futuras.

Con relación a la promulgación de políticas, se puede decir que estas estaban enfocadas a la asignación de recursos para curar enfermedades y no para generar salud en la población. Como lo afirma Yepes, "el sistema de salud Colombiano ha sido y continua siendo reparativo, centrado en la atención de quienes ya perdieron la salud, ignora la promoción de la salud y minimiza la prevención de la enfermedad".<sup>34</sup>

La falta de cobertura en el sector público, generó en la población la necesidad de suplir esa falta de atención con la búsqueda y compra de servicios pagados por cada uno de los ciudadanos (gasto de bolsillo). Este gasto privado en salud presentó una importante expansión llegando a superar en cantidad, el gasto conjunto de los sectores públicos y de seguridad social<sup>35</sup>.

El gasto público total en salud se cuadruplicó en la última década. Entre 1986 y 1991 tuvo un crecimiento moderado aproximadamente del 8% anual, entre 1991 y 1993 el crecimiento promedio pasó a 18% y entre 1993 y 1996 a 32%. Este crecimiento tan significativo se debió principalmente a los incrementos en el porcentaje que se destina a las transferencias territoriales definidas por la Ley 60 de 1993 (situado fiscal y participaciones municipales) y los nuevos recursos definidos por la Ley 100 de 1993 (FOSYGA). Los recursos del sector también se incrementaron como porcentaje del PIB. Mientras en 1986 éstos representaban menos de un punto del PIB (0.94), en 1993 llegaron a 1.32% y en 1996 pasaron a 2.26%.

## 5.2 SITUACIÓN POSTERIOR A LA LEY 100

Colombia inició en Diciembre de **1993** un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos los ciudadanos con el fin de modificar el escenario inicial existente en

---

<sup>34</sup> Ibid, pág 22

<sup>35</sup> Ministerio de Salud, "La reforma a la Seguridad Social en Salud" Tomo1: antecedentes y resultados. Santafé de Bogotá, 1994.

el Sistema Nacional de Salud; y se crea un nuevo Sistema de Seguridad Social basado en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Durante el primer semestre de **1994**, cambio de gobierno, se expidieron normas reglamentarias, incluida la reforma del Ministerio de Salud y el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud.

Lo que no ocurrió durante el segundo semestre, pues en este caso, se decide implementar la reforma y no modificar la ley.

De este modo se da inicio, en **1995**, a la implementación de la reforma a través de la autorización de la primera decena de aseguradoras (Entidades Promotoras de Salud - EPS), buena parte proveniente de las empresas privadas de medicina prepagada y de los grupos económicos más poderosos.

Al final de año, las EPS cuentan con cerca de 1.000.000 de afiliados, en el régimen contributivo logrando una cobertura de 22%.

Con relación al régimen subsidiado, se plantea un ejercicio transitorio, para que los servicios de salud departamentales actúen provisionalmente, por un año, como aseguradoras, promuevan la identificación de los estratos más pobres de la población en cada municipio del país y les otorguen un carné del régimen subsidiado, inicialmente con base en sus recursos de oferta y los restantes con base en los nuevos recursos de los municipios y los recursos nacionales del Fondo de Solidaridad y Garantía.

El año de **1996** se caracteriza por ser un año de ajustes. Treinta (30) EPS, en el régimen contributivo, entran a competir por los afiliados, enfrentando un porcentaje de gastos administrativos muy elevados evidenciando iliquidez. Así, al finalizar el año, las EPS cuentan con 2.300.000 afiliados con una cobertura que asciende al 27%.

En el régimen subsidiado, el concurso y la libertad de elección de cada familia, originan un proceso lento de inscripción, por lo que al final del año la coberturas poco más de cinco millones (5.000.000) de personas; es decir el 13% de la población.

Uno de los problemas que salen a flote durante este año es la situación de los hospitales públicos, pues no cumplen a cabalidad con sus obligaciones para con los afiliados y muchos pretenden cobrar a los mismos los servicios no incluidos en el seguro, que por norma, debían asumir de su presupuesto.

**1997** se define como el año de la consolidación del sistema, pues la cuenta de ingresos del sistema en el régimen contributivo es superior a la de pagos de las EPS por capitación. A pesar de la crisis económica y el incremento del desempleo, las EPS privadas, lograron apoderarse de un tercio del mercado incrementando así la cobertura del régimen contributivo a 12.000.000 de afiliados.

En el mismo sentido, se puede apreciar una ventaja importante de las EPS creadas como tales a partir de la reforma, sobre las EPS surgidas de empresas de medicina prepagada, para las cuales su visión y experiencia se ha convertido, al parecer, más en un impedimento que en una ventaja competitiva; quizá porque entienden aún la prepagada como su negocio fundamental y la EPS como una obligación secundaria.

Por otro lado, el régimen subsidiado presenta muchas más dificultades durante el año destacándose el descontento por la reducción del 15% de los aportes nacionales, pues no todos logran facturar esa proporción a las administradoras, fundamentalmente los especializados, cuyos servicios en su gran mayoría, no son cubiertos por el seguro subsidiado; sin embargo, este régimen alcanza los siete millones (7.000.000) de afiliados, con diferencias en la cobertura de la población pobre en las diferentes regiones del país.

Durante **1998** se desencadena una crisis hospitalaria caracterizada por un desequilibrio en la financiación de los mismos. Al analizar las cifras divulgadas por Salud Colombia, se puede observar

que el incremento real de los ingresos de los hospitales del país alcanzó el 201.76%, en otras palabras, se duplicó en pesos constantes.

**Tabla 1. Ingresos hospitales públicos o financiados por el Estado 1993 – 1997**

**Millones (en pesos constantes de 1997)**

	1993	1994	1995	1996	1997
Hosp.. I nivel	325.452	461.495	660.318	749.366	853.984
Incremento anual		41.80%	43.08%	13.49%	13.96%
Acumulado	100.00%	141.80%	202.89%	230.25%	262.40%
Hosp.. II nivel	322.484	389.476	540.620	595.670	620.701
Incremento anual		20.77%	38.81%	10.18%	4.20%
Acumulado	100.00%	120.77%	167.64%	184.71%	192.47%
Hosp.. I nivel	348.781	350.212	463.615	529.344	536.294
Incremento anual		0.41%	32.38%	14.18%	1.31%
Acumulado	100.00%	100.41%	132.92%	151.77%	153.76%
Total hospitales	996717	1.201.183	1.664.552	1.874.380	2.010.979
Incremento anual		20.51%	38.58%	12.61%	7.29%
Acumulado	100.00%	120.51%	167.00%	188.06%	201.76%

Fuente: Salud Colombia, noticias.

Cuando se analiza este cuadro por niveles de atención, no se nota un ingreso equitativo, pues mientras los hospitales de primer nivel lograron incrementar los ingresos en cuatro años hasta el 262.40%, los otros dos niveles solo consiguieron un incremento de 192.47% y 153.76% respectivamente.

Esta descompensación, estructural, se originó en normas sucesivas del gobierno nacional, desde la ley 10 de 1990 y el POS subsidiado, que han dejado en evidente desventaja a los hospitales de mayor complejidad.

Esta es la principal causa de la crisis financiera de los hospitales de segundo y tercer nivel, sumada a las limitaciones en la facturación y cobro de servicios a las aseguradoras y los problemas de eficiencia de algunas de estas instituciones.

El gobierno nacional de Andrés Pastrana lanza oficialmente el Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002 "Cambio para construir la paz", reafirmando que seguirá implementando el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, no se compromete con cifra alguna y anuncia severos ajustes en el régimen subsidiado, donde denuncia que existen irregularidades, fugas de recursos y exceso de ganancias de las administradoras, por lo que decide disminuir el margen de administración de estas organizaciones y ordena auditorias sobre las mismas.

Se dice que en **1999** se dio una caída de las EPS públicas por la congelación de la Unidad de Capacitación del Régimen Subsidiado, acentuando aún más su crisis, a través del aumento en sus pérdidas y su iliquidez. Al ser suspendidas por la Superintendencia de Salud, no pueden incorporar nuevos afiliados, ni siquiera para sustituir los que se retiran alejándose así, del margen de solvencia y de la viabilidad económica y financiera requeridas según el artículo 180 de la ley 100 de 1993.

Con esta situación se ve la necesidad de una reestructuración, razón por la cual, el gobierno expide una nueva norma que incrementa los requisitos de afiliados mínimos y capital para las administradoras del régimen subsidiado.

Por su parte, la crisis financiera de los hospitales públicos es cada vez mayor, pues el llamado "Situado Fiscal" para prestación de servicios se ha reducido, en pesos constantes, a la mitad. Aunque el gobierno reconoce como parte del problema la escasez de ingresos, se evidencian otros factores tanto en el entorno hospitalario como al interior del hospital.

Con relación al entorno hospitalario, se puede mencionar:

- Direcciones Territoriales de Salud
- Situación Económica del País
- Cultura de los público

En cuanto al interior del hospital:

- Recurso Humano NO necesario

- Recurso Humano de COSTO FIJO elevado: Nivelación salarial, Primas técnicas y Convenciones Colectivas etc.
- Baja productividad

Para el año **2000**, El Consejo Nacional de Seguridad Social aprobó incrementar la unidad de Capitación tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en un 10%.

Con base en los resultados obtenidos por la encuesta<sup>36</sup> realizada por Profamilia, la cobertura de la Seguridad Social en salud alcanza un 58% de los Colombianos, un 32% en el Régimen Contributivo, un 22% en el Subsidiado y un 4% en regímenes Especiales.

Sin embargo, se evidencia una desigualdad en la cobertura; mientras que en Bogotá el 72% de la población está afiliada, en la Región atlántica sólo lo está el 45%. Del mismo modo, el 40% de los habitantes urbanos y sólo el 12% de los rurales está afiliado al Régimen Contributivo, mientras que el 35.5% de los habitantes del campo y sólo el 17% de los habitantes de las zonas urbanas está afiliado al Régimen Subsidiado.

En esta misma encuesta se afirma que en el 51% de los casos la razón de la no utilización de los servicios fue la falta de dinero, a excepción de Bogotá, donde la levedad del caso supera como causa a la falta de dinero.

Esta causa, a su vez, se asocia al bajo nivel educativo, lo que sugiere que en el "Sistema no ha sido eliminado el efecto del nivel socioeconómico de las personas sobre su acceso a los servicios de salud".

Otro aspecto que sobresalió en dicha encuesta, es el relacionado con la calidad. La percepción de la calidad de los servicios es mayoritariamente buena para los afiliados (64%), seguida de excelente (20.9%) y de regular (12.2%), mientras sólo el 2.2% la considera deficiente.

---

<sup>36</sup> PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000

El Congreso de la República expide en el **2001** la Ley 715, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de Recursos y Competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Esta Ley incluye importantes cambios sobre el proyecto inicial, entre los cuales se destacan especialmente el artículo 46 (ver anexo 2.) que permite a los municipios descontar un porcentaje de la UPC a las Administradoras del Régimen Subsidiado para manejar los programas de prevención preferiblemente con los hospitales; y la competencia asignada a los departamentos de Vigilancia y Control en el aseguramiento.

Estos dos artículos van a exigir una reglamentación juiciosa por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social y el Ministerio de Salud, en el primer caso porque resulta imposible fraccionar la atención a las personas en manos de distintos actores.

De acuerdo con el informe publicado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre el Sistema (2001-2002),<sup>37</sup> existen preocupaciones sobre la operación y financiamiento del mismo.

Con relación al Régimen Subsidiado, como consecuencia del aporte del Estado de 25 centavos por cada peso de dicho aporte solidario, establecido en la Ley 715; lo que implica que deberán ingresar no menos de 134.00 millones de pesos, los cuales según la Ley ya mencionada y la Ley 100, deberán invertirse en ampliación de coberturas, que según proyecciones racionales harían factible afiliar 1,500.000 colombianos mediante subsidio pleno.

Existe una dificultad para la gestión oportuna de los recursos mencionados anteriormente, porque tanto el aporte solidario del Régimen Contributivo como el que proviene de las Cajas de Compensación Familiar todavía se encuentran dentro del Presupuesto General de la Nación, con las restricciones y demoras que ello significa.

---

<sup>37</sup> Informe Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al Congreso, julio 2002

Como consecuencia de una escasa reactivación económica, el Régimen Contributivo podría presentar dificultades, especialmente en la disminución de cotizaciones por la reducción de la capacidad de pago, lo que afectaría directamente al Régimen Subsidiado.

*“ ..... a diciembre del año 2001 se alcanzaron afiliaciones al Régimen Subsidiado por 11.069.182 personas, clasificadas en los niveles I,II,III del Sisbén, alcanzando coberturas del 68.5% sobre la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) proyectada por el D.A.N.E. para el año 2001. En relación con Diciembre de 2000, se afiliaron 1.558.616 que representa un crecimiento de 16.39%”.*

**Tabla 2. Población afiliada al Régimen Subsidiado según ARS - 2001**

TIPO ARS	AFILIADOS	PORCENTAJE (%)
Cajas de Compensación Familiar	1,989,107.00	18%
EPS	4,937,614.00	45%
ESS	4,142,461.00	37%
<b>TOTAL</b>	<b>11,069,182.00</b>	<b>100%</b>

Fuente: Informe CNSS al Congreso julio 2002

En cuanto al Régimen Contributivo, se dice que sigue amenazado como consecuencia del poco crecimiento de la economía del País, manteniéndose así, el desempleo, el subempleo, la informalidad y la crisis fiscal en niveles desfavorables.

La cobertura en el Régimen Contributivo se conserva, y a su vez, se presenta un ligero incremento de los beneficiarios que causan una mayor densidad familiar, lo que constituye un riesgo para la sostenibilidad del sistema.

Durante el 2001 se marca una gran diferencia entre los afiliados y los afiliados compensados. El sistema acepta como afiliados a todas las personas inscritas reportadas por las EPS, pero sólo reconoce la UPC a los que cumplen con los requisitos como el pago y ser beneficiarios del grupo familiar del cotizante con derecho a ser inscritos por su edad, por ser estudiantes de tiempo completo con dependencia económica, o incapacitados permanentes para laborar que son los afiliados compensados. (ver Anexo 3)

Del total de afiliados, las EPS compensaron durante el 2001 un promedio mensual de 13.335.932 personas, de las cuales 5.308.261 correspondieron a cotizantes y 8.027.671 a beneficiarios.

De este total de afiliados compensados cabe destacar que el 66.97% está en EPS privadas, aumentando en relación con el año 2000 cuando esta cifra era de 54.23%. Por otro lado, los afiliados al ISS y a las demás EPS públicas, representan en el año 2001 el 27.12% del total de afiliados, frente al 38.56% de la participación que tenían en el 2000.

**Tabla 3. Distribución de afiliados compensados (2000-2001)**

	2000	2001
<i>EPS privada</i>	54.23%	66.97%
<b>ISS, EPS públicas</b>	38.56%	27.12%

Se puede apreciar una movilidad de afiliados del sector público al sector privado, ocasionado tal vez por las condiciones de prestación de servicios de salud de estas entidades y la sanción impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud durante los años 1998-2001, que impidió la llegada de nuevos afiliados a estas Entidades.

Otra de las preocupaciones que se presenta con relación al Régimen Contributivo, es que aún se mantiene la tendencia en que la cobertura de éste régimen se sustenta en la población urbana que

está en los sectores formales de la economía, la cual ha presentado un decrecimiento real de sus ingresos salariales básicos, que son a su vez la base de la cotización.

Esto se empeora cuando los sectores informales, como el independiente microempresario, el jornalero y trabajador por cuenta propia, entre otros, que se mantienen en coberturas bajas, demandan servicios de salud como beneficiarios de otro cotizante, o simulan una relación laboral con cooperativas o empresas de trabajo asociado, empresas unipersonales, disminuyendo ficticiamente su ingreso base de cotización, e incluso cotizando por fracciones de mes (Ingreso-Retiro en el mismo periodo), con lo cual se busca acceder al POS parcialmente (Servicios de Urgencias), cancelando un aporte mínimo, en detrimento de las finanzas del Sistema.

El actual gobierno presentó al Congreso de la República un proyecto de ley "por el cual se dictan normas para promover empleabilidad y desarrollar la protección social" con el propósito de contribuir al fortalecimiento del Estado Social de Derecho<sup>38</sup> mediante medidas que den impulso al mercado laboral y contribuyan a recuperar la confianza tanto de los empleadores como de los trabajadores en la Economía Colombiana. Este proyecto incluye algunos artículos relacionados con el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Dentro de estos artículos se encuentran:

- Aportes para estudiantes
- Régimen de cotización para trabajadores independientes sin familia
- Aportes a la Seguridad Social de empresas morosas y contratistas
- Funciones de las cajas de compensación
- Cobertura en salud para menores en el subsidio de desempleo

---

<sup>38</sup> Estado Social de derecho visto como "un plan de acción que persigue dar una dirección racional al proceso histórico, propiciando la participación de los diferentes actores sociales en lo político, lo social y lo económico, en el marco de un proceso de transición hacia la inclusión social y hacia la democracia en pleno" (Castiblanco, Gordo 2002)

El 15 de octubre de 2002, el Gobierno expidió el decreto 2309 con el cual redefinió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de seguridad Social, definiendo su objeto de la siguiente forma:

*“La calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.*

Dentro de las características de este sistema se encuentran:

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

A la fecha, con estas reformas el gobierno busca mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud; y de este modo, ampliar la cobertura del Sistema a toda la población Colombiana; que de

acuerdo con el último informe de afiliados al sistema<sup>39</sup>, publicado por la superintendencia de Salud, todavía falta por cubrir el 35% de colombianos.

**Tabla 4. Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (2002)**

<b>REGIMEN</b>	<b>AFILIADOS</b>	<b>% COBERTURA</b>
<b>Contributivo</b>	17.462.574	40%
<b>Subsidiado</b>	11.180.776	25%
<b>POBLACIÓN TOTAL</b>	43.034.395	

Fuente:

- Ministerio de Salud, Propuesta preliminar para el rediseño del régimen subsidiado.
- Superintendencia de Salud, Afiliados al régimen contributivo de salud, julio de 2002.
- DANE, Indicadores demográficos

### 5.3 FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejoras importantes en los indicadores de vida.</li> <li>2. Compromiso constante de los diferentes gobiernos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incremento de la financiación para la atención de salud de la población pobre.</li> <li>▪ Descentralización de las finanzas públicas y asignación de recursos de financiación adicionales.</li> <li>▪ Ampliación de la cobertura del seguro.</li> <li>▪ Establecimiento de EPS y ARS en la gran mayoría de las regiones donde vive más del 85% de la población colombiana.</li> <li>▪ Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud.</li> <li>▪ Estabilidad financiera, a través del establecimiento de la UPC.</li> <li>▪ Creación del FOSYGA, para la administración de los fondos</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estancamiento en la afiliación y recaudo.</li> <li>2. Falta de una verdadera equidad en la afiliación al SGSSS.</li> <li>3. Variación importante de la carga de enfermedad.</li> <li>4. Deficiente información de pagos y costos.</li> <li>5. Ineficiencia por parte de las Instituciones Regulatorias.</li> <li>6. Evasión y elusión de aportes al sistema.</li> <li>7. Falta de conocimiento de los consumidores y proveedores de sus derechos y deberes.</li> <li>8. Los especialistas y los hospitales no están compitiendo efectivamente entre ellos por los</li> </ol>

<sup>39</sup> SUPERSALUD, Boletín Estadístico, julio 2002.

<p>del seguro universal de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimulación permanente al ISS.</li> </ul> <p>3. Existencia de fondos suficientes para la financiación del POS.</p> <p>4. Creación de un paquete básico de beneficios.</p> <p>5. Información de pagos y costos de forma integral.</p> <p>6. Establecimiento de estándares de calidad.</p> <p>7. Establecimiento de sistemas de información.</p> <p>8. Realizaciones importantes en otros campos.</p>	<p>contratos.</p> <p>9. Las EPS afrontan algunas dificultades.</p> <p>10. Negativa territorial para descentralizarse y falta de incentivos.</p> <p>11. Excesiva reglamentación y diversidad en las fuentes de financiación.</p> <p>12. Retrasos en los pagos.</p> <p>13. Limitación de la planificación participativa.</p> <p>14. Inconsistencias en el Recurso Humano.</p>
---	---

**ESTRATEGIAS**  
(cuatrienio 1998 – 2002)

- || Análisis y proyección de las fuentes de financiación para el Régimen subsidiado. ||
- || Definición del régimen de fiscalización del Sistema Integral de Seguridad Social. ||
- || Establecimiento de procedimientos y responsabilidades de las ARS y de los Entes territoriales. ||
- || Promoción de la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado y definición de paquetes de servicios diferentes al POS. ||
- || Los alcaldes o gobernadores incurrirán en causal de mala conducta por desvíos o demoras en la entrega de los recursos. ||
- || Establecimiento del direccionamiento normativo y estratégico de las entidades territoriales, las comunidades, las aseguradoras y las prestadoras. ||
- || Fortalecimiento del sistema de garantía de la calidad. ||
- || Fortalecimiento de los sistemas de información. ||
- || Implementación del sistema de comprobación y derechos en las direcciones seccionales de salud. ||

II Mejoramiento de la formación de los profesionales de la salud. II

5.3.1 Fortalezas del Sistema

1. **Mejoras importantes en los indicadores de vida:** a través del SGSSS se ha logrado mejorar la esperanza de vida al nacer (72.20 años) y disminuido la mortalidad infantil (21 por cada mil hijos nacidos vivos) comparado con el dato para 1999 que fue de 24 por cada 1000 nacimientos; sin embargo, el país debe realizar un mayor esfuerzo puesto que aún prevalecen problemas significativos.

2. **Compromiso constante de los diferentes gobiernos:** Colombia comenzó la implementación de la Reforma del sector salud en 1995 y hasta la fecha ha logrado importantes progresos mensurables en diferentes áreas. Se debe resaltar el compromiso constante de los diferentes gobiernos que se han sucedido a lo largo del periodo transcurrido desde el inicio de la implementación de la Reforma, logrando realizar cambios sistemáticos y creando condiciones para mejorar varios aspectos básicos del sistema de atención en salud. Entre esos se señalan los siguientes:

- Incremento de la financiación para la atención de salud de la población pobre: Entre 1994 y 1995, Colombia aumentó la financiación pública para la atención en salud en un 63%. La mayor parte de este incremento fue el resultado de los cambios introducidos por la ley 60. Estos fondos se adicionaron a Salud Pública, la atención primaria, la prevención o como subsidios para los más pobres. Aproximadamente una cuarta parte viene del FOSYGA, la cual se asigna específicamente a la financiación de la atención en salud para los pobres.

- Descentralización de las finanzas públicas y asignación de recursos de financiación adicionales: para los servicios de salud pública, prevención y atención primaria.

- Ampliación de cobertura del seguro: Se ha avanzado en los logros de cobertura de seguridad social en salud, teniendo en cuenta cifras previas muy inferiores. En 1993 8'000.000 millones de personas estaban afiliadas a la seguridad social, mientras que en diciembre de 1998 se encontraban afiliados casi 25'000.000 millones. Hay a la fecha aproximadamente 27 millones de colombianos afiliados al SGSSS, de los cuales 9'500.000 millones son afiliados al Régimen Subsidiado<sup>40</sup> y 17'462.574 al Régimen Contributivo (Julio 2002).

Se calcula que de los 17.4 millones de afiliados al Régimen Contributivo, 5'011.733 millones se encuentran afiliadas al ISS y las demás a las restantes EPS que operan en el territorio nacional. Se tiene un total de 11'361894 millones de afiliados al régimen contributivo en las EPS privadas; y 5'712.209 millones de afiliados a las EPS públicas.

Si se compara este grado de cobertura con el que se tenía en el país en 1994 (5 millones de personas) lo único que se puede es resaltar el gran logro, esto sin contar con la población pobre y vulnerable afiliada a través del Régimen Subsidiado, que antes no contaba con ningún tipo de afiliación.

- Establecimiento de EPS y ARS en la gran mayoría de las regiones donde vive más del 85% de la población colombiana: Con esto se ha demostrado que la competencia entre las EPS en grandes áreas de Colombia, puede fomentarse si las EPS intervienen activamente en el negocio en las áreas donde tienen autorización para operar.
- Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud: para supervisar y regular las EPS y ARS.
- Estabilidad financiera: establecimiento de una prima de pago ajustada por riesgo (Unidad de Pago por capitación - UPC), la que hasta la fecha a parecido ser suficiente para pagar los paquetes de

---

<sup>40</sup> Afiliados al régimen subsidiado al cierre del 2001. Fuente: Información remitida por el Ministerio de salud a la Superintendencia nacional de salud.

beneficios bajo el Régimen Contributivo y Subsidiado. Los aspectos financieros del seguro universal de salud, parecen ser razonables, aunque hasta la fecha no existen estudios que permitan establecer si esto es real o si debe por el contrario realizarse ajustes.

Con el fin de asegurar la adecuación de la UPC, se ha recomendado al Ministerio de Salud, realizar encuesta a los beneficiarios al menos una vez al año, como parte de un programa de aseguramiento de la calidad. En consideración a la transferencia de subsidio de oferta a subsidio a la demanda, se ha propuesto una formula para determinar el nivel mínimo anual del subsidio a la oferta.

- Creación del FOSYGA, para la administración de los fondos del seguro universal de salud: en general el FOSYGA se ha mantenido solvente con ingresos similares a los desembolsos. Con respecto a la estabilidad financiera, en años pasados se tenía la incertidumbre en que aún no se conocía con exactitud el número de dependientes por afiliado.

Ya para el cierre del año 2001, se conoce que cada cotizante queda con menos de 1.5 beneficiarios. Si el tamaño promedio es de 2.5 ó menos entonces el FOSYGA seguirá en equilibrio financiero.

- Estimulación en forma permanente al ISS (Instituto de Seguros Sociales), la mayor EPS, por número de afiliados (actualmente cuenta con 5'011.733 millones dentro del Régimen Contributivo), para que organice nuevos centros de atención primaria, establezca un nuevo sistema de pago por paquetes y desarrolle sistemas integrados para manejo de la información.

**3. Existencia de Fondos suficientes para la Financiación del POS:** En la actualidad parecen existir suficientes fondos para financiar el POS, para los gastos de salud de la población subsidiada. Se está adelantando una estrecha monitoria de esta operación financiera para asegurar la sostenibilidad. También se ha recomendado que Colombia cambie la fórmula para transferencia de fondos del FOSYGA para cubrir los déficits de las regiones pobres. Actualmente los recursos de las cuentas del FOSYGA son transferidos basados en el número de pobres identificados, no en el balance financiero.

4. **Creación de un paquete básico de beneficios:** se han conformado equipos de trabajo para la creación de un paquete único de beneficios, que es el encargado de hacer las recomendaciones técnicas para aumentar los beneficios de acuerdo al incremento de la UPC.

5. **Información de pagos y costos de forma integral:** ante la recomendación que se le ha hecho al Ministerio de salud de tomar el liderazgo para desarrollar una estricta contabilidad de costos; actualmente el MSP, esta llevando a cabo estudios de contabilidad de costos en forma integral y ha expedido la normatividad necesaria que permitirá la unificación del sistema de codificación para cada uno de los servicios.

6. **Establecimiento de estándares de Calidad:** para establecer un proceso de mejoramiento de la calidad a largo plazo en Colombia, se establecieron unos mínimos estándares alcanzables para ser mejorados periódicamente.

La calidad de los servicios de salud es un concepto que está asociado a la eficiencia con que se ofrecen los mismos. Dentro de este concepto quedan incluidos los aspectos que están relacionados con la prestación de los servicios, las condiciones de hotelería, la alimentación y las facilidades ofrecidas en los centros de salud.

El Ministerio de salud define la calidad como: *"el conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención en salud que se provea, para alcanzar los efectos deseados por los usuarios del servicio. Las características son: oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógico-científica y grado de satisfacción de los usuarios"*<sup>41</sup>.

7. **Establecimiento de sistemas de Información:**

- *El Registro de Prestación de Servicios de Salud RIPS:* es el conjunto de datos mínimos y básicos que el SGSSS requiere para los procesos de dirección, regulación, control y como soporte de venta de servicio; cuya denominación, estructura y características se ha unificado y

---

<sup>41</sup> Tomado de la Resolución 000813 de febrero 23 de 1989, citado en Defensoría del Pueblo, 2000.

estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la Resolución No. 03374 de 2000. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

- En el año 2002 se elaboró la clasificación única de procedimientos en salud *CUPS*, la cual se concertó con los diferentes actores del sistema.
  
- *El Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*: Sistema establecido por el Ministerio de Salud; entendido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos necesarios para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Las áreas que comprenden esta iniciativa son:

- Información para la Calidad: para que la comunidad pueda escoger, debe disponer de la información necesaria acerca de las IPS y EPS.

Por tanto, esta posibilidad va ligada a uno de los componentes vitales del Sistema: el de Información para la Calidad, un mecanismo mediante el cual se darán a conocer los resultados de calidad de estas entidades. Se trata de una especie de escalafón que se hará público y que permitirá a los usuarios conocer con certeza cuáles son las mejores y cuáles las peores.

El Sistema de Información también será de mucha utilidad para las IPS y EPS, ya que les servirá para saber en qué nivel están y, para el Ministerio, la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, pues contarán con un insumo muy importante para su tarea de vigilancia y control.

- Sistema Único de Habilitación: Se refiere a las condiciones mínimas que deben cumplir para su ingreso y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Entidades Promotoras de Salud; Administradoras del Régimen Subsidiado; Empresas de Medicina Prepagada; Entidades Adaptadas, como las cajas de previsión departamentales y los servicios médicos de algunas

universidades y empresas; y Prestadores de Servicios de Salud (hospitales, profesionales independientes y ambulancias).

Estas condiciones tienen que ver con la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y financiera y la capacidad técnico-administrativa. El Ministro de Salud explicó que "El Sistema Único de Habilitación se constituye en un instrumento de protección al usuario, pues permitirá cerrar las IPS "de garaje" que se crean sin reunir las condiciones mínimas para la atención médica.

- Sistema Único de Acreditación: Es un componente que se pone a disposición de IPS y EPS que voluntariamente quieren demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad. Es decir, por encima de las condiciones mínimas que constituyen el Sistema Único de Habilitación. Por ejemplo, la educación personalizada al paciente y su familia.

La importancia de este sistema es que constituye una oportunidad para que sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud y en que genera competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios.

- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud: Es un procedimiento que evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad que excedan a las condiciones mínimas; es decir, que se constituye en la herramienta clave para mejorar la calidad y llegar a la excelencia en la atención en salud.

8. **Realizaciones importantes en otros campos**: tal es el caso de los proyectos relacionados con "escuelas y municipios saludables", apoyados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS / OPS).

### 5.3.2 Debilidades del Sistema

Dentro de los problemas significativos que aún se presentan, se encuentran los relacionados con la baja provisión de servicios preventivos, el estancamiento de la Salud Pública, las grandes diferencias que

persisten entre el status de salud de pobre y ricos y entre regiones geográficas, el acceso inadecuado a la atención en salud de más del 20% de la población, persistencia de la carencia de cobertura del aseguramiento, existencia de problemas de ineficiencia y baja calidad en la provisión de servicios de salud, entre otros. Todo esto a pesar de que el país esta gastando un porcentaje significativo (18% para el 2002) del PIB en la atención de salud.<sup>42</sup>

1. **Estancamiento en la afiliación y recaudo:** dentro de la población subsidiada, se estima que la mitad se encuentra afiliada a alguna ARS. En este aspecto el Ministerio de salud busca establecer como prioridad la identificación y afiliación de la población subsidiada.

En cuanto al régimen contributivo, en una fase inicial se realizó un importante incremento en la afiliación a este; pero actualmente vive un periodo de estancamiento. Actualmente, en este Régimen se está trabajando en la forma de expandir e incrementar el recaudo.

2. **Falta de una verdadera equidad en la afiliación al SGSSS:** aunque es más equitativo en la afiliación que el sistema anterior, dado su enfoque de medicina familiar, de los hogares más pobres de Colombia.

Se detecta un problema, desde el año 1997 (según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida), de alta afiliación en el régimen subsidiado de personas no pobres.

3. **Variación importante de la carga de enfermedad:** Se ha encontrado que la carga de la enfermedad varía de manera importante por regiones, lo cual hace difícil reflejar las diferencias regionales en la financiación del POS y el POS-S. Por ello se están adelantando actualmente estudios que permitan: Evaluar la validez de la metodología utilizada en los cálculos de la carga de la enfermedad, se adelanta una metodología de estudio de costos y así mismo una revisión del costo - efectividad del actual paquete de beneficios.

---

<sup>42</sup> Fuente: CONFIS (Consejo Superior de Política Fiscal). Documento asesores 10/2002. Octubre 4 de 2002.

4. **Deficiente Información de pagos y costos:** Se ha encontrado en estudios realizados que el sistema de pagos en Colombia tiene que ser renovado y las tasas de pago racionalizadas. Se ha recomendado al Ministerio de salud que tome el liderazgo para desarrollar una estricta contabilidad de costos y de información clínica uniforme y para establecer una fuerza de trabajo que incluya expertos de los hospitales tanto públicos como privados y de las EPS.

5. **Ineficiencia de las Instituciones Regulatorias:** Se encontró que las Instituciones Regulatorias necesitaban ser fortalecidas y reestructuradas, para hacerlas eficientes y acordes al nuevo modelo de Seguridad Social, por ello a la fecha se han realizado ajustes en las Instituciones del sector salud. Sin embargo, persisten una serie de problemas que son difíciles de resolver, como es la alta rotación de los funcionarios de alto nivel en el MSP y en entidades como la Superintendencia de Salud, lo cual impide el logro de la capacidad técnica consistente y sostenida, y la estabilidad general en la implementación de la reforma.

6. **Evasión y elusión de aportes al sistema:** Hay dos tipos de evasión que afectan el sistema de salud:

- Evasión total del sistema: En este caso, la persona no se afilia al régimen contributivo ocasionando que el sistema deje de recibir recursos para el régimen subsidiado; y debe gastar en atención de vinculados. *La encuesta de Calidad de Vida de 1997*<sup>43</sup>, muestra que la razón principal de no afiliación fue la falta de ingresos (48,9%). Otros motivos de no afiliación son la falta de interés (15,5%), ignorancia respecto a la obligatoriedad de afiliación (15,1%) y exceso de trámites (6,6%). Aunque la Ley autoriza la medicina prepagada siempre y cuando la persona se encuentre afiliada al Sistema de General de Seguridad Social en Salud, casi 600 mil personas compran estos seguros sin estar afiliados a este.

---

<sup>43</sup> Estos son los últimos datos obtenidos. En este momento el DANE está realizando una nueva recolección de datos para actualizar la Encuesta Nacional de calidad de vida de 1997.

- Evasión parcial o elusión: En este caso, la persona sí contribuye al régimen contributivo pero subdeclara sus ingresos; lo cual, reduce la equidad en el SGSSS. Esta situación tiene su origen en dos partes:
  - En los empleados formales cuando la empresa reporta sólo parte de los ingresos de sus empleados.
  - En los afiliados independientes cuando se afilian declarando un ingreso inferior al que reciben.

También, tanto los afiliados como las aseguradoras tienen claros incentivos para subdeclarar ingresos y las EPS tienen incentivos débiles para recaudar el total del impuesto a la salud sobre los ingresos.

#### **7. Falta de entendimiento de los consumidores y proveedores de sus derechos y deberes:**

Otro problema que se detectó pero en cuya corrección se ha trabajado de manera exhaustiva es que no había un entendimiento claro por parte de los consumidores y los proveedores de sus nuevos derechos y deberes; esto se estaba constituyendo en un obstáculo para la implementación de la reforma, el cual con importantes esfuerzos de capacitación se ha logrado ir superando.

**8. Los especialistas y los hospitales no están compitiendo efectivamente entre ellos por los contratos.** Actualmente se están adelantando procesos importantes de capacitación para que los hospitales mejoren las destrezas en la contratación y se han fortalecido las leyes para incrementar la participación de los proveedores, en mejores condiciones de negociación.

#### **9. Las EPS afrontan algunas dificultades:**

- Desviación entre el valor de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) y los costos promedios del conjunto de las EPS: una evaluación del POS contributivo y subsidiado adelantado por el Ministerio de Salud señala que los factores que dieron origen a esta situación son la frecuencia de uso de algunos de los servicios, superiores a las previstas, y un frecuente gasto médico superior al esperado.
- Problemas con la identificación de gastos por riesgos profesionales: Las EPS están asumiendo un porcentaje no cuantificado de los gastos en la atención de riesgos profesionales con recursos de

salud. Son gastos que no pueden ser identificados contablemente y por lo tanto no son reconocidos por las ARP.

- Falta de incentivos para la afiliación a las EPS: Los estudios realizados encontraron en su fase inicial que se deben dar mayores incentivos a las EPS para afiliar a los independientes y mayores incentivos a los independientes para participar en el sistema.

**10. Negativa territorial para descentralizarse y falta de incentivos:** tanto los departamentos como los municipios reciben automáticamente sus transferencias (situado Fiscal y participación de los ingresos corrientes de la nación respectivamente) independientemente de que estén certificados o no. Además, algunos Departamentos consideran que certificar a sus Municipios y entregarles responsabilidades de gestión sobre las Instituciones hospitalarias les quita el poder de nombrar y financiar. Por otro lado, la ausencia que hay de criterios únicos que guíen el proceso de descentralización hacen que los Departamentos y Municipios muestren negativa frente a la descentralización.

**11. Excesiva reglamentación y diversidad en las fuentes de financiación :** Esta situación genera confusiones, evasiones de responsabilidad, duplicidad de funciones y conflictos entre los actores del sistema. Además, el constante cambio en las reglas del juego han creado confusión en las entidades territoriales, las EPS y ARS.

**12. Retrasos en los pagos:** las causas de este problema son la demora en el giro de los recursos del FOSYGA a los fondos locales de salud, y la negligencia de algunos alcaldes en el desembolso de esos pagos. Adicional a esto, las EPS tienen fallas de facturación de las IPS; en el caso del régimen subsidiado, a la falta de pago por parte de los municipios a las ARS, lo que a su vez dificulta el pago de estas a las IPS.

**13. Limitación de la planificación participativa:** el proceso de descentralización se ha caracterizado por la disposición de normas que definen detalladamente las cuantías y usos de los recursos territoriales destinados a salud, obligando a los Departamentos y Municipios a crear

instancias burocráticas (por Ej.: la obligatoriedad en la creación de una dirección local de salud) y exigiendo la elaboración de múltiples planes para el nivel central (Plan de salud local, el PAB en el nivel local). Lo anterior limita la planificación participativa y desconoce la diversidad territorial.

**14. Inconsistencias en el Recurso Humano:** existen problemas que afectan al sistema en cuanto a la *Calidad en la prestación de los servicios* y en lo relacionado al acceso a los servicios de salud por parte de la población afiliada. Según el Ministerio de salud estos problemas pueden dividirse en tres aspectos:

- Inconsistencias entre los perfiles profesionales de los egresados de los diferentes programas de formación y los perfiles ocupacionales a la luz de las nuevas necesidades sociopolíticas y epidemiológicas del país.
- Insuficiente planeación del Recurso Humano ocasionando un desequilibrio entre la oferta de las diferentes categorías profesionales y la demanda de sus servicios; con tendencia a la concentración de los profesionales de algunas categorías en las grandes ciudades.
- Es escaso el reconocimiento que se da a la gestión del talento humano.

#### **ESTRATEGIAS CUATRIENIO 1998 – 2002<sup>44</sup>**

Se han emprendido diversas estrategias que permitan alcanzar la viabilidad y estabilidad del SGSSS. Entre estas se señalan las siguientes:

- **Para establecer las condiciones de equilibrio del sistema**, se realizó el análisis y proyección de las fuentes de financiación para la financiación del Régimen subsidiado (periodo 1999-2005).
- **Para disminuir la evasión y elusión de aportes al sistema**, se cuenta con una propuesta para evitar la evasión de los aportes obligatorios al sistema definiendo el régimen de fiscalización del Sistema integral de Seguridad Social.

---

<sup>44</sup> Fuente: Ministerio de salud y Superintendencia Nacional de Salud.

- **En lo referente al problema de múltiple afiliación**, se establecieron los procedimientos y responsabilidades que tienen ARS y entes territoriales en estos casos.
- **Para lograr la afiliación al SGSSS con equidad**, se promoverá la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado, a través de subsidios parciales, de tal forma que la población pague su inscripción de acuerdo a su capacidad de pago; y en el caso en que la persona no cuente con recursos, se inscribirá sin costo. También, se estudia la posibilidad de definir paquetes de servicios de salud, diferentes al POS, para ciertos grupos de población en condiciones especiales, de tal manera que respondan en forma más adecuada a sus necesidades, como es el caso de los niños abandonados, la población desplazada, la población carcelaria y los indigentes.
- **Respecto al retraso en los pagos**, se dispuso que incurrirán en causal de mala conducta, sin perjuicio de las acciones fiscales, penales, civiles y administrativas a que haya lugar, los alcaldes o gobernadores que desvíen o demoren, o no entreguen oportunamente los recursos correspondientes al SGSSS. Igualmente, es deber de las ARS cancelar oportunamente sus obligaciones con las IPS.
- **En cuanto a la carga de enfermedad**, es necesario orientar el quehacer del sector hacia la reducción de los factores de riesgo y la priorización de servicios de atención y rehabilitación que impacten en la carga de enfermedad y minimicen el daño individual y colectivo. Para lograrlo, se espera establecer el direccionamiento normativo y estratégico de las entidades territoriales, las comunidades, las aseguradoras y las prestadoras.
- **Fortalecimiento del sistema de garantía de la calidad**, se espera que se haga efectivo el sistema de indicadores de resultados que permitan evaluar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Entre los avances alcanzados se incluye la definición de la normatividad de auditoría médica e historia clínica.

El Ministerio de Salud adelanta acciones de promoción de la investigación científica en salud básica y aplicada, en las áreas de interés para el país, con el fin de brindar un proceso continuo de mejoramiento de la calidad científica y ética en la prestación de los servicios de salud, para incidir en la reducción de la morbi - mortalidad de la población en su conjunto.

- **Fortalecimiento de los sistemas de información:** como complemento de la creación de los diferentes sistemas de información, se hace necesario establecer un sistema confiable y oportuno que permita el seguimiento de las acciones de los gobiernos locales y el flujo de información hacia estos niveles, de tal manera que se les faciliten el cumplimiento de sus funciones.
  
- **Para detectar problemas de doble afiliación y de afiliación de población no pobre dentro del régimen subsidiado,** la Superintendencia de salud está implementando en las direcciones seccionales de salud, el sistema de comprobación y derechos.
  
- **Para garantizar la competencia del Recurso Humano,** se adelanta un proceso de recolección de información confiable que apoye los procesos de planeación, formación e incorporación al mercado laboral de los trabajadores del sector salud. Se busca el mejoramiento de la formación, a nivel superior, de los profesionales de la salud, para lo cual se estudia, conjuntamente con las asociaciones profesionales, la introducción de un examen al final de la carrera, para poder ejercer como profesionales.

## 6 CONTEXTO ADMINISTRATIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

El objetivo de este estudio consiste en lograr el mayor conocimiento del comportamiento de las organizaciones de salud; siendo para ello necesario, identificar cada una de las actividades diarias dentro de la empresa y la aplicabilidad que han tenido las diversas teorías organizacionales en dicho funcionamiento.

Todo hombre que adquiera la responsabilidad de administrar una unidad de la sanidad, en cualquiera de las áreas presentes en ellas, debe conocer el comportamiento de dichas instituciones orientadas a servir en la búsqueda de la salud para poder contribuir o no con su desarrollo; teniendo una mayor comprensión de las diferentes variables que se mueven dentro de ella.

### 6.1 EL CONCEPTO DE ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN

El mayor problema que tiene la Administración se centra en su terminología; el cual se inicia desde el nombre que debe llevar hasta en ponerse de acuerdo sobre los términos que se pueden aplicar a los diferentes aspectos de la disciplina. Por ejemplo, los ingleses y los americanos la llaman management, administration, organization. En España e Hispanoamérica se utilizan los términos dirección, administración u organización sin ninguna distinción.

Pero el problema no es sólo de terminología sino que también tiene que ver con conceptos; por ejemplo:

- Taylor junto a otros autores franceses e ingleses la llama Management. Palabra que se ha traducido por administración, gerencia o dirección.
- Fayol la llama Administración, mientras que otros autores emplean la palabra organización, o ambas.
- Lfingwll y Robinson afirman que en la práctica la palabra inglesa administration tiene dos sentidos:

- ✓ Uno es la función que establece la mejor política orientada al logro de una empresa.
  - ✓ El otro es el individuo o grupo de individuos que desempeñan la función administrativa.
- Management también tiene dos sentidos esenciales:
    - ✓ Uno es el de la función misma. La función management determina los fines, planear, organizar, dirigir y controlar.
    - ✓ El otro es el individuo o grupo de individuos responsables de llevar a cabo esa función.
  - Dexter S. Kimball en su libro "Administración Industrial" dice que la organización es una de las funciones del management que se encarga de establecer la empresa, seleccionar el equipo, planear, seleccionar el personal y puntualizar las relaciones que deben existir entre los individuos y los departamentos. Es lo que podría llamarse el mecanismo del management.

En síntesis se encuentra lo siguiente:

- ✓ Confusión en los términos "administration y organization".
- ✓ Confusión en el contenido de cada uno de los términos.

Teniendo en cuenta la explicación anterior y para poder entrar a estudiar *el ámbito de la administración en las organizaciones de salud*, es necesario antes aclarar algunos términos, que permitirán tener una mayor claridad sobre el tema enunciado. Para ello, se hará la distinción entre los términos administración y organización, para luego hacer la aplicación respectiva al tema de este estudio.

Usualmente, se tiende a utilizar los términos administración y organización de manera confusa e imprecisa, lo cual lleva a tratarlos como si significaran lo mismo. No se puede negar que estos dos términos se encuentran interrelacionados pero conceptual y prácticamente denotan diferencia.

Por **organización**, "se entiende el ente social, creado intencionalmente para el logro de determinados objetivos mediante el trabajo humano y recursos materiales (tecnología, equipos, maquinaria, instalaciones físicas). Disponen de una determinada estructura jerárquica y de cargos arreglados en unidades. Están orientadas a ciertos objetivos y se relacionan por una serie de relaciones entre sus componentes: poder, control, división del trabajo, comunicaciones, liderazgo, motivación, fijación y logro de objetivos"<sup>45</sup>.

Dentro de esta definición se clasifican las organizaciones productivas, de servicio, públicas y privadas, grandes y pequeñas, etc. Existen tipos diferentes de organizaciones, donde lo común en ellas es la presencia de un conjunto de características y relaciones organizacionales que se dan en forma diferenciada en los diversos tipos de organización; lo diferente es la forma. Con relación a lo anterior, son organizaciones los ministerios, institutos y empresas públicas en los órdenes nacional, regional y local; al igual que las empresas privadas de las diferentes ramas de la economía, las asociaciones gremiales del sector privado, las instituciones educativas, los hospitales, las Instituciones prestadoras de Salud y organizaciones de asistencia social entre otras.

Cada organización sea cual sea, cumple con una serie de características que determinan su naturaleza:<sup>46</sup>

- Dinámicas: nacen, crecen, se reproducen, se deterioran, progresan y a veces mueren.
- Racionales: tienen patrones de acción con propósito, estructurados en un espacio temporal y espacial.
- Desarrollan una cultura propia: compuesta de valores, creencias, normas y sanciones que requieren que los miembros de la organización lo interioricen.
- Conflictivas: la búsqueda de sus objetivos implica la oposición, negociación e imposición de intereses entre propietarios, directivos, clientes, proveedores, etc.
- Disponen de estructura interna estratificada de poder y control: que rige la conducta y el pensamiento de los diversos estratos y grupos de poder, y reproducen la estructura del sistema social y económico donde se desarrollan.

---

<sup>45</sup> "Teorías Organizacionales y Administración. Enfoque crítico". Carlos Dávila L. de Guevara, Ph.D. Profesor de la Universidad de los Andes. Mc. Graw Hill, 1985.

- Complejas y de gran tamaño: en la medida en que la sociedad se industrializa, las organizaciones toman características del mundo industrializado.
- Sistemas abiertos: relacionados con estructuras más amplias: económicas, políticas y sociales.
- Los objetivos no son estáticos.
- Es más que la agregación o sumatoria de sus miembros: los cuales pertenecen simultáneamente a varias organizaciones y a otros entes sociales (clases y familia).
- Concretas: Existen en condiciones particulares de sociedades concretas, donde los hombres, miembros de las organizaciones, se relacionan como seres sociales.

La **administración**, "es una práctica social usualmente esquematizada como el manejo de los recursos de una organización para el logro de sus objetivos para lo cual se ejercen los elementos administrativos (proceso administrativo): planear, coordinar, dirigir, controlar, etc. Esos recursos y estos elementos no se ejercen sobre un ente vacío; toman vida, se concretan y se instrumentalizan sobre el ente social llamado Organización"<sup>47</sup>.

Se han considerado nueve enfoques administrativos, donde el término ha tomado varios significados:

- Para Henry Fayol (1961) pionero de la escuela Universalista (o de "los principios administrativos", o del "proceso administrativo"); la administración es el conjunto de cinco elementos o funciones administrativas: planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar.

La administración es una de las seis áreas (funciones u operaciones) de la empresa pública o privada; siendo la más importante frente a las otras cinco: producción, seguridad, contable, financiera y comercial.

- Douglas Mc. Gregor (1960) psicólogo, profesor y consultor norteamericano, autor más distinguido de la escuela de "las Relaciones Humanas" ; planteó en la década de los 50's

---

<sup>46</sup> "Teorías Organizacionales y Administración. Enfoque Crítico." Carlos Dávila L. de Guevara, PH. D. Profesor de la Universidad de los Andes. Mc Graw Hill, 1985.

<sup>47</sup> "Teorías Organizacionales y Administración. Enfoque crítico". Carlos Dávila L. de Guevara, Ph.D. Profesor de la Universidad de los Andes. Mc. Graw Hill, 1985.

que la Administración es una profesión. Como tal, no está relacionada con el avance y desarrollo del conocimiento, sino que está relacionada con el logro de objetivos prácticos.

La Administración está sustentada, en parte, a la práctica, la cual a su vez tiene supuestos implícitos (una teoría).

- El Administrador, sujeto de la Administración (Mintzberg, Drucker, Sayles y Campbell) : El Administrador es el sujeto que lleva a cabo las funciones administrativas. Se distinguen tres líneas:
  - ✓ Una que busca determinar el perfil administrativo de gerentes (ejecutivos o administradores).
  - ✓ La orientada a la determinación de los factores de éxito de un administrador.
  - ✓ La que se respalda con lecciones de las experiencias de gerentes y de asesores gerenciales, no en estudios sistemáticos.
- Algunos autores de la corriente de la Administración como institución, como: Peter Drucker, James Burnham (proceso llamado "Revolución gerencial", 1960) y John Kenneth Galbraith, plantean que la Administración es esencialmente una Institución moderna, característica de la industrialización.

Definen la Gerencia como el órgano de la sociedad encargado de hacer productivos los recursos; además, afirman que esta se ha extendido a otro tipo de entidades no productivas (universidades, hospitales) genéricamente llamadas *Organizaciones*.

- La Administración como un arte: en el cual la intuición juega un papel muy importante y la experiencia es la única fuente de aprendizaje y entrenamiento de los Administradores.
- El científico Norteamericano Hebert A. Simon (Premio Nóbel en economía de 1978), destacó los procesos de toma de decisión como la esencia de la Administración. La principal actividad de un gerente es la toma de decisiones.
- La Administración: Ideología gerencial: El propósito del sociólogo Norteamericano Richard Bendix, es estudiar las relaciones entre trabajadores y patrones en la industrialización en Inglaterra, Rusia y EEUU; a través del análisis de las "ideologías gerenciales o

administrativas". Observando la evolución de dichas relaciones a los ojos de los empresarios para justificar la subordinación de los hombres a la disciplina del trabajo y a la autoridad de los empleadores.

- La importancia de la contribución de la historia empresarial al estudio de la naturaleza de la Administración, logra colocar la Administración en perspectiva histórica en forma más detallada. Se señala su surgimiento y evolución, destaca el papel económico a nivel de la sociedad y precisa la aparición de un nuevo grupo social encargado de la administración (los Managers) y de una Jerarquía gerencial.
- Harry Braverman (obrero y economista Norteamericano, 1975), destaca que la Administración está íntimamente relacionada con la Revolución Científico- Técnica en la cual la ciencia pasa de ser una propiedad social a ser una propiedad capitalista.

*La Administración: relaciones de clase y control del proceso de trabajo y de los asalariados.*

Aparece dentro del contexto de una serie de fuerzas sociales y económicas: el rápido crecimiento de las empresas industriales, la monopolización de la industria, la profundización de las relaciones capitalistas de producción y la concepción de la figura dominante del patrón capitalista. En este contexto, se hace importante para el capitalista asegurar un nivel de obediencia y cooperación que le permitiera ejercer el control sobre el proceso de trabajo.

El verbo to manage (administrar, manejar), viene de "manus" palabra latina que significa mano, en inglés originalmente significaba entrenar un caballo en su andar; así mismo, el capitalismo se esfuerza a través de la Administración para controlar. De allí surge para los capitalistas el conocimiento administrativo; apareciendo la "Administración científica de Taylor".

## 6.2 LA ADMINISTRACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

En un contexto general, *la administración* representa la función profesional que cumple quien tiene la responsabilidad de lograr la obtención de lo propuesto por el nivel político. Se puede definir como la estrategia que logra mantener un proceso de trabajo grupal, que guía hacia el alcance de los objetivos emprendidos en una organización determinada. Dicha estrategia, Implica un conocimiento

y un esfuerzo organizado del hombre para lograr eficientemente la satisfacción de una necesidad. La administración busca lograr que una necesidad sea satisfecha eficientemente, con el máximo aprovechamiento de los recursos requeridos por la organización.

Teniendo en cuenta lo anterior, debe considerarse *el tipo de movimiento que tiene la organización de la salud*, obteniendo de dicho movimiento los requisitos necesarios para la obtención de los objetivos.

En el caso de la atención de la salud, la Administración se debe tomar como una disciplina autónoma, ya que sus objetivos y su campo de acción la hacen independiente y le otorgan una complejidad específica en relación con otras organizaciones.

*La prestación de atención en salud exige la acción colectiva organizada, que necesita ser coordinada para alcanzar los objetivos comprendidos en la prestación del servicio, donde el personal de salud se convierte en actor clave en:*

- La ejecución de las funciones administrativas: previsión, organización, dirección, coordinación y control.
- La aplicación de servicios administrativos a toda la organización.
- La administración del cambio y la productividad.

En la Administración de los servicios de salud, las bases médicas deben estar en concordancia con las bases estructurales de la organización, siendo esta la única forma de lograr lo propuesto. Por lo tanto, se deberán tener en cuenta las siguientes características:

1. La prestación al usuario – paciente se mantiene durante las 24 horas.
2. El usuario – paciente puede requerir la atención, como ambulatorio o como internado (permaneciendo dentro de la empresa). La estructura interna será de acuerdo al tipo de atención que requiera el paciente.
3. Los usuarios – pacientes pueden llegar a requerir potencialmente una alta diversidad de servicios.

4. Se presentan atenciones de urgencias, que no tienen tiempo de espera.
5. Hay dificultad para determinar el tipo de prestación que se concretará cada día.
6. Los servicios ofrecidos (según la misión organizacional), deberán estar siempre dispuestos, para ser prestados en el momento en que lo requiera el usuario – paciente.

Dadas las características de las organizaciones de salud, se requiere una actividad administrativa bastante compleja; debido al tipo de requerimientos que definen aquellas áreas que pueden exigir mayor atención y porque existe una alta posibilidad de que se generen conflictos cualquiera que sea su origen.

Las pautas que se tomarían en cuenta para las Organizaciones de salud, son las siguientes:

- Complejidad propia del sector .
- Alta complejidad organizacional.
- Alta interrelación interáreas.
- Alta diversidad profesional.
- Alta exigencia de tecnología.
- Presencia de zonas grises.<sup>48</sup>

Dentro de los factores que implicarían complejidad se tendría:

- la alta especialización tecnológica,
- el grado de funciones a cubrir,
- la cantidad y la calidad de recursos requeridos por cada área,
- el tipo de demanda (su variabilidad),
- el alto compromiso de las diferentes áreas frente a la organización,
- las áreas de alta interrelación,
- las áreas donde se pudiera presentar cuello de botella (urgencias),

- la alta exigencia en la calidad de los recursos humanos,
- la presencia de zonas grises,
- la presencia de unidades contratadas que operan internamente,
- la necesidad de centralización de algunas áreas.

## 6.3 LAS TEORÍAS ADMINISTRATIVAS Y SU APLICACIÓN EN EL SECTOR

### 6.3.1 Teoría de la Doctrina Administrativa

Henry Fayol se refiere a la acción de los administradores encuadrada dentro de un proceso formal, llamado Proceso Administrativo; el cual es un proceso que plantea un cierto orden de sucesión de eventos o ideas que llevan a la consecución de un fin. Las etapas son:

#### 1. Previsión (planeación)

Según Fayol se entiende como calcular el porvenir y prepararlo. Se le conoce como planeación.

Una buena planeación implica un programa de acción:

- Previsión: proyección hacia el futuro.
- Unidad: un solo plan.
- Continuidad: persistencia en el tiempo.
- Flexibilidad: Capacidad de adaptación y cambio.
- Precisión: Apuntar hacia el factor clave de éxito.

La planeación se dirige hacia una forma de proceder e implica una claridad del futuro (visión), la razón de ser de la institución (misión), los objetivos y las acciones para lograrlos. Permite que la orientación alcance la meta donde desea llegar, hace posible que ocurran cosas que de otra manera no hubiesen sucedido.

---

<sup>48</sup> Las zonas grises representan aquellos sectores en donde se presentan superposición de autoridades y de acciones, las cuales corresponden unas al campo médico y otras al administrativo, pero en donde las características de los trabajos hace exigible la acción conjunta. Ej.: la farmacia y los profesionales de la medicina.

La planeación es un proceso que requiere un esfuerzo intelectual: requiere una determinación consciente de los cursos de acción y que las decisiones se basen en propósito, conocimiento y estimaciones. Debe anteceder a la ejecución de cualquier acción, permite controlar acciones. Es el fundamento de la administración.

Las etapas de una planificación comprenden:

- Diagnóstico: naturaleza y magnitud de los problemas.
- Pronóstico: diagnóstico hacia el futuro.
- Formulación de objetivos: Fines a perseguir.
- Estudio de recursos: Cantidad y calidad de recursos.
- Determinación de metas: determinación del objetivo final.

## 2. Organización

Es aquella parte de la administración que implica establecer una estructura *intencional* de papeles que las personas desempeñan en la organización. Es intencional en el sentido de que asegura que todas las tareas necesarias para lograr las metas estén asignadas y, en teoría, asignadas a personas que las pueden realizar mejor.

La estructura de una organización ayuda a crear un ambiente propicio para la actividad humana. Se trata entonces, de una herramienta administrativa y no de un fin en sí mismo. Aunque la estructura debe definir las tareas a realizar, los papeles así establecidos deben diseñarse a la luz de las capacidades y motivaciones de las personas disponibles.

Existen organizaciones formales que se plasman en el organigrama y organizaciones informales que se forman como parte del sistema social que aparece en el interior de toda empresa.

## 3. Coordinación

Comprende la habilidad del gerente para armonizar los esfuerzos individuales en la búsqueda de metas comunes (cada función administrativa contribuye a la coordinación). La mejor coordinación ocurre cuando las personas ven la forma como sus trabajos contribuyen a las metas de una empresa. Sólo pueden ser capaces de ver esto cuando conocen esas metas.

El logro de una buena coordinación depende de un contacto directo entre las personas, relación recíproca y contacto continuo.

#### 4. Dirección

Consiste en influir en los seres humanos para que contribuyan a la obtención de las metas de la organización y del grupo; se refiere a los aspectos interpersonales de la Administración. Los gerentes eficaces necesitan ser buenos líderes, como liderazgo implica seguidores y los seres humanos tienden a seguir a aquellos que ofrecen un medio para satisfacer sus propias necesidades, deseos y anhelos, es comprensible que la dirección implique motivación, estilo y enfoques de liderazgo y comunicación.

Las personas encargadas de dirigir, además de la técnica, deben poseer ciertas condiciones:

- Conocimiento adecuado de los objetivos de la Institución.
- Capacidad para decidir, condición de carácter psicológico que se traduce en la condición que tiene para escoger entre varias alternativas.
- Voluntad de decidir, condición de carácter psicológico que permite expresar la decisión.
- Capacidad para captar las motivaciones y aspiraciones de los que integran el grupo.

#### 5. Evaluación

Consiste en medir, a través de diferentes estrategias, las acciones que se emprendieron, la convergencia con lo planeado, los logros alcanzados, con el objetivo de realizar cambios hacia un futuro.

Mide el desempeño en comparación con las metas y los planes, muestra dónde existen desviaciones negativas y, al poner en marcha acciones para corregirlas, ayuda a seguir el logro de los planes.

#### 6. Control

Las actividades de control generalmente se relacionan con la medición del logro. Los medios de control (presupuesto de gastos, registros de inspección y registros de horas laborales perdidas)

miden y muestran si los planes están funcionando bien. Si persisten las desviaciones, se indica la corrección. ¿Pero qué se corrige? Las actividades a través de las personas. Lograr que los hechos se ajusten a los planes significa encontrar a las personas que sean responsables por los resultados que difieren de la acción planeada y dar entonces los pasos necesarios para mejorar el desempeño.

El control implica la medición de lo logrado en relación con el estándar (lo fijado previamente) y la corrección de las desviaciones, para asegurar la obtención de los objetivos de acuerdo con el plan. Por lo tanto, el control está estrechamente relacionado con la planificación. El control implica la existencia de metas y planes.

La puesta en práctica de los programas de salud requiere aptitud de manejo o administración, así como profesional. La lentitud con que los operarios del campo de la salud han admitido la importancia de los *procedimientos administrativos*, como una buena planeación, control de presupuesto y el manejo del personal, se puede atribuir a la forma algo idealista de los pioneros del movimiento de salud pública; que en su afán por hacer el trabajo, no dejaban espacio para los métodos de los negocios. Indiscutiblemente, el trabajo en aquel momento era más sencillo que ahora y por lo tanto, requería menor aptitud administrativa.

Casi todos aquellos pioneros fueron médicos o profesionales de las disciplinas afines; por esa razón, la teoría y la práctica administrativa no hacían parte de su preparación profesional. A esto, también se incluye que otro obstáculo en la aceptación de los principios y métodos de la administración que fueron tan fácilmente aceptados en la industria, fue la resistencia a emplear administradores no médicos; por la dificultad de armonizar el trabajo médico y el del administrador no médico.

Como el trabajo de salud está llevando a esferas más amplias y más nuevas de servicio, adquiere cada vez mayor importancia el equipo administrativo de los servicios de salud. Para el administrador que no posea conocimientos profesionales de administración, significaría aprender a usar los servicios de otras personas expertas en administración, al mismo tiempo que tendría la obligación de adquirir conocimientos especiales.

Resulta necesario que los administradores de los servicios de salud se formen una opinión objetiva de la planeación, gerencia y control, con el fin de asegurar la aplicación más eficaz hacia el logro de los fines. Cualquiera que sea la amplitud de sus funciones y experiencia o profesión, el Administrador de los servicios de salud debe poseer conocimientos básicos de los procedimientos administrativos y de la práctica de la Administración.

La Administración de los servicios de salud abarca dentro del proceso administrativo, las siguientes esferas generales de actividad.

1) **Planeación:** Frente a un mercado cambiante, es necesario generar un orden de prioridades, de aquellas patologías que deberán ser tratadas, de acuerdo a las realidades del mercado usuario – paciente. Entre los factores que se deben tener en consideración, se tienen:

- Determinación de la misión que encauzará todo el comportamiento y el desarrollo organizacional.
- Orientación al mercado (hacia dónde se quiere dirigir la prestación del servicio de salud).
- Análisis de la potencialidad de crecimiento.
- Potencialidad de cambios.
- Ubicación geográfica.
- Sistema de internación o de ambulatorios.

Se hace evidente la necesidad de planear estratégicamente y tácticamente; por lo tanto se hace requisito imprescindible considerar las siguientes variables:

- Costos directos.
  - Mala calidad de los Recursos humanos.
  - Alta movilidad de personal (retiros).
  - Equipos obsoletos.
- Costos indirectos.
  - Pérdida de tiempos por mal uso de ellos y/o por mala distribución de las áreas.

- Pérdida de pacientes por mala información, por falta de verificación de sus verdaderas necesidades, mala atención o mal nivel profesional (administrativo y/o médico).

El planeamiento estratégico implica analizar el mercado (competencia, usuarios), analizar las fuerzas y debilidades (marco interno), analizar las amenazas y oportunidades (marco externo). En el campo de la sanidad, se ha podido verificar que la competencia ha crecido considerablemente y que los usuarios han adquirido la capacidad de selección (pudiendo ser excepción el caso de urgencias). Los usuarios – pacientes no van cambiando de gustos de enfermedad para que le presten un servicio médico, lo que se modifica es la tipología de diversas patologías adquiridas, llevando al usuario - paciente a buscar quién se la cure, pudiendo aplicar su capacidad de selección frente a la competencia existente.

Los directivos, tanto médicos como administrativos, deberán efectuar la planificación de manera mancomunada, permitiéndose de esta manera lograr la coordinación y la integración necesaria para que la organización como un todo pueda cumplir con la misión establecida por el nivel político.

La planeación es indudablemente un factor constante del trabajo de salud. Si el médico planea su itinerario y la enfermera planea su cambio de turno, el proceso de planeación está en juego constante.

La planeación incluye siete etapas:

1. **Recolección de datos:** se recolectan todos los datos pertinentes para formar en ellos el plan. Para la planeación de casos, se puede necesitar información relacionada con el estado general de la salud particular, los síntomas, el ambiente familiar, las actitudes. Seguramente para el diagnóstico de la comunidad, se necesitará información sobre la salud colectiva de los individuos y sobre otros síntomas de anormalidad de la comunidad.

Tienen importancia tanto el estado actual como las tendencias, por cuanto planear significa anticipar la acción, y la Institución de servicios de salud debe estar dispuesta a actuar cuando lo requieran las necesidades, siempre que estas puedan ser previstas. La administración debe investigar y estudiar las tendencias, el desarrollo y los descubrimientos como base de una planeación a largo plazo.

**2. Diagnóstico:** Esta fase define los hechos y los problemas, no sólo separadamente sino en su interrelación. Por ejemplo, hubo un tiempo en que la preocupación por el problema de la poliomielitis era poca, puesto que no muchos morían por esta enfermedad. Sin embargo, actualmente este es un caso de salud pública muy importante, debido a que plantea una tasa de invalidez muy alta.

**3. Establecer los fines:** Significa determinar que el programa se realice. Muchos de los funcionarios sanitarios saben lo que pretenden hacer por medio de los varios servicios; pero muchos de ellos posiblemente no lo entienden; trayendo como resultado que las actividades se elijan y los programas se desarrollen a lo largo de las líneas tradicionales.

**4. Determinar la actividades, personal y equipo necesarios para realizar los fines esperados:** Se debe considerar no sólo el programa de la Institución de salud, sino también los productos y servicios que se pueden obtener de otras fuentes. Si se tiene en cuenta un programa para el descubrimiento del cáncer, se debe considerar la ayuda que se puede conseguir de las otras instituciones encargadas de la salud, saber qué grupos de la población tienen posibilidad de obtener tal beneficio, qué personal médico se necesita para prestar los servicios correspondientes y cuáles equipos se requieren para tal fin.

**5. Determinar el apoyo económico que sea necesario para conseguir los fines propuestos:** En este caso, se estiman los recursos de apoyo externos a la institución; siendo el caso, cuando se debe buscar apoyo del Estado o de instituciones privadas, como la Asociación Colombiana de Diabetes. También los honorarios pagados por los pacientes pueden cubrir parcial o totalmente los gastos.

**6. Prever las tendencias, obstáculos u otros imprevistos:** que de una u otra manera puedan dificultar la ejecución de los planes o de pronto causar cambios a los mismos.

## 7. Organizar las etapas para llevar a cabo el programa.

2) **Organización:** Otro elemento importante de la administración es movilizar personal, materiales, equipos e instalaciones disponibles para la realización del trabajo. Por ejemplo, si se va a desarrollar un programa de protección contra infecciones virales, se tiene que organizar una campaña con el fin de que sea conocido por el público; así como propagar la información necesaria sobre los lugares y tiempo en que se prestará el servicio; además, debe disponerse el personal necesario para realizar los procedimientos previstos; se destinarán las instalaciones y los equipos necesarios y si es necesario se planteará un sistema de vigilancia, para tal fin.

Para algunas actividades, la organización y procedimiento serán de carácter continuo; por lo tanto, es un factor esencial organizar equipos funcionales para los respectivos trabajos continuos o transitorios. La organización facilitará la utilización del personal disponible de manera que se realice eficazmente el trabajo. La delegación es otra de las actividades esenciales que hacen efectivo el proceso de organización, ya que permite la pronta decisión y acción y una atribución de responsabilidades.

### 6.3.1.1 Cuerpos que hacen parte de una organización de la salud

La organización de la salud se encuentra conformada por una serie de partes generales: donde cada una de ellas es esencial para el cumplimiento de la misión preestablecida por el nivel político.

Hay cuerpos internos y hay cuerpos externos en la organización; así como, "La razón de ser de la organización es permitida por unos cuerpos; mientras que "la posibilidad de ser" es permitida por otros<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> Dirección de la salud. M. Susana Drovetta. Ediciones macchi S.A. Buenos Aires – Argentina, 1992.

### **1. *Cuerpos internos.***

- a. Cuerpo médico: es considerada un área de producción, ya que cubre el requerimiento del servicio que efectúa el usuario – paciente; es decir, lograr la eliminación de la enfermedad. El cuerpo médico deberá intentar curar al paciente, con el apoyo de todas las áreas (especialistas de otras ciencias médicas, técnicos y administrativos).
  
- b. Cuerpo directivo: diagnostica si la organización está enferma. Identifica a todo el plantel responsable del manejo de todos los cuerpos presentes en la institución. Es el que planifica, coordina, ordena, controla para que el Cuerpo social funcione saludablemente. El nivel directivo es el que permite la coherencia total y la ejecución pautada por dicho nivel estará a cargo de los otros cuerpos de la organización.
  
- c. Los niveles superiores: realizarán la búsqueda de posibles soluciones.
  
- d. Todos y cada uno de los miembros: Tomarán la medicación decidida. Cualquiera sea su nivel, que se encuentren comprometidos en la enfermedad organizacional.
  
- e. Cuerpo de enfermeras: actúa en lo definido por el cuerpo médico, su acción es directa y permanente frente al paciente. Sin este cuerpo la acción del médico no podría concretarse. Así como el cuerpo médico es independiente en la eliminación de la enfermedad y dependiente en su relación organizacional; enfermería es dependiente del médico y de la organización.
  
- f. Cuerpo de profesionales de ciencias relacionadas con el médico: permite que la acción del médico se concrete. Se consideran de apoyo logístico primario, representadas por la especialidad de que se trate.
  
- g. Cuerpo Administrativo – Operativo: ejecuta las órdenes impartidas por el nivel superior, cuyo objetivo es el logro de lo propuesto.

## **2. Cuerpos externos.**

- a. El paciente: es usuario, hace uso del servicio, y a su vez, es producto, objetivo del proceso médico.

Una actitud común en los directivos médicos y en los cuerpos médicos, es la de adoptar la preocupación por la "enfermedad" antes que por el "paciente", cuando en realidad a quien se presta el servicio es a la persona que se presenta con una patología determinada. La organización depende del paciente que la elige, y no de la enfermedad.

- b. Cuerpo de familiares: actúan directa e indirectamente sobre la organización. Su participación es directa frente a la imposibilidad de que el paciente pueda seleccionar la institución; y es indirecta, cuando aunque el usuario – paciente tiene posibilidad de seleccionar, los familiares influyen directamente sobre ellos.
  - c. Competencia: las organizaciones que tienen la misma misión, prestación de la salud, deberán intentar captar demandantes. Es decir, que la dependencia de la empresa está en relación a los usuarios – pacientes y no a la competencia; sin embargo, es necesario conocer el comportamiento de la competencia, para definir los cursos de acción que se deben tomar.
  - d. Proveedores: de ellos depende la existencia o no de la prestación, facilitan los recursos necesarios para funcionar: tecnología médica, medicamentos, elementos médicos, alimentos, herramientas generales, fondos del mercado financiero, recursos humanos.
- **Razón de ser – cuerpos internos:** Los mismos se encuentran involucrados de manera directa en el logro de "la razón de ser"; es decir, tratar al paciente.
    - a. Médicos y profesionales de ciencias relacionadas.
    - b. Enfermería.
  - **Posibilidad de ser – Cuerpos internos:** a través de la ejecución efectiva de lo establecido en cada decisión superior, se podrá lograr que la razón de ser se cumpla.

- a. Directivos.
- b. Trabajadores administrativos y operativos.

▪ **Razón de ser – cuerpos externos:** ante los cuales la organización formaliza y establece todo tipo de acción, con el fin de cubrir sus necesidades. “La razón de ser” de una organización es la atención del paciente y del familiar, a través de la disminución o eliminación de una patología.

“La función de la organización” es atender al paciente en todo lo que necesite ( salud, todo tipo de servicios adicionales), no es el tratamiento de la enfermedad.

- a. Pacientes.
- b. Familiares.

▪ **Posibilidad de ser – cuerpos externos:**

- a. Competencia.
- c. Proveedores.

Dentro de las organizaciones, existen también unas áreas llamadas “Áreas nexo” que permiten conectar el ambiente interno con todos sus componentes con el ambiente externo:

1. **Comisión directiva:** tiene la función de contactar a la organización, con otra que operan en el sector y con el gobierno, ya que actúan como fuerza empresaria.
2. **Áreas médicas:** es nexo a través del paciente; cubriendo una acción directa, porque puede atraer usuarios a la organización; y también indirecta, porque permite la permanencia de los usuarios.
3. **Enfermería:** es uno de los nexos mantenedores, por la relación permanente que mantiene con el paciente.
4. **Personal Administrativo:** Actúan como imagen de la empresa y se encargan de recibir y orientar a los usuarios – pacientes.

### 6.3.1.2 Áreas que hacen parte de una organización de la salud pública

Partiendo de la base de la misión establecida, se conforman las áreas necesarias para poder cumplir con dicha misión. Dentro del campo médico existirán especialidades específicas; así mismo, la presencia de aquellas áreas de apoyo directo, indirecto, administrativo y administrativo de apoyo, se establecerán si son necesarios para ayudar en el desarrollo de lo propuesto por los niveles superiores<sup>50</sup>

Así como sin las especialidades la organización no tiene posibilidad de prestar el servicio definido, sin las áreas administrativas – técnicas, será imposible que aquellas puedan cumplir lo pretendido. Sólo la acción conjunta permitirá el logro de la misión.

- Comisión directiva: conformada por un grupo de personas que de acuerdo con Sonis y sus colaboradores, en Atención a la salud, página 545; actúa en representación con el sentido de mantener el funcionamiento y la autofinanciación de la organización. Entre sus atributos se encuentran: definir la misión; definir el presupuesto general; realizar convenios de investigación; ejercer el control administrativo, financiero, médico, acorde a lo que consideren; proponer y designar personal.
- Dirección médica: identifica a quién conduce acorde a las directivas de la comisión directiva. Básicamente es nexo entre la comisión directiva y los subordinados. Se encarga de ordenar las actividades médicas; verificar los requerimientos de las áreas médicas, coordinar jefaturas médicas; verificar situaciones legales; definir los recursos necesarios (Administración de recursos médicos); adaptar a la institución a los cambios médicos que se produzcan en el medio externo.
- Especialidades médicas: En este caso cada una de las especialidades estará realizando su trabajo, pero en función de lograr la misión organizacional. No son unidades autónomas, ya que dependen de los fines definidos por la comisión directiva.
- Especialidades de apoyo directo: actúan colaborando con las áreas de acción directa con los pacientes. Por ejemplo: el laboratorio.
- Especialidad de apoyo indirecto: son unidades que ayudan en la atención del paciente, brindándole todo lo requerido para lograr tal acción. Por ejemplo: la farmacia.

- Enfermería: Es el área que permite concretar el tratamiento establecido por los médicos. Organizacionalmente hablando, enfermería es el área que hace posible la atención permanente a los pacientes.
- Emergencia: Es un área que se requiere para hacerle frente a los requerimientos de pacientes no previstos y sin tiempo de espera.
- Auditoría médica: Según Zorroaquin en Manual de Auditoría Técnica de la Atención Médica se tiene que verificar la atención a los pacientes, evaluar los servicios propios y contratados y revisar el trabajo de los médicos.
- Investigaciones: Colabora en todo lo que haga posible desarrollar mejor y con mayor calidad la prestación implementada por la organización.
- Asesoría técnica médica: Brinda todo el apoyo técnico a la dirección médica.
- Dirección administrativa: es el nexo entre la comisión administrativa y sus subordinados.
- Finanzas: Obtiene y administra los fondos que se requieren para el funcionamiento organizacional.

*Áreas de apoyo:*

- Hotelería: mantiene el orden de las camas correspondientes al sector de internación.
- Cocina: provee los alimentos para las personas internadas.
- Lavandería: Cubre el campo de la limpieza hotelera.
- Mantenimiento: cubre el buen estado del edificio y de maquinarias tanto médicas como técnicas en general.
- Seguridad hospitalaria: aplicación de las leyes de seguridad e higiene, tanto en el ámbito médico como administrativo.
- Derivación e internación: actúa de enlace entre los médicos y pacientes. Opera en el campo de la orientación de pacientes hacia las diversas áreas.
- Estadísticas y registros médicos: capta información, analiza los ingresos y las altas y se encarga del registro de enfermedades.

---

<sup>50</sup> Administración: teoría, práctica y servicios de Salud. Gómez Leal JL. Salud pública de México; Vol. 28 N. 4, Jul – Ago 1986. Secretaría de salud.

**3) Coordinación:** La coordinación del trabajo de los distintos departamentos o unidades de la institución prestadora de servicios de salud tiene gran importancia. La enfermera y el médico están relacionados con la atención al paciente, y cada uno de ellos debe saber lo que el otro hace y apoyar sus gestiones. La coordinación del trabajo de las varias disciplinas profesionales es un problema permanente. El médico general tendría que coordinar su trabajo en relación al de un médico especialista con el cual tratarán el caso de un paciente.

Coordinar significa también establecer también canales de comunicación e información que faciliten el esfuerzo mutuo. Reproducir los informes en número suficiente, de manera que puedan ser enviados en seguida a todos los departamentos, son aspectos de la información que influyen para coordinar mejor los esfuerzos de todos.

Toda institución de la sanidad tiene influencia de diversas ramas científicas, lo cual hace necesaria la acción coordinada, de manera tal que pueda lograrse la relación interdisciplinaria, frente a lo cual se requiere una alta especialización en el campo de la administración de este tipo de unidades prestadoras de salud. Se dice que los centros de salud son cuerpos sociales totalmente interrelacionados y básicamente interdependientes.

En una Institución prestadora de servicios de salud, como en toda empresa, está presente la interdependencia y la interrelación. Cada profesional deberá cumplir su función de la manera más eficiente y efectiva posible, pero posiblemente no podrá lograr la mejor calidad si no actúa con los profesionales de las otras áreas con las cuales tiene una relación directa o indirecta. Las unidades de salud son organizaciones que requieren la mayor coordinación y orden posible, ya que su complejidad las hacen difícil de manejar. La naturaleza mixta de los servicios profesionales requiere la armonía y síntesis de los varios campos de práctica profesional; destacándose de esta manera la importancia de la labor de coordinación del trabajo de administración.

- **La coordinación médica**

El director médico desarrolla la coordinación de procedimiento, en función de la decisión tomada para cumplir con los objetivos; siendo necesario, contar con un sistema de comunicación que

permita clarificar a los miembros organizacionales, qué se les pide y por qué. Se establecen líneas de autoridad y esferas de actividad de cada miembro comprometido.

En cuanto al especialista de cada área, este se encargará de desarrollar la coordinación esencial; ya que la acción directa sobre el paciente será responsabilidad directa del personal que tome el caso. El paciente se encarga de establecer una coordinación propia. La enfermedad podrá ser la misma, pero cada persona reacciona frente a ella en función de su propio equilibrio fisiológico.

- **La coordinación administrativa**

La Dirección administrativa tendrá bajo su cargo la coordinación de todas las áreas; de manera tal, que permita el orden intraorganizacional y la adaptación rápida a los cambios que se puedan introducir en el medio ambiente externo. La administración en este caso, intenta mantener el equilibrio de la organización.

La coordinación que efectúa el director médico está orientada hacia su propio marco (es decir el médico), pero por las características de este tipo de organización existen áreas de apoyo indirecto, las cuales están bajo la coordinación de la dirección administrativa, pero actuando a su vez dentro del campo médico. Esta situación es identificada como la de las "zonas grises", en las cuales se presentan acciones tanto médicas como administrativas.

La coordinación en cualquiera de las áreas que se trate, permitirá el logro de los intereses personales, ya que se mantienen la fuente de trabajo; y los organizacionales, debido a que la homeóstasis<sup>51</sup> lograda genera la permanencia en el tiempo.

**4) Dirección:** Cuando se presenta una descerebración, el hombre entra en un estado vegetativo, identificado como "muerte clínica"; cuando en una organización se presenta una inexistencia de mentes conductoras (cerebro organizacional) se inicia el "proceso de entropía", es decir "muerte organizacional", lo cual trae como consecuencia un no crecimiento y un no desarrollo del cuerpo social (organización).

---

<sup>51</sup> Homeostasis: tendencia de los organismos al equilibrio.

Tanto los seres humanos como la organización, toman decisiones. Mientras un médico maneja una complejidad, un profesional de la administración maneja un conjunto de complejidades, en el que se dan una serie de pasos:

- Decisión médica:
  - ✓ Situación: síntoma
  - ✓ Análisis: origen del síntoma.
  - ✓ Diagnóstico: identificación de la enfermedad.
  - ✓ Alternativas: interconsultas.
  - ✓ Consecuencias: Evaluación causa –efecto.
  - ✓ Acción: decisión médica.
  
- Decisión Administrativa:
  - ✓ Situación: Conflicto.
  - ✓ Análisis: Causas.
  - ✓ Diagnóstico: Identificación de causas.
  - ✓ Alternativas: Búsqueda de posibles soluciones.
  - ✓ Consecuencias: Análisis de alternativas – consecuencias.
  - ✓ Acción: Toma de decisión (mejor alternativa posible).

Dentro de la estructura de la administración médica se tendrá a los jefes de servicios y a los médicos, los cuales deberán cubrir dos aspectos:

- Organizacional: deberá responder a las directivas de orden institucional, puesto que el nivel político y el directivo son los que establecen las pautas de lo que se desea, definiendo políticas y planes así como todo aquello que facilite el crecimiento y el desarrollo. Los médicos a cargo de los servicios deberán estar incluidos en la planeación y decisión táctica que la dirección haya definido. El nivel de médicos que no poseen cargo jerárquico, estarían actuando como los operativos de las

áreas, pero a cambio de los operativos administrativos, tienen una función medianamente independiente, lo cual los hace ingresar al otro aspecto considerado.

- Profesional (con cierta independencia): involucra una acción directa, personal en el campo de la planificación y la decisión no organizacional. Los profesionales médicos dependen de los pacientes a los cuales intentan curar; esta situación hace que se genere una situación particular, *la cual no es común con los otros tipos de organizaciones*. Estos deberán efectuar el proceso de decisión sobre el problema de enfermedad que le presente el paciente, la cual resulta independiente de las condiciones generales de la institución. El campo médico debe tener presente que su comportamiento decisional está condicionado por la estructura organizacional y por la estructura humana.

Es responsabilidad completa de la administración cerciorarse de que se aprovechan adecuadamente las oportunidades de desarrollo; donde el trabajador debe ser capaz de encontrar nuevos estímulos en su trabajo diario.

Cada persona debe considerar su propio conocimiento y competencia para ampliar constantemente su aporte a la institución. Desarrollar y preparar al personal significa descubrir sus aptitudes potenciales y manifiestas y descubrir el talento oculto. Quizás mediante un medio ambiente que incite a la acción creadora, cada miembro del personal se verá influenciado para desarrollar sus propias facultades; lo cual, hará que el servicio en su conjunto se vea beneficiado.

Sin **dirección y control** administrativos, los esfuerzos del personal pueden desviarse de los objetivos o malgastarse, a causa de un mal personal o de la falta de supervisión. Por ejemplo, la falta de un estudio epidemiológico adecuado haría que se prestaran servicios de diagnóstico a aquellos grupos que menos lo necesitaran. La mala organización del personal haría que fracasaran algunos planes, por no haber previsto servicios de diagnóstico o simplemente por la insuficiencia de los sistemas de información, que no permitieran que las personas tuvieran acceso cuando la necesitan y en el momento indicado.

Es importante tener en cuenta la **acción** administrativa, en los casos en que sea presente algún obstáculo entre los recursos para realizar el trabajo y la realización de los objetivos acordados. En cada caso se plantea la necesidad de definir cuál es la causa del bloqueo y elegir la actividad administrativa que pueda solucionar el obstáculo.

**Figura 4. Caso de acción Administrativa para superar los obstáculos**

OBSTÁCULO	CAUSA POSIBLE	ACCIÓN ADMINISTRATIVA
Poco tiempo de atención médica a los pacientes	Los médicos llegan tarde	<b>DISPONER LA SUPERVISIÓN DEL TRABAJO DE LOS MÉDICOS</b>
	<b>SE CITA A DEMASIADOS PACIENTES</b>	<b>REVISAR EL SISTEMA DE PRIORIDADES, PARA VER SI SE PUEDE REDUCIR EL NÚMERO DE CASOS..</b>

**5) Control:** En las ciencias administrativas, al igual que en las médicas, el control es una función (acción) que es responsabilidad de los profesionales, la cual implica básicamente la verificación de lo planeado (diagnosticado) con lo ejecutado (medicamentado o intervenido). En el campo de la Administración, el control se efectúa sobre las actividades (tareas), los subordinados (acciones) y los bienes de la organización (aquellos con valor económico).

El control es una acción más operativa, ya que actúa como detector; mientras que la auditoría no sólo detecta sino que propone posibles soluciones ante los resultados obtenidos. Mientras la auditoría médica verifica el campo médico, la administrativa actúa sobre el organizacional; ambas se necesitan y a su vez son requeridas por la dirección; existiendo entre ella cooperación, unificada en el concepto básico de que ambas buscan lograr la mejor calidad y cantidad de atención. Ambas

auditorías tienen como objetivo básico el mantener al paciente con calidad. En el campo de la salud se presentan dos unidades básicas:

1. **Las auditorías, médica y administrativa:** Con la auditoría médica se identifica el área de control de calidad y cantidad de la atención médica. Implica la verificación de una determinada actividad, con las pautas o normas que se consideren adecuadas. En este caso, se efectúa una distinción entre auditoría técnica y auditoría profesional:

- Auditoría técnica: Representa la verificación del trabajo médico. Identificándose en qué forma los usuarios – pacientes fueron atendidos; determinando si la utilización de los servicios cubre a todos los beneficiarios; analizando la calidad de las historias clínicas; y detectando si la utilización de las diversas herramientas médicas están relacionadas con los requerimientos reales de cada intervención.
- Auditoría profesional: Implica la comprobación de la labor médica, pero desde el criterio técnico – científico. En este caso, se emplea como elemento básico de análisis las historias clínicas.

2. **Registros médicos y estadísticas:** Actúa como una herramienta fundamental en el campo de la salud, ya que permite verificar el movimiento de todo el proceso esencial de las Instituciones de salud. Tiene como función la transcripción de información médica, la emisión de información, el análisis de ingresos y altas, la codificación y resumen de información y el almacenamiento de información médica.

Los registros médicos (Historias clínicas) se emplean básicamente para valorar el cuidado del paciente, como elemento necesario para la auditoría médica y como información base para el estudio de las tendencias de enfermedades y de tipología de pacientes.

El campo de las estadísticas se enmarca en un análisis cuantitativo realizado en función de la información que se obtiene de los registros médicos, permitiéndose identificar la localización del paciente y la cuenta diaria de pacientes existentes. Dicha información le permite a la dirección verificar el movimiento de la Institución, favoreciendo la planificación de lo que se ha de realizar.

Idear y poner en práctica medidas para ayudar al personal a establecer una relación entre sus actividades y las de la organización en su conjunto, es actor esencial en esta fase de la administración. Provee el estímulo y dirección que hagan posible que los individuos o las diversas unidades de trabajo establezcan sus propios controles. Significa esto, además, la elaboración de normas, procedimientos y acuerdos de carácter general que señalen la dirección del trabajo, de acuerdo con la cual cada individuo o unidad pueda trabajar con la máxima libertad, pero sin desviarse de las obligaciones esenciales o de las políticas de la institución.

La administración debe incluir el establecimiento de sistemas de información, de contabilidad y de servicio que le permitan al público aclarar de qué manera y hasta qué grado la institución está gastando sus fondos.

#### 6.3.2 Administración por Objetivos (APO) (Peter Drucker, década de los 50's)

Principalmente, es un sistema desarrollado en el campo de la dirección, y que tiene como objetivo "desempeñar de manera eficaz, las funciones básicas del dirigente: planificar, organizar, dirigir y coordinar". Se basa en conceptos de conductas y motivaciones humanas, ya que se actúa sobre el proceso de identificación del personal con los objetivos organizacionales poniendo el énfasis en la búsqueda de los resultados esperados.

Este método de Administración, implica que las metas de la empresa son establecidas de manera conjunta entre los miembros de la misma. El proceso tiene los siguientes pasos: fijación de objetivos, desarrollo de planes de acción, revisión periódica y estimación de rendimiento anual.

Cada empresa establece sus propios objetivos los cuales son específicos a sus requerimientos, identificando el qué se hará. Cada Organización de la sanidad tendrá su tipología de objetivos, acorde a lo que el nivel político defina.

- En el campo de la sanidad, se podrán identificar como **misión**: eliminación de la enfermedad y bienestar del paciente.

- Como objetivos estratégicos: calidad, imagen, liderazgo en el mercado (costos, diferenciación).
- Como objetivos gerenciales: desarrollo de la investigación científica, aplicación de tecnología de punta, segmentación del mercado, calidad de los recursos humanos, distribución arquitectónica (distribución de las áreas y circulación interna).

Por ejemplo, en las entidades de salud, la planta física debe constituir una respuesta arquitectónica a las necesidades que se originan en la ejecución de actividades heterogéneas. En salud se deben considerar las siguientes áreas:

- **Hospitalización:** con sus anexos como estación de enfermería, salas de procedimientos y exámenes para los pacientes, baños..., etc.
- **Atención ambulatoria:** también con sus anexos.
- **Intermedia o de colaboración diagnóstica y terapéutica:** De apoyo clínico: rayos X, laboratorios clínicos, banco de sangre entre otros.
- **Servicios generales o de apoyo administrativo:** Alimentación central, abastecimiento de enfermería, contabilidad y finanzas, subdirecciones y asesores.
- **Administración:** En esta zona están ubicadas la Dirección del hospital, Jefatura de enfermería, Contabilidad y Finanzas, Personal, Subdirecciones y asesores.

Otros aspectos importantes a considerar son la *Accesibilidad* al establecimiento, la protección frente a *ruidos molestos* del *medio*, *durabilidad* del material de construcción y *fácil mantenimiento*, especialmente de las partes exteriores.

- Las **metas**, que estarán en función de los objetivos: herramental para investigación, tipo y cantidades de máquinas y equipos, cantidad y perfiles de empleados – operarios.

### 6.3.3 Teoría Burocrática

Para Max Weber (sociólogo alemán), la organización típica del capitalismo es la burocracia. Algunas de las características de esta teoría son:

- Es una organización con continuidad, no pasajera ni temporal.
- Opera de acuerdo con reglas y normas.
- Existen áreas de competencia.
- Cada oficina está bajo la supervisión y el control de una oficina superior.
- Sistema de super y subordinación hace que exista una forma “claramente regulada” a través de la cual un subordinado puede apelar una decisión de su superior. Se busca así evitar la arbitrariedad del superior y facilitar una forma de defensa del subordinado.
- Sistema de políticas y actos, reglas y normas escritas para tratar con las situaciones del trabajo.
- Separación entre la actividad oficial y la actividad privada.
- Existencia de una carrera que establece las normas y requisitos para la selección, reclutamiento, promoción y transferencia de los funcionarios dentro de los cargos de la misma.
- Orientación hacia objetivos determinados.
- Niveles de sueldo según el cargo.

En los medios burocráticos es cada vez mayor el número de profesiones que obtienen una forma grupal. Incluso en la práctica del médico y el abogado, también se observa esa característica en forma creciente, encajonada como está en límites organizacionales. Muchas profesiones y especialidades de reciente aparición nunca se ejercieron sino en los medios burocráticos;<sup>52</sup> pero en la actualidad, la práctica privada como estilo de trabajo profesional empieza a extinguirse.

El problema de atacar las normas burocráticas tiene hoy mayor importancia; en muchos casos los encargados de la política gubernamental y los que pagan seguros a terceros están muy ajenos a los problemas clínicos inmediatos a los que sus directivos conceden tanto valor.

Los hospitales empiezan a caer en una etapa de regazo. El gobierno ha decidido que le es imposible pagar la atención que todos los pacientes reciben y por lo mismo prefiere pagar únicamente los gastos directos de aquellos que gozan de su protección.

---

<sup>52</sup> <sup>52</sup> YANDA, Dr. Roman L. Administración de los Servicios de salud. Nueva editorial Interamericana S.A. México, D.F. 1983 (26).

Los administradores o directores médicos consideran que es preciso colaborar para la creación de políticas que permitan el tipo de atención necesaria dentro de las limitaciones que les imponen los ministerios de salud, educación, asistencia social, y otros.

#### 6.3.4 Teoría de la Contingencia

El enfoque contingente sostiene que la estructura organizacional y el sistema administrativo dependen o son contingentes respecto de factores del medio ambiente, de la organización, la tarea y la tecnología. No existe entonces una mejor estructura organizacional que sirva para todas las circunstancias, sino que esta depende de factores como:

- La tecnología.
- El cambio en el entorno.
- Las estrategias adoptadas que determinarán el comportamiento y la estructura organizacional.

En las entidades de salud, así como en todas las organizaciones, existen factores del medio ambiente tanto internos como externos que afectan directa o indirectamente su estructura organizacional.

- Medio Ambiente interno.
  - El recurso humano: directivos, médicos, enfermeras, personal administrativo, personal de apoyo.
  - El recurso económico: el hecho de que algunas entidades de salud no busquen beneficios económicos, no significa que no se requiera de capital autogenerado (producidos por la propia organización), con el fin de poder generar el crecimiento y desarrollo pretendido.
  - La tecnología: tecnología médica, maquinaria y equipos en general. En muchas ocasiones, los equipos esenciales faltan o se deterioran.
  - Sistema de valores y metas.
  - Factores psicosociales: comportamiento de las personas, estados de ánimo, necesidades, expectativas.

- Sistema estructural: la Reforma del sector salud en las Américas se centra sobre todo en dos tipos de cambio institucional: descentralización y reforma de los sistemas de seguridad social.
  - Sistema administrativo: los requerimientos organizacionales: objetivos, planes, estrategias, políticas, programas, normas.
- Medio Ambiente externo: medio en donde se desenvuelve la empresa. En este caso, se presentan comportamientos que pueden influir directa o indirectamente sobre el comportamiento organizacional.

De influencia directa:

- Clientes: pacientes internados, pacientes ambulatorios, asociados.
- Competencia: empresas que se encuadran en el mismo sector, produciendo o prestando el mismo bien o servicio.
- Proveedores: medicamentos, tecnología médica, elementos médicos, alimentos.
- El mercado laboral: de donde se obtiene la fuerza de trabajo. Universidades, escuelas de enfermería, bolsas de empleo, etc.

De influencia indirecta: a pesar de no ser fundamentales, tienen su relevancia, debido a que siempre están presentes.

- Socioeconómicas: realidades culturales, climatológicas, demográficas que influyen en el comportamiento del hombre y de la empresa. Por ejemplo, si la entidad se encuentra en una región donde se presenta el dengue hemorrágico, necesitarán mayor número de personal y de medicamentos para atender el caso. Para satisfacer las necesidades cambiantes de la población a la que asisten, los servicios de salud deben ser objeto de continuo escrutinio e introducir reformas según convenga.
- Gubernamentales: aparecen los decretos, normas y políticas gubernamentales a los que se debe someter la entidad prestadora de servicios de salud. Generalmente, uno de los objetivos de las políticas de ajuste consiste en reducir el gasto público.

- Ética: cada sociedad posee una ética general y específica. Disposición y amor por la vida y su cuidado, capacidad de solidaridad y cooperación, respeto por la vida y la dignidad humana.
- Étnica: la acción de las ascendencias son realidades de gran relevancia, ya que por información genética se transmiten diversos comportamientos y problemas de salud en una comunidad.

### 6.3.5 Teoría de los Sistemas

Los conceptos básicos de la organización sistémica, fueron desarrollados por el biólogo Ludwing Von Bertalanffy a comienzos de la década de los años 30's. La teoría identifica aquel concepto que referencia la relevancia de la acción interrelacionada e interdependiente de cada una de las partes que conforman una organización y su relación con el medio ambiente externo. Considera a la organización como un todo y no como un conjunto de partes aisladas.

Un sistema es un todo unitario organizado, compuesto por dos o más partes, componentes o subsistemas interdependientes y delineado por los límites, identificables de su ambiente o suprasistema.<sup>53</sup> La visión sistémica orienta el énfasis hacia el logro de los objetivos. Los componentes de esta definición son:

- Las relaciones de interdependencia de los elementos constitutivos del sistema.

*El hecho de que un solo elemento no forma ningún sistema.*

- El concepto de sistema apunta al carácter holista, totalizante de los diversos elementos interactuantes que lo constituyen. El sistema se comporta como un todo completo y coherente, en el cual el cambio en una de sus partes ocasiona un cambio en todas las demás, pero así mismo en el sistema en conjunto. El holismo es lo opuesto al elementarismo, el cual ve al todo como la suma de sus partes.

Dentro de la organización hay cinco subsistemas básicos:

1. Subsistemas técnicos o de producción: tienen que ver con el proceso de transformación o procesamiento de energía.
2. Subsistemas de mantenimiento: aseguran la presencia de energía humana que permite realizar los papeles organizacionales.
3. Subsistema de apoyo (abastecimiento y ventas): aportan una fuente continua de insumos de producción. Mantienen intercambios transaccionales en la fronteras del sistema, así como obtener apoyo y legitimaciones sociales para la organización.
4. Subsistemas de adaptación: se relacionan con la generación de respuestas adecuadas a las cambiantes condiciones externas. Tienen que ver con el cambio organizacional.
5. Subsistemas gerenciales o directivos: buscan dirigir, distribuir y controlar los diferentes subsistemas y actividades de la organización. Es el subsistema de toma de decisiones para la organización en conjunto.

Características generales de los sistemas:

- Finalidad y objetivos: Estos dos aspectos adquieren importancia en el análisis de los sistemas sociales como los de servicios de salud. La finalidad es el fin último que persigue el sistema, mientras que el objetivo es el más inmediato. En el caso del sistema de los servicios de salud, el fin puede ser preservar y mejorar la salud de la población, mientras que el objetivo puede ser brindar servicios de salud con alta calidad humana, técnica y científica.
- Está constituido por elementos: estos tienen relaciones entre ellos, ya sea cada uno con todos los demás, o formando subconjuntos.
- Interrelación entre sus componentes: cuando los componentes de un sistema se encuentran interrelacionados, se puede decir que el sistema está integrado; siendo así, que cuando uno de sus componentes varía produce también variación en todos los demás. Cuando hay centralización, es decir, cuando se toman las decisiones desde el componente directivo de la organización, la

---

<sup>53</sup> "Teorías Organizacionales y Administración. Enfoque crítico". Carlos Dávila L. de Guevara, Ph.D. Profesor de la Universidad de los Andes. Mc. Graw Hill, 1985.

integración del sistema se ve favorecida; mientras que la descentralización afecta la integración, hasta el punto de llegar a disolver el sistema.

- Disposición racional de los componentes: la concepción de sistema se halla ligada a la de un orden, donde los elementos y componentes tienen algún tipo de estabilidad en el tiempo; de la cual fluye la dinámica hacia el logro de los objetivos.
- El sistema tiene una estructura: la disposición racional de los componentes configuran la estructura del sistema. El término estructura se reserva para aquellas relaciones más persistentes e importantes del sistema.

Los Sistemas pueden clasificarse en cerrados o abiertos. El sistema cerrado es el que tiene muy poco intercambio o ninguno con su ambiente; este sistema como tal no existe. El Sistema Abierto se refiere a las organizaciones que se mantienen a sí mismas mediante un intercambio constante con su ambiente y en consecuencia, con insumos y productos.

El enfoque de Sistema Abierto parece ser el adecuado para el estudio de servicios de salud dada la compleja naturaleza de los mismos, ya que los sistemas abiertos procuran específicamente identificar la naturaleza, amplitud e impacto de las interrelaciones. Como los sistemas de servicios de salud son sistemas sociales abiertos, se mantienen en permanente intercambio con el Medio Ambiente Externo, lo cual involucra un continuo proceso de adaptación.

- Ocurrencia en el tiempo de cambios y transformaciones: Esta dinámica se da según la naturaleza de las relaciones que existen entre los elementos y componentes del sistema, así como entre estos y el ambiente que los rodea.
- El concepto de complejidad y totalidad del sistema: Los sistemas de servicios de salud son muy complejos por la cantidad de elementos y componentes que tienen; así como, por la inestabilidad en las relaciones entre ellos.

Un sistema es una totalidad que constituye una entidad en su conjunto; por lo tanto, el concepto de totalidad es de gran importancia en el análisis de sistemas de servicios de salud.

- Relación con el entorno: el conjunto de fenómenos exteriores al sistema, que se encuentran en relación estrecha con él, lo afectan, restringiendo o facilitando su funcionamiento.
- Dinámica interna: En los sistemas puede reconocerse un fenómeno dinámico por el cual ingresan al mismo entes materiales o inmateriales (entradas), que sufren un proceso y que luego dejan el sistema una vez transformados o utilizados por este (salidas).

En los Servicios de Salud, son insumos las políticas, las normas, los planes, los programas, los recursos, etc.; el procesador está formado por los procedimientos y la utilización de los recursos; y los productos, por los servicios otorgados, por el estado de salud de la población, así como la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios.

- Son efectivos: cuando en el sistema el producto del proceso es el esperado.
- Son eficaces: cuando hay capacidad para alcanzar los objetivos y la finalidad del sistema.
- Son eficientes: cuando se logran los objetivos con el menor costo posible.

Los sistemas de servicios de salud se pueden clasificar de diferentes formas; dependiendo de la categoría en la que se agrupan: modelo de salud, organización, financiamiento, etc.

Con relación a su organización pueden clasificarse de la siguiente manera:

**a. Sistema único de salud.**

- Asistencia pública: Estructura única, pública, financiada con recursos del Estado y con cobertura universal. Ej.: Cuba.
- Seguridad Social: Red única de servicios o mezcla de oferentes pero con una normatividad común. Se financia especialmente con contribuciones obrero – patronales y su cobertura es universal. Ej.: Alemania.

b. **Sistemas mixtos:** No existe una normatividad común. Hay una coexistencia de diferentes sectores prestadores de servicios con diferente desarrollo. Ej.: algunos países latinoamericanos y EE.UU.

Con relación a su financiación pueden clasificarse en:

- a. **Servicio nacional de salud:** Se financia a partir de impuestos generales. Su cobertura es universal. Ej.: Italia.
- b. **Seguridad social:** se financia por contribuciones obrero - patronales. Su cobertura es universal. Ej.: Francia.
- c. **Aseguramiento privado:** se financia a través de empresas privadas de seguros. Déficit de cobertura. Ej.: EE.UU.

Por lo general los sistemas reales y más aquellos que se encuentran en el área de las ciencias sociales como puede ser un sistema de salud, son un complejo constituido por sistemas naturales (conjunto de objetos interrelacionados que se presentan en la naturaleza sin que el hombre haya hecho nada para organizarlo), de procedimientos (sistema artificial que está constituido por un conjunto coordinado de principios y reglas que deben seguirse para resolver un problema o realizar una tarea), sociales (Sistema artificial donde son grupos de personas organizados y coordinados que actúan para servir intereses mutuos y/o alcanzar objetivos comunes) y conceptuales (Sistema artificial que es un conjunto coordinado de principios, hipótesis y hechos por medio del cual puede explicarse algún hecho de la realidad).

Por lo tanto, se puede plantear que un sistema de salud es un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen a un objetivo: un mejor nivel de salud de una comunidad determinada ("Fundamentos de Salud pública". Tomo II, 10 p.).

Ahora se habla de sistemas de servicios de salud en lugar de sistema de salud, ya que se mencionan todos los elementos que hacen parte del sector de la salud y que pueden llegar a

organizarse de tal manera que puedan lograr el mantenimiento de la salud de la comunidad donde se organizan.

Una **organización** es una entidad que coordina a varias personas para que ejecuten tareas bien definidas y logren los objetivos que el individuo es incapaz de conseguir solo.<sup>54</sup>

Desde el punto de vista operacional, las Instituciones modernas que prestan servicios de salud son **organizaciones complejas** que exigen la participación y contribución por parte de los administradores y directores médicos, con el fin, de alcanzar las metas de los diferentes departamentos. Dentro de este grupo se encuentran los hospitales que son organizaciones compuestas por varios departamentos que tienen diferentes características y metas; pero que, coinciden en una serie de cualidades básicas; como son: la necesidad de realizar actividades eficientemente y lograr un buen rendimiento fiscal en la obtención de los objetivos, tanto de cada uno de los departamentos como de toda la Institución.

En estas instituciones se llevan a cabo múltiples funciones que tienen que ver con los servicios, procedimientos, unidades geográficas y un sin número de actividades; esto se toma a consideración, debido a que *el análisis de sistemas* toma en cuenta que todas las partes están interrelacionadas y son tan interdependientes que constituyen un todo.

Se puede apreciar que cuando una variable interactúa con otra se produce una reacción en cadena en todo el sistema.

Este análisis se ve en aquellos departamentos que trabajan 7 días a la semana y durante las 24 horas del día, donde casi siempre los problemas son los puntos de interacción entre estos departamentos encargados de ofrecer el paquete total de cuidados médicos.

---

<sup>54</sup> YANDA, Dr. Roman L. Administración de los Servicios de salud. Nueva editorial Interamericana S.A. México, D.F. 1983 (26).

Lo anterior, hace alusión a la aplicación que tiene el análisis de sistemas a la medicina, el cual se introdujo con el nombre de "REGISTROS MÉDICOS ORIENTADOS A LOS PROBLEMAS", cuya difusión se debió en gran parte a los esfuerzos del Dr. Lawrence L. Weed, en Estados Unidos.<sup>55</sup>

La preparación de criterios que permitan medir el éxito de "prestación del servicio", es uno de los problemas que se han presentado en las complicadas cadenas de la atención. Dentro de este, también se debe considerar hasta qué punto el médico deja las decisiones pertinentes a la prestación de un servicio, como es el caso de una terapia, al personal que proporciona el tratamiento.

Otro problema planteado por el análisis de sistemas es el de contar con suficiente personal que tenga una buena preparación, el equipo adecuado y el tiempo suficiente para prestar los servicios. Para el paciente, el hecho de que un departamento sea el mejor, no significa nada si este no es capaz de trabajar en completa armonía con el resto de la Institución. Se debe tener en cuenta que para satisfacer las necesidades del paciente, hay que ser capaz de cooperar, coordinar las actividades y sobretodo saber dar y recibir.

Es necesario lograr que todos los departamentos operen eficientemente buscando el equilibrio. Este puede darse en la distribución adecuada de recursos y medios, de suministros, de áreas de la planta o del personal. Muchas veces en teoría el departamento dispone de todos los recursos necesarios pero en la práctica los servicios resultan fortuitos.

### 6.3.6 Teoría de las Relaciones Humanas

Los pioneros de la teoría fueron los psicólogos y los sociólogos; entre ellos Elton Mayo, David Mc. Clelland y Frederick Herzberg (teoría de motivación – higiene); quienes encontraban al hombre como parte fundamental de una organización; concepto que trasciende el significado económico y técnico de las organizaciones. Ve a la organización no como un agregado de individuos aislados sino miembros de una variedad de grupos.

---

<sup>55</sup> Medical records, medical Education and Patient Care. (Cleveland: Case Western Reserve University Press, Yearbook. Distrib., 1969).

Las relaciones humanas apuntan hacia la superación de conflictos a través de la supervisión, modificación, cooperación e integración de intereses entre trabajadores y patrones, lo que llevará a un desarrollo organizacional de valores, concepto y cultura propios en cada organización.

Los temas principales de la teoría son:

1. Motivación, satisfacción en el trabajo, productividad.

Se destaca la importancia del estado de ánimo de los trabajadores en su desempeño en el trabajo; surgiendo el estudio de la motivación del hombre en el trabajo. Las principales teorías motivacionales son:

- La jerarquía de las necesidades de Maslow.
- La teoría de la trilogía de necesidades de logro, poder y afiliación de David Mc. Clelland (1961).
- La teoría de los factores motivacionales e higiénicos de Herzberg.
  - Factores motivacionales: el trabajo en sí mismo, reconocimiento, crecimiento, responsabilidad, avance y logro.
  - Factores higiénicos: salarios, reglas y políticas, condiciones de trabajo, supervisión técnica.

2. Liderazgo, supervisión y estilos de dirección.

- Cualidades del líder.
- Estilos de liderazgo.

La definición y puesta en marcha de nuevos modelos administrativos, para lograr una gestión exitosa en las entidades de salud, implica un compromiso (de todas las personas que están relacionadas con esta actividad), aprendizaje y desarrollo del talento humano, liderazgo efectivo, donde el trabajo en equipo, la autoevaluación y el autocontrol sean garantía ética y social del profesional.

Los desafíos y oportunidades en el siglo XXI exige de los profesionales de la medicina del mundo, disponibilidad y liderazgo para asumir nuevos papeles en las organizaciones de salud y en la sociedad; con el fin de mejorar y mantener la calidad de vida de las personas, así como a realizar

acciones según los cambios demográficos y epidemiológicos de las distintas regiones del país y del mundo entero.

En ese objetivo se deben considerar los aspectos conceptuales sobre el cuidado de la medicina y las teorías administrativas que están relacionadas con el liderazgo, empoderamiento (basa sus postulados en el desarrollo humano) y la gestión del cambio; con el fin, de lograr un desarrollo integral del ser humano desde las organizaciones, para luchar por niveles de óptimo bienestar. Por ello, conocer los conceptos de cuidado, ambiente, persona y proceso salud-enfermedad son indispensables para el conocimiento de las necesidades en salud de las personas y los grupos.

Los últimos avances sobre este aspecto dan una nueva visión en la organización de los servicios de salud, con énfasis en el manejo autónomo y especializado del cuidado de la medicina y de enfermería, lo cual ha generado cambios en la contratación y gerencia del talento humano, pasando de una estructura vertical a una horizontal con una dirección facilitadora de procesos e innovaciones. Estas finalidades permiten reconocer la relación que existe entre la salud y administración, por ser servicios de carácter social que merecen el monitoreo permanente de las necesidades de los usuarios para satisfacerlas en forma pertinente, equitativa y con calidad.

La afirmación de que “sólo las personas que conforman una institución pueden contribuir y agregar valor a los servicios”, se podría materializar en el sector de la salud si se logra una transformación cultural que posibilite una resignificación, reconocimiento y valor al cuidado, interactuando con el entorno, monitoreando los resultados y centrando la atención en el usuario.

En ese caso, es importante conocer el comportamiento que tienen los usuarios – pacientes. Por ejemplo, los pacientes internados cambian su comportamiento debido a la presión psicológica que genera el temor a la enfermedad y los pacientes ambulatorios busca rápida solución a su temor, generado por la duda. La integración entre lo que quiere el usuario – paciente y las posibilidades que pueda prestar la organización es una de las acciones más complejas, ya que resulta difícil definir el comportamiento de las personas.

Así como un médico toma decisiones y asume responsabilidades sobre el cuidado de la salud, un administrador también debe tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre la prestación de los servicios y tener conocimiento global de las necesidades del usuario.

El liderazgo es tanto del equipo médico como del equipo que administra y se rota entre sus miembros la coordinación según las actividades que se desarrollen. De ahí, que el equipo que administra sea responsable de actividades administrativas como: desarrollo humano, gerencia del desempeño, definición de roles, compensaciones, establecimiento de horarios de atención, mantenimiento y presupuesto.

La gestión exitosa del talento humano necesita cooperación y colaboradores creativos y responsables que estén aprendiendo continuamente. El reto está en atraer, desarrollar y mantener el talento emocional del grupo; considerando las valoraciones, intenciones, sentimientos, emociones y motivaciones.

### 6.3.7 Teoría del Servicio

El problema de la demanda de más servicios y la obligación de ganar dinero en el departamento suele agravarse con la queja constante del administrador: "en efecto, todo el mundo exige hoy una atención más barata y, al mismo tiempo, servicios más completos y satisfactorios. Se han alcanzado cifras sin precedentes y cada vez es más importante la demanda de una mejor calidad de vida y de salud. Por más que se desee prestar una atención óptima de los enfermos, el hecho es que resulta imposible ofrecer a todos los mismos cuidados.

¿Qué significa estar en el negocio de los servicios de salud?

- Un primer elemento a destacar es el impacto económico que generan los negocios de servicios de salud. Se sabe que actualmente las empresas de servicios son las que más empleos generan y aportan más al PIB de los países desarrollados y en vía de desarrollo.

- Es importante concebir el acto administrativo como un servicio que se presta a la organización. Ambos (directivos y empleados), trabajan para propósitos comunes reflejados en la misión y para prestar un servicio que se refleje hacia el cliente externo (usuario - paciente).
- Es claro que las expectativas que se manejan en los servicios de salud, sobre todo cuando son complejos (cirugías, partos, SIDA, etc), son mucho más altas que la compra de otras cosas como autos, viajes, ropa, etc.
- Al momento del contacto con el usuario en la prestación del servicio de salud, él se encuentra incapacitado para evaluar la calidad científica; pero los otros elementos sí los puede evaluar y son los que le generan un mayor impacto.

### Calidad del servicio

Las entidades de salud deben saber manejar cada uno de los productos y/o servicios que tienen con el fin de alcanzar la excelencia en el servicio<sup>56</sup>. La calidad del servicio en salud tendrá tres componentes, que se desarrollan e interactúan en diferentes grados, en cada persona de la organización de salud y en toda la organización como tal y cuyo resultado será un buen o mal manejo de los servicios de salud:

1. Componente humano

#### *Componente científico*

2. Componente administrativo

### Conocimiento del cliente

Para poder prestar y lograr un excelente servicio es necesario conocer muy bien al cliente, para satisfacer sus expectativas.

Tipos de clientes en una entidad de salud:

---

<sup>56</sup> ALBRECHT Karl, BRADFORD Lawrence; "La excelencia en el servicio". 3R Editores, 1998.

1. **Cliente interno:** es la persona que maneja el producto y/o servicio que ofrece la entidad. Para conocer cuál es el grado en el cual verdaderamente se palpa un ambiente de orientación hacia el cliente interno, es lo que se conoce como "clima organizacional"<sup>57</sup>; es decir, el ambiente integral de trabajo que se presenta en la entidad de salud.

Algunos de los elementos que debe evaluar una entidad de salud, para conocer su clima organizacional y la evolución de este, son los siguientes:

- Cómo son las condiciones del puesto de trabajo.
- Cómo se siente el personal frente a la remuneración.
- Cuál es el grado de conciencia que existe en las personas, sobre el valor que su trabajo agrega a la entidad.

2. **Cliente externo:** es la persona que recibe el producto y/o servicio. Generalmente no les preocupa los problemas internos de la organización; sólo les interesa que se resuelvan rápidamente sus problemas. Para conocerlos se debe hacer una buena y permanente investigación de mercados para poder satisfacer mejor sus expectativas.

Estos se clasifican en:

- Cliente sumiso: es una persona tímida que no está dispuesta a quejarse.
- Cliente agresivo: este es un tipo de cliente que es bastante frecuente en los servicios de salud; sobre todo en el servicio de urgencias.
- Cliente derrochador: esta persona siempre saca a relucir el dinero que paga frente a la calidad que recibe. En este caso, se debe explicar detalladamente cómo será la solución a la queja del servicio.
- Cliente injusto: esta persona busca ganancias secundarias intentando o logrando violar las normas organizacionales establecidas. Cuando no lo consigue, es cuando se queja del mal servicio. En el caso de los sistemas de salud, un ejemplo es cuando una persona tiene a su hijo

---

<sup>57</sup> ALBRECHT Karl. Gerencia del Servicio. Legis Editores, 1988.

inscrito en la medicina prepagada y con el mismo carnet del hijo, ingresa a otra persona para que reciba el servicio.

- Cliente quejumbroso habitual: Es una persona que siempre se queja. Es el tipo de paciente que siempre encuentra algún detalle que no lo satisface.

### Portafolio de servicios

Cuando se hace alusión al **portafolio de servicios** de una entidad de salud, se hace referencia a todos sus productos (servicios), con varias características de información sobre ellos. La clasificación del portafolio puede representarse de varias formas, dependiendo de las necesidades de información que requiera el mercado al cual se va a dirigir o con el que se trabaja actualmente<sup>58</sup>. Aquí se mostrará un ejemplo:

#### *Servicios médicos*

- Consulta médica
  - Medicina general
  - Medicina especializada
    - ✓ Medicina interna
    - ✓ Neurología
    - ✓ Pediatría
    - ✓ Ginecología
- Cirugía
  - Ambulatoria
  - Hospitalización
- Hospitalización
  - Habitación compartida
  - Habitación sencilla
  - Habitación ejecutiva

---

<sup>58</sup> Albrecht, Karl. La Revolución del servicio. Legis, Bogotá. 1990.

- Ayudas diagnósticas
- Laboratorio clínico general y especializado

#### Rayos X Características de los servicios de salud

1. El paciente con su comportamiento y actitud, hace parte del resultado final de la calidad del servicio.

2. Homogenizar su percepción de calidad es muy difícil. **El producto** de los servicios de salud no es ni puede ser uniforme; pero sí se pueden normalizar algunos elementos. Por ejemplo, en una población el aumento del número de partos en el hospital se considerará altamente conveniente; en otra, donde por razones de hacinamiento y de la inaccesibilidad a los hospitales, la hospitalización sería peligrosa, el aumento de número de partos en domicilio, bajo adecuada vigilancia, habría que considerarlo.

3. Medir los resultados del trabajo de salud es tarea complicada. Muchos de los aspectos del trabajo no pueden valorarse con exactitud. Por ejemplo, la concurrencia a un centro de salud no tiene significado en sí; para eso, habrá que relacionarla con el número de los que no concurren, la disponibilidad y uso de otras instituciones de atención médica.

4. Prestarlo masivamente es más difícil que en las industrias de productos que pueden multiplicar fácilmente su producción. Si el público se niega a comprar automóviles cada vez más grandes, seguramente será indicio de que el producto no es bueno, en el sentido de los negocios.

Sin embargo, si el pueblo no usa ni paga una clínica para el diagnóstico del cáncer, el hecho no implica necesariamente que no se trate de un buen programa y que el mismo haya de ser abandonado. La receptibilidad de las madres al servicio proporcionado varía, de forma que la misma magnitud o cantidad de servicios no logrará exactamente los mismos resultados con las diferentes mujeres.

5. Los servicios de salud están expuestos a grandes fluctuaciones y cambios, debido a que los rápidos cambios que ocurren en los métodos de tratamiento y diagnóstico en medicina, así como condiciones de desastre o epidemia, crean grandes exigencias para los servicios de salud.

6. En la mayoría de las organizaciones de servicio, la prestación de los servicios se concreta fuera del ámbito estructural; mientras que en el caso de los servicios de salud se presenta una situación atípica, en el que el "usuario", en muchas oportunidades, deberá permanecer dentro de la organización (en el caso de que el paciente se encuentre internado), hecho que genera actitudes diferenciales tanto en el personal de la organización, como por parte de estos usuarios diferenciales.

Esto resulta importante debido a que los comportamientos personales y grupales se van a ver influenciados por dicha realidad, y tales actitudes favorecerán o no el cumplir con la función preestablecida por la organización de la salud. Por esta razón, es importante aplicar una nueva mentalidad de crecimiento y desarrollo, sobre todo en la situación actual donde los comportamientos que fueron válidos ayer son nocivos para la permanencia de una institución médica.

7. Los estándares de calidad deben estar presentes antes de prestar el servicio al paciente y no después. Tradicionalmente, la presencia de un grupo de profesionales médicos y especialistas era requisito necesario y suficiente para la captación de usuarios – pacientes; pero hoy en día, dicho requisito no resulta suficiente. **Los usuarios – pacientes** tienen capacidad de elección, hecho que se genera con la presencia de un alto nivel de competencia. La esencia se mantiene, es decir la eliminación de la enfermedad, lo que ha cambiado es *la forma en que se presta el servicio*.

8. Los servicios de salud no se pueden patentar como los productos.

9. El componente humano en la prestación del servicio de salud ocupa un alto porcentaje.

#### Pecados del servicio de salud<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> ALBRECHT Karl. La Revolución del servicio. Bogotá: 1990.

En la prestación de los servicios de salud se presentan una serie de causas comunes de insatisfacción, como suele suceder en cualquier otro servicio.

1. Apatía: falta de interés del personal administrativo o clínico por el problema del paciente.
2. Robotismo: todo trabajo tiene el riesgo de rutinizarse y cuando ello se alcanza el usuario lo percibe.
3. Frialdad: los usuarios manifiestan que se sienten como “cosas” que están examinando.
4. Desaire: un afán de las personas por resolver rápidamente y de cualquier forma, el problema que plantea el usuario. También lo interpretan como una burla por las cosas que hace o dice el paciente.
5. Aire de superioridad: se refiere al poder de información que maneja el personal de salud o el personal administrativo. El usuario se siente inferior ante la persona que lo atiende.
6. Reglamentitis: cuando la norma pesa más que el servicio al paciente. Es más importante tener el papel de autorización en la mano para una cirugía que operar al paciente; así sea esta una cirugía relativamente urgente.
7. Evasivas: los pacientes lo interpretan como la entrega de cualquier disculpa ante la imposibilidad de prestar el servicio.

#### Elementos fundamentales para un buen servicio<sup>60</sup>

1. Momentos de verdad: es el momento en el cual un cliente (paciente) entra en contacto con cualquier aspecto de la organización, en la cual se da la posibilidad de producir en la mente del cliente una impresión sobre la calidad del servicio que recibe. En ese caso, todo el personal de la organización debe comprender que aunque un usuario lleve muchos años con un profesional o entidad de salud, en el momento en que se encuentre con un momento de verdad negativo, esa lealtad se puede perder fácilmente.

---

<sup>60</sup> ALBRECH, Karl. La excelencia en el servicio. 1998.

2. Ciclos de servicios: es la suma de los momentos de verdad por los que pasa un paciente en una entidad de salud. Es importante conocer todos los pasos que realiza un paciente para obtener determinado servicio, como una consulta médica, una hospitalización; con el fin, de lograr que el ciclo se pueda adaptar buscando que sea lo más amigable posible con los pacientes.

### 6.3.8 Teoría de la Calidad

Uno de los grandes gurús y de las figuras más importantes en el Control de Calidad y la Administración moderna es **Joseph M. Juran** (padre de la calidad). Él entendía la calidad como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso de las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, etc. Calidad es " adecuación al uso".<sup>61</sup>

- Juran plantea la trilogía de la planeación, control y mejoramiento de la calidad.
- La planeación de la calidad aporta la fuerza operativa a los medios para obtener los productos que satisfagan las necesidades de los clientes.
- Control de calidad: los diferentes procesos que se llevan a cabo pueden presentar variaciones; por lo tanto, se necesita tener los procesos bajo control para poderlos mejorar.
- Mejoramiento de la calidad: para poder alcanzar mejores niveles de calidad se debe cambiar el proceso; atacando las causas comunes más importantes.

**William Edward Deming**, estadista, profesor y fundador de la Calidad Total; planteó catorce puntos para mejorar las empresas y su administración: crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio; adopción de una nueva filosofía; desistir de la dependencia de la inspección en masa; comprar por calidad no por precio; búsqueda continua de áreas para mejorar; entrenar a los trabajadores para obtener calidad en el desempeño; instituir métodos modernos de supervisión y de liderazgo; confianza; romper barreras entre departamentos; eliminar slogans vacíos y cuotas numéricas; instruir un programa vigoroso de educación y entrenamiento (educación continua y participación activa), mejorar constantemente y siempre el proceso de producción y servicio, tomar

---

<sup>61</sup> Juran y la planificación para la calidad / J. M., Juran; vers. esp. Jesús Nicolau, Medina Madrid. Díaz de Santos, 1990

acciones para lograr la transformación, remover las barreras para apreciar la mano de obra, Mejoramiento continuo<sup>62</sup>.

Estos principios que funcionan en muchos negocios han mostrado que la calidad aumenta y los costos bajan. Los clientes obtienen productos y/o servicios de calidad, las empresas obtienen mayores ingresos y se beneficia la economía.

**Philip Crosby**, creador del concepto "cero defectos" (CD) es uno de los grandes en el tema de la administración de la calidad.

De acuerdo con Crosby existen tres componentes básicos para establecer y operar programas de solución de problemas y mejoramiento de calidad<sup>63</sup>:

#### 1. Cuatro fundamentos (complementarios)

- Pleno involucramiento de la dirección.
- Administración profesional de la calidad.
- Programas originales.
- Reconocimiento.

#### 2. *Cinco principios de la dirección por la calidad*

- Calidad significa cumplir los requisitos de funcionamiento del producto; no es elegancia, no es lujo, solo belleza o un precio alto.
- No existen problemas de calidad, los problemas surgen por mala calidad o falta de ella.
- No hay ahorros al sacrificar la calidad.
- La única medida de desempeño es el costo de calidad.
- El único estándar de desempeño es de "cero defectos".

---

<sup>62</sup> Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios / A. C., Rosander Madrid : Díaz de Santos, 1994.

<sup>63</sup> La calidad no cuesta : el arte de cerciorarse de la calidad / Philip B. Crosby. -- México : Continental, 1990

Crosby también desarrolló un concepto denominado los "Principios Absolutos de la calidad total:

1. Calidad es cumplir con los requisitos: hacer las cosas bien desde el principio.
2. El sistema de calidad es la prevención: observar el proceso y determinar las causas posibles de error.
3. El estándar de realización es cero defectos.
4. La medida de la calidad es el precio del incumplimiento.

Considerando las teorías que se han tratado hasta el momento; se puede afirmar que la garantía de la calidad de la atención en salud juega un papel importante cuando se trata de lograr el mejoramiento de la calidad en el sector de la salud. Entonces empieza a cambiar el modelo tradicional por el modelo de garantía de la atención a la salud que se caracteriza por definir la calidad como la "adecuación al uso" (Juran), el uso de teorías y modelos de calidad del comercio y la industria; el enfoque en el cliente a través del proceso y no sólo en la supervisión; el uso de la técnica de resolución de problemas de Deming; y el mejoramiento de los procesos de atención a través de la modificación de las percepciones de las partes involucradas, buscando siempre el servicio excelente y con cero defectos (Crosby).

Cuando se habla de calidad de la atención de la salud, es necesario remitirse a todo aquello que el **Dr. Avedis Donabedian** (nacido en Beirut el 7 de junio de 1919) conceptualizó sobre este tema. Plantea que aunque se habla de diversos modelos y metodologías para mejorar la calidad, lo más efectivo es la determinación de los líderes y responsables de conducir el servicio; de esta manera, cualquier método o estrategia de garantía de la calidad que se aplique será exitosa.<sup>64</sup>

Considera la eficiencia como la maximización de los beneficios que a su vez se ve limitada por la cantidad y calidad de los recursos dispuestos.

Una de las últimas definiciones de Donabedian muestra la evolución y afiliación de nuevos elementos conceptuales: "Calidad es la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la

---

64 Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.

aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente así como las capacidades y limitaciones del recurso de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes".

Cuando **Jacques Horovitz**, se refiere a la calidad del servicio; afirma que el servicio al cliente es una de las armas más poderosas para lograr la diferenciación y aumentar la competitividad de una empresa. Dice que es necesario afrontar una mejora completa (calidad total) en el servicio a los clientes y crear una "cultura del servicio" en las organizaciones.

Es imprescindible darle respuesta a los problemas a los que se enfrenta, actualmente, el sistema de atención a la salud en Colombia, para poder hablar en términos de calidad de servicio. Lo que es aún más importante es que el paciente, o el proveedor, basa su juicio, en la mayoría de los casos en los aspectos del servicio; pues lo que perciben del servicio es lo que llaman *Calidad de la atención*. Como asegura Horovitz: "para que un servicio funcione, debe partir de una decisión gerencial de servir al cliente como objetivo, y no como una solución a otro tipo de problemas"<sup>65</sup>.

Los anteriores conceptos nos llevan a pensar en que en el caso de la calidad en salud, es necesario conocer y definir con exactitud lo que se debe calificar. Según parece, este es el problema que se presenta cuando se quieren establecer las características generales que se le dan a los servicios de salud y también para lograr sistemas de calificación unificados.

La calidad del servicio se define como "*un acto social que ocurre en contacto directo entre el cliente y los representantes de la empresa de servicio*"<sup>66</sup>.

Muchas organizaciones son negocios de servicio, como en el caso de las Instituciones de salud cuyo producto es el bienestar y una mejor salud. Mucho después de que el sector manufacturero adoptó el concepto de calidad, el sector servicios empezó a reconocer su importancia.

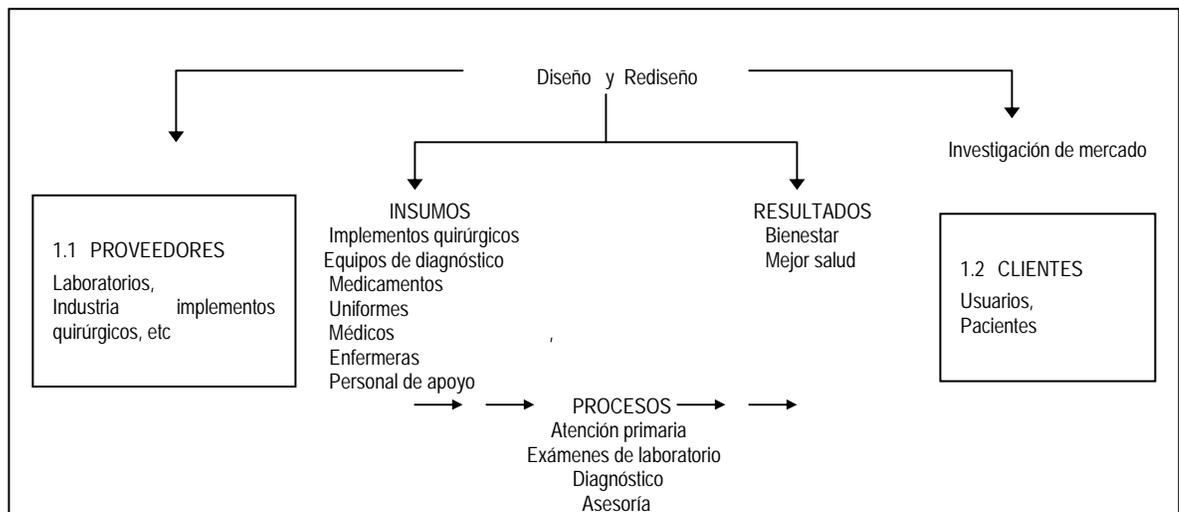
---

<sup>65</sup> La Calidad del servicio. Jacques Horovitz. Editorial McGraw Hill Interamericana. Colombia, 1994.

<sup>66</sup> Richard Norman, Service management Strategy and Leadership. Nueva York, 1984.

El criterio de W . E. Deming acerca de un sistema de producción se puede adaptar tanto a las organizaciones de servicio como a las manufactureras; en el caso de las organizaciones de salud el proceso sería el siguiente:

**Figura 5. La salud como un sistema de producción**



La naturaleza del servicio implica que debe responder a las necesidades del cliente (usuarios, pacientes); es decir, que el servicio debe cumplir o exceder las expectativas del cliente. Por esta razón, estas expectativas deben traducirse en normas y estándares de desempeño; así como lo hacen las industrias manufactureras.

La producción de los servicios se diferencia de la manufactura; tales diferencias, tienen implicaciones importantes en la Administración de la calidad. Algunas de ellas son:

- Son difíciles de identificar y medir las necesidades de los usuarios / pacientes y los estándares de desempeño.; ya que cada uno de los clientes son diferentes y ellos mismos se encargan de definir sus necesidades, lo cual implica que los servicios necesiten mayor personificación.
- El producto es intangible, mientras que en la manufactura es un producto tangible. La calidad del servicio sólo se puede juzgar con las expectativas y experiencias del cliente.

- El servicio se produce en el momento que se presta; además muchos de ellos deben prestarse de acuerdo a la conveniencia del cliente.
- Los usuarios / pacientes forman parte activa en la prestación del servicio; están presentes en el momento en que se efectúa.
- Este tipo de servicios necesitan mucha mano de obra. Médicos, enfermeras, personal de apoyo, etc.

Los dos componentes clave de la calidad del sistema de servicio son el cliente interno y la tecnología de la información. Generalmente, el desempeño, el comportamiento del cliente interno y la rapidez de las transacciones del servicio, son los aspectos que más se perciben en la calidad del servicio<sup>67</sup>.

El sector de la salud ha adoptado ampliamente la calidad. El gobierno y las diferentes Instituciones de salud han puesto mayor atención a los cuidados de la salud; se quiere lograr entidades de salud modernas que sean capaces de ser exitosas en las diferentes facetas de la calidad, competitividad y exigencia de los usuarios.

En Colombia, el Ministerio de Salud mediante la Resolución 000813 de febrero 23/89 definió la calidad en la prestación de servicios de salud como: "El conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención en salud, que se provea para alcanzar los efectos deseados por los usuarios del servicio. Las características son: Oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógico-científica y grado de satisfacción de los usuarios".

Esta definición expresa dos conceptos de vital importancia, el primero que calidad "es el conjunto de características técnico – científicas y humanas". No hay calidad que se pueda medir solamente por la apreciación de alguna de las partes que constituyen el servicio; la calificación se hace integralmente, evaluando todas las características y comportamientos.

---

<sup>67</sup> Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1993.

Cuando hace referencia a que se provea para alcanzar los efectos deseados por los usuarios del servicio; se destaca que se considera un bien / servicio con calidad cuando logra su fin, que es lograr la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Un paciente que no sale satisfecho de un consultorio médico, no percibirá que fue bien atendido, no se considera que es un servicio de calidad.

Hablar sobre las características técnico - científicas de la calidad en salud, implica que la acción profesional debe cumplir todos los requisitos indispensables que se desarrollan con el cumplimiento de los protocolos de atención desde el punto de vista técnico – científica. Las características humanas se relacionan con la calidad de tipo funcional; donde entra a jugar la forma como las personas brindan el servicio y cómo el usuario percibe que es atendido.

La calidad se refiere tanto al impacto real que tienen los servicios sobre la salud del paciente – calidad médica -, como a la percepción que él tiene acerca del servicio que se presta – satisfacción del usuario - .

En Colombia, estas percepciones han tenido gran acogida buscando establecer un proceso de mejoramiento de la calidad a largo plazo, donde se establezcan unos mínimos estándares alcanzables para ser mejorados periódicamente. Hoy, la Ley de Seguridad Social en Salud en Colombia desafía a las Instituciones de salud al reto de la competitividad en el que la calidad de la atención es un factor determinante para sobrevivir en el mercado.

Las Instituciones de salud deben garantizar la calidad en la atención a los usuarios, estableciendo mecanismos que haga de esta un servicio oportuno, personalizado, humanizado, integral y continuo; y de acuerdo con estándares aceptados en cuanto a procedimientos y práctica profesional; sin embargo, los logros en este campo todavía son escasos. Hoy más que nunca las instituciones de salud tienen la responsabilidad de establecer las herramientas que permitan la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad.

Al respecto, se han realizado procesos de investigación interdisciplinario que les permita a las Instituciones de salud tener la posibilidad de conocer su situación en la prestación de los servicios de salud, considerados en el artículo 227 de la Ley 100 y en el Decreto 2174 de 1996, para poder implementar procesos de “mejoramiento continuo” y de garantía de la calidad.<sup>68</sup>

## OBJETIVOS PLANTEADOS PARA LOGRAR LA CALIDAD DE SALUD EN COLOMBIA

Con el fin de conocer la percepción de los usuarios acerca de la calidad de los servicios de salud y de aplicar las medidas necesarias para lograr el mejoramiento de la calidad de los mismos; el Ministerio de salud planteó los siguientes objetivos:

1. Conocer la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud en cuanto a la oportunidad, accesibilidad, integridad, información, el trato a los usuarios y la percepción global del sistema de salud (objetivo general).
2. Averiguar el grado de satisfacción respecto al servicio que prestan las entidades de salud.
3. Medir el grado de satisfacción de los usuarios sobre la calidad general de los servicios y de los médicos, los servicios farmacológicos, especializados, de imágenes y de laboratorio, el papel de las entidades de salud (ARS-EPS-IPS), la percepción sobre los servicios de promoción y prevención y las diferencias público/ privado; dentro del marco conceptual calidad funcional.
4. Conocer la valoración que dan los usuarios a los servicios ambulatorios.

---

<sup>68</sup> Ministerio de Salud

## 7 PAPEL DEL ADMINISTRADOR EN EL SECTOR SALUD

Durante mucho tiempo, los programas de medicina no incluían el tema de la función administrativa; la mayoría de los médicos graduados obtenían esos conocimientos administrativos a través del tiempo, cuando ya estaban ejerciendo su profesión. Al no exigirse una preparación formal en Administración durante la educación profesional, posiblemente esa preparación se basaba sencillamente en un principio de supervivencia.

Hoy, quienes se encuentran involucrados en el Sector salud, reconocen la complejidad, interdependencia e incertidumbre de este. Entienden que gerenciar eficiente y eficazmente los recursos humanos, financieros o tecnológicos, más allá de que se cumplan en una organización pública o privada, necesita de grandes esfuerzos y la aplicación de herramientas gerenciales.

Muchas veces, la gestión se ve afectada por la falta de formación administrativa. Los hallazgos preliminares del estudio de Harvard sobre IPS / ESE indicaron que la falta de conocimiento de índole Administrativo es una de las principales razones por las cuales hay bajos niveles de eficiencia en la producción de servicios.

La complejidad interna y la gran turbulencia externa hacen que los niveles gerenciales de las Instituciones de salud necesiten de la máxima atención en cuanto a capacitación. Su responsabilidad social es trascendental: incrementar la accesibilidad a los servicios, distribuirlos con equidad, administrar eficientemente los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos; mejorar la gestión y la calidad de la prestación de los servicios.

A esta apreciación objetiva se añade la realidad de la crisis por la que atraviesan muchas instituciones de salud; son varias las determinantes de esta situación: el proceso de globalización, el incremento de la competencia, las reformas sectoriales y nacionales, el agotamiento financiero del

sector público y la Seguridad Social, el requerimiento de los usuarios de servicios más accesibles y calificados, etc.

Se requiere que el administrador de servicios de salud se preocupe no sólo del manejo adecuado de todas las cosas y personas de su propia organización y de su mutua relación; sino también comprenda y aprecie las actividades de la población y los cambios económicos y sociales en el plano local, nacional o internacional, en cuanto significan nuevos requerimientos para la organización sanitaria. Además, los administradores deben hacer una transición y un ajuste institucional adecuados en todos los aspectos que atañen a su funcionamiento, mediante los cuales logren consolidar a las Instituciones de salud gradualmente para que respondan de manera eficiente y con calidad a la demanda de servicios de la comunidad.

En los servicios de salud se requiere de la aplicación de la disciplina de la Administración en función de los resultados operativos que van dirigidos al beneficio de la población. Para ello, es necesaria la optimización de los recursos, la organización de los programas con actividades que correspondan con objetivos y metas definidos que sean congruentes con las políticas de cuidado de la salud y de los niveles de vida que se procura apoyar. Por esta razón, los funcionarios de las Instituciones de salud que utilizan múltiples instrumentos técnicos, económicos, sociales y otros; han reconocido la importancia de las teorías y de la práctica de la Administración, haciendo esfuerzos para capacitarse mejor en esta compleja disciplina.

Estas exigencias actuales, nos llevan a cuestionar acerca de la participación que tiene un profesional del ámbito administrativo en las Instituciones de servicios de salud. Con esto, se busca conocer las características y las funciones que tienen a su cargo los administradores; ampliando la visión que se tiene de ellos en el sector.

Antes de abarcar el tema desde el punto de vista del Administrador de Instituciones de servicio; se hará referencia a diferentes aspectos relacionados con la ciencia Administrativa y con el sector de la salud, que darán mayor claridad para llegar al tema antes mencionado. Esos aspectos son los tratados a continuación:

### 7.1.1 Tipologías de administradores de los servicios de salud

Las características de estilos pueden ser consideradas de la misma manera que en el caso de cualquier administrador profesional; sin embargo, estarán condicionadas por el conocimiento que posean en el ámbito de la salud. En el campo de la conducción de hombres se puede identificar las siguientes personalidades<sup>69</sup>:

1. El hombre participativo: permite la acción conjunta con todos los responsables de las diferentes áreas. - saben lo que quieren pero no se esfuerzan por alcanzar un consenso; sin embargo, desean modificar sus planes para atender a las necesidades y preferencias de los demás.
2. El hombre autocrático: Efectúa las acciones de acuerdo a su propia opinión, sin requerir otra idea contraria.- Quienes parecen auténticos señores feudales pues piensan que la Institución es su feudo particular y que sus colaboradores son sus vasallos.
3. El hombre democrático: Actúa contemplando y respetando las opiniones de sus jefes y colaboradores. -Los que están dispuestos a escuchar a su personal médico y demás colaboradores.
4. El hombre Laisser Faire: Actúa dejando a cada uno que realice lo que desea.

Con lo anterior, se puede decir que la administración es un medio y no un fin, es una herramienta a disposición del hombre cuya eficacia estará determinada especialmente por las características de quienes la utilizan y cómo la utilizan. Por esta razón, aparecen “administraciones” de diferente sello; así como diferentes tipos de organizaciones, como es el caso de las Instituciones de servicios de salud.

---

<sup>69</sup> Mancebo del Castillo. 'El Administrador y su entorno dentro de la Administración'. Ed. Limusa.

### 7.1.2 Principios y criterios personales

Los principios y criterios personales son el aspecto en el que se observa mayor diferencia entre los administradores en general y los administradores médicos.

- Los administradores generales: en el campo de la salud no tienen existencia independiente; en términos profesionales, no son otra cosa que parte de organizaciones más extensas.

Por tal razón, al hallarse bajo presiones conductuales y condicionantes, poco a poco adoptan las políticas y metas de la institución de servicios de salud donde trabajan; por eso, la poca atención que se ha prestado a los principios y criterios personales, pues para lograr éxito a largo plazo han de incorporarse debidamente con los objetivos del personal.

- Los médicos: durante sus años de formación aprenden a considerarse personas especiales tanto en la escuela de medicina como de especialidades. Sus actividades y participación en los equipos de trabajo o de estudio no pasan de ser superficiales.

Lo anterior, hace que al ocupar un cargo ejecutivo en una industria, su autoridad, facultades, e independencia sean mucho mayores que el de otra persona que no sea médico. Así tienen una concepción del servicio que diverge un poco a la de la organización.

### 7.1.3 Las funciones administrativas y las funciones médicas

La ciencia de la salud y la ciencia administrativa tienen en común, que ambas intentan “curar y prevenir” que su paciente ( hombre u organización) viva con la mejor salud posible. Unos intentan curar y mantener un cuerpo físico individual; mientras que los otros tratan de mantener un cuerpo social (interrelación de dos o más personas)<sup>70</sup>.

- ➔ La función del médico: es tratar de eliminar o disminuir una enfermedad determinada, para que el paciente continúe viviendo.

---

<sup>70</sup> Drovetta M. Susana. 'Dirección de la salud'. Ed. Macchi S.A. Buenos aires Argentina, 1992.

- El Administrador organizacional: trata de eliminar el mal desarrollo organizacional (enfermedad), preocupándose por identificar la raíz del conflicto (síntomas), que provoca el no desarrollo y no crecimiento del cuerpo social, con el fin de poder tomar la mejor decisión posible (medicamentos, tratamientos) que permita salir del conflicto.

Así como el médico cuenta con un grupo de especialistas que apoyarán su accionar (cardiólogos, endocrinólogos, farmacéuticos, etc); del mismo modo en lo que se denomina "fase operativa", dentro del comportamiento organizacional, lo efectúa un grupo de especialistas quienes actúan como apoyo logístico.

#### 7.1.4 Funciones de los administradores de los servicios de salud

Los administradores de los servicios de salud generalmente tienen que cumplir funciones muy heterogéneas; como por ejemplo, ajustar a un plan bastante inflexible las diversas exigencias de los pacientes, soportar presiones constantes, tener capacidad para tratar con la gente, realizar numerosos trámites y prestar un excelente servicio a los usuarios.

Las siguientes funciones son consideradas como funciones administrativas no médicas:

- Líder y planificador estratégico.
- Promotor y productor.
- Gerente de ventas.
- Jefe de control de calidad y de productos: Al deteriorarse *la calidad de los servicios de salud*, fue casi obligatorio el mejoramiento constante de las diversas actividades que se realizan en las Instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Reformador.
- Relacionista público: Esta función consiste en convencer a los demás que el administrador y sus colaboradores forman una pequeña comunidad entre sí y con el resto de la organización; y no solamente consiste en proyectar una imagen positiva.

- Redactor de informes: para administrar las Instituciones de salud, se debe manejar una documentación; debido a que se exigen registros que permitan la evaluación y el control de la calidad.
- Agente de compras: Todo médico tiene responsabilidad sobre muchos pacientes. El médico general actúa como agente de compras para un grupo de ciudadanos; así como el administrador, debe procurar que el personal de la Institución permanezca contenta y satisfecha.
- Encargado de la Gestión de los recursos, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

La creciente complejidad de los actuales sistemas de atención médica han provocado la necesidad de contratar profesionales de la administración y en muchos casos, de formación y experiencia administrativa entre los médicos que ocupan posiciones ejecutivas. Para administrar se debe ser capaz de controlar; planificar; lograr el efectivo cumplimiento de las políticas; tomar decisiones; reclutar, seleccionar y desarrollar los recursos humanos; supervisar y motivar a los colaboradores y liderar<sup>71</sup>.

- Controlar: para tomar decisiones se deben considerar las exigencias del medio ambiente, de la Institución y de cada uno de los departamentos o unidades que hacen parte de ella. El administrador ha de establecer objetivos tanto a corto como a largo plazo; ya que al obrar en calidad de líder debe tomar decisiones de acuerdo con las políticas generales de la Institución si es que desea lograr lo que le corresponde de las metas comunes.
- Planificar: Los planes derivan de los objetivos; por lo tanto, se convierten en un medio que permite alcanzar estos últimos. Dichos planes deben ser flexibles, para lograr que la organización se adapte con facilidad a las nuevas situaciones.

Sin importar cuál sea la empresa (entidad militar, negocios, servicios, etc.) generalmente se tiende a pensar que un planeamiento detallado es la etapa más importante del proceso. A esto se añade la

---

<sup>71</sup> Gómez Leal JI. 'Administración: teoría, práctica y servicios de salud'. Salud pública de México. Vol. 28 No 4, 1986.

tendencia que tienen los planificadores a desarrollar a corto plazo sus programas, en vez de tener una perspectiva a largo plazo.

Lo anterior, lleva a caracterizar a la medicina como una actividad a corto plazo, en comparación con la medicina preventiva en la cual se piensa en las consecuencias a largo plazo. La mayoría de los directores se limitan a planear a corto plazo, seguramente porque pocos son los que han efectuado estudios administrativos. El administrador una vez acepta la responsabilidad de la Institución, debe encargarse no solamente de las actividades diarias sino también de las políticas a largo plazo.

Las Instituciones de servicio de salud y los médicos adscritos a ellas han avanzado a través de los años. Con los adelantos en los conocimientos y en la tecnología después de la segunda guerra mundial, hubo un aumento acelerado en el número y tipo de médicos especializados, incluso a nivel de hospital local.

En la estructura social de nuestros días, el médico es el único agente del personal hospitalario que tiene título para ejercer la profesión médica. Por lo general, el médico no recibe una preparación durante su educación universitaria para desempeñar una función administrativa; Sin embargo, no sólo debe dirigir la parte médica de las actividades de su departamento, sino mejorar el nivel profesional de sus colaboradores y efectuar programas de adiestramiento en el servicio, a fin de satisfacer las crecientes exigencias que van presentándose.

Un Administrador que tiene una mentalidad orientada no a las metas, sino a los problemas, permanece en un estado de liderazgo latente hasta que surge un problema y procura resolverlo buscando la satisfacción de sí mismo y de todos los afectados. Después vuelve a adoptar su actitud inicial esperando a que se presente otra dificultad; mientras que el Administrador que está orientado hacia las metas deduce de los datos del pasado y del presente las tendencias del momento y los cambios que habrá de introducir.

Una buena planificación exige determinación y evaluación de la posición actual, de las futuras necesidades y de otros factores que puedan influir en los acontecimientos. Se debe contar con

suficiente información sobre lo que está sucediendo en otras áreas importantes de la Institución; pero, para eso, se necesita tener fácil acceso a los niveles administrativos de información y control. De nada le vale al administrador ser un dictador, pues este sabe muy bien que los miembros independientes del personal médico, o sea los médicos generales, pueden llevar a los pacientes a otra Institución.

En resumen, una vez se tienen listados los objetivos del departamento (unidad) y de la Institución, se deciden las actividades y funciones actuales, para luego analizar las innovaciones y buscar nuevas oportunidades. Lo que se pretende, es que los planificadores investiguen nuevos métodos, productos y servicios que se adapten al momento actual, en vez de basarse en un pensamiento inflexible y solamente en hechos del pasado. Por último, se define el plan de acción a largo plazo.

*Lograr el efectivo cumplimiento de las políticas: Cuando se hace referencia a las políticas, estas deben surgir de la planificación si se busca que sirvan de guía a los integrantes de la institución. Las políticas establecen un precedente y especifican lo que debe hacerse en cada caso; por tanto, son importantes para todo el personal, ya que hace que su conducta se vuelva predecible y garantiza la estabilidad. Las políticas ofrecen un punto de referencia para cualquier decisión, haciendo que se propicie la delegación de esa función en determinadas circunstancias.*

1. Tomar decisiones: Un administrador de servicios de salud tiene la obligación de tomar decisiones para garantizar la efectividad de los procesos.

La toma de decisiones consta de las siguientes etapas:

- ✓ Obtener información sobre el cambio de categoría, en cualquier nivel del departamento (unidad) y de la institución.
- ✓ Analizar los datos para investigar su influencia significativa sobre el rendimiento actual la institución.
- ✓ Medir, si es posible, los cambios de rendimiento de la institución ante las nuevas circunstancias.
- ✓ Elaborar un modelo de las respuestas previstas valiéndose de metas a largo plazo.

- ✓ desarrollar las estrategias para promover cambios reactivos sin dejar de probar su aplicabilidad.
- ✓ Comparar el nuevo rendimiento con los resultados previstos, a partir del modelo.

2. Reclutar, seleccionar y desarrollar los recursos humanos: Toda función está formada por seres humanos cuyo aporte es importante para la buena marcha de la Institución. El administrador debe integrar al personal con el fin de lograr las metas generales de la organización. Para eso, debe saber comunicarse bien, transmitiendo correctamente sus ideas; permitiendo que cada miembro de la organización cuente con la información necesaria para actuar eficientemente.

El reclutamiento forma parte de la Administración; se relaciona con la planificación de la contratación de personal temporal.

De ahí, que se deba prever las necesidades crecientes de la institución (actuales y futuras) y las características cambiantes del personal. Si se encuentran deficiencias importantes, cabe formular la pregunta: ¿puede corregirlas mediante cursos de actualización y de capacitación en el servicio o es preciso contratar a otros?.

3. Supervisar y motivar a los colaboradores: el proceso implica una supervisión diaria del personal a quien se le asignan las tareas.

Maslow hace referencia a cinco niveles que abarcan las necesidades primarias (alimento y seguridad) hasta las intelectuales (desarrollo de la propia identidad). Por ello, los que trabajan en circunstancias no ideales, como las de un hospital, deben estar motivados por otros factores además del dinero que les sirve para comprar los alimentos y pagar la vivienda.

Tanto la teoría X como la teoría Y deducen la existencia de otros factores que ocasionan la conducta: "propositiva". Los otros beneficios no sólo abarcan la atención médica, vacaciones pagadas y jubilación, sino que también garantizan un sentido de identidad, el respeto a la dignidad de la persona, el reconocimiento de las capacidades y el valor del individuo. Especialmente, los mejores beneficios se logran cuando el Administrador tiene un trato personal con los colaboradores.

4. Delegar: En el cumplimiento de los deberes del Administrador de los servicios de salud, el tiempo es un factor preponderante. Por tal razón, debe saber delegar. Para poder lograr un adecuado control, hay que establecer los límites y normas para que la toma de decisiones a nivel inferior pueda coordinarse con la actividad total de la institución; para ello, deben estar claramente definidas las responsabilidades y límites que conlleva determinada función.

Aunque la delegación es una actividad administrativa que plantea un gran número de problemas, existe un problema que se encuentra principalmente en la medicina; es una consecuencia de la excesiva delegación en determinada clase de actividad. En calidad de médico se tiene la obligación de corresponder a las expectativas de los colegas: debe desempeñar su papel profesional y también efectuar las tareas burocráticas.

5. Liderar: Es una de las dimensiones fundamentales de la Administración. Por lo general, las modalidades del liderazgo provocan el ejercicio de la autoridad con el fin de conseguir los objetivos del grupo o del líder. Según McGregor, hay dos modelos de liderazgo<sup>72</sup>:

- ✓ **La teoría X:** la cual sostiene que el hombre es motivado por el temor y por las necesidades básicas (dinero). Los administradores crean ambientes de trabajo excesivamente estructurados y centralizados; su preocupación principal es el control externo del trabajo de los empleados. Se caracterizan por una supervisión estrecha y por incentivos de carácter económico.
  
- ✓ **La teoría Y:** sostiene que al hombre lo motivan la autoestima y las necesidades de autorrealización. Los administradores crean ambientes descentralizados y están de acuerdo con una gestión participativa en los empleados que ocupan puestos clave. La autodirección ocasiona el desarrollo de sí mismo y la creación de una empresa humanística y no una empresa burocrática o tradicional.

---

<sup>72</sup> Chiavenato Idalberto. 'Administración de Recursos Humanos'. Mc Graw Hill. 2a Edición, 1994.

En general, un buen líder no tendrá necesidad de adherirse totalmente a ninguna de las dos teorías sino que hará uso de ellas cuando lo requieran las circunstancias; según la hora, el día o la situación.

6. Organizar: Procura en lo posible satisfacer las exigencias del personal médico, las del Director, las de los pacientes y las de los diferentes departamentos. También existe una subcategoría de gran importancia, las ciencias clínicas de laboratorio, el departamento de servicios respiratorios.

La misma tendencia a la fragmentación se observa en muchos de los demás "departamentos tradicionales".

Cardiología era antes un servicio que se concretaba a la interpretación de los electrocardiogramas por medio de un servicio afiliado de asesoría. Hoy se ha convertido en un gigante, al punto que se han desarrollado varios servicios que requieren gran especialización.

### ***Cuál es la participación del Administrador de Instituciones de servicio en el sector de la salud?***

Antes de conocer la participación que tiene el Administrador de Instituciones de servicio; se hará una breve descripción de las Instituciones de salud, con el fin de poder ubicar al Administrador en dicho ámbito.

#### **La institución**

Las Instituciones prestadoras de Servicios de salud son consideradas como empresas que cuentan con una estructura funcional interna muy particular y con carácter social, en las que deben primar los objetivos sociales antes que los económicos. En la práctica, estas instituciones no se especializan exclusivamente en la producción de ingresos como producto final; sino que integran más bien, una

compleja mezcla de servicios, entre los cuales se encuentran: los servicios hospitalarios para pacientes internos o ambulatorios, el servicio hotelero, los servicios de laboratorio y los servicios farmacéuticos, entre otros.

Ante la existencia de este tipo de Instituciones, en el país, es cada día más evidente la presencia de administradores en el sector salud.

Esto se debe, a que desde el punto de vista económico, este es un sector atípico, cuyas características hacen que la gestión sea compleja, pues la vida humana está de por medio. Por tanto, la concepción resulta distinta a la de cualquier otro *servicio*.

Generalmente, en las Instituciones de salud, públicas y privadas, existe:

Condiciones establecidas poco adecuadas para los tiempos actuales, que posiblemente, hacen que la institución sea poco competitiva con otras empresas de salud.

- Normativa y operatividad inflexible, que hacen más difíciles los cambios en su administración.
- Una cultura organizacional, que no facilita los cambios.
- La gestión en este sector es compleja, principalmente porque las características de oferta y demanda del servicio de salud hacen adoptar nuevos conceptos en la dirección de la organización, crear nuevos sistemas y desarrollar nuevas estructuras; además la heterogeneidad del personal que trabaja en el sector implica un constante desafío para la capacitación como herramienta para modificar actitudes. Se debe recordar que “el principal activo de las empresas de servicios son sus recursos humanos”.

Muchas Instituciones de salud, no poseen fines de lucro; sin embargo, esto no significa que no necesiten capital para seguir desarrollándose. Por esta razón, es necesario autogenerar fondos, para poder cumplir con sus objetivos; lo cual, es posible si existe una excelente y eficiente administración apoyada por el capital humano.

La complejidad que se refleja generalmente en estas instituciones, implica una interrelación muy grande entre el usuario / paciente y el entorno interno y externo que lo afecta. Esto hace de la salud

una industria más difícil de administrar que otras áreas de la actividad económica. Dicha complejidad se podrá contemplar en los siguientes párrafos.

### *Los usuarios y los servicios de salud*

Para los administradores de instituciones de servicio, es imprescindible, además de conocer el comportamiento que tienen los usuarios de los servicios en este tipo de Instituciones, cuáles son las características de los servicios y las diferentes situaciones que se pueden presentar durante el proceso productivo.

Las Instituciones de salud son difíciles de tipificar, debido a que no se conoce exactamente el tipo de usuario y porque algunos de sus productos / servicios son únicos y diferentes en cada caso.

Con relación a la demanda (lo que solicitan los usuarios / pacientes), se puede establecer que:

- El usuario solicita atención con un alto grado de tensión.
- El usuario usualmente permanece dentro de las instalaciones.
- Los usuarios hacen uso de las prestaciones médicas como resultado de una situación no deseada, la enfermedad.
- Un porcentaje importante de los pacientes ingresa por Urgencias en forma no electiva; por lo tanto, la Institución no sabe con exactitud quiénes serán los que necesitan el servicio.

En relación al servicio entregado, se supone lo siguiente:

- Hay gran variedad de servicios.
- Estos servicios son muy especializados.
- Aparecen permanentemente nuevos servicios.
- El servicio es difícil de cuantificar.
- El usuario / paciente el servicio solicitado.
- La producción y consumo del servicio ocurren en un mismo acto.
- La tecnología es un factor muy importante. La obsolescencia tecnológica es de gran relevancia.
- Aparecen permanentemente nuevas necesidades.
- Se necesita educación continua y constante del equipo de salud.

Los agentes encargados deben responder por la eficiente prestación de los servicios y por una serie de variables, como es el caso de las demandas de los médicos por variedad y disponibilidad de servicios, buscando al mismo tiempo que la institución sea eficiente. Se debe tener en cuenta que los servicios prestados no son el resultado de la máxima productividad sino de su conjugación de agentes que tratan de maximizar objetivos distintos: la productividad, el prestigio de la Institución y el bienestar del paciente.

Para el logro de estos objetivos, los Administradores deben asegurar que dichas Instituciones dispongan de un completo supermercado de servicios, que les permita atender integral y cómodamente al usuario. Por ejemplo, es frecuente observar cómo junto a muchas clínicas y hospitales se construyen torres de consultorios médicos; facilitando así, el acceso de los usuarios a estos servicios, a la vez que la institución hace una mayor utilización de sus equipos y produce los servicios a un menor costo unitario.

En cuanto al proceso productivo, se pueden señalar las siguientes características:

- Poca adaptabilidad al cambio.
- Aparición de nuevos riesgos y regulaciones.
- Costos crecientes derivados del surgimiento de técnicas más efectivas pero más costosas; además, hay que agregar no sólo la aparición de nuevas clínicas, hospitales y centros médicos, sino otras empresas afines al sector.
- Alta competitividad.
- Producción difícil de programar (24 horas diarias, 365 días del año).
- Subdivisión de la producción en un gran número de unidades altamente especializadas.
- La capacidad de producción es poco flexible por la alta especialización, lo cual obliga a una dotación máxima en forma permanente.

*El personal que trabaja en las Instituciones prestadoras de servicios de salud*

Las instituciones de salud reciben influencia de diversas ramas del saber; por esta razón, es necesaria una alta coordinación para lograr una óptima interdisciplinariedad, en la que es imprescindible una alta especialización en la Administración. Como consecuencia, ellas deben estar mayoritariamente conducidas por equipos que tengan formación en dicha área.

La complejidad de este tipo de instituciones depende de la "oferta y la demanda" de los servicios que presta, por su proceso productivo, por el manejo financiero y de la infraestructura necesaria tanto física como de personal.

El personal que trabaja en estas instituciones debe tener características especiales, debido a que los pacientes – clientes y el producto salud son tan diferentes a los de otros sectores económicos.

En la mayoría de las empresas de servicio, este se concreta fuera del lugar físico de la empresa; mientras que en los servicios de salud, la institución da al usuario / paciente, un servicio dentro de la organización. Esta situación, hace que los comportamientos personales y de equipos de trabajo, se vean influenciados para cumplir con las funciones establecidas por la organización.

Antes sólo era necesaria la presencia de un buen equipo de trabajo para captar clientes; pero en la actualidad esto no es suficiente. Los usuarios utilizan su capacidad de elección, lo cual genera un alto nivel de competencia en el sector; por lo tanto, no sólo es necesaria la calidad técnica del servicio (infraestructura, equipos), sino que también cuenta la forma en que este se presta.

El perfil del profesional de Administración de Instituciones de servicio especifica la participación que tienen estos profesionales en la sociedad, determinando que "es un profesional capaz de entender e interpretar al mundo desde la visión humanística, científica, social, administrativa, económico financiera y técnica, con habilidades competitivas para crear servicio y generar cambios en instituciones privadas, públicas y oficiales... buscando niveles de calidad con procesos de mejoramiento continuo". En estas líneas se puede observar cómo el perfil del Administrador de

instituciones de Servicio casa perfectamente con los requerimientos que hasta el momento se han mencionado del sector salud.

Por lo tanto, el profesional de esta rama administrativa tienen el compromiso de contribuir en los procesos de producción de los servicios de salud; buscando siempre la excelencia del trabajo bien hecho, siendo gestores del servicio y buscando la satisfacción de los clientes (usuarios / pacientes). Un profesional capaz de aceptar los desafíos de cambios permanentes y de asumir una actitud de liderazgo que permita agregar valor a las instituciones de salud, aportando eficacia, eficiencia y calidad a sus servicios.

Dentro de las funciones que puede cumplir un Administrador de Instituciones de servicio, de acuerdo a su perfil profesional y a los objetivos de la carrera, se encuentran las siguientes:

- Generar cambios dirigidos a mejorar los procesos y resultados en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.
- Mantener una búsqueda permanente de perfeccionamiento profesional y personal.
- Diseñar, administrar y evaluar planes, programas y proyectos en los diferentes niveles del sistema de salud y seguridad social.
- Utilizar la investigación como instrumento en el proceso de definición de servicios de salud para una población y diseñar modelos para su prestación y evaluación.
- Utilizar su capacidad de gestión en el mejoramiento de la dirección de las instituciones de salud y la calidad de los servicios que se presten.
- Utilizar su capacidad de gestión en el mejoramiento de la dirección de las instituciones de salud.

Todavía queda mucho terreno por descubrir en cuanto a la participación del Administrador de Instituciones de servicio en el sector de la salud. Es un reto que podría convertirse, en un futuro no muy lejano, en una oportunidad tanto para el profesional como para estas instituciones.

## 8 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Teniendo en cuenta el alcance de este trabajo, se puede decir que la información suministrada fue de carácter descriptivo dando una visión general sobre el desarrollo y la situación actual de la Seguridad Social en Salud en Colombia, respondiendo así a cada uno de los objetivos planteados.
- ✓ Al no realizarse una investigación de campo y contar únicamente con la información y los datos suministrados por las diferentes fuentes de consulta, se presenta una visión limitada del sector que no permite conocer otros puntos de vista acerca de la situación de la seguridad social en salud que se está desarrollando actualmente en Colombia. Por esto mismo, no se pudo dar un enfoque crítico a la presente investigación.
- ✓ El recuento histórico y descriptivo de La investigación muestra una falta de sensibilización, que lleva a reflexionar sobre el rol que podría cumplir el administrador de Instituciones de Servicio como agente de cambio, dándole una mayor importancia al factor humano y no solo a los aspectos técnicos, financieros y administrativos.
- ✓ Este documento es una herramienta de consulta que permitirá ampliar los conocimientos del estudiante de Administración de Instituciones de Servicio del sector salud; y así, realizar posteriores investigaciones que contribuyan a fortalecer su campo de acción.
- ✓ Muchos de los problemas que se han presentado con relación a la prestación de los servicios de salud, se puede atribuir a la falta de conocimiento administrativo; pues impide el buen manejo de los recursos humanos financieros y tecnológicos.

- ✓ Considerando el enfoque general que se presentó en este trabajo, se recomienda que en próximas investigaciones relacionadas con el sector, se profundice en temas específicos como son:
  - La calidad de los servicios de salud
  - Los procesos administrativos que se llevan a cabo dentro del sistema.
  - La ética en el sector
  - La responsabilidad social
  - La evaluación de la normatividad del sector
  
- ✓ Para futuras investigaciones, se recomienda hacer un estudio de campo que permita comparar lo descrito en la teoría con lo que se hace en la práctica.
  
- ✓ Como complemento de esta investigación sería relevante el estudio de los diferentes sistemas de seguridad social en salud en el mundo, con el fin de hacer una comparación con el sistema Colombiano y de este modo poder identificar aquellas características que se puedan adaptar al sistema para mejorar la calidad en el servicio.

## BIBLIOGRAFÍA

BECERRA, Barney Manuel Francisco. La Reforma de la Seguridad Social. Elementos para su análisis. Medellín Octubre 1992.

BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto y MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de Salud Pública. Medellín: Educativa, 2000.

BOBADILLA, José Luis y otros. Un Modelo Conceptual para la investigación en Salud Pública. Boletín Organización Panamericana de la Salud. Volumen 101-5. 1986 p.477- 492.

CHIAVENATO, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. Mc. Graw Hill: 2a. Edición, 1994 .

CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la teoría de la administración. Santafé de Bogotá: Mc. Graw Hill, 1995.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. República de Colombia

DÁVILA, Carlos. Teorías organizacionales y Administración. Enfoque crítico. Mc. Graw Hill, 1985

DEL CASTILLO, Mancebo. El Administrador y su entorno dentro de la administración. Limusa.

DESSIER, Gary. Organización y Administración: Enfoque Contingente. Madrid: Prentice may, 1978.

DROVETTA, M. Susana. Dirección de la Salud. Buenos Aires – Argentina: Macchi S.A. , 1992

FREEMAN, Ruth B. y HOLMES Edward M. Administración de los Servicios de Salud Pública. México D.F: Interamericana, S.A, 1963.

GÓMEZ LEAL, JL. Administración: teoría, práctica y servicios de salud. México: Secretaría de Salud, 1986. V.28.

HERNÁNDEZ BELLO, Amparo. La seguridad social en salud en Colombia: en la era de la revolución de los sistemas. En: Revista Javeriana. Septiembre de 1999.

Introducción a la seguridad social. México: oficina Internacional del trabajo, 1992.

KOONTZ, Harold y WEIRICH Heinz. Administración. Mc. Graw Hill.

Ley 60 reglamentada. Editorial Carrera Séptima. Santa Fe de Bogotá, 1994.

MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo Y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Administración Hospitalaria. Bogotá: Médica Panamericana, 1996.

MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1993: Sistema de Seguridad Integral. Bogotá: ecoe ediciones, 1993.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia., mayo de 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud en las Américas. Washington, D.C. 1994.

Profamilia. Datos demográficos de Colombia. Disponible en Internet: URL:<http://profamilia.org.co>.

RENGIFO O. Jesús María. La Seguridad Social en Colombia. Bogotá, Editorial Temis. 1989.

Revista Salud Colombia [en línea]. Disponible en Internet: [URL:http://www.saludcolombia.com](http://www.saludcolombia.com).

ROMERO, Rodolfo. Seguridad social: su evolución histórica. San Antonio de los altos: Confederación mundial del trabajo, Agosto de 2002.

TORO, Julio Ernesto. Hospital y Empresa. Hospital universitario San Vicente de Paul R.

YANDA, Roman L. Administración de los Servicios de Salud. México D.F: Interamericana, S.A, 1983.

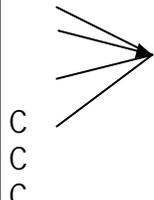
YEARBOOK. Medical Records, Medical Education and Patient Care. Cleveland Case: Western Reserve University. Press. Distrib., 1969.

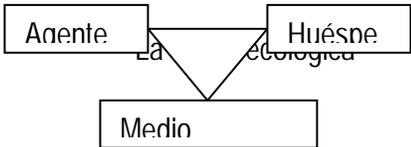
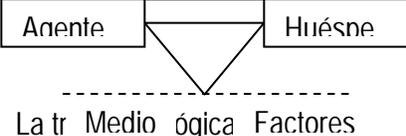
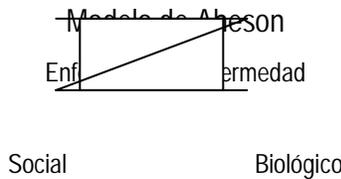
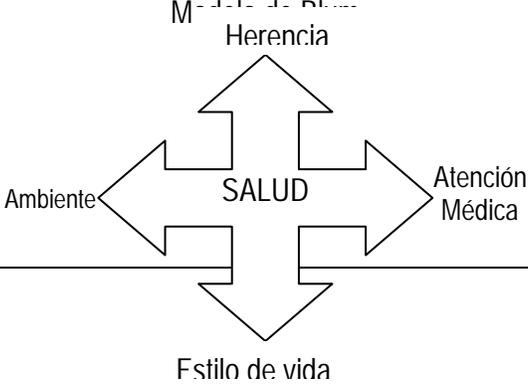
YEPES, Francisco José y otros. La Salud en Colombia. Documento General. Tomo I. Ministerio de Salud. Departamento de Planeación.

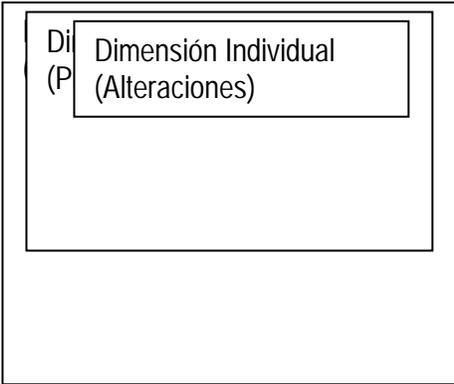
YEPES, Francisco José y SÁNCHEZ GOMEZ, Luz Helena. La descentralización de la salud en Colombia: Estudio de casos y controles. Asociación Colombiana de la salud, 200.

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuadro Complementario del proceso salud-enfermedad

<b>EVOLUCIÓN PROCESO SALUD-ENFERMEDAD</b>	
MODELO EXPLICATIVO	CARACTERÍSTICAS
Concepción naturalista del hombre primitivo	Concepciones idealista ontológicas de la enfermedad con alto contenido religioso (castigos de los dioses).
Concepción animista	Las enfermedades surgían por la penetración en el cuerpo bien de unos seres minúsculos, concretos y materiales hostiles al hombre o bien por unos espíritus inmateriales que se apoderan de su organismo.
Postulado de Koch	“El microorganismo se haya siempre presente en la enfermedad”. Es el eje de esta teoría que en su momento cumbre en el pensamiento médico al hacer coincidir las explicaciones religiosas con las científicas.
 Modelo de Leavel y Clark  Inic.      Pre. Prevenc.    Atenc.    Rehabilit.	En toda enfermedad se pueden distinguir varias etapas: el Inicio, generalmente relacionado con una noxa externa, una etapa de expresión clínica o detectible y una etapa de resolución que puede ser: la recuperación, la secuela o la muerte. Este modelo aunque no es explicativo, sí fue un aporte valioso para la descripción del comportamiento de la enfermedad y permitió definir los diferentes niveles de atención a los pacientes tanto individual como colectivamente con acciones preventivas, clínicas o de atención a las personas y el nivel de rehabilitación.
 Teoría Multicausal	Además del agente, se reconocen causas ambientales múltiples (C1,C2,C3,C4) de tipo biológicas, culturales y sociales que actúan de acuerdo a las relaciones del individuo con su entorno.

C	
 <p>The diagram shows three boxes: 'Agente' on the left, 'Huésped' on the right, and 'Medio' at the bottom. Lines connect 'Agente' and 'Huésped' to 'Medio'. A triangle is formed above 'Medio' with 'Agente' and 'Huésped' at its vertices. The word 'Ecológica' is written below the triangle.</p>	<p>Aunque sigue siendo orientada a la externalidad del agente causal en relación con el huésped, este modelo es el verdadero soporte de la teoría multicausal por entrar a reconocer la importancia del ambiente en la génesis de trastornos para la salud así sea de una manera contextual.</p>
 <p>The diagram shows 'Agente' and 'Huésped' boxes connected by a triangle. Below the triangle is a dashed line with the text 'La tr Medio ógica Factores'.</p>	<p>Con la anterior se cría superado el problema de la enfermedad pero ante las medidas tomadas, especialmente para las enfermedades tropicales, basados en este modelo y la persistencia de las mismas en los países subdesarrollados, se planteó que los factores medioambientales no eran solo del orden Biológico y natural sino que debía haber factores condicionantes del orden socioeconómico y administrativo que debían tener una relación estrecha con la enfermedad. Esto permitió ampliar el discurso a categorías que superan la simple idea de multicausalidad.</p>
 <p>The diagram is a rectangle with 'Modelo de Blum' at the top, 'Enfermedad' at the bottom, 'Social' on the left, and 'Biológico' on the right. A diagonal line runs from the bottom-left to the top-right.</p>	<p>Aunque no es exactamente un modelo sí es una representación de lo que en ese momento entró de lleno a debate y es el hecho de que para algunas enfermedades su explicación es fundamentalmente biológica y en otras es fundamentalmente social.</p>
<p>El modelo de los factores de riesgo</p>	<p>Con el seguimiento de la epidemiología, desde lo biológico se lograron establecer diferencias constitucionales y genéticas en los individuos que se constituyeron en factores de riesgo potenciales para producir un efecto de acuerdo de cómo se relacionan entre sí, esto ayudó a explicar y a comprender mejor la enfermedad.</p>
 <p>The diagram shows 'SALUD' in the center. Four arrows point towards it from 'Herencia' (top), 'Atención Médica' (right), 'Estilo de vida' (bottom), and 'Ambiente' (left).</p>	<p>Esta desagregación de factores de riesgo llevó a la construcción de modelos más complejos con mayores posibilidades explicativas como el de Blum que agrupa los factores que afectan al proceso salud enfermedad (no a una enfermedad en particular) en los mencionados en el presente esquema.</p>

 <p>Dim (P) Dimensión Individual (Alteraciones)</p>	<p>La evolución del concepto llegó a un momento en el que ya las explicaciones unicasales no son suficientes porque es claro que en la enfermedad existe una diferenciación social, pues a pesar de los avances en el conocimiento biológico los grupos humanos abordados colectivamente enferman de manera diferente. El problema es cómo articular lo biológico con lo social, pues la realidad es una para esos grupos determinados por la organización social para producir y reproducirse.</p>
--	---

Fuente: MALAGÓN, Gustavo. La Salud Pública: situación actual, propuestas y recomendaciones. Madrid

## Anexo 2. Artículo 46 de la Ley 715 de 2002

**Artículo 46.** Competencias en Salud Pública. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.

Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptúase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.

Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria.

La prestación de estas acciones se contratará prioritariamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa.

El Ministerio de Salud evaluará la ejecución de las disposiciones de este artículo tres años después de su vigencia y en ese plazo presentará un informe al Congreso y propondrá las modificaciones que se consideren necesarias.

### Anexo 3. Afiliados Compensados por tipo de Entidad

TIPO DE ENTIDAD	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	AFILIADOS	%	DF	D.S
PRIVADAS	3.434.459	5.496.233	8.930.692	66,97%	2,60	1,97
PUBLICAS DIFERENTES AL ISS	292.052	335.828	627.881	4,71%	2,15	2,74
ISS	1.514.855	2.102.144	3.616.999	27,12%	2,39	2,07
ADAPTADAS	66.894	93.466	160.360	1,20%	2,40	4,15
TOTALES	5.308.261	8.027.671	13.335.932	100,00%	2,51	2,07

---

9 AÑO 2001

---

Fuente: Informe CNSS al Congreso julio 2002