

### **Información Importante**

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea del CRAI-Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-Biblioteca  
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**Estado del arte sobre el deterioro en la calidad del servicio de las EPS en Colombia,  
después de la implementación de la ley 100 de 1993**

**Presenta:**

**Calixto Enrique Frías Maestre**

**Tutor:**

**Pascual Rueda Forero**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**División de Ingenierías y Arquitectura**

**Facultad de Ingeniería Industrial**

**2017**

## Contenido

1. Estado del arte sobre el deterioro en la calidad del servicio de las EPS en Colombia, después de la implementación de la ley 100 de 1993.....	6
1.1 Definición del problema .....	6
1.1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.1.2 Pregunta de investigación .....	16
1.2 Justificación .....	16
1.3 Alcance del proyecto.....	18
1.4 Objetivos.....	20
1.4.1 Objetivo general.....	20
1.4.2 Objetivos específicos .....	20
2. Marco referencial .....	21
2.1 Marco Teórico.....	21
2.2 Marco conceptual.....	27
2.3 Marco legal y normativo.....	31
2.4 Marco histórico .....	35
2.4.1 Evolución del sistema de salud colombiano .....	35
2.5 Estado del arte.....	37
3. Marco metodológico .....	46
4. Vacíos que presenta la prestación de los servicios de salud en Colombia.....	48
5. Estado actual de la salud en Colombia .....	68
6. Solución estratégica para la problemática en las prestaciones de los servicios de salud.....	73
6.1 Aplicación del Modelo APOC .....	73
6.2 Aplicación de la Logística Hospitalaria.....	77
6.3 Pluralismo Estructurado.....	82
Bibliografía .....	84

## Lista de figuras

<b>Figura 1. Organigrama del servicio de aprovisionamiento del HSCM.....</b>	<b>80</b>
<b>Figura 2. Organigrama del Hospital El Tunal .....</b>	<b>82</b>

**Lista de tablas**

**Tabla 1: Disposiciones legales sobre EPS ..... 33**

## **1. Estado del arte sobre el deterioro en la calidad del servicio de las EPS en Colombia, después de la implementación de la ley 100 de 1993**

### **1.1 Definición del problema**

#### **1.1.1 Planteamiento del problema**

La salud es una necesidad primordial que poseen todos los individuos que interactúan en una sociedad, a través de la historia los seres humanos han buscado la manera de solucionar problemas que vayan relacionados con la salud y velar por el bienestar de la población en general, esto con el fin de que no se vean privados de prestar algún servicio a la comunidad o no aportar en cualquiera de los campos laborales sus conocimientos o capacidades, Colombia en su historia no ha sido ajeno a esta necesidad, a partir de eso y basándose en la disciplina de lo que se denomina la salud pública, ha venido modificando algunos aspectos que tengan que ver con este tema; en Colombia existe el término EPS (entidades promotoras de salud), que sirve para promover el las prestaciones de los servicio médicos a toda la comunidad.

«Las EPS son empresas que pueden ser privadas o públicas y que administran servicios y contratan a los proveedores, tanto para el plan contributivo como para el subsidiado. La prestación de servicios se hace mediante redes de instituciones prestadoras de salud, ya sean públicas o privadas, que tienen la obligación de proveer un plan de prestaciones - denominado plan obligatorio de salud (POS) - a los beneficiarios del régimen contributivo (POS-C) y otro a los del régimen subsidiado (POS-S)» [1, p. 212].

Actualmente Colombia presenta una problemática general frente al tema de la calidad en el servicio de las EPS, son diferentes los puntos a tener en cuenta empezando porque está en

juego la vida de muchos colombianos que de alguna u otra manera tienen la necesidad de hacer uso de estos servicios.

Diariamente se presentan situaciones referentes al tema de la baja calidad en el servicio de las EPS en Colombia, desde el tiempo de espera en las atenciones de los centros médicos, hasta muertes y demandas a las entidades por consecuencia de la misma problemática, entre las más importantes se encuentran las negligencias médicas, cabe resaltar que el sistema de salud es realmente joven, este inicia con la implementación de la ley 100 de 1993 y que se ha venido desarrollando, creciendo de manera significativa en lo que tiene que ver con coberturas, servicios, prestaciones.

«Gran parte de las EPS muestra fallas en temas como el acceso, que debería ser fácil y sencillo, a servicios administrativos y médicos, la libre escogencia de prestadores y de médicos, la no existencia de un médico o un equipo de salud estable, la poca información y pobre educación de los afiliados, la dispersión de puntos de servicio, la proliferación de trámites y papeleo, la inoportunidad de citas con especialistas y subespecialistas (a veces por deficiencia en la oferta de algunos tipos de profesionales), la falta de continuidad e integralidad de la atención, la despersonalización y la poca calidez del servicio. Algunos de estos problemas son compartidos por las ips. De igual forma, existe preocupación por la negación de algunos servicios supuestamente incluidos dentro del pos, cuando en realidad cae en una zona oscura no definida, causante de muchos enfrentamientos» [2, pp. 35-36]

El deterioro del servicio también radica en la desunión de las partes, que se alejan del objetivo que deberían considerar en común, como lo es; el trabajo alrededor del bienestar del

paciente, sino lo contrario; les dan prioridad a las aspiraciones particulares de cada una de las entidades.

Después de la implementación de la ley 100 de 1993, la salud en Colombia se ha convertido en sinónimo de negocio en su relación con las empresas, de ahí parte el hecho de que la calidad en el servicio de las EPS se haya ido deteriorando cada vez más, teniendo en cuenta que no es un país políticamente claro en este tema económico. Aunque la puesta en marcha de esta ley generó un aspecto muy positivo y tiene que ver con el hecho de que las personas empezaron a tener la posibilidad de ser tenidos en cuenta en un sistema que va de la mano con su bienestar, antes de esta implementación los colombianos simplemente se acercaban a los centros de atención médica sin tener estos la obligación de atenderlos, sólo esperaban la caridad por parte del personal médico.

La ley cobijó a las personas y hoy en día la gente reclama por sus derechos en lo que tiene que ver la prestación de los servicios de salud, el problema realmente está en esa distancia que existe entre la necesidad del paciente y la prestación del servicio al cual se le agregó otro aspecto muy importante que es el interés económico presente en el sistema que, aunque sea legítimo; desnaturalizó la prestación de los servicios de salud.

En realidad, hoy el sistema no debe ser considerado un sistema de salud, es un sistema de prestación de servicios asistenciales, un sistema de salud abarca muchos más ofrecimientos que los que realmente se presentan en Colombia, teniendo en cuenta de que, en este país, en el sistema no se maneja la salud como un todo o como un bienestar, y realmente la comunidad en medio de esto se ha visto muy afectada.



Hay que empezar a precisar que las EPS como prestaciones de servicio de salud presentan unos vacíos que hay que buscarles unas soluciones inmediatas.

Cabe resaltar que la problemática en relación a las prestaciones del servicio de las EPS en Colombia varía de acuerdo a la estratificación social, la población más afectada son los ciudadanos de bajos recursos. «Muchos usuarios de estratos medios y bajos, perciben como obstáculo, el temor a represalias por parte de las instituciones de salud. Además, los usuarios del régimen contributivo y en edades económicamente productivas perciben la falta de tiempo como un obstáculo. Otro factor considerado con mucha frecuencia como obstáculo para la participación, es la falta de cohesión de la población, la carencia de organizaciones propias y de líderes que los orienten» [3, pp. 132-133].

«El problema de la salud no es de recursos, pero sí de un muy mal manejo, derroche, corrupción e ineficiencia con que han manejado estos recursos por parte de intermediarios que se han lucrado con la salud pública, a lo que se suma una falta de control. Otro problema importante de nuestro actual sistema es la regulación incompleta para soportar el comercio de un bien público como es la salud; La regulación del Sistema no puede ser desarrollada por un ente centralizado y poco operativo como es la Superintendencia de Salud; los problemas en la regulación abordan varios problemas claves como los precios de los Insumos médicos y medicamentos, la calidad de la atención y el servicio, la administración de las EPS » [4, p. 184].

Las fallas en el sistema de salud colombiano influyen directamente sobre la vida de los ciudadanos, trayendo grandes consecuencias como podría llegar a ser ocasionar la muerte a los que acuden a los servicios de salud en Colombia. «Las muertes están relacionadas con las fallas del sistema cuando el retraso en la atención disminuye significativamente la probabilidad de

sobrevivir a la enfermedad. Las muertes también pueden ser atribuidas al sistema cuando la persona busca atención médica de emergencia, pero el acceso es negado y la persona muere sin haber recibido atención alguna (paseo de la muerte)» [5, p. 95]. Así como lo afirma Rosana Anaya Capone para la revista *Erg@ omnes* y su estudio sobre *la responsabilidad civil contractual de los médicos y el consentimiento informado* «en Colombia y en otros países del mundo a la figura jurídica responsabilidad médica se le puede aplicar la premisa de ser más mediática que de resultados. En términos generales se observa que bajo esta figura subyace un grave problema representado por un estado de negligencia médica en el ejercicio de la profesión, cuyos orígenes están en la praxis médica, el ocultamiento al paciente de su condición de salud, la actitud frente a la información para intervenciones y tratamientos (consentimiento informado) y el retardo en la atención médica, lo cual está generando un desmejoramiento en la salud del paciente, información deficiente e irrelevante, medicamentos inadecuados, permanentes quejas hacia la atención médica» [6, pp. 95-114].

En los últimos 20 años el ánimo de lucro ha jugado un papel principal en la administración de los servicios de salud de las EPS, muchos coinciden en que antes había más ánimo de servicio por encima de cualquier cosa, el centro del sistema que existía era la gente, hoy las personas son utilizadas como un medio para obtener ganancias el mismo sistema se encarga que sea de esta manera.

En un proyecto realizado por Natalia Rodas y José Betancure [7] en la ciudad de Pereira en el año 2010; que tiene por objeto la percepción durante ese año de la calidad del servicio de salud brindados por la empresa E.S.E Salud Pereira (Empresa Social del Estado Salud Pereira). Durante ese tiempo, ellos buscaban información acerca de la calidad en el servicio de esa

empresa a partir de un análisis realizado de manera descriptiva haciendo una relación con la percepción tanto del ámbito del personal involucrado en oferta como en la demanda. Con el anterior proyecto llegaron a la conclusión que la organización evaluada llegó a márgenes entre regular y buena en donde deberían de hacer un esfuerzo por mejorar el servicio de salud, dándole prioridad a los servicios de espera en la parte de urgencias, recomiendan que la empresa brinde la información más clara y precisa en lo que tienen que ver con los deberes y derechos de los pacientes, de igual manera los autores manifiestan la importancia de que en E.S.E Salud Pereira se debe mejorar la calidad de los servicios que ofrecen, adecuándolos a las necesidades que manifiestan los clientes. Ellos resaltaron que el constante monitoreo de la satisfacción de los clientes es vital para garantizar un mejoramiento en los servicios de salud prestados.

Igualmente existe otra investigación realizada por Luz Castaño [8] en la ciudad de Bogotá para la facultad de ciencias económicas de la Universidad militar Nueva Granada en donde buscaban analizar las estrategias de mercadeo utilizadas por las entidades promotoras de salud (EPS), Coomeva, Compensar y SaludCoop y el impacto que ha generado en la población la implementación de éste modelo de salud, concluyeron que a partir de la ley 100 de 1993 permitió ampliar la cobertura en salud gracias a la implementación del régimen subsidiado y contributivo, logrando llegar a la población más vulnerable, también manifiestan que los programas y actividades documentadas que desarrollan las EPS buscan brindar bienestar y mejorar la calidad de vida de la comunidad. Ellos también aseguran que el sector de la salud se encuentra actualmente en crisis debido a que las entidades hacen un manejo inadecuado de los recursos y también por la falta de control y vigilancia de los entes gubernamentales competentes, manifiestan que es importante reformar este sistema para que de manera transparente y objetiva se garantice la salud como lo que es; un derecho fundamental.

El estudio realizado por Edith Toro y Gina Espinosa [9] para la Universidad de La Salle y la facultad de economía en la ciudad de Bogotá en el año 2009 presenta una pequeña muestra de la situación del sistema de salud en Colombia sobre el acceso a este para la población afiliada al régimen subsidiado del Distrito Capital por medio de un análisis descriptivo, en una de las conclusiones resaltan que la oferta de servicios de salud pública para la población pobre y vulnerable presenta ineficiencias en cuanto a recursos humanos, físicos y tecnológicos que impiden prestar un servicio adecuado, integral y oportuno. Por ello, se hace necesario e indispensable modificar las políticas de contratación de las Empresas Sociales del Estado para lograr fortalecimiento y oportunidad en la prestación y afiliación del servicio de la salud.

El estado juega un papel muy importante en la prestaciones de los servicios de salud en Colombia, el trabajo realizado por Luis Borrero y Jhon Gómez [10] en Santiago de Cali para la Universidad del Valle pretende demostrar una comparación que la Ley 100 es una ley mercantilista y privatizadora de la salud pública, hecha para burlar un derecho fundamental que es responsabilidad del Estado, en una de sus conclusiones expresan que el conflicto armado ha jugado un papel principal en el deterioro de la calidad del servicio de la salud en Colombia y que se ha venido incrementado el número de problemáticas en común, como la corrupción, la violencia, el desempleo, el carrusel de negocios, violación a los derechos, personas desplazadas y heridos del conflicto. A raíz también de este conflicto armado, se han presentado un importante número de personas desplazadas que de igual manera se involucran en la problemática social en la prestación del servicio de salud, se demuestra que «aún cuando la ley disponga la obligatoriedad de brindar atención en salud a la población desplazada existe un sin número de factores que están limitando el acceso y utilización de los servicios de salud por parte de este colectivo» [11, p. 40].

La ley 100 de 1993 es el foco de análisis del deterioro de la calidad del servicio de salud en Colombia ligado con el tema económico, y el acceso que puedan tener las personas a una atención digna. En su libro basado en los Efectos de la ley 100 en salud propuestas de reforma, Acota et al., [12] explica cómo estaba compuesto el sistema de seguridad social y cada uno de los componentes antes de la reforma que en 1993 aprobó la Ley 100, donde hace mención de las Cajas de Previsión Social (CPS), el Instituto de Seguros Sociales (ISS), que atendía a los empleados del sector privado, y la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal) que, junto con otras cajas, prestaba el servicio a los empleados públicos.

Tres años después de la aprobación de dicha ley 100, el señor Luis Alfonso Vélez [13] para la revista *Latreia* en el año 1996, menciona diversos aspectos de la ética en la gestión de los servicios de salud entre ellos se encuentra la eficiencia que puede ser analizada desde dos puntos de vista: el cualitativo y el cuantitativo o sea, no sólo brindar servicio al mayor número posible de personas sino hacerlo de acuerdo a las necesidades de cada una; en efecto, la ley 100 de 1993 establece, en su artículo 152, que se deben brindar "condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles".

En una revisión sistemática de la literatura sobre el desempeño de la reforma colombiana de la salud para la revista *Gerencia y Políticas de Salud*, Francisco José Yepes [14] realizó una amplia búsqueda de las publicaciones sobre esta reforma en la literatura indexada nacional e internacional, en las publicaciones no indexadas de salud colombianas y en la literatura gris entre 1996 y 2008, el panorama que el autor presentó a partir de 101 estudios, muestra una situación en la cual manifiesta problemas en el acceso a los servicios de salud de la población asegurada, existencia de inequidades en el acceso entre los diferentes regímenes de aseguramiento y serios problemas en la equidad de los resultados y la calidad de los servicios.

En el año 2015 María Neira [15] hace un análisis de la evolución del gasto social de la salud en Colombia (2002-2014) para la Universidad Industrial de Santander y la facultad de Ciencias Humanas Escuela de Economía y Administración; resaltando que los principales problemas que ha presentado el sistema de salud en Colombia va ligado a la inequidad por parte de las entidades, donde el régimen contributivo y el régimen subsidiado en su paralelo juegan un papel muy importante.

Es necesario empezar a precisar sobre quién recaen ciertas responsabilidades a la hora de la prestación de los servicios de salud, partiendo de ahí se puede encontrar el camino a seguir buscando la reparación de los aspectos que puedan estar fallando en el sistema. Para hacer hincapié en esto, es necesario hacer mención del trabajo realizado por Julián Rubio y Omar Plata [16] ubicándonos en el año 2010 en la Ciudad de Bucaramanga para la facultad de ciencias Humana (UIS), donde hacen mención de las responsabilidades legales que recaen sobre las entidades promotoras de salud en relación con un derecho público, concluyeron que existen muchas sanciones que entran en juego a la hora de ciertos incumplimiento en lo que tiene que ver a las prestaciones de servicios de salud por parte de las EPS, donde lo explican desde el punto de vista contractual. En ese orden de ideas en Colombia han venido buscando estrategias para mejorar las fallas en el sistema de prestación de servicios de salud, han implementado incentivos que de alguna u otra forma actúan de manera directa a la calidad de la prestación de los servicios por parte de los involucrados, tal como concluyen en su proyecto Sandra Milena Forero y Dency Alexander Castilla en el año 2006 para la Facultad de Salud Pública (UIS) en la Ciudad de Bucaramanga «Las reformas de la ley de garantías de la calidad deben apuntar a mejorar la implementación de los incentivos de manera tal que realmente recompense el buen rendimiento en calidad y se sancionen las conductas contrarias a la misma» [17]

La ingeniería puede jugar un papel fundamental en la solución de problemas que vayan en busca del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, dicho de este modo es importante resaltar a Kenneth Ochoa [18] que hace un informe sobre los aportes de la ingeniería a la salud para el Grupo de investigación Choc ize, y programa Ingeniería Ambiental de la Universidad El Bosque en la ciudad de Bogotá, en donde enuncia que «Programas como la ingeniería industrial, han contribuido al diseño de procedimientos administrativos y gerenciales, así como de temas aplicados en esquemas de prevención. Los procesos de salud ocupacional y ergonomía son un claro ejemplo de esto».

En el año 2010 en la ciudad de Pereira, Dolly Patricia Rodríguez y Olga Lucía Sierra [19] realizaron un estudio sobre Cultura organizacional en la ESE hospital San Jorge de Pereira para la facultad de Ingeniería Industrial y la administración del desarrollo humano y organizacional, donde buscaban un fortalecimiento, una modificación o mejoramiento de algunos aspectos de la organización de servicio en salud, quedando así evidenciado el gran aporte que la Ingeniería Industrial le puede brindar a la problemática vigente en el país.

### **1.1.2 Pregunta de investigación**

¿Por qué a partir de la implementación de la ley 100 de 1993 se presentó un deterioro significativo en la calidad del servicio de las EPS en Colombia?

### **1.2 Justificación**

El problema de salud en Colombia está presentando problemáticas que muchos consideran estado de crisis, con la realización de este proyecto se generará un impacto social significativo ya que se plantarán unas soluciones que vayan en pro a satisfacer cada una de las principales necesidades que presenta la sociedad colombiana hoy en día en lo que tiene que ver a la calidad del servicio de salud involucrado en las EPS y sus administraciones, ya que presentan muchas fallas y no existe claridad en el tema.

Con la realización de este proyecto se verán beneficiadas las EPS específicamente en Bucaramanga que serán estas el foco de atención, ya que darán resultados que impacten de manera positiva tanto a las Entidades Promotoras de Salud como a los usuarios, gracias a que se planteará con claridad los lineamientos y parámetros que deberían seguir estas organizaciones a la hora de prestar sus servicios, de igual forma les aporta posibles soluciones a las dificultades que estas organizaciones puedan presentar, generando un impacto social significativo en cuanto a aspecto como lo es la negligencia médica y todo lo que pueda afectar a los usuarios.

El actual proyecto tendrá una influencia significativa en cuanto a la dimensión del conocimiento, ya que gracias a las investigaciones realizadas se entenderá mejor el porqué de los vacíos actuales presentes en la calidad de las prestaciones de los servicios de salud y la influencia



de la implementación de la ley 100 de 1993 sobre esto, teniendo en cuenta que para plantear soluciones que beneficien a las partes involucradas se necesita hacer hincapié en todos los aspectos que están involucrados en la problemática, velando porque se cumplan los derechos de los ciudadanos, promoviendo los ideales lineamientos y parámetros que deben seguir las EPS para las prestaciones de los servicios, a la medida de que se va enriqueciendo el conocimiento y adquiriendo una destreza administrativa a la hora de entrar en juego en relación con el tema tratado. En consecuencia se ampliará el conocimiento en lo que tiene que ver con el sistema de salud en Colombia, el estado, y/o las organizaciones y su relación con las EPS, a medida que se encuentren partes no conformes se plantean, en su defecto, soluciones viables, lo que hace que se alimente el conocimiento y la capacidad de predecir problemas venideros este contexto, de esta forma se llenan vacíos y se proponen soluciones a problemáticas y necesidades que se presentan en la sociedad actualmente.

### 1.3 Alcance del proyecto

El desarrollo de este proyecto busca presentar las fallas que presenta la ley 100 de 1993 y como esto ha afectado la calidad del servicio de salud a partir de su puesta en marcha. Bucaramanga es una ciudad que no se aísla de la problemática actual en lo que tiene que ver en el deterioro de la calidad de las prestaciones de los servicios de salud.

«Bucaramanga está ubicada jerárquicamente, como la quinta ciudad colombiana. Es la capital del departamento de Santander y eje regional del Nororiente colombiano. De acuerdo con el censo del 2005 su población asciende a 520.000 habitantes en su núcleo central, pero en el conjunto del Área Metropolitana, adicionando las municipalidades de Floridablanca, Girón y Piedecuesta, suman 1.012.331 habitantes. La ciudad es la capital del departamento desde finales del siglo XIX, en virtud de su potencial agrícola exportador y por ser epicentro comercial de distribución regional. Dentro de su dinámica comercial ha vivido periodos cíclicos de bonanza y crisis. Los contrastes son amplios y difusos, de una producción cafetera y tabacalera, se pasó a un proceso de industrialización incipiente y, de éste a una ciudad con vocación comercial, financiera y educativa, a ser centro de servicios» [20].

En cuanto a lo que tiene que ver con la interacción de las personas en los sistemas de salud en relación con las EPS, «la población total afiliada a enero de 2013 ascendía a 973713 afiliados solamente al régimen contributivo, sin tener en cuenta la cantidad de población afiliada al régimen subsidiado, que asciende a 307925 lo que representa un porcentaje del 43% respecto al total del Régimen Contributivo, si hace la relación el área metropolitana debe atender solamente de su población afiliada independientemente del régimen de Salud 1'016.759

personas. Si contamos que en esta zona existen 12 EPS, las cuales atiende régimen contributivo, 3 que atienden ambos regímenes, tendríamos una tasa promedio de 67784 afiliados por EPS, si se analiza la capacidad administrativa, las instalaciones, la infraestructura de estas difícilmente si todos sus afiliados solicitaran servicios no podrían cumplir con esta labor. Sin dejar de lado los servicios médicos y centrándose en los centros hospitalarios y clínicos de Nivel 3 encontramos igualmente que existen alrededor de 10 centros, lo cual arroja una ratio de 101600 pacientes por centro médico de Nivel 3, que si se analizarían en detalle no tienen una infraestructura tan amplia para tender semejante población, ni siquiera el 10% de esta población que según la encuesta de percepción de Ministerio de Salud son los que acuden a los servicios que presta este tipo de centros» [21]

El análisis de la información busca presentar cómo las creaciones de las EPS han vuelto el sistema de salud en Colombia un negocio muy rentable, favoreciendo de este modo los casos de corrupción debido a la falta de controles del gobierno, también gracias a la información obtenida se plantearán propuestas de mejoras que garanticen la supervisión en la administración de las entidades promotoras de salud para disminuir los casos de corrupción garantizando de que cumplan los requisitos referentes a una buena atención al usuario, disminuyendo los casos de muerte y empeoramiento de enfermedades presentadas diariamente en Colombia.

La realización de este proyecto presenta la oportunidad y necesidad de la realización de una línea histórica que presente cómo después de la creación de la ley 100 de 1993 ha aumentado de la cobertura del sistema de salud EPS y cómo a su vez se ha mejorado o desmejorado la prestación del servicio teniendo en cuenta los diferentes puntos de vista.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Realizar un análisis sobre cómo después de la implementación de la ley 100 de 1993 se ha venido deteriorando la calidad del servicio de salud en Colombia.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- ✓ Diagnosticar el estado actual de la salud en Colombia después de la implementación de la ley 100 de 1993.
- ✓ Determinar los vacíos que presenta la prestación de los servicios de salud en Colombia.
- ✓ Pronosticar estratégicamente soluciones a futuro para la problemática en las prestaciones de los servicios de salud por parte de las EPS.

## 2. Marco referencial

### 2.1 Marco Teórico

El enfoque teórico asociado al *Estado del arte sobre el deterioro en la calidad del servicio de las EPS en Colombia, después de la implementación de la ley 100 de 1993* tiene diferentes aspectos en los cuales basarse, un enfoque directamente investigativo; documentando todas las experiencias encontradas con respecto al tema para así obtener un planteamiento de solución a la problemática.

El tema de la ley 100 en su relación con la salud trajo grandes efectos tal como lo analizan los autores Paula Acota et al., en su libro el cual «se analiza el impacto del aseguramiento sobre variables objetivas y subjetivas de salud, especialmente dentro de la población pobre, cuya mayoría no se encontraba afiliada al sistema de seguridad social. En términos del diseño del SGSSS, se evalúa si el pilar de competencia regulada ha promovido realmente la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, pues se ha evidenciado la existencia de problemas como el riesgo moral y la selección adversa» [12, pp. 8-9] el libro hace mención de un aspecto positivo a partir de la puesta en marcha de la ley 100 de 1993; «la cantidad de empleo relativo ha aumentado, indicando que los trabajadores se están desplazando al sector cuenta propia no por mejores condiciones laborales (mayores salarios) sino, principalmente, por las rigideces del mercado laboral (i. e. costos no salariales y salario mínimo alto). De hecho, los resultados indican que un aumento de 1% en el salario relativo está asociado con una reducción en el tamaño del empleo relativo de 1,2%. Este proceso de segmentación laboral ha afectado en una mayor medida a los trabajadores menos educados y, por tanto, más pobres. En efecto, el grado de segmentación del mercado laboral es más pequeño para los

individuos con educación superior incompleta que para los individuos con educación primaria. Para los individuos con educación superior completa no hay un patrón claro, y se observa una leve segmentación después de la crisis de 1999, período en el cual hubo un aumento sustancial del salario mínimo» [12, pp. 530-531]

Algunos autores aseguran que la problemática del deterioro de los servicios de salud tiene la solución ligada con el tema ético, como lo es el caso de Luis Alfonso Vélez y su artículo ya mencionado en el planteamiento de la problemática; él asegura que «la economía y la administración, como las demás ciencias, deben estar reguladas por la ética. Una estrategia o una medida pueden ser válidas desde el punto de vista de la economía o la administración, pero no deberse aplicar por razones éticas: porque se oponen al desarrollo del ser humano. Ético es lo que beneficia al hombre. Ésta es la referencia última para valorar la moralidad de cualquier acto humano. La economía, cuyo fin es producir y distribuir riquezas para bienestar de la sociedad, y la administración, no son fines en sí mismas sino medios para el desarrollo del ser humano. La salud es un bien personalísimo, profundo, muy ligado a la vida, que en la escala de valores humanos ocupa un puesto prioritario. Su cuidado es un derecho y un deber que tienen todos los seres humanos y esto lo explicitan las declaraciones de derechos humanos y las constituciones políticas. Sería inmoral una sociedad que le negase a algunos de sus asociados el derecho a la atención de su salud. Así mismo, obra mal quien consciente y libremente se niegue a cuidar de su salud y produzca así un mal a sí mismo ya la sociedad. Los servicios de salud son públicos y esenciales, según los definen nuestras leyes, equiparables a los de acueducto, comunicaciones y transporte. Ese hecho les confiere, desde los puntos de vista jurídico y moral, características especiales. El beneficio que proporcionan y la accesibilidad a ellos de todos los asociados están por sobre las consideraciones puramente económicas. Por ser necesarios ya veces poco rentables,

el estado debe, con frecuencia, asumirlos o subsidiarios» [13, pp. 76-82] de igual forma en su artículo el señor Vélez hace mención de diferentes aspectos a tener en cuenta en la salud y su relación con la ética entre ellos es importante resaltar la Auditoría que «en los servicios de salud presenta algunas particularidades, a saber: a) La toma de decisiones en relación con la salud es difícil pues ella no es un evento estático sino algo dinámico y complejo. El profesional tiene que trabajar con un método probabilístico lo que dificulta cualquier análisis que de su actuación se haga a posteriori. b) Es pertinente señalar la importancia del sigilo profesional en el proceso de auditoría. Los administradores, contadores y otros profesionales tienen acceso a información que toca con la salud de los pacientes y que cae en el ámbito del secreto profesional; por ello deben establecerse mecanismos administrativos que garanticen el respeto a la intimidad del paciente; por ejemplo, separar la información administrativa de la que contiene datos sobre la vida y salud del paciente» [13, pp. 76-82]

A partir de lo anterior Luis Alfonso Vélez en el artículo a la revista *Latreia* dejó plasmado la siguiente conclusión; «Las personas encargadas de la gestión de los servicios de salud tienen responsabilidades no sólo administrativas y económicas sino también éticas. Hemos analizado algunas de ellas y deberían ser motivo de discusión en los ambientes que tratan de economía y administración de los servicios de salud. La principal responsabilidad es la de administrar con eficiencia los recursos ya que ellos tienen una función social, cualquiera que sea la estructura del sistema de salud. Hay eficiencia cuando se brinda la mejor atención al mayor número de personas y no necesariamente cuando la empresa produce un alto rendimiento económico. La rentabilidad social -el bien del paciente- debe anteponerse a la rentabilidad económica. Corresponde a todos, directivos, profesionales y usuarios, la responsabilidad de hacer que los

servicios de salud sean eficientes, humanos y cumplan su finalidad de promover la salud de la comunidad» [13, pp. 76-82]

Otros autores aseguran que el problema de salud se podría reducir con una mayor atención y conciencia en relación con los derechos humanos, como lo es el caso de en su libro *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos* donde plantean que; «en el plano internacional, la discusión de problemas vinculados con la población y la salud ha atraído la atención hacia la necesidad de alcanzar un nuevo consenso mundial sobre la población y el desarrollo, los derechos humanos y el género. Se reconoce cada vez más que, si esperamos abordar la apremiante necesidad de una mejor salud y un mayor desarrollo social, es urgente que conozcamos más a fondo las complejidades del comportamiento humano. (Entre las reuniones internacionales que recibieron más publicidad se cuentan la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer que tuvo lugar en Pekín en 1995.) El deseo de investigar las relaciones recíprocas entre, por ejemplo, las decisiones en materia de salud, los derechos humanos, la equidad de género, la igualdad y el otorgamiento de poderes, exige contar con nuevas formas de abordar problemas antiguos y contumaces» [22, p. 7]

En el mencionado artículo *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993* donde Francisco José Yepes Luján documenta que en la metodología utilizada «se realizó una amplia búsqueda de las publicaciones sobre la reforma, en la literatura indexada nacional e internacional, en las publicaciones no indexadas de salud colombianas y en la literatura gris entre 1996 y 2008. En total, después de varios procesos de revisión y selección se construyó una base de datos con 459 referencias, a partir de las cuales se hizo la selección de las publicaciones utilizadas para este estudio. El análisis se restringió a las publicaciones realizadas



a partir de 2000 con el criterio de que publicaciones anteriores se estarían refiriendo a situaciones no necesariamente vigentes» [14, pp. 119-123]. En las conclusiones del artículo Francisco José Yepes hace mención de un término que resulta de gran importancia según lo que se ha venido plasmando en el proyecto, tiene que ver con el “alto fraccionamiento de la atención”, él lo plasma como «un problema mayor que es de carácter tanto estructural como coyuntural. El primero se origina en la diversidad de paquetes obligatorios de servicios (POS), que además de ser inequitativa, se convierte en una importante barrera de acceso. El segundo se debe a comportamientos oportunistas de los aseguradores (no controlados por los órganos competentes) con la finalidad de reducir los costos mediante el establecimiento de barreras geográficas, organizativas y administrativas» [14, pp. 119-123]

Administrativamente la ingeniería industrial entra en juego a la hora de análisis y propuestas de mejoras para la problemática de la prestación de los servicios de salud, como lo es el caso del proyecto ya mencionado *ESTUDIO CULTURA ORGANIZACIONAL EN LA ESE HOSPITAL SAN JORGE DE PEREIRA*, que tiene como objetivo principal mejorar el ámbito empresarial de esa entidad, en cuanto al alcance diagnosticaron aspectos como la mala calidad en la prestación de los servicios, una alta rotación del personal, cómo afecta el clima organizacional a la prestación del servicio, clientes internos y externos insatisfechos, una mala utilización de los recursos trayendo como consecuencia altos costos y gastos por esa no calidad, la metodología utilizada fue basado en Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) recopilando información necesaria para ver en qué estaba fallando la organización, esto a través de entrevistas y observaciones, y otros instrumentos secundarios como documentos relacionados con el SGSSS y trabajos realizados en otras universidades, trayendo consigo algunas conclusiones y recomendaciones que son importantes resaltar estructuradas de la siguiente

manera; «- En todo proceso de administración es necesario la existencia de un direccionamiento comunicativo y de capacitación claro, que le permita a la organización, surgir, mantenerse y proyectarse dentro del medio en el que se desenvuelve. - La satisfacción laboral, está directamente relacionada con la calidad del trabajo realizado, el sentido de pertenencia, la identidad con la empresa, la orientación al logro y la calidad en el servicio prestado. - El sentido de pertenencia promueve los cambios positivos al interior de la empresa y su fortalecimiento dentro del mercado. - El trabajo en equipo, la integración de los empleados en torno a unos objetivos comunes, las relaciones horizontales y la formación de los grupos informales, elementos de la teoría de las relaciones humanas, necesitan ser parte activa de la construcción de cultura organizacional del Hospital. Organismo que debe actuar como un ente abierto a su entorno, al conjunto de personas y grupos que trabajan en cooperación, y generar como producto del todo organizado, la autorregulación y la realimentación en búsqueda del equilibrio constante. - Dentro de todo proceso empresarial es de vital importancia tener en cuenta que si no se sabe escuchar, se corre el riesgo de comunicar muy bien la información que se caracteriza por ser rumor, aquella que frustra las vías de intercambio de creatividad y espíritu de trabajo en equipo. - Las relaciones públicas son un factor determinante de la gestión administrativa y comunicativa (relaciones con los medios), otorgando la posibilidad de apoyo a eventos o situaciones que requieran acompañamiento y difusión, por parte de los mismos, y previendo la sostenibilidad informativa de la institución. - Uno de los objetivos que las empresas persiguen es que los trabajadores estén motivados y para ello necesitan estar informados, sintiéndose parte activa de la organización y que su participación reciba el adecuado reconocimiento. De este modo la comunicación, al incrementar la posibilidad de hacer parte de, favorece las iniciativas y moviliza

la creatividad, convirtiéndose así en un factor de integración, motivación y desarrollo personal.» [19, pp. 178-179]

El término Inspección es importante para buscar mejorar la prestación de los servicios de salud en Colombia en relación a los anteriores aspectos ya mencionados, ya que se define como «el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del SGSSS, que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnicacientífica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la SNS y para hacerlo, está autorizada, entre otras, a realizar visitas, revisar documentos, hacer seguimiento de peticiones de interés general o particular y practicar investigaciones administrativas» [23, pp. 90-99].

## **2.2 Marco conceptual**

Dentro del sistema de salud en Colombia cabe resaltar algunos términos que se consideran esenciales a la hora de hablar de las Entidades Promotoras de salud.

Inicialmente se hará mención del Ministerio de Salud y Protección social donde se ve involucrado El Estado; agrega el autor que «es una división administrativa del Gobierno colombiano, que según el Decreto 4107 de 2011, tiene los siguientes objetivos:» [24] «El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales,

lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará establecerá y definirá los lineamientos relacionados a con los sistemas de información de la Protección Social» [24].

Siguiendo dentro del marco del sistema de salud colombiano hay que hacer mención de la comisión reguladora de salud CRES; que «es la entidad especial adscrita al Ministerio de la Protección Social encargada de dar claridad de los planes obligatorios de salud POS, el buen manejo de los medicamentos; los cuales deben ser utilizados para la atención del paciente dando cumplimiento a los derechos otorgados en el inicio de la afiliación realizada en las diversas aseguradoras (EPS). Faltar al cumplimiento de los planes obligatorios de salud genera multas y sanciones a las instituciones, que deberán rendir cuentas a la Superintendencia Nacional de Salud por incumplimiento» [25, p. 26]

Aunque la Comisión de Regulación en Salud (CRES) ha presentado algunas dificultades en sus años de operación tal como lo establece el autor, mencionando que esta entidad necesita «de un ente regulador diferente al Ministerio de Salud y Protección Social en el cumplimiento de la función de regulación» [26, p. 627]. «Muchas fueron las dificultades que enfrentó la CRES, incluso desde su creación, pues empezó a funcionar bastante tarde, el 26 de mayo de 2009, lo que generó dudas respecto a la verdadera intención del gobierno por concederle autonomía y capacidad técnica para alcanzar un mejoramiento en la dirección del sistema. Igualmente fue dotada de una serie de funciones que no le permitieron actuar directamente sobre los principales males del sistema de salud» [26, pp. 629-630]

Otra entidad primordial a la hora de hablar del sistema de salud en Colombia tiene que ver con la Superintendencia Nacional de Salud que «es la responsable de contribuir al desarrollo de las funciones del Estado en cuanto a la inspección, vigilancia y control del sistema. En cada departamento y municipio del país existe una secretaría de salud, encargada de llevar a cabo las acciones de dirección y control del sistema en su jurisdicción. Estas secretarías deben verificar el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las IPS, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud según la legislación vigente. Es decir, velar por la provisión de servicios asequibles, equitativos, de óptima calidad, eficientes y que impacten positivamente la salud de la población. La financiación del sistema se logra mediante la contribución de empleados y empleadores para el régimen contributivo y con recursos fiscales para el resto de la población, asignados mediante subsidio a la demanda y a la oferta. En la gestión de los recursos intervienen el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), las EPS y los entes territoriales» [27, p. 17].

El anterior autor hizo mención de las IPS cabe resaltar que son institutos que se encargan de cubrir varios campos en el ámbito de la salud en Colombia; «las IPS son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud» [28, p. 150]

En ese orden de ideas es importante hacer mención de las ARL que juegan un rol muy importante en el ámbito laboral personas, y no tienen un distanciamiento significativo sobre las EPS. «Las ARL son empresas del sector privado, en su mayoría, estas son parte del sector asegurador, su origen se remonta al artículo 77 del Decreto Ley 1295 de 1994, el cual autorizó a

las aseguradoras de vida, previa autorización de la Superintendencia Financiera; para lo cual la entidad debe acreditar, un patrimonio técnico determinado para funcionar, contar con un personal capacitado en riesgos laborales y la creación de un departamento o área que trabaje en pro de la prevención del riesgo laboral. En materia de prevención el rol de las ARL, está encaminado a desarrollar actividades que permitan la adecuada ejecución del programa de prevención que desarrolla cada empresa afiliada, pese a esto algunas de las ARL desarrollan programas para educar en la prevención del riesgo labora» [29, p. 18]

Se concluye con el Plan Obligatorio de salud que está involucrado en el día a día de todos los colombianos y las entidades en las cuales interactúan. «El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de actividades básicas a que tienen derechos los usuarios de los servicios de salud como son la recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y las prestaciones económicas derivadas de incapacidades por enfermedades, accidentes o por cubrimiento de maternidad, estos servicios son de obligatorio cubrimiento por las diferentes Entidades Prestadoras de Servicios de Salud– EPS-El Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra dividido en dos regímenes como son en primer lugar el Régimen Contributivo, a este se deben afiliarse todas las personas que posean un trabajo formal, trabajadores independientes, pensionados y su familia, es decir, que tienen capacidad económica para realizar los aportes obligatorios al Sistema. En segundo lugar, el Régimen Subsidiado, orientado al aseguramiento de la población pobre y vulnerable del país, en el cual el Estado ejerce su deber constitucional de prestar los servicios de salud. Las entidades Territoriales son responsables de su aplicación y de la operación adecuada en busca del bienestar de la población» [30, pp. 12-13].

### 2.3 Marco legal y normativo

La salud en Colombia va de la mano con el sistema general de seguridad social (SGSSS) que brinda una garantía para el bienestar de los colombianos.

Cabe resaltar que el diseño institucional de la ley 100 de 1993 influye directamente sobre el sistema de salud colombiano, tal como lo plantea un informe realizado en Universidad Nacional de Colombia en el año 2005; «la Constitución Nacional, en su artículo 48, demandó que la seguridad social en salud se configurará como un derecho irrenunciable, de carácter obligatorio y de universalidad progresiva. Dentro del marco legal que crea, buscó reactivar los mercados en los servicios públicos y fomentar la competencia en la búsqueda de la calidad y la eficiencia» [31, p. 8]

Cuando hablamos de la no prestación de un servicio público con carácter de derecho fundamental, las EPS tiene una responsabilidad civil, así como lo formulan en su trabajo Julián Eduardo Rubio y Omar Eduardo Plata, ellos lo distinguen en Responsabilidad civil Contractual y Extracontractual de acuerdo a la legislación Colombiana, «la primera hace referencia a aquel incumplimiento de un contrato previamente constituido por las partes y con vigencia jurídica que al ser incumplido tanto parcialmente como en su totalidad genera para el deudor o el inejecutor el deber de resarcir o un derecho de indemnización para el acreedor o el ejecutor. La importancia que reviste para las relaciones contractuales lo pregonado en el artículo 1602 del Código Civil, donde se establece como una norma inquebrantable y un principio ineludible, la premisa de que el contrato es ley para las partes, máxima que como se ha mencionado una de principio a fin a los sujetos contractuales que allí se obligan. Sumando a esa máxima del *pacta sunt servanda* tenemos en el siguiente artículo el 1603 del código civil, la buena fe, otro elemento indispensable

en la convención, que no es otra cosa que la lealtad de las partes para llevar a cabo el objeto que motivo la aceleración del contrato, actuando cada uno dentro de las obligaciones que les correspondieron y que libremente pactaron, sin traer consigo la más leve voluntad o intención de aventajar o sacar partido a cuenta del otro de forma desleal. Ahora, frente a la responsabilidad extracontractual. De la cual no se hará excesiva extensión, puesto que se ha procurado condensar lo más que se ha podido para hacer de este texto algo parecido a una gula práctica. La responsabilidad extracontractual no requiere de la existencia de un contrato, sino de la generación de un daño generado a partir de un hecho ilícito sin relación alguna de forma antecedida entre los dos sujetos procesales, que se genera por la violación de esa regla social de no perjudicar al otro, desprendida del artículo 2341 del Código Civil que se afina en un contrato» [16, pp. 38-39]

Al hablar del contexto legal en cuanto a la salud, es importante hacer mención del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y su relación con Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), donde «a partir del año 2006 las entidades promotoras de salud están en la obligación de implementar el SOGC y a partir del año 2013 el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Por lo anterior, la EPS debe, por un lado, definir sus objetivos estratégicos para ser financieramente sostenibles, ampliar su participación en el mercado, garantizar la satisfacción del usuario, fortalecer el cumplimiento de metas y resultados y mejorar la gestión del recurso humano, para cumplir tanto con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, como lo señalado en el Decreto 1011 de 2006. Para lograr esto definió un plan estratégico adoptando como metodología de gestión el Balanced Scorecard. El proceso se inicia en el año 2008, pero surtido el primer año, la empresa no tuvo los resultados esperados» [32, pp. 14-15]



**Tabla 1: Disposiciones legales sobre EPS**

*En el informe al Centro de Investigaciones para el Desarrollo en la ciudad de Bogotá, relacionaron las principales disposiciones legales sobre EPS de la siguiente manera:*

<b>Disposición</b>	<b>Descripción</b>
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En particular, el Libro II, Capítulo II.
Decreto 1485 de 1994	Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.
Decreto 1070 de 1995	Por el cual se aclaran los términos para traslados de la Instituciones de Seguridad Social a las Entidades Promotoras de Salud y se autoriza temporalmente la prestación del Plan Obligatorio de Salud a trabajadores independientes, cuya base de cotización sea inferior a dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de acuerdo con la recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud contenida en el Acuerdo número 17 de 1995.
Decreto 1609 de 1995	Por el cual se aclara el Decreto 1485 del 13 de julio de 1994.
Decreto 1890 de 1995	Por el cual se reglamentan los artículos 130 y 236 de la Ley 100 de 1993.
Decreto 723 de 1997	Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.
Decreto 882 de 1998	Por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de la Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2178 de 1998 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social)	Por medio de la cual se adoptan modificaciones al carné de afiliación a las Entidades Promotoras de Salud.
Resolución 2312 de 1998 (Ministerio de Salud Pública)	Por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 5061 de 1997, y se reglamenta el recobro de medicamentos autorizados por los Comités Técnico-Científicos de las EPS, ARS y entidades adaptadas.
Resolución 2408 de 1998 (Ministerio de Salud Pública)	Por la cual se efectúan unos ajustes al Formulario de Giro y Compensación, al instructivo y se adoptan unos formatos.

Acuerdo 117 de 1998 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud)	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Decreto 455 de 1999	Por el cual se adiciona el artículo 3° del Decreto 1771 de 1994.
Resolución 2569 de 1999 (Ministerio de Salud Pública)	Por la cual se reglamenta el proceso de calificación del origen de los eventos de salud en primera instancia, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 0047 de 2000	Por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones.
Decreto 0330 de 2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.
Resolución 890 de 2002 (Ministerio de Salud)	Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al SGSSS y al sector salud.
Resolución 1474 de 2002 (Ministerio de Salud Pública)	Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
Decreto 3023 de 2002	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 230 de la Ley 100 de 1993 y 68 de la Ley 715 de 2001.
Decreto 1566 de 2003	Por el cual se reglamenta la intervención de las entidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 3085 de 2003	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1566 de 2003
Decreto 2716 de 2004	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001.
Decreto 3183 de 2004	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2716 de 2004.
Decreto 0515 de 2004	Por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.
Resolución 00581 de 2004 (Ministerio de la Protección Social)	Por la cual se adopta el manual de Estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado.

*Fuente: Centro de Investigaciones para el Desarrollo [31, pp. 13-14]*

## **2.4 Marco histórico**

### **2.4.1 Evolución del sistema de salud colombiano**

El mundo siempre ha tenido la necesidad de cambios y reformas constantes para ir garantizando satisfacer las necesidades de la población, la salud no es ajena a estas reformas.

En Colombia hubo un cambio significativo en la salud a partir de la implementación de la ley 100 de 1993. Tal como lo plantea el autor; «la Ley 100 de 1993 «por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral» establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, con énfasis en el Sistema General de Pensiones en el Libro Primero, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto. De igual manera establece que la reforma de la Salud en el País se orientó en 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, y que brinda aseguramiento a la población pobre del país» [33, pp. 44-47]

En la historia de la salud en Colombia se tiene en cuenta un término muy importante que tiene que ver con la equidad, que es una de las necesidades primordiales a la hora de entrar a buscar soluciones a las problemáticas de salud en Colombia, cuando hay reformas el principal objetivo de las partes es buscar ser equitativos para garantizar una buena gestión económica y

social en lo que tiene que ver con la prestación de los servicios, en Colombia surgió una problemática frene a la equidad, según una investigación realizada se expresa que; «el sistema de salud que operaba en Colombia en 1993 era calificado de inequitativo tanto en términos de aseguramiento, como en términos de acceso a los servicios, financiamiento y asignación de los recursos. En efecto, de acuerdo a datos de la encuesta nacional de hogares adelantada en septiembre de 1992, cerca del 45% de la población colombiana urbana y el 80% de la población rural no estaba protegida por ningún sistema de aseguramiento y dependía de los servicios prestados por las entidades públicas de salud o por el sistema “informal” y privado de salud. Así mismo, en 1992, el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías adelantadas en el sector público, que debían dirigirse principalmente a la población más pobre, fueron recibidas por pacientes pertenecientes al 20% más rico de la población» [34, p. 7].

En el año 2007 entrando en juego la ley 1122; hubo una modificación significativa a la ley 100 de 1993 la cual «ajustó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se estableció una nueva reglamentación para la Salud Pública, creando un Plan Nacional de Salud Pública, el cual deberá formularse para cada cuatrenio de gobierno y hacer parte del Plan Nacional de Desarrollo. El objetivo de este Plan Nacional de Salud Pública es “la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar”. Tal Plan será desarrollado a nivel nacional, a nivel territorial (departamentos y municipios) y por las aseguradoras (EPS)» [35, pp. 299-306], el plan nacional de salud pública (PNSP) para esa época (año 2007) «se formuló en torno a cinco ejes de política (promoción de la salud y la calidad de vida; prevención de los riesgos; recuperación y superación de los daños en

la salud; vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y; gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública) que se despliegan en objetivos, estrategias y metas, lo cual permite identificar resultados y aproximarse a la valoración de los impactos en salud. En otros términos, el PNSP generó al tiempo una oportunidad de fortalecimiento de la salud pública y un escenario para rescatar la rectoría nacional y territorial» [36, pp. 2817-2828]

## **2.5 Estado del arte**

Inicialmente es necesario hacer mención al proyecto de grado realizado por Luz Adriana Castaño en el año 2014, el cual tenía como objetivo analizar las estrategias de mercadeo utilizadas por las entidades promotoras de salud de Colombia y los diferentes impactos que estos generan, relacionándolos con la ley 100 de 1993; el autor justifica que «en 1993 se estableció una reforma de los sistemas de salud, para incrementar mecanismos de mercadeo en el sector, con el fin de favorecer a la población vulnerable, creando los sistemas de salud del régimen subsidiado, el cual cubre a las personas de bajos ingresos económicos y a los desempleados, financiado por fondos que otorga el estado, mientras que el régimen contributivo estaría conformado por entidades privadas que atiendan a quienes realizan aportes al sistema a través de diversos medios. La ley 100 de 1993, transformó la organización de la salud pública y privada en Colombia; unificando el POS “Plan obligatorio de Salud” para los dos regímenes: contributivo y subsidiado; cuyo objetivo principal era la ampliación de la cobertura y la optimización del servicio en cuanto a oportunidad y calidad; también dio origen a la figura del aseguramiento bajo diferentes premisas, considerado como el conjunto de seguros regulados por el Estado y

financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores recíprocamente, o mediante subsidios que protejan a las personas de los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo (salud, pensiones y riesgos profesionales)» [8, p. 9] Adriana Castaño llega a 5 conclusiones específicas:

«1. El surgimiento de la ley 100 de 1993, permitió ampliar la cobertura en salud gracias a la implementación del régimen subsidiado y contributivo, logrando llegar a la población más vulnerable, 2. Los programas y actividades desarrollados por las eps en mención, buscan brindar bienestar y mejorar la calidad de vida de la comunidad, 3. El sector de la salud se encuentra actualmente en crisis, debido principalmente al inadecuado manejo de los recursos por parte de las entidades promotoras de salud y también a la falta de vigilancia y control de los entes gubernamentales competentes, 4. Es importante definir una reforma objetiva y transparente cuyo actor principal es el individuo y bajo la premisa de garantizar la salud como un derecho fundamental, consagrado dentro de la constitución, 5. En este momento se está atravesando una situación de incertidumbre, en espera de las decisiones que se tomen en el Congreso de la República en materia de salud y se han ido implementando algunas modificaciones en el sistema» [8, pp. 16-17]

Es importante ahondar el tema económico ya que es indispensable y la base para las entidades de servicios de salud, el proyecto realizado por Edith Fernanda Toro Jiménez y Gina Paola Espinosa Rodríguez en el año 2009, tiene como objeto un análisis al *acceso al sistema de salud del régimen subsidiado y los determinantes que generan inequidad en la cobertura del aseguramiento para la ciudad de Bogotá 1994-2006*, en ese orden de ideas y tal como lo indican Toro y Espinosa «el régimen subsidiado, nació con la expedición de la Ley 100 de 1993, como

un conjunto de normas que buscan vincular los individuos menos favorecidos a través de un sistema de aseguramiento en salud, que les brinde un servicio con calidad conforme sus necesidades y no un mal servicio por caridad. El régimen subsidiado se ha configurado como una política social, que busca mediante la asignación de subsidios construir un esquema que le permita a la población pobre acceder a un plan integral de salud» [9, p. 31] obtuvieron un resultado que para la problemática de las prestaciones de servicios de salud podrían ser de mucha importancia, planteado de la siguiente manera; «la evolución en la cobertura del aseguramiento aunque presento innegables avances en salud muestra claramente que no se han satisfecho a cabalidad las carencias que se presentan en los hogares pobres y vulnerables en la ciudad de Bogotá para hacer uso de los servicios. Pues la principal preocupación del Estado en su afán por incrementar la afiliación de los colombianos al sistema de salud, dejó de lado garantizar la calidad o el acceso efectivo de los individuos a la atención en salud, todo con el fin de obtener una tasa de afiliación positiva. De esta forma, se hace indispensable una verificación de las pautas y medidas adoptadas por el gobierno para determinar la población que hace parte del régimen subsidiado y corroborar que la prestación de los servicios se realice de forma eficiente», « Los resultados en acceso y cobertura con respecto al régimen subsidiado se evaluaron bajo un escenario de recesión económica caracterizado por altas tasas de desempleo, informalidad económica, y los problemas acentuados por la continua llegada de población desplazada a la capital. Por regla general disminuyen los afiliados y los aportes del régimen contributivo y aumentan los vinculados» [9, pp. 59-60]

Las EPS en Colombia han estado ligadas con el termino IPS, cabe resaltar que «la IPS están asumiendo la labor de las EPS, de administrar el riesgo en el sistema; pues al firmar con las EPS los contratos de prestación de servicios a sus afiliados, las IPS reciben de estas un pago por

capitación durante un periodo de tiempo determinado. Por lo tanto, la IPS debe priorizar gastos y en muchos casos se ve obligadas a restringir la prestación de servicios al usuario para no incurrir en pérdidas. Las EPS contratan la prestación del servicio con las IPS, basados en criterios económicos (menor precio), dejando en un segundo lugar la calidad prestada del servicio» [37].

En ese orden de ideas, en el año 2010 Andrea Liliana Díaz Bautista y Giovanna Rodríguez García realizaron un proyecto donde buscan argumentar que una integración vertical entre las IPS y las EPS no muestran un aporte significativo a mejorar el mercado de la salud, concluyendo que «la reforma de salud de la Ley 100, buscaba solucionar problemas de aseguramiento, equidad y sostenibilidad financiera del sistema de salud, que presentaba el anterior sistema de salud caracterizado por el monopolio estatal ISS. Para esto, se crearon dos regímenes de salud, con el fin de vincular a toda la población, el régimen contributivo, población con capacidad de pago y el régimen subsidiado población pobre y vulnerable, además se estableció el principio de solidaridad entre los regímenes así los cotizantes del régimen contributivo disponen libremente a renunciar de 1% de cotización para financiar al régimen subsidiado. - El sistema de salud se reglamentó bajo el marco de competencia regulada, en el cual se establece un precio único por medio de la unidad de pago per cápita, (UPC), y un único producto prestado a través del (pos), con el fin de incentivar la competencia de EPS e IPS hacia la calidad en la prestación del servicio y la regulación en el sistema tiene la función de equilibrar los intereses de los agentes» [38]

Volviendo al Estudio de caso: *“la salud pública en Colombia (1990-2013) una aproximación temática”* ; tesis realizada en el año 2013 por Jhon Alexander Borrero y Luis Alfredo Gómez , donde justifican que las empresas de salud no deberían ser con ánimo de lucro, ellos se plantearon como alcance «un análisis historiográfico del modelo neo institucionalista, y



del papel del Estado (jurídico, político y social) en torno a la creación de políticas públicas, y se hicieron algunas entrevistas a personas inmersas dentro del campo de la salud. Es así como se pretende demostrar en este trabajo es una comparación que la Ley 100 es una ley mercantilista y privatizadora de la salud pública, hecha para burlar un derecho fundamental que es responsabilidad del Estado», «Esto se ha realizado con el fin de conseguir evidencia del conflicto que representa el mal servicio de la salud pública, porque se encuentra amenazada constantemente por la aplicación de modelos de desarrollo paradójicamente concentradores y excluyentes, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, afectando la infraestructura dada para la prestación de este servicio» [10, pp. 5-6] el proyecto tiene como objetivo la identificación de la participación del modelo neoliberal en la creación de la ley 100 y los cambios que estos produjo al estado, y de acuerdo a eso plasmaron las siguientes hipótesis; «el estado Colombiano ha adoptado un sistema neoliberal dentro de la prestación del servicio de la salud, impulsando la libre empresa, el prestigio empresarial y la maximización de la rentabilidad económica», «Tras la reforma de la ley 100 de 1993 la salud pública en Colombia empieza a decaer debido a que el Estado, se ha ido desligando de sus principales responsabilidades, transformando uno de los derechos fundamentales de la sociedad civil , en uno de los negocios más lucrativos del mercado, entregando la inversión social de la salud a entidades privadas». [10, pp. 50-51]

En el contexto administrativo es importante resaltar el análisis del gasto social de salud en Colombia tal como lo ha analizado en su proyecto María Vanessa Neira Murillo entre los años 2002 – 2014, justificando que es un análisis apropiado para entender los efectos de polarizar el capital en las sociedades, ya que trata de generar beneficios a las personas más necesitadas del sistema, sustentando que en Colombia existe un contradicción con respecto a esto, Neira Murillo

concluye que; «Colombia dentro del periodo de estudio de este trabajo, en su balance fiscal ha reportado, la mayoría de los años, un grado de déficit, el cual ha tratado de financiar con deuda tanto interna como externa; en este sentido el país no está llevando a cabo un óptimo desempeño fiscal, porque gasta más de lo que tiene» [15, p. 104]. «Al evaluar la equidad en Colombia, se encuentra que aumentar los recursos para el gasto social en salud, sí mejoraría la prestación. la calidad y la cobertura del servicio, al igual que la disminución en la tasa de mortalidad infantil, que mejora los estándares de equidad; al tener un mejor servicio de salud, la probabilidad de niños que mueren antes de su primer año de vida disminuye y aumenta la equidad. Pero Colombia aún no está en un nivel óptimo de equidad, y aunque comparado con otros países de Latinoamérica, está bien posicionado. en términos reales. Le falta mejorar el servicio en cuanto a estructura y la calidad del mismo» [15, pp. 104-105].

Existe un proyecto de Héctor Adolfo Prada Chávez en el año 2010 donde hace referencia a la evolución de gasto en salud y las reformas que han entrado en juego en la salud después de la implementación de la ley 100 de 1993, tratando de demostrar que la salud debe de ser estudiado como un sistema integrado con otros aspectos económicos y sociales, en sus conclusiones plantea que «se puede decir que el SGSSS de Colombia, ha estado en permanente transformación como política pública. Desde sus inicios hace ya dos décadas se han requerido ajustes inconclusos, que han provocado nuevos problemas por lo cual no se llega al aseguramiento universal y con calidad. - El sistema solidario, ha demostrado una insostenibilidad financiera, al igual que los sistemas de capitalización individual dada su incertidumbre y que dependen de la capacidad de ahorro de la persona, el objetivo final de eliminar el RPM no se logró. Además, se suma que al mediano y largo plazo las exigencias serán mayores por los cambios demográficos y epidemiológicos, por la oferta tecnológica y los avances en materia del

derecho a la salud. - A pesar de que la ley 100 reformó los sistemas de pensiones, salud y riesgos profesionales, esta no logro incluir al trabajador, la familia y no ha conseguido la solidaridad y la eficiencia, planteados al principio. - En materia fiscal, se han asumido cargos insostenibles, por un lado, la carga pensional del sector público, que ha admitido la pensión por debajo del salario mínimo con sus efectos sobre la calidad de vida y de otra parte para reforzar el financiamiento en salud principalmente a través de las transferencias territoriales. - De la reforma se puede destacar el propósito de ofrecer un seguro de salud con una cobertura de servicios igual para toda la población y, al mismo tiempo modificar el sistema de asistencia pública, sin embargo, se observa un lunar en la prestación de los servicios. - En cuanto a la cobertura, se tiene que con un mayor aporte de la población del régimen contributivo se tendrían recursos para una ampliación importante de la población afiliada al régimen subsidiado, con lo cual se podría dar la cobertura universal. Sin embargo, la tendencia es a formalizar el esquema de subsidios parciales» [39].

El momento en el cual entramos a analizar los vacíos que presenta la salud en Colombia, surgen muchas preguntas, tal como se documenta en la tesis realizada en el año 2015 por Sandra Milena Vega Gómez planteando un problema de investigación de la siguiente manera; *¿El acceso de la población a los servicios de salud se ve limitado o vulnerado como producto de la dinámica de las relaciones contractuales existentes entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)?* Para lograr dar con la respuesta de esa investigación el autor plantea como objetivo una revisión de los mecanismos de contratación entre las EPS y las IPS para lograr determinar el impacto y posteriormente proponer mejora. Las conclusiones se plantean de la siguiente manera; «Los bajos niveles de la calidad en la atención y las negaciones o dificultades de acceso efectivo a los servicios de salud no sólo se constituyen en un incumplimiento a la responsabilidades que en virtud de la Ley o del contrato se

obligan las EPS e IPS, sino que trascienden a ámbitos más sensibles como lo son la salud, el bienestar y la vida misma de las personas; por lo que los pacientes se ven abocados a obtener la garantía material de su derecho a la salud y a la seguridad social por la vía de las acciones judiciales, y en ese sentido también se concluye una violación flagrante por parte de estas entidades a las normas constitucionales. - De otra parte y sin querer concluir que es más o menos importante garantizar el acceso a los servicios a una persona enferma que a una sana, lo que sí es claro es que los pacientes que padecen patologías crónicas o de alto costo, son los más afectados, pues en muchas situaciones sus vidas dependen de la oportunidad y calidad con que sean atendidos y les sean suministrados sus tratamientos y como estos eventos son los que generan más gastos en las entidades resulta muy común que se traten de limitar, represar y hasta negar; en este sentido resulta urgente y vital que de manera integral el Estado, las EPS y las IPS tomen medidas contundentes al respecto; y en tono optimista, no sólo desde las consecuencias (la atención, la enfermedad y el tratamiento) sino desde la prevención (promoción de la salud, detección temprana de la enfermedad y protección específica frente a las mismas), con lo que de seguro se contribuiría también a mejorar el equilibrio financiero de las entidades al reducirse los costos de atención por estas causas» [40].

En Colombia han venido proponiendo alternativas que aporten al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, como lo es el caso del proyecto realizado por Magda Flórez Landazabal y Gerardo Pinilla en el año 2010, plantean como objetivo el diseño de una herramienta tecnológica de soporte que aporte una mejoría al cuidado de la salud, buscando reforzar la competitividad de las EPS, esto gracias a un Benchmarking analizando las mejores prácticas de atención de los pacientes en otros países, específicamente Estados Unidos, identificando sus respectivas estructuras de funcionamiento, en el proyecto tienen como

conclusiones que; «el acceso de la herramienta IMHS (Interactive Mobile Health Solutions) a través de los medios de comunicación existentes (Pagina WEB, mensajes de texto, celulares, Smartphone, y otros) permite un adecuado seguimiento y control del paciente, enfocando su recuperación en prevención, capacitaciones, atenciones en línea por especialista vía e-mail o telefónicamente, control de la medicina consumida y la trazabilidad de las principales variables de control del diabético (Eszluoosa), así se obtiene un mejor control de la efectividad de los tratamientos aplicados a los pacientes». [41] «La cooperación y la coordinación entre los diferentes actores del Sector Salud en Colombia contribuyen a hacer más eficaces las políticas de prevención, con la intención de congregar esfuerzos e intereses para lograr un Sistema de Salud más estable que incluya grandes beneficios para la población colombiana, incluso para los usuarios que únicamente pueden acceder a la Salud a través de subsidios y apoyo directo del Gobierno. - Los avances y experiencias que muestra un país como Estados Unidos donde los modelos desarrollados alrededor de la prevención de salud, son ejemplos concretos que no se requiere únicamente un avance tecnológico y/o económico, la clave se encuentra en la cultura como país de adoptar medidas a tiempo para que la Salud pueda seguir siendo un derecho y no un riesgo para acceder a ella por falta de recursos o gestiones dudosas a nivel político y financiero» [41].

### 3. Marco metodológico

La actual investigación busca diagnosticar el estado actual de la salud en Colombia después de la implementación de la ley 100 de 1993, esto se realizará desde un enfoque cualitativo, tal como lo indica Richard Blanco para la Revista de Epistemología de Ciencias Sociales en el año 2006, «El enfoque cualitativo es esencial para el desarrollo de teorías y para la conceptualización de los fenómenos, asuntos o cosas que se desean investigar minuciosamente. Su prioridad es la descripción, análisis y explicación de lo interesado de forma “holística” y lo más natural posible. La descripción y explicación debe ser detallada y profunda, por eso es imperativo el uso de cuestionarios que contengan preguntas “abiertas”, que recojan el profundo sentir de los entrevistados. El análisis de los datos recogidos por la observación o por cuestionarios debe ser uno subjetivo, donde el investigador usa su preparación y su modo de ver las cosas para analizarlas. Esa subjetividad es necesaria y promulgada por los que aplican el enfoque cualitativo a sus investigaciones formales» [42, pp. 256-265]

Para desarrollar un segundo objetivo que consiste en determinar los vacíos que presenta la prestación de los servicios de salud en Colombia, es necesario realizar una investigación de tipo no experimental. «La investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. Lo que hace este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto actual, para después analizarlo. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes. Existen diferentes criterios para clasificar la investigación no experimental, adoptaremos la dimensión temporal, es decir de acuerdo con el número de momentos o puntos en el tiempo en los cuales se recolectan los datos» [43].

Para pronosticar estratégicamente soluciones es fundamental hacerlo partiendo del método de investigación analítico. «El método de investigación histórica es el analítico-sintético. Es indispensable que en el estudio de las cuestiones históricas se analicen los sucesos descomponiéndolos en todas sus partes para conocer sus posibles raíces económicas, sociales, políticas, religiosas o etnográficas, y partiendo de este análisis llevar a cabo la síntesis que reconstruya y explique el hecho histórico. El método analítico es el heurístico, palabra que proviene del término griego heurisko que quiere decir yo busco, descubro, y que es el método que se usa para encontrar lo nuevo, lo que se desconoce» [44, pp. 9-18].

#### **4. Vacíos que presenta la prestación de los servicios de salud en Colombia.**

A partir de la implementación de la ley 100 de 1993 para la salud en Colombia, la cobertura en el sistema creció, institucionalmente se mantiene un nivel de gasto importante y una correlación público-privada fuerte, consolidándose el concepto del derecho a la salud, existe una lenta transición de cada una de las políticas, la población y la prestación de los servicios siguen segmentadas, y existen severas fallas institucionales en el aseguramiento, que tiene como consecuencias problemas en el flujo de recursos y daños a la institucionalidad que presta los servicios como también al recurso humano.

En el año 1995, Torres [45] en su ensayo señala que la reforma a la salud se diseñó como alternativa para las bajas coberturas, la baja calidad en los servicios de salud y una administración deficiente que se había venido presentando, se introduce el subsidio a la demanda promoviendo las competencias, el estado paso de ser un monopolio en la prestación de servicios brindándole oportunidad al sector privado, y dando la posibilidad al usuario para que escoja. Para el nuevo sistema de seguridad social, las autoridades nacionales y territoriales adelantarían acciones para la creación de una previsión, motivando la afiliación; se decía que el régimen contributivo debería afiliar entre trabajadores y beneficiarios aproximadamente al 40% de la población, donde se incluiría la cobertura familiar y atraería grupos con capacidades de cotización ya que en ese momento no lo hacían, también una constitución de Empresas Promotoras de Salud (EPS) que son las que promueven la cotización y el recaudo. El sistema se consideraba solidario porque los aportes irían a una sola bolsa recibiendo cada uno una canasta básica, que en Colombia es denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), también se consideraba solidario para los sectores más necesitados de la población ya que una parte de la cotización sería para el régimen subsidiado. El plan era medido en unidades de pago por cápita



teniendo en cuenta la edad y el sexo del beneficiario, cubriendo las atenciones básicas que hacen parte del nivel primario, como también para un diagnóstico y tratamiento de enfermedades de mediana y alta complejidad, esto quiere decir que todos recibirían un paquete de servicios igual, pero también con planes denominados planes complementarios que estarían a cargo del usuario. En cuanto al régimen subsidiado tendría que afiliarse a la población más pobre y vulnerable, incapaces de una cotización con el régimen contributivo, donde se involucran a las mujeres cabeza de hogar, madres gestantes y lactantes, niños, comunidades indígenas y discapacitados. Para eso era necesario la creación de las EPS, de carácter privado, públicas o mixtas con un orden nacional o territorial, a estos se les brindaría un Plan Obligatorio de Salud subsidiado (POS-S), que iría aumentando hasta lograr alcanzar al POS del régimen contributivo teniendo en cuenta la evolución de la disponibilidad de los recursos. [45]

En un Foro realizado en la Academia Nacional de Medicina el 7 de julio de 1994 con la asistencia del Ministro de Salud, Londoño [46] afirma que la ley 100 refugia el régimen en cuanto a la prestación de los servicios de salud. También incluye lo que tiene que ver con los accidentes de trabajo, de igual manera integrando la problemática de las enfermedades profesionales. Lo más importante para las leyes es la regulación del servicio público con esencia en la salud, creando condiciones de un acceso directo que involucre toda la población. Para regular el servicio son necesarias empresas que con el pasar del tiempo se debe de ir mejorando, también decía que el tema económico es de vital importancia y que empezaba por el soporte que daba el ministerio, sin embargo, aún no se conocían los decretos que reglamentaban los aspectos mencionados, y que habrían sido unas recomendaciones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social. La regulación se consideraba muy importante, aunque existía una

preocupación sobre esta regulación, para esta la principal atención era por parte de los organismos de salud; particularmente entidades privadas que estaban interesadas en convertirse en prestadoras de servicios de salud y que les interesaba conocer la regulación real que se avecinaba, para tener ingreso a la competencia a partir del espíritu de la Ley 100. Se decía que la ley es producto de la preocupación del Gobierno por la existencia de una baja cobertura de salud, la existencia de una ineficiencia de dichas prestaciones de los servicios y por la desarticulación de las instituciones, lo que produjo una necesidad de la creación de una cobertura universal, donde se verían involucrados a todos los colombianos, donde lo primordial eran los trabajadores y sus familias y, siguiendo con la población de escasos recursos, con poco acceso a los servicios de salud que se estaban manejando. Al gobierno se lo denominaba solidario, porque consideraban un acto de gran esfuerzo el tratamiento del sector salud. Expresaban que La Ley 100 hablaba de equidad, consideraban como objetivo primordial que toda la población ingrese al sistema con igualdad de derechos, dándole vital importancia a los que más lo necesiten por encima de los que coticen. Decían que el eje central de la ley son las EPS, recayendo sobre ellas toda la responsabilidad. Las IPS van a ser escogidas por las EPS y podrían ser las que ya se conocían, las oficiales o privadas; las cajas de compensación, las fundaciones, etc. De igual manera podría ser todo aquel individuo que pueda organizarse para el acceso a las condiciones del IPS. El Fondo de Solidaridad y Garantías (FSG) sería el encargado del apoyo económico que necesita todo el sistema, que además posee responsabilidades de coordinación, capacitar aquellos recursos extraordinarios que difieren de los recursos naturales de las EPS por medio de capitación. El organismo rector sería el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) el cual sería el encargado de regular, planificar, moderar, hacer recomendaciones y ejercer una vigilancia directa y coordinada de toda la magna empresa. En el artículo 156 de la ley se decía

que las EPS por medio de las IPS podrían prestar su servicio directamente, o también contratar con otras instituciones que no sean las que ya habían estado utilizando, también con grupos de profesionales independientes, esto con la finalidad de presentar un panorama amplio. [46, pp. 32-44]

En el año 1996 para la revista Colombia médica, Tafur [47] establece que existía una falta de participación por parte de los profesionales relacionados con la salud para las discusiones sobre el tema, no había un adecuado conocimiento de la ley y sobre los costos de producción de una consulta, facilitando que las EPS impongan sus propias tarifas, por esta razón los profesionales que trabajaban de forma independiente se les vio reflejada una notoria baja en la demanda de los servicios, se habían venido conformando grupos relacionados con las sociedades científicas para imponer sus propias tarifas, realizando previamente estudios de costos para cada día ir mejorando las capacidades de negociación, si estos grupos tendrían éxitos en sus demandas como consecuencia encarecerán el valor del POS para las EPS, originando presiones por parte de las entidades para revisar la Unidad de Pago por Capitación (UPC), también para la construcción de IPS relacionadas con cada una de las EPS, siendo esa la tendencia que se observaba en aquella época. Las formas de contratación de los servicios de salud tendrían que variar de manera progresiva, y pasaba a ser de forma de pago por el servicio prestado a un pago por cada capitación o por caso, que también se llamaba pago por paquetes integrales de diagnóstico. La ley tenía en cuenta la calidad de la prestación de los servicios, y para esto las entidades promotoras de salud debían realizar importantes inversiones tecnológicas y buscar modernizar el sistema, también que las instalaciones sean las adecuadas, buenas capacitaciones periódicas del personal. La calidad de la prestación de los servicios de salud era directamente proporcional a la

satisfacción de las necesidades básicas de los empleados tanto para el sector público como el sector privado. En el artículo se menciona un aspecto que también iba en contra de los profesionales de la salud, que tiene que ver con que se desconocían algunas características de las empresas, y que cada vez era mayor la influencia de trabajar de forma individual, manteniendo lo tradicional en cuanto al ejercicio profesional, era necesario promover las capacitaciones profesionales para los proyectos que conlleven a la inversión, contabilidad de costos, mercadeo y el desarrollo de las organizaciones, para lograr una mejoría en cuanto a la capacidad de negociar con las IPS y EPS, se consideraba un proceso difícil y que las entidades llegarían a absorber a los profesionales. Concluye que la ley 100 buscaba que cada vez más habitantes tengan acceso a los servicios de salud y la seguridad social, la ley modificó el sistema, al aparecer las EPS como principales fuentes de negociación se introdujeron en esta a los profesionales, lo que obligó a que tengan un conocimiento sobre los costos de producción y a una mejoría de la calidad, para lograr un mercadeo adecuado de los servicios en competencia con las intermediarias, hasta el momento consideraba que los estratos 1 y 2 era la población más beneficiada por la ley, logrando para ellos un aseguramiento en seguridad social que antes no existía, los extractos 3 y 4 y los trabajadores independientes perderían la opción de las cajas de compensación quedando afuera de los régimen contributivos y subsidiados pagando tarifas que variaban según la institución. La población beneficiada con la Ley, hasta el momento, es la de los estratos 1 y 2 que logra un aseguramiento de seguridad social que no existía antes. Los trabajadores independientes y sus familias, de los estratos 3 y 4 pierden la opción de las cajas de compensación al quedar por fuera de los regímenes contributivo y subsidiado y se enfrentan a la necesidad de buscar servicios en las ESE, sujetos al pago de tarifas variables según la institución. [47, pp. 44-47]

En cuanto a la cobertura de los servicios Gamboa y Rangel [48] en el año 1996 para la revista Venezolana de Gerencia, manifiestan que en cuanto a la cobertura de servicios de salud, Colombia se caracterizaba por una importante desigualdad social, el ingreso presentaba niveles de concentración significativamente altos, el 50% de la población más pobre obtenía el 17.6% del ingreso total, el 20% más rico manejaba un valor cercano al 55%; en el año 1990 el 49% de la población estaba por debajo de la línea de pobreza, y el 37% se encontraba en pobreza crítica, imposibilitando la satisfacción de las necesidades básicas, el Instituto de Seguros Sociales atendería solo al 50% de los asalariados, que equivalían al 16% de toda la población, tenían como función complementarse con los múltiples servicios de salud de las instituciones, también las Cajas de Previsión y de Compensación, la ley 100 planteaba para esto la mencionada atención en salud de manera universal. El sistema colombiano de seguridad social en salud tenía como principal objetivo la regulación de los servicios públicos en salud con la creación de las condiciones de acceso para toda la población, protegiendo y recuperando la salud. Se proponía promover un igualdad en cuanto a la prestación de los servicios de salud, sin tener en cuenta su capacidad de pago protegiendo así a la población más vulnerable, la ley 100 establecía que la afiliación al sistema sería de manera obligatoria, el valor de la cotización en el régimen contributivo con una cobertura familiar sería de un 12% del salario, donde el 4% el trabajador y 8% el empleador, la cotización sería con el salario mínimo como límite inferior y como tope 20 salarios mínimos legales vigentes en donde los trabajadores independientes deben pagar el porcentaje total. La ley establecía una afiliación obligatoria, para cotizaciones podían elegir libremente a la EPS e IPS, y solo podían cambiarse de estas una vez al año, el sistema no permitía convenios que vayan en contra de la libertad de elección. [48, pp. 251-284]

Para el mismo año (1996) Esguerra [49] en su evaluación de la ley 100 advierte que había información incompleta sobre esta, teniendo en cuenta que existían confusiones en cuanto a derechos, deberes y formas de participación, las EPS e IPS eran insuficientes, no se mantenían unificadas lo que afectaba directamente al sistema, también expresaba datos relacionados con el año 1993 solo el 18% de los colombianos se encontraban afiliados a la seguridad social, el 17% contaba con servicios privados, el 40% dependía del sector oficial, y el 25% no tenía ningún aseguramiento de prestación de servicios, la situación habría cambiado en ese momento se consideraba que de los 38 millones de colombianos aproximadamente la mitad estarían involucrados con el sistema, de esta manera se había avanzado, para ese entonces el régimen Subsidiado contaba con 5'500,000 afiliados y el régimen Contributivo con 13 millones de personas aproximadamente, a finales de 1996 se especulaba con que habría más de 6 millones de personas en el régimen Subsidiado, cubriendo a más de 19 millones de personas (el 50 % de la población aproximadamente), habían dudas para el Régimen Contributivo, que tenían que ver con la falta de información de la más grande EPS ISS, ya que las EPS de carácter privada registraban hasta el momento un crecimiento de afiliaciones para el primer semestre del año 1996, en Junio de ese año pasarían de los 2'200,00 de personas afiliadas, relacionando a aproximadamente 500,000 afiliados nuevos entre enero y junio, pero no era posible determinar cuántas de esas personas se encontraban con el ISS, por esta razón no se consideraban nuevas para el sistema. [49, pp. 77-85]

En el año 1999 Eslava [50] manifiesta después de la implementación de la ley 100 de 1993 se había puesto en marcha un proceso para evaluar la norma legal, también se realizaron recomendaciones para modificar el sistema, el Ministerio de salud realizó eventos de consultas

apoyado por la Comisión Séptima del Senado y la cámara, con el fin de escuchar todos los requerimientos, y propuestas para modificar la ley con la participación de los involucrados en la seguridad social en salud. El ultimo evento fue la realización de un Foro Regional, realizado en el mes de febrero de ese año (1999) en la ciudad de Bogota, donde fueron expuestos 53 documentos con las distintas propuestas, de allí se enunciaban y documentaban los principales problemas que se habían venido presentando en el Sistema de Salud. Eslava [50] afirma que los participantes en su gran mayoría presentaban una gran disposición para aceptar los cambios al sistema de salud, con el fin de que se convierta en un sistema con gran eficacia, con más equidad y con una mayor rentabilidad. De las 53 propuestas el 25% tenían el objetivo de modificar el articulado de la ley 100, el 51% apuntaban a cambiar la reglamentación de la ley, el 40% de las ponencias hacía referencia a los mecanismos de control del estado, casi el 20% mencionaban el Plan Obligatorio de Salud, aproximadamente el 20% hacían mención a las Administraciones del régimen subsidiado, y un poco más del 20% apuntaban al compromiso y responsabilidad estatal, y el 15% se referían a la participación social. [50, pp. 105-116]

En marzo de 1999 Patiño [51] denota que la Academia Nacional de Medicina realizo un estudio sobre la reforma donde interiorizaban en tres aspectos; el teórico, el estructural y el operativo. Aseguran que, en el aspecto teórico de la competencia controlada, el elemento de control nunca existió y contrastaba, lo relacionaban con los controles que eran vigentes en la administración del régimen de pensiones. En cuanto a lo estructural, decían que presentaban fallas por la falta de un sistema de información y de un registro único, que era un pilar muy importante para cualquier sistema de salud. En la parte operativa, la Academia encontró un defecto que trae complicaciones burocráticas, resaltando el dispendio y demoras que afectan al

flujo de los recursos para la llegada a su destinatario final, siendo estas las IPS. La operación administrativa tendría defectos de control y uso eficiente de los recursos que ingresaban al sistema, y consideraban innecesaria una intermediación con ánimo de lucro en el régimen subsidiado. Asegura que la Academia se encontraba preocupada por la crisis que estaban pasando las instituciones hospitalarias, que se dio por causa de la segunda liquidez relacionada con el consumo de los recursos, el costo administrativo y las utilidades de las entidades intermediarias, también por la corrupción que se estaba presentando y la participación política en el sistema. La Academia siempre busco proteger a la medicina como una profesión y ciencia, con filosofía humanística y ética, que es lo esencial para proteger la salud de toda la población, expresan que la ley 100 se realiza para el beneficio social, pero que hasta el momento se habían presentado defectos importantes en la reglamentación y que para ese año la declaraban en una profunda crisis. [51, pp. 1-4]

En Julio del 2000 Céspedes et al. [52] exponen los resultados observados sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud, afirman que los efectos son positivos ya que se había tratado de eliminar los impedimentos económicos de las personas para acceder a los servicios de salud, en el momento la cobertura tuvo un aumento del 23% al 57%, entre los años 1993 y 1997, respectivamente. Esto beneficio a las personas en todos los deciles de ingreso de los hogares, la cobertura habría aumentado del 3,1% al 43,7% en relación con el SGSSS en los años 1993 y 1997 respectivamente. También se observó una efectividad de los instrumentos de regulación que se pusieron en marcha a partir de 1994, para llegar a poner el foco de atención a la población más vulnerable. La falta de dinero era la causa por la cual muchas personas no estaban afiliadas, como también la gravedad de las enfermedades. Los instrumentos utilizados



para evitar las inequidades en los accesos de los servicios de salud estaban dando los resultados que se esperaban. [52, pp. 145 -164]

En un estudio realizado en ese mismo año (2000) para la Revista Salud Publica, Málaga et al. [53] expresan que con la implementación de la Ley 100 en el año 1996 el total de gasto en salud era de 6 billones 964 620 millones de pesos, correspondiente al 10,1 % del PIB estimado para ese año en 88 billones 853 574 millones de pesos; de estos el gasto público era del 4,1 % y el gasto privado del 5,9 %. Aseguran que las cifras discrepaban en relación con el financiamiento sectorial ya que el gasto en salud para ese año correspondía al 4,8% del PIB, y habría aumentado 1,8% en relación con el año 1993, los recursos para la población pasaron del 1,4 al 2,5% del PIB, hubo mejoras en el acceso a los medicamentos esenciales, aproximadamente 350 fármacos involucrados. Se crearon condiciones que buscaban actualizar las normas, para así garantizar la calidad de los medicamentos, en el año 1995 los medicamentos esenciales representaban más del 70% de las prescripciones en el 73% de los hospitales públicos el 62,5 % de las ventas del 76,8 % de las farmacias privadas, considerando que el 95 % de ellos se fabricaban en el país y el valor del gasto público per cápita en medicamentos era de US \$ 28,8 (24), este gasto aumento para el año 1998 a US \$ 30,2.

En el año 2002 Echeverri [54] registra para la revista Gerencia y Políticas de Salud que, desde 1993 con el diseño del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), puesto en marcha en los años 1995 y 1996 se buscaba universalizar el aseguramiento, generando un acceso obligatorio a los servicios, y así generar mejores administraciones en búsqueda de la igualdad para la población independientemente de las barreras económicas que estos podrían tener, el

autor asegura que para ese año (2002) no se habían cumplido los objetivos y que las dificultades que el sistema presentaba era debido a concepción de política social y las transformaciones que había tenido el mercado laboral. La población habría sufrido empobrecimiento significativo para los años 1997-1998. Las principales inequidades en la prestación de los servicios de salud se presentaban en las coberturas de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud, y el gasto de bolsillo en salud, agregando que se le daba prioridad a la lógica mercantilista lo que generaba otras desigualdades.

El principal objetivo del sistema era universalizar un seguro de salud con igualdad en los paquete de servicios (POS) para toda la población , en un periodo de siete años, razón por la cual se crean los mencionados dos regímenes, el subsidiado que cubría a la población más necesitada que se estimaba en un 30% para el año 2000, la cual es financiada por el estado y por la población con los mayores ingresos, por su parte el régimen contributivo, para la poblaciones con una capacidad de pago, cubrían el 70% para el año 2000. En ambos casos los clientes realizan copagos por utilizar los servicios del POS, para hacer el aporte a la racionalidad y el mantenimiento de un manejo financiero sostenible. En los siete años entre 1994 y 2000 la población participaba activamente en el sistema, gracias a que hubo un aumento de los recursos financieros y el aporte del estado. [54, pp. 76-94]

Chicaiza [55] hace un análisis del tratamiento que se le daba a las enfermedades catastróficas, Afirma que según el Ministerio de Salud para el primer semestre del año 2000 las entidades aseguradoras pagaron primas, de casi 6.5 millones de dólares sin agregarle las primas retenidas, la cancelaciones y anulaciones que se le presentaban a las entidades aseguradoras, que

correspondían a un valor per cápita mensual de aproximadamente 0.6 dólares (población: 1.066.206 afiliados), de ese valor, el 20% lo mantienen las compañías aseguradoras, lo que corresponde a 1.2 millones de dólares, utilizando de estos el 23% para cubrir los gastos administrativos, 40% a pagos de las comisiones de los intermediarios y el 37% son las utilidades que les quedaban a las compañías, por su parte, las reaseguradoras internacionales tenían ingresos de 5.2 millones de dólares aproximadamente generando 3.4 millones de utilidad y pagando 1.7 millones por siniestros. Concluyendo así, que los 6.5 millones que las aseguradoras pagaban el 28% era para el pago de siniestros, los gastos de administración se llevaban el 5% y las utilidades serían el 67%. El autor expresa que con los anteriores datos eran el soporte utilizado por el ministerio de salud para poder establecer el reaseguro universal para las patologías catastróficas, que fue mencionada en el proyecto de la ley 0,89 del año 2000, ya que se ve relegada la importante cifra de dinero que iba a los intermediarios, mientras que el sistema presentaba escases en los servicios. La propuesta del Ministerio se proponía crear una subcuenta en el Fosyga, para un aseguramiento y reaseguramiento del valor de los tratamientos médicos de enfermedades en todos los habitantes de la población. La cuenta se sostendría con el porcentaje de la UPC en cargada de este fin con nombramiento del estado, y se descontaría a las EPS al momento de compensar, y a las ARS al momento de girar los recursos, de esa manera se les daba un mejor manejo de las enfermedades catastróficas. El estado se encargó de abrir licitaciones nacionales e internacionales para definir los costos de los tratamientos, siendo este el máximo reconocimiento para las EPS, las ARS y a cada municipio en la atención de cada paciente. Afirma que este proyecto fue rechazado por varios participantes del sector, como las cajas de compensación, las compañías aseguradoras, el gremio de las EPS privadas (Acemi), las cooperativas y el ministerio de hacienda, para estos actores, el fondo sería un monopolio del

estado con una libertad en cuanto al direccionamiento de los recursos, en donde el plan de servicios de salud se alejaría de las firmas en aseguramiento, ya que estarían obligadas a atender a los afiliados con patologías catastróficas únicamente en los hospitales habilitados por el Fondo, y causaría una división en la atención de los pacientes, también porque el Fondo generaría una tendencia a la no afiliación de la población, porque estarían protegidas contra las enfermedades catastróficas. [55, pp. 163-187]

Bermúdez et al. [56] confirman una turbulencia empresarial del sector EPS en Colombia, manifiestan que al SGSSS se le ha criticado la denominada “selección adversa”, afirmando que esta ocurre cuando se generan malos resultados en un mercado debido a una existente asimetría de información entre compradores y vendedores. En el caso del sector salud en Colombia la selección adversa se genera cuando los pacientes con edades avanzadas y que poseen enfermedades con un alto costos como pueden ser VIH, cáncer, enfermedades renales etc. aun con la gravedad de las mismas escogen a la EPS que mejor percepción de calidad tenga ante los usuarios para la prestación de servicios médicos. Estos usuarios tienden a buscar servicios de EPS que sean famosas en alta calidad, esto conlleva a que dichas EPS tengan cargas de usuarios con enfermedades de alto riesgo. Los autores Bermúdez et al. Afirman que;

Tales pacientes de alto costo están dispuestos a pagar un mayor precio por la gravedad de sus patologías, pero como el valor de las cotizaciones al SGSSS por ley es uniforme, las EPS que van a atender las necesidades de este tipo de pacientes (las de mayor calidad en el servicio) van a tener mayores costos de operación. En pocas palabras, el fenómeno de la selección adversa en el sistema de salud colombiano implica que las EPS que ofrezcan el mejor servicio y la mejor atención a sus usuarios van a recibir una mayor carga de pacientes de alto costo, cobrando una misma tarifa», de igual manera «otro elemento fuertemente publicitado en los

medios masivos, y que afecta gravemente a las EPS que se ven involucradas en él y en general a la imagen de todas las EPS, son los denominados “paseos de la muerte” y demás casos de negligencia médica. Según cifras mostradas por la Superintendencia de Salud, las multas ascendieron a tres mil 310 millones de pesos a catorce EPS, 23 hospitales y 20 clínicas, dos Secretarías de Salud y una Alcaldía al año 2006<sup>4</sup>. Esto repercute inicialmente en las finanzas de las compañías, pero más grave aún, en la imagen de cada una de ellas, porque lo que se ha ocasionado es el diseño de nuevas estrategias y no la observación posterior de dichas estrategias. Algunas leyes y decretos que intentan regular y vigilar más eficazmente a las EPS y a todo el SGSSS muestran la fragilidad del sector, especialmente en aspectos de sostenibilidad financiera. Es así como la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011 han establecido mayores controles a la prestación del servicio de la EPS; estas leyes crearon la Comisión de Regulación de la Salud (CRES) y modificaron aspectos de financiación del sistema respectivamente. Las EPS deben estar atentas a las exigencias del Gobierno y la nueva normatividad, debido a que ésta repercute directamente en la cadena operativa de dichas empresas. [56]

Por su parte González [57] menciona que según la hipótesis que planteaba la Ley 100, era una lástima que hasta el 2002 no había tenido éxito, porque los inventivos considerados justos habían traído consecuencias contraproducentes, una de ellas era la ambición de los intermediarios por producir sus ganancias, esto iba en contra de los intereses generales, por otro lado la percepción errada de un sistema de salud autocontenido, esto produce de que no haya sido repensado para lograr abarcar un objetivo más global que abarque a todas las partes involucradas en el sistema de seguridad social. Asegura que el sistema iba ligado con una predisposición a ayudar a los más necesitados, no aseguraba una equidad en cuanto a los recursos y los accesos. La ley 100 permite la elección por parte de los usuarios, creando un ambiente de

competencia regulada, la dinámica del mercado es muy limitada, y los servicios médicos no concuerdan con los parámetros de oferta y demanda. [57, pp. 17-24]

En el año 2003 pasado 10 años de la implementación de la Ley 100, Echeverri [58] afirma que el problema de la deficiencia del sistema era principalmente por el modelo de aseguramiento, que eran solo del 56%, alejándose de la meta inicial que era lograr lo más cercano al 100%, resaltando que el gasto en salud subió del 7% del PIB en 1990 a 10% en el año 2002. Del personal asegurado, el 30% corresponde a afiliaciones obligatorias de los que pueden pagar, y 26% son pobres que el Estado se encarga de asegurarlos, teniendo en cuenta que el total de indigentes era más del 20%, y el de la población más vulnerable aproximadamente el 40%. En el sistema anterior a 1990, el 58% de la población podía tener acceso a los servicios de salud, en donde el 35% correspondía al Estado, y el 23% estaban involucrados en los servicios de la seguridad social, o de los seguros privados. El incremento del PIB en salud entre los años 1990 y 2000 equivalían a 2 600 millones de dólares, y la cobertura se mantenía igual, lo que quiere decir que había una ineficiencia importante. El gobierno puso en juego el subsidio parcial, que consiste en un aseguramiento con un límite en el número de prestaciones, con el fin de aumentar el financiamiento y que se diera un aumento en la cobertura, y de esta manera limitar el acceso a algunas prestaciones básicas para la población subsidiada. [58, pp. 210-216]

En el año 2004 Villar [59] menciona a la crisis hospitalaria y su origen, partiendo de que hasta ese momento la Ley 100 presentaba un balance negativo, resalta el cierre de importantes hospitales universitarios como lo fueron el “San Juan de Dios” y el “Lorencita Villegas” de

Bogotá, el Hospital Universitario de Cartagena , el Hospital Universitario de Manizales, el Hospital Universitario “Evaristo García” de Cali, el Universitario “Ramón González Valencia” en Bucaramanga, el “San Jorge” de Pereira, el “San José” de Popayán y el Materno Infantil en Bogotá. Asegura que con la Ley 100 los hospitales públicos se veían en la obligación de convertirse en Empresas Sociales del Estado (ESE), poniendo foco de atención en la viabilidad financiera y no la rentabilidad social. Desde 1993 las formas de financiación del estado de la capacidad instalada de los hospitales fueron reemplazados por los “subsidios a la demanda”; por esta razón la sostenibilidad dependía del Estado y de las aseguradoras involucradas en el sistema. La Ley 100 y la creación de las ARS era con la intención de amparar los intereses financieros utilizando los hospitales públicos.

Según Villar [59] otra consecuencia del modelo de salud es el impacto negativo sobre las condiciones del trabajo del recurso humano. El retraso y retención de los salarios, al no pagarles las primas, y al trabajar en condiciones con limitaciones de instalaciones. Las EPS privadas estarían fomentando prácticas que atentan contra el profesionalismo del talento humano, por falta de espacios en donde se discuta una actualización del sistema y un verdadero conocimiento de la norma, limitando a los profesionales a la hora de tomar decisiones, de igual forma el sistema hace que el profesional no se involucre directamente con el control de los costos. Por esta razón se reduce el número de pruebas diagnósticas, los días de hospitalización del paciente, el tiempo de atención, y el número de medicamentos prescritos, haciendo que la calidad de los servicios se deteriore. [59, pp. 28-48]

En el año 2007 se decía que la ley 100 había contribuido positivamente a los servicios de salud en cuanto a economía y cobertura, para ese año según Jaime Restrepo en la Revista Facultad Nacional de Salud Pública daba a conocer que alrededor de 34 millones de colombianos estaban afiliados al sistema, 18,5 millones en el régimen subsidiado y 15,5 millones en el régimen contributivo, quedaban 8 millones más de esa población de vinculados que no recibían una prestación aceptable y, muchas veces, ni siquiera tenían acceso a algún tipo de servicio. Además, el gobierno sometió a planes de reestructuración a 127 hospitales a punto del cierre, logrando su recuperación, y el Sisbén, como modelo de clasificación socioeconómica, llegando a cubrir los 1.099 municipios del país. El autor Jaime Restrepo asegura que la atención a los usuarios presenta fallas que deben corregirse, falta una cobertura total que vaya adecuada a la seguridad social, indica que se necesita con urgencia el mejoramiento de la calidad, la oportunidad en el servicio y la eficiencia en la administración del sistema. Se les da mayor importancia a los intereses económicos de algunos sectores sobre el interés general de la salud de la población. Esta desvanecido el tema de la promoción de la salud y la prevención de muchas enfermedades susceptibles de control, las organizaciones no muestran mayor interés en evitar el sufrimiento y altos costos a los pacientes. El sistema de información en salud no está claro y no permite diseñar políticas coherentes de atención. Los profesionales de la salud ven como se pierde la relación médico-paciente, donde se ve afectada la ética profesional y se reduce la dignidad en el ejercicio de su labor. Se aprecia corrupción, desviación de recursos y no se está cumpliendo con las obligaciones, tampoco existe un buen sistema de inspección, vigilancia y control, el sistema de regulación encomendado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) ha fracasado en medio de tantos intereses. [60, pp. 78-81]



Según el autor Mario Hernández Álvarez para la revista Salud Publica [61], expresa que luego de la implementación de la ley 100 de 1993 los hospitales públicos se han visto sometidos a las exigencias de la competencia en el mercado de servicios de salud, esperando ser más eficientes, más baratos y con una mejor calidad, indica que nada de eso parece ser viable porque es muy compleja la relación entre los agentes del sistema, las rigideces e incertidumbres del servicio mismo de atención en salud y las limitaciones estructurales para la competencia en zonas apartadas. Muchos hospitales se quiebran o perduran por la calidad y la oportunidad en la atención, a la vez soportan la traba de la antigua indefinición jurídica con pasivos impagables.

Las responsabilidades de las consecuencias de la no adecuada prestación de los servicios de salud no están claras, Tamara et al. [62] expresan que el sector de la salud en Colombia posee poca información sistemática sobre los resultados adversos que conllevan a las demandas por responsabilidad médica, no se cuenta con un ambiente que permita aclarar las políticas, los programas y los proyectos que involucren o que aborden la seguridad del paciente. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (INMLCF) son los establecimientos que se encargan de prestar auxilio, soporte científico y técnico a la administración de la justicia en relación con la medicina legal y ciencias forenses en todo el territorio nacional, se encargan de analizar los casos por presuntas responsabilidades profesionales a solicitud de las diferentes autoridades que conocen las demandas interpuestas; pero el sistema de salud se encuentra alejados de estas informaciones.

En el sistema colombiano aumentaron las inequidades en salud, es decir que quienes más necesitan menos reciben y quienes más tienen más reciben. Torres [63] expresa que según estudio hecho por el Observatorio de la Seguridad Social de la Universidad de Antioquia se encontró que;

el decil 1 (los más pobres) recibían el de 4.8%, mientras que para el decil 9 era del 12.8% Y para el decil 10 (los más ricos) era del 14%. Al observar los denominados gastos de bolsillo se observó también discriminaciones de índole económica ya que mientras los hogares donde los jefes pertenecían a regímenes especiales gastan el 5.7% de su ingreso, los del régimen subsidiado gastan el 14% y los que no están afiliados el 12.4%. Son miles de casos de violación al derecho a la salud, muchos de los cuales se evidencian en el conjunto de tutelas (recurso de amparo) para proteger este derecho. Asunto que se constata con el resultado de la investigación de tutela en salud de la Defensoría del Pueblo que arrojó un resultado impactante revelando que en el país se presentan 60.000 tutelas en salud anuales. La mayoría de acciones de tutela fueron interpuestas por negación de servicios, por falta de oportunidad en el tiempo para la atención y por la no entrega de medicamentos, aspectos del POS por el que las EPS reciben pago a través de la UPC; lo que evidencia la gran vulneración general del derecho a la salud ocurriendo en Colombia, con sus obvias consecuencias para la salud, la vida y la integridad de la población colombiana». [63, pp. 207-219],

Torres [63] indica que el proceso de flexibilización laboral es una de las características que presenta el sector salud en Colombia, han sido despedidos miles de trabajadores por medio de liquidación y reestructuración de las instituciones públicas de salud, las cooperativas intermediadoras hacen contrataciones temporales precarizando las condiciones de trabajo y se disminuye el monto salarial. Para los trabajadores se ha vuelto común que pasen meses sin recibir salarios, en donde se ve reflejada la lógica de mercado que contiene costos y aumenta ganancias, de igual manera por la vía del manejo de lo laboral. Los trabajos en el sector salud pasaron a ser en gran porcentaje por contratos con las aseguradoras y prestadoras de servicios en

distintas modalidades, que son de manera temporal y de subcontratación (a través de un modelo que puede resultar dañino que es denominado asociaciones de trabajo que estropea la verdadera esencia del cooperativismo) y desde esta relación laboral subordinada a los empleados se les impone condiciones en aspectos básicos en la relación médico- paciente. Esto a hecho que las aseguradoras y las prestadoras de servicios son las que se encarguen de definir como se contrata el talento humano de salud, también la forma de trabajar en términos de tiempos y ritmos, los tipos de conductas terapéuticas que pueden o no desarrollar, y el monto de pago de sus honorarios. Por eso existe una imposición sobre la mano de obra médica, se observa un evidente volumen alto de paciente por hora (se han reducido los tiempos de consulta alejándose de los estándares internacionales) se ven impuestos ahorros de gastos de manera arbitraria: solicitud del mínimo de exámenes clínicos y prescripción del menor número de medicamentos. Esto conllevó al deterioro de la calidad en la prestación de los servicios de salud. [63, pp. 207-219]

Gorbaneff, Torres y Contreras [64] aseguran que las EPS despliegan un poder de mercado muy significativo en relación con las IPS y los clientes, esto causa otro problema en el sistema de salud colombiano. Socialmente es un tema delicado porque en Colombia el sistema de salud presenta un mercado regulado y si alguna de las partes falla los resultados no resultan eficientes. La estructura del mercado tiene una gran influencia sobre la conducta y el desempeño de las empresas.

## 5. Estado actual de la salud en Colombia

Después de muchos años a partir de la reforma y puesta en marcha de la ley 100 de 1993, el sistema general de seguridad social (SGSSS) ha tenido cambios, según los autores Mauricio Santa María, Fabián García, Carlos Prada, María José Uribe, y Tatiana Vásquez expresan que; con la implementación del SGSSS se presentaron resultados positivos en cuanto a la prestación de los servicios de salud para la población más pobre de las zonas rurales, se presentaron enfermedades en niños en cuanto a su estado al nacer. Los impactos positivos también se vieron reflejados en el uso de los servicios esenciales, que involucra el capital humano a largo plazo, como los controles pre y post-natales. De igual forma, se refleja un cambio positivo en el “gasto de bolsillo” de esta población ante el acceso a los servicios, el gasto en hospitalizaciones y en medicamentos se redujo. [65, pp. 42-103].

En su libro Vélez [66] menciona que actualmente en Colombia existe una explotación del talento humano que afecta directamente a la calidad de la prestación en los servicios de salud, asegura que en ese sentido no hay un progreso significativo, ya que la flexibilización laboral y contractual obligan a los empleados y profesionales a trabajar sin derecho a descanso, sin prestaciones, incapacidades en caso de enfermedad y a una pensión justa, razón por la cual hace que algunos médicos trabajen en diferentes instituciones de salud de manera simultánea lo que produce un constante agoto y estrés, influyendo sobre la calidad y el tiempo de atención de los pacientes. La falta de especialistas es otro tema que resalta el autor, no hay un número adecuado de estos profesionales, por ejemplo, son pocas las instituciones que contratan pediatras. Afirma que el actual modelo crea un mercado, por esta razón muchos de los actores buscan en las ganancias el bien común, se ha convertido en un negocio con las EPS, y también existen unas

altas tarifas por la prestación de los servicios. Vélez expresa que hoy lo privado no difiere de lo público en cuanto a la corrupción existente, en la fiscalía se han venido adelantando investigaciones a distintas EPS por incumplimientos de fallos de tutelas en pagos a IPS y en conciliaciones de mesa de trabajo, también por omisiones en tratamientos, facturas ilícitas, y por omitir la ejecución de las acciones en salud pública. [66]

El comité del foro de Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en donde intervienen los países con mejores prácticas en política pública, dio a conocer para el año 2015 un diagnóstico sobre las prácticas en Colombia, ellos aseguran que el sistema de salud colombiano está bien diseñado con resultados importantes en las dos últimas décadas, incrementando la cobertura del 23.5% en 1993 a 96.6% para el año 2014, también señalan que los gastos de bolsillo pasaron de 52% del total del gasto de salud en 1993 a solo el 15% en el año 2006. En el informe identificaron fallas en el sistema, relacionado con la sostenibilidad financiera del mismo, hay escasos incentivos por parte de las EPS para la competencia por más usuarios y el acercamiento a las necesidades sanitarias de la población, hay ineficiencia en el sistema de pagos que hace que disminuya la calidad y exista una escasa cobertura del paquete básico POS (Plan Obligatorio de Salud) que incentiva a un uso importante de la tutela por parte de los usuarios como una manera para acceder a los tratamientos que requieren. El informe también indica que las EPS son instituciones importantes en la administración del riesgo clínico y financiero del sistema, el comité asegura que Colombia podría guiarse del Foro OCDE y sus experiencias, ajustándose a los esquemas de las EPS para hacer un control de los gastos, también la generación de incentivos para mejorar la atención a los usuarios mediante la competencia por usuarios en el sistema. [67, pp. 8-10]

En el año 2016 Patiño et al. [68] informan que las estadísticas revelan que el 96% de la población posee cobertura de seguro em salud. Indican que las EPS son financiadas por dos diferentes sistemas, la población que posee suficientes recursos cuenta con el régimen contributivo y el régimen subsidiado aborda a las poblaciones con bajos recurso, los que tienen un empleo formal contribuyen con un 4% de su sueldo y los empleadores contribuyen con el 8,5%, los independientes están contribuyendo con el 12,5% del 40% de sus ingresos brutos. Los autores documentan que el régimen subsidiado lo financian los afiliados con el sistema contributivo, y tambien de los fondos estatales. La legislación es la encargada de determinar el Plan Obligatorio de Salud que es administrado por las EPS, que cubre un paquete de intervenciones en salud, en donde van incluidos servicios de promoción y prevención, y también de baja atención, mediana y alta complejidad. Las EPS contratan servicios médicos y de promoción de la salud con instituciones prestadoras de salud (IPS) (centros de atención privados con o sin fines de lucro).

Uribe y Carlo [69] presentan un estudios sobre las crisis del sector salud, ellos identifican que en Colombia los pacientes no están percibiendo un adecuado servicio, según un estudio de la Defensoría del Pueblo la baja calidad en la prestación de los servicios de salud para los colombianos llevo a que las EPS reciban bajas calificaciones en una encuesta hecha por la defensoría a 17 mil usuarios, y de acuerdo con los tres componentes del derecho a la salud (la libre escogencia, la percepción y la oportunidad) las EPS no están superando la línea media básica en cuanto a satisfacción de los usuarios, al compararla con encuestas de años anteriores se

evidencia un nivel de satisfacción inferior, el defensor del pueblo manifestó que las EPS están fallando con estos tres componentes y solo cumplen con el nivel de accesos a los servicios de salud.

En un estudio realizado en pasado año 2015, el autor Andrés Felipe Tivera Triviño para la revista *Gestión & Desarrollo* concluye que; a pesar de los principios de equidad, solidaridad, calidad y cobertura universal sobre los que se fundamentó el sistema de salud en el momento de su diseño, se evidenciaron otros resultados. Al dar incentivos a los prestadores de los servicios de salud sin una supervisión minuciosa de parte de los entes reguladores es lo que lleva a una realidad financiera no sostenible del sistema. La integración vertical en el tema financiero, el mal uso de los recursos públicos, los cobros de las EPS al Fosyga, y muchos casos de pacientes muertos por la mala prestación de los servicios de salud, son también claras evidencias del fracaso. A pesar de propuestas en reformas de salud involucradas con presiones jurídicas, prevenciones e integración vertical entre otras, mencionan que hace falta mayor claridad en la normativa del sistema y también en cuanto al tamaño y calidad del regulador, que son características importantes para una correcta regulación y vigilancia de los flujos en recursos públicos del sistema de salud en Colombia. [70, pp. 103-116]

Según Leveté [71] la mala calidad de la prestación de los servicios de salud en Colombia es el resultado de la mala estructuración de cinco actores principales que son; el Gobierno, la EPS, el Pueblo, a la legislación y las IPS. La mala ejecución de esa estructuración lleva a que los recursos no cubran todo el requerimiento del sistema. Las IPS prestan sus servicios simultáneamente con el dinero que les deben, el gobierno intenta obligar a las empresas prestadoras de servicios a que pierdan los recursos, ignorando la cantidad de IPS que se ven afectadas por esta situación, Las IPS cumplen el papel de apalancar el Sistema de Salud

colombiano, estas prestan sus servicios directamente a los usuarios por intermedio de las EPS, las IPS son las que en realidad están prestando los servicios de salud a los colombianos.

En el año 2017 se puso en marcha la Ley Estatutaria de Salud (1751 del 2015), teniendo esta un rango superior a las demás leyes, su cumplimiento debe de ser inmediato puesto que la naturaleza de sus temas son la estructura principal de la constitución política. Esta ley obliga a que los servicios de urgencia deben ser prestados a toda la comunidad sin ninguna exigencia previa y comprenden atención integral, se acaban los llamados paseos de la muerte, los medicamentos y procedimientos serán lo que autorice y ordene el médico tratante las únicas limitaciones son las exclusiones contempladas en la ley, el derecho se exige a través de la acción de tutela cuando se pongan obstáculos. Esta ley permite que seamos atendidos de manera oportuna eficaz y con calidad, avanzando en la garantía y en la defensa del derecho a la salud.



## **6. Solución estratégica para la problemática en las prestaciones de los servicios de salud**

Para darle soluciones a los problemas que presenta la salud en Colombia, se resaltan distintos modelos que se pueden unificar para buscar satisfacer las necesidades de la población en relación con la prestación de los servicios de salud, recopilando los mejores sistemas de salud a nivel mundial;

### **6.1 Aplicación del Modelo APOC**

El modelo de atención en salud orientado a la comunidad llamado APOC (atención primaria orientada a la comunidad), organiza y sistematiza recursos sanitarios, formando un proceso continuo que se adapta a las necesidades sanitarias de la población, países como Estados Unidos y Canadá llevan 60 años de experiencia en la aplicación de este modelo.

El modelo APOC surgió en 1940 en Sudáfrica por médicos de la familia, S. L. Kark y E. Kark, está compuesto por elementos y condiciones. Según los Gofin [72] la aplicación del APOC necesita;

- Una población definida, que tengan una geografía y características en común, como pueden ser los alumnos de una escuela, los trabajadores de una empresa, los afiliados a un hospital o a un centro médico, todos los miembros que componen una población se abarcan en todos los casos.
- Una clínica de APS.
- Un equipo multidisciplinario, según los recursos disponibles.
- Que los usuarios tengan acceso libre a los distintos servicios, con facilidad económica, fiscal, sin importancia de género, de religión, cultural o política.

- La conformación de un equipo de trabajo que posea habilidades clínicas, epidemiológicas y de ciencias sociales.
- Una movilidad por parte del equipo de trabajo hacia la parte externa de las instalaciones de la clínica para evidenciar directamente los aspectos sociales y físicos de la salud involucrando los recursos microambientales y comunitarios.
- Una participación de la comunidad de manera individual y colectiva para cada una de las actividades que velen por el cuidado de la salud y de los servicios. El comportamiento, las creencias y actitudes deben de ir muy relacionadas entre si para contribuir con el mejoramiento continuo del sistema de salud.

El modelo APOC se empieza con una capacitación, la cual sigue unos requerimientos para garantizar el éxito de cada una de las etapas para su aplicación, Gofin [72] expresa que los elementos son;

- La finalidad de la formación debe ser corta y precisa, el cual es determinado por la institución que realiza las capacitaciones.
- La finalidad de las capacitaciones tienen que ir direccionadas al desenvolvimiento a largo plazo de los participantes, como al aprendizaje y aplicación de los principios y metodologías de la APOC, sin aislarse del entreno continuo de la solución de los problemas que se van presentando en el proceso de implementación.
- La planificación debe ser sistemática y activa, con datos reales que presenta la comunidad en relación con los servicios ya existentes en el medio, para que los participantes del sistema tengan un conocimiento lo más cercano posible a la realidad del entorno.

- Los cursos y talleres deben ser de tal manera que fomenten el trabajo en equipo, estos serían multidisciplinarios, con participantes de diferentes profesiones y variadas experiencias, para que se vea reflejada la organización y dinámica de trabajo de cada equipo. [72, pp. 177-185]

Según los autores Jaime Gofin y Rosa Gofin [72] para la revista Panam Salud Publica, la APOC funciona de acuerdo con las siguientes etapas;

- Definición de la comunidad: se determina la población de la que cada servicio de APS es responsable. En las poblaciones urbanas o en zonas periféricas, se tiene en cuenta la movilidad y la presencia de personas indocumentadas. Se tienen en cuenta las características de la estructura física, demográfica y social de la comunidad y de los servicios disponibles en ella, también un estudio de las necesidades en salud realizado con un histórico de datos existentes, que pueden ser cuantitativos o cualitativos. El principal reto en esta etapa es superar la ausencia de datos, también la poca actualización o la falta de compromiso con la población. En algunas ocasiones se analiza si los datos existentes se pueden aplicar a una comunidad en específico y si se deben extrapolar. Se tiene en cuenta que los programas basados en sistemas de información geográfica dan la posibilidad de hacer una distribución de los pacientes y eventos en un área y también de que tanto se involucra la prestación del servicio con la población. La información que se obtiene en esta etapa se va a utilizar como la base para el análisis de los principales problemas de salud y como un soporte para la etapa siguiente.

- Decisión de las prioridades: El modelo de APOC tiene como característica seleccionar un problema o un conjunto de problemas para identificar las prioridades, en donde se tienen en cuenta los siguientes elementos:

a) La importancia del problema en aspectos como la gravedad e impacto económico.

b) Qué tan factible es una intervención en cuanto a los recursos, la conformidad con la política de salud y los intereses del personal de sanidad.

c) La eficacia prevista de la intervención (evidencia de la eficacia y factores locales relacionados con ella).

d) De acuerdo con cada problema de salud se deben justificar los costos.

e) El interés comunitario. Entre los miembros del equipo de trabajo se acuerda con anterioridad un sistema de puntuación del interés de la comunidad. El proceso se continúa seleccionando los problemas de salud que han recibido la mayor puntuación. Los miembros del equipo de trabajo deben llevar un análisis que vaya acorde con los valores culturales de la población local, para la participación de la comunidad en la toma de decisiones de las prioridades, optimizando la utilización de los recursos humanos y económicos, evitando que tanto el estudio como el análisis de las condiciones se disperse, ya que no se les puede dar una respuesta sistematizada.

- Planificación del “diagnóstico comunitario”: Para la descripción de los problemas de salud que se evidencian en la comunidad, se tiene en cuenta la medición de los determinantes físicos, biológicos, psicológicos y sociales del problema que se ha seleccionado y su respectiva distribución. Otra de las características del modelo APOC es que para el diagnóstico se profundiza solo en el problema de salud que con anterioridad se escogió como prioritario.

- Implementación de programas de salud comunitaria: En esta etapa entran en juego los componentes físicos, mentales y sociales del problema de salud que se ha seleccionado. Se hace lo posible por englobar todas las etapas del historial natural de la enfermedad integrando las funciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

- Vigilancia del programa: Aparte del monitoreo de las actividades y la vigilancia demográfica para detectar cambios en la población objetivo, en esta etapa también es necesario involucrar un seguimiento de la evolución del estado de salud de la población a medida que el programa vaya avanzando.

- Evaluación del impacto y la eficacia del programa: Se integra el servicio prestado a la población con revisiones y ensayos del programa. La revisión comprende un antes y un después, que inicia del supuesto de que la intervención es beneficiosa, los ensayos evalúan la eficacia, requiriendo mayores recursos y un control.

- Análisis de la nueva situación: Se toma la decisión de mantener, modificar o suspender el programa mediante un “reexamen”, se fijan unas nuevas prioridades iniciando un nuevo ciclo del proceso de desarrollo de la APOC. [72, pp. 177-185]

## **6.2 Aplicación de la Logística Hospitalaria**

En Colombia para cumplir con los objetivos de calidad, cobertura y eficiencia de las instituciones hospitalarias se necesita la aplicación de la “Logística Hospitalaria”, esta metodología fue investigada por Amaya et al. [73] para la revista *International Management*, los autores presentan tres experiencias de tres centros hospitalarios en Francia, Canadá, y Colombia, ellos evidencian una notoria mejoría en el funcionamiento de la prestación de los servicios de salud, plasman las tres grandes actividades que lleva la logística hospitalaria;

- 1) el abastecimiento que incluye la compra, la recepción y la gestión de inventarios,
- 2) la producción que reagrupa las diferentes actividades de transformación tales como

la lavandería, la cocina, la esterilización, etc., 3) la distribución o reabastecimiento que hace el seguimiento de los diferentes productos desde las zonas de almacenamiento hasta los diferentes puntos de utilización. De acuerdo con esta definición, la logística hospitalaria cubre áreas tan diversas como la gestión de compras de materiales clínicos y sanitarios, su pedido y almacenaje, la gestión de la lavandería, la cafetería, los instrumentos quirúrgicos y el manejo de los desechos. [73, pp. 85-98].

Según Amaya et al. [73] la experiencia de la Clínica Saint-Martin en Francia demuestra que; inicialmente el director de compras revisa las prácticas logísticas, comenzando por los niveles de inventario de los suministros médicos almacenados en las unidades de servicio de la clínica, en donde cada unidad administra el reabastecimiento de sus suministros y las enfermeras se encargan de redactar las requisiciones dependiendo de los horarios preestablecidos. Las requisiciones se envían a la farmacia por vía electrónica del centro de salud que requiere los medicamentos y se transporta a cada una de las unidades. Las enfermeras también reciben y guardan los medicamentos. Esta modalidad le presenta al director varios inconvenientes, es difícil cumplir con los niveles de inventarios establecidos y también las pérdidas de tiempo generadas son muy significativas para el personal de salud. En una conferencia el director se apropia del conocimiento del “doble cajón”, sistema que facilita el reaprovisionamiento y limita el tiempo que las enfermeras dedican a esta actividad, se tiene en cuenta que un empleado de la farmacia o el almacén central reabastece los recipientes. El director es seducido por el potencial de este sistema de reabastecimiento. Otros dirigentes de la General de Salud tienen inconvenientes con la aplicación de este sistema. El hospital decide introducir el sistema, pero sin antes superar las complicaciones que conllevan a la aplicación del mismo, la primera es la falta de presupuesto para la puesta en marcha, el director financia el proyecto con el presupuesto

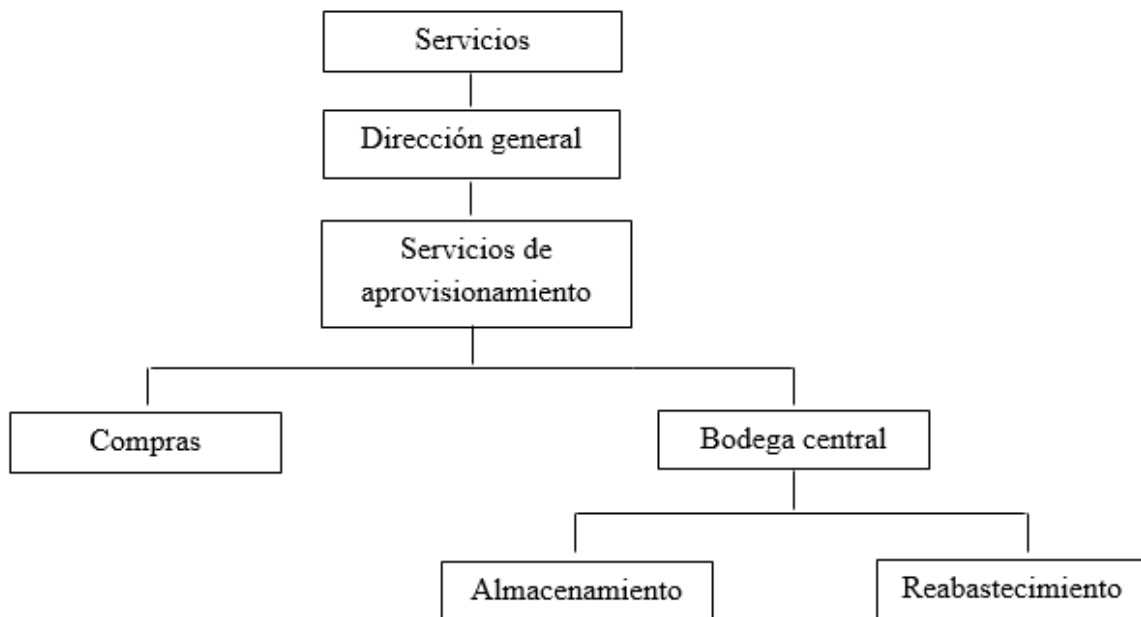
de funcionamiento de las unidades de servicio. Ellos implementan el sistema de doble cajón sin la tecnología y herramientas asociadas, adquieren los equipos de almacenamientos necesarios en una ferretería, realizan trabajos de infraestructura simples para adecuar los cajones en las instalaciones existentes.

Los autores Amaya et al. [73] aseguran que los resultados de la experiencia fueron bastante satisfactorios, gracias a la implementación se dio una disminución de los inventarios en las unidades, más satisfacción por parte de las enfermeras y una mejor disposición de los productos. Los directivos de la Sociedad General de Salud piden al director de expandir el sistema a los establecimientos de la región y a otras clínicas del grupo.

La segunda experiencia realizada en el Hospital Sacré-Cœur de Montreal en Canadá, los autores Amaya et al. [73] plasman que; en el año 2001, la empresa entregó un informe que sustenta problemas en relación con la logística del sistema, donde se evidencia poca automatización, una división exagerada de las actividades en los distintos servicios, y un personal médico con muchas ocupaciones en los procesos logísticos. De igual forma se presentaron varias recomendaciones que fueron validadas por el Comité supervisor. En la cual, el jefe dio a conocer las conclusiones expuestas en el informe final de diferentes foros realizados en el hospital. Dentro de las principales conclusiones se encuentra la centralización de las tareas, de los reabastecimientos de las unidades clínicas por parte de los servicios de aprovisionamiento, la implementación de un sistema de cajón doble y la utilización de las tecnologías que automatizan las tareas. Para llegar a que se implemente las mejoras dependientes de las recomendaciones, el primer paso es convencer al personal encargado de la coordinación de la acción de los establecimientos en salud, también estarían involucrados un millón de dólares canadienses para dicha implementación. El personal encargado aceptó un préstamo, y para realizar el sistema de

aprovisionamiento de cajón doble involucraron el consumo de cada área y el nivel de necesidad para aplicar acciones correctivas. Era un claro plan basado en que el éxito generaría éxito. La reorganización dio inicio en el año 2003 y finaliza en el año 2006, solo se extendió por unos cuantos meses. Hubo un cambio en los puestos y tareas relacionadas al área de aprovisionamiento. [73, pp. 85-98].

Para este caso los resultados demuestran una mejoría en cuanto a la prestación de los servicios de salud siguiendo el Organigrama del servicio de aprovisionamiento que se ilustra a continuación;



**Figura 1. Organigrama del servicio de aprovisionamiento del HSCM**

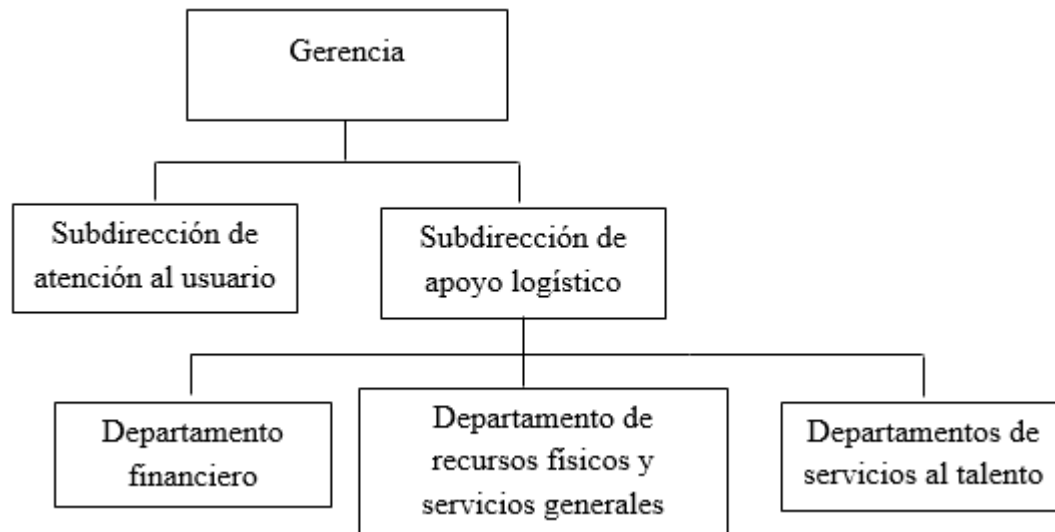
Fuente: Amaya, C., Beaulieu, M., Landry, S., Rebolledo, C., & Velasco, N. Potenciando la contribución de la logística hospitalaria: tres casos, tres trayectorias. *Management international/International Management/Gestión Internacional*, 2010

La tercera experiencia realizada con el Caso Hospital El Tunal en Colombia, Amaya et al. [73] expresan que fue necesario que un grupo de profesores universitarios se reunieran en las instalaciones del hospital con el director general para debatir sobre los diferentes procesos



logísticos en un hospital, el director permite el acceso al centro a varios estudiantes para identificar algunos problemas de logística hospitalaria, ellos trabajan para las revistas médicas y administrativas y realizan reuniones semanales en donde los dirigentes y personal de cargos de nivel medio discuten sobre las diferentes problemáticas que viven en el día a día, con un interés de solución de problemas logísticos. Logran identificar 3 áreas que presentan problemas estas son; lavandería, farmacia y urgencias. Ellos inicialmente le dan una prioridad mayor al caso de la lavandería, debido a las manifestaciones de quejas formales por parte de los empleados del hospital con respecto para la prestación interna de este servicio. Las principales quejas se relacionan con la demora entre la recolección y distribución de ropa, la acumulación prolongada de ropa sucia en cada área y la necesidad de redefinir la frecuencia con la que se llevan a cabo ambos procesos. Iniciaron un estudio con el propósito de mejorar la calidad del servicio de lavandería. El servicio de lavandería consta de dos procesos principales; la recolección de la ropa sucia (RS) y distribución de la ropa limpia (RL). Para la realización de estas operaciones es necesario un grupo de empleados, encargados del transporte de la indumentaria, desde un depósito hasta el almacenamiento de la ropa limpia y sucia, también se encargan de la recolección, el peso y la clasificación de la ropa sucia en todas las áreas, como también de la distribución de la ropa limpia, esto con la utilización de cuatro turnos, en cada uno de los cuales hay una persona encargada de la recolección con el vehículo adecuado para cada tarea y área del hospital, con vital importancia la utilización de los ascensores y pasillos teniendo en cuenta que la mayoría de las veces se encuentran congestionados por el flujo de personas. Los análisis de las experiencias indican que los horarios establecidos para estas actividades deben ser previamente estudiados para disminuir las dificultades de flujo del personal encargado. [73, pp. 85-98].

El Hospital El Tunal organiza los procesos logísticos de la organización para seguir brindando una mejor atención a las necesidades de los usuarios, a continuación, se ilustra el organigrama utilizado;



**Figura 2. Organigrama del Hospital El Tunal**

Fuente: Amaya, C., Beaulieu, M., Landry, S., Rebolledo, C., & Velasco, N. Potenciando la contribución de la logística hospitalaria: tres casos, tres trayectorias. *Management international/International Management/Gestión Internacional*, 2010

### 6.3 Pluralismo Estructurado

El Pluralismo Estructurado aporta una solución estratégica para mejorar la calidad de los servicios por parte de las entidades. Según Londoño y Frenk [74] la aplicación del sistema busca un punto medio entre la prestación de los servicios de salud y las empresas favorecidas económicamente, aseguran que; el “Pluralismo” no permite extremos en el monopolio del sector público, y la atomización relacionada con el sector privado. Lo “Estructurado” tiene que ver en

disminuir los extremos relacionados con los procedimientos llevados a cabo por las autoridades del gobierno, y la falta de anarquía en las reglas del juego de forma transparente para evitar fallas en el mercado. De acuerdo a esto los efectos negativos de los extremos se verían en ambas partes, como puede ser la subordinación de los consumidores que quedarían subordinados, tanto para los prestadores de servicios como también a los aseguradores. Comúnmente, la duda se encuentra no en el hecho de que sean servicios públicos o privados, sino en quien posee la soberanía, el proveedor, el asegurador o el consumidor. [74]

Londoño y Frenk [74] expresan que El pluralismo estructurado contribuye a una distribución más justa del poder que cualquier otro modelo considerado polar, el sistema busca compensar las desventajas que presentan los modelos polares, esto a partir de aplicación de matriz de funciones y grupos sociales. Reemplazando integración vertical con segregación de los grupos sociales, integrando la población de manera horizontal, asignando funciones de forma explícita y especializada, el sistema de salud pasa de ser una organización de grupos sociales, a unas organizaciones por funciones. Fomentando la especialización de los actores en el sistema de salud. Aseguran que el pluralismo estructurado requiere una nueva configuración institucional del sistema de salud, convierte a la modulación se convierte en el foco principal del ministerio de salud como entidad responsable, buscando una interacción equilibrada eficiente y equitativa de los involucrados en el sistema, añadiendo nuevas reglas e incentivos adecuados.

## Bibliografía

- [1] A. U. Nuria Homedes, «Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de casos,» *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, p. 212, 2005.
- [2] C. H. T. García, . M. L. T. Villarreal, G. A. J. Martínez, J. A. Ramírez, G. S. D. Ortiz, N. Á. Lara, R. R. Piñeros, A. L. C. Murillo, C. L. Santos, A. M. Pérez, B. L. Toro, M. H. R. Espinosa, L. F. R. y L. . P. Sánchez, *Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre Salud en Colombia*, Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2013.
- [3] L. V. N. María Delgado Gallego, «Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales,» *Revista Salud Pública*, vol. 8, pp. 132-133, 2006.
- [4] L. B. R. T. A. C. H. G. Carlos Alberto Botero López, «La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad?,» *Revista Médica de Risaralda*, vol. 18, n° 2, p. 184, 2012.
- [5] D. G. O. M. César Ernesto Abadía Barrero, «Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud,» *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 9, n° 18, p. 95, 2010.
- [6] R. A. Capone, «Responsabilidad civil contractual de los médicos y el consentimiento informado,» *Ergo omnes*, vol. 4, n° 1, pp. 95-114, 2012.
- [7] J. A. B. Melchor y N. R. Marín, *Percepción de la calidad de los servicios de salud brindados por la empresa E.S.E Salud Pereira en el año 2010*, Pereira, 2010.
- [8] L. A. C. *Análisis de las estrategias de mercadeo desarrolladas por Comeva, Compensar y Saludcoop EPS*, Bogotá, 2014.
- [9] E. F. T. Jiménez y G. P. E. Rodríguez, «Acceso al sistema de salud del régimen subsidiado y los determinantes que generan inequidad en la cobertura del aseguramiento para la ciudad de Bogotá 1994-2006,» Bogotá, 2009.
- [10] J. A. B. Salazar y L. A. G. Rojas, «Estudio de caso: la salud pública en Colombia (1990-2013) una aproximación temática,» Santiago de Cali, 2013.
- [11] A. S. M. Pérez, «Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá,

- Colombia,» Bellaterra, 2004.
- [12] P. A. F. G. J. L. G. A. V. M. D. P. C. F. P. A. R. S. R. M. S. M. M. J. U. y T. V. , Efectos de la ley 100 en salud propuestas de reforma, Bogotá, D.C.: Fedesarrollo, 2010.
- [13] L. A. V. Correa, «Ética en la gestión de los servicios de salud,» *Latreia*, vol. 9, n° 2, pp. 76-82, 1996.
- [14] F. J. Y. Luján, «Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993,» *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 9, n° 18, pp. 118-123, 2010.
- [15] M. V. N. Murillo, «Análisis de la evolución del gasto social en salud en Colombia (2002-2014),» Bucaramanga, 2015.
- [16] J. E. R. Zapata y O. E. P. Tobacia, «La responsabilidad civil de la EPS por la no prestación de un servicio público con carácter de derecho fundamental,» Bucaramanga, 2014.
- [17] D. A. C. Barbosa y S. M. F. Chavez, «Alcances y limitaciones de los incentivos en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud en Colombia,» Bucaramanga, 2006.
- [18] K. O. «Aportes de la ingeniería a la salud y la calidad de vida: una revisión,» Bogotá, 2013.
- [19] D. P. R. Flórez y O. L. S. Velásquez, «Estudio Cultura Organizacional en la ESE Hospital San Jorge de Pereira,» Pereira, 2010.
- [20] N. J. R. Gómez, «La formación del Área Metropolitana de Bucaramanga: el papel de la vivienda del Instituto de Crédito Territorial como elemento clave de su configuración.,» 2012.
- [21] J. D. M. Méndez y C. J. G. Barrera, «Enfoque de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en las EPS del régimen contributivo e IPS de Nivel III de la ciudad de Bucaramanga y su Área metropolitana,» Manizales, 2013.
- [22] P. R. Ulin, E. T. Robinson y E. E. Tolley, Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos, Whashington: Pan American Health Org, 2006.
- [23] C. M. R. y G. M. , «Public and private participation in health services provision in Colombia 2006,» *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. 25, n° 1, pp. 90-99, 2007.
- [24] Y. V. C. Isaza, «Lineamientos de comunicación interna para el Ministerio de Salud y Protección Social,» Bogotá, 2012.

- [25] A. M. L. Jiménez y D. M. C. Cosme, «Identificación de áreas de oportunidad en el sector salud en Santiago de Cali para hospitales y clínicas de III y IV nivel de complejidad en la atención de pacientes internacionales,» Santiago de Cali, 2014.
- [26] A. M. «La Comisión de Regulación en Salud: crónica de un final anunciado,» *Revista de Salud Pública*, vol. 17, n° 4, p. 627, 2015.
- [27] G. M. Marín y F. d. M. . C. Manrique, «Gestión institucional bajo la presión del mercado competitivo en el sistema de salud colombiano, 2007-2008,» *Iatreia*, vol. 24, n° 1, p. 17, 2011.
- [28] R. G. A. I. G. V. B. y J. V. , «Sistema de salud de Colombia,» *Salud pública de méxico*, vol. 53, n° 2, p. 150, 2011.
- [29] N. C. «Del régimen jurídico sobre riesgos laborales: un estudio comparado entre la ley 1562 de 2012 colombiana y la ley 16.744 de 1968 chilena enfocado en la prevención de la ocurrencia del riesgo.,» 2016.
- [30] O. Sánchez Beltrán, «Impacto generado por la unificación del plan obligatorio de salud subsidiado—pos-s en las empresas prestadoras de servicios de salud públicas.,» BOGOTÁ D.C., 2013.
- [31] Centro de Investigaciones para el Desarrollo , «Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud,» Bogotá, D.C., 2005.
- [32] D. M. M. López, «Sistemas de información estratégicos, herramienta para la optimización de gestión en las empresas del sector de la salud,» Bogotá, 2016.
- [33] L. A. T. Calderón, «El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100,» *Colombia Médica*, vol. 27, n° 1, pp. 44-47, 1996.
- [34] R. A. C. J. A. U. G. y L. G. M. , «Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud,» *CEPAL*, n° 108, p. 7, 2001.
- [35] P. M. B. «Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia,» *Revista Salud UIS*, vol. 43, n° 3, pp. 299-306, 2012.
- [36] C. A. A. Calderón, J. C. Botero, J. O. Bolaños y R. R. Martínez, «Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas,» *Cien Saude Colet*, vol. 16, n° 6, pp. 2817-2828, 2011.
- [37] D. A. y J. L. G. , «Salud y pensiones: los grandes retos de la política de seguridad social,»

*Revista Económica Supuestos*, vol. 16, n° 1, 2009.

- [38] A. L. D. Bautista y G. R. , «Integración vertical entre EPS – IPS: efecto en la calidad y los precios en los servicios de salud,» Bucaramanga, 2010.
- [39] H. A. P. Chávez , «Contribución de la salud al crecimiento económico de Colombia posterior a la Ley 100 de 1993,» Bucaramanga, 2010.
- [40] S. M. V. Gómez , «Mecanismos de contratación entre las empresas promotoras de salud - EPS- y las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- y su impacto en el acceso de la población a los servicios como elemento fundamental del derecho a la salud,» Bucaramanga , 2015.
- [41] M. F. Landazabal y G. P. , «Estudio para el diseño y desarrollo de una plataforma tecnológica de soporte que promueva el cuidado continuo para el sector salud en Colombia,» Bucaramanga, 2012.
- [42] R. Blanco, «Los enfoques metodológicos y la administración pública moderna,» *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, pp. 256-265, 2006.
- [43] M. C. Cortés y M. I. León, *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*, Ciudad del Carmen, Campeche, México: Universidad Autónoma del Carmen, 2005.
- [44] G. D. García, «Conceptos y metodología de la investigación histórica,» *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 36, n° 1, pp. 9-18, 2010.
- [45] P. Torres, «Reforma del sector salud y sus repercusiones sociales en Colombia, con énfasis en el régimen subsidiario,» Santiago de Chile, 1995.
- [46] M. Londoño, «La Ley 100 de 1993 y Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud,» *Medicina*, vol. 16, n° 3, pp. 32-44, 1994.
- [47] L. . A. Tafur Calderón, «El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100,» *Colombia Médica*, vol. 27, n° 1, pp. 44-47, 1996.
- [48] T. Gamboa y E. L. Rangel, «Desafíos gerenciales de los sistemas de salud en Colombia y Venezuela,» *Revista Venezolana de Gerencia* , vol. 1, n° 2, pp. 251-284, 1996.
- [49] R. Esguerra Gutiérrez, «Aún no es hora de reformar la Ley 100,» *Colombia Médica*, vol. 27, n° 2, pp. 77-85, 1996.
- [50] J. C. Eslava, «Seguridad social en salud: reforma a la reforma,» *Revista de Salud Pública*,

- vol. 1, n° 2, pp. 105-116, 1999.
- [51] J. F. Patiño Restrepo, «Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud,» *Revista Medicina*, vol. 21, n° 1, pp. 1-4, 1999.
- [52] J. E. Céspedes, I. Jaramillo, . R. Martínez, S. Olaya, J. Reynales, C. Uribe, R. A. Cataño, E. Garzón, C. Almeida, C. Travassos, F. Basto y J. Angarita, «Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud,» *Salud Pública*, vol. 2, n° 2, pp. 145 -164, 2000.
- [53] H. Málaga, M. C. Latorre, J. Cárdenas, H. Montiel, C. Sampson, M. C. de Taborda, R. Granados y D. Pastor, «Equidad y Reforma en Salud en Colombia,» *Salud Pública*, vol. 2, n° 3, pp. 193-219, 2000.
- [54] E. Echeverri López, «La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades,» *Revista Gerencia y políticas de salud*, vol. 1, n° 13, pp. 76-94, 2002.
- [55] L. Chicaiza, «El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. Problemas del Desarrollo,» *Revista Latinoamericana de Economía*, vol. 34, n° 131, pp. 163-187, 2002.
- [56] E. Bermúdez, C. Santamaría, E. Niño, J. J. Quintero, N. Malaver y H. A. V, «Turbulencia empresarial: Sector EPS en Colombia,» *Serie documentos administración, ISSN*, n° 110, 2011.
- [57] J. I. González, «Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad,» *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 1, n° 2, pp. 17-24, 2002.
- [58] O. Echeverri, «Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia,» *Panam Salud Publica*, vol. 24, n° 3, pp. 210-216, 2008.
- [59] L. Á. Villar, «La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública,» *Revista Deslinde*, vol. 36, pp. 28-48, 2004.
- [60] J. Restrepo, «La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr,» *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 25, n° 1, pp. 78-81, 2007.
- [61] M. Hernández Álvarez, «El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización,» *Revista Salud Publica*, vol. 2, n° 2, pp. 121-144, 2000.
- [62] L. M. Tamara P, S. H. Jaramillo S y L. E. Muñoz P, «Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá,» *Revista Colombiana de Anestesiología*, vol. 39, n° 4,



- pp. 489-505, 2012.
- [63] M. Torres Tovar, «Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado,» *Saúde em Debate*, vol. 32, pp. 207-219, 2008.
- [64] Y. Gorbaneff, S. Torres y N. Contreras, «Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial,» *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 7, n° 4, 2008.
- [65] M. Santa María, F. García A., C. Prada L., . M. J. Uribe T. y T. Vásquez B., «El sector salud en Colombia: impacto del sgsss después de más de una década de la reforma,» pp. 42-103, 2008.
- [66] C. M. Velez, *La salud en Colombia: Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis*, 2016.
- [67] M. Salinas y S. Prada, «ESTADÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD: COLOMBIA FRENTE A OCDE,» 2016.
- [68] S. Patiño, J. Mignone, D. M. Castro Arroyave, N. Gomez Valencia y C. Rojas, «Bilingual guides: a strategy to decrease cultural barriers to health care access in the Wayuu communities of Maicao, Colombia,» *Salud Colectiva*, vol. 12, n° 3, pp. 415-428, 2016.
- [69] C. V. Uribe Caballero, «Las crisis del Sector Salud,» *Salud Uninorte*, vol. 28, n° 2, pp. 7-12, 2012.
- [70] A. F. Tivera Triviño , «Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las eps,» *Gestión & Desarrollo*, vol. 10, n° 1, pp. 103-116, 2015.
- [71] . L. Leveté Añez, «El drama de las IPS afecta al sistema colombiano de salud,» Universidad del Valle, 2017.
- [72] J. Gofin y R. Gofin, «Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria,» *Rev Panam Salud Publica*, pp. 177-185, 2007.
- [73] C. A. Amaya, M. Beaulieu, . S. Landry, C. Rebolledo y N. Velasco, «Potenciando la contribución de la logística hospitalaria: tres casos, tres trayectorias,» vol. 14, n° 4, pp. 85-98, 2010.
- [74] J. L. Londoño y J. Frenk, «Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina,» *Working Paper, Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist*, n° 353, 1997.

[75] J. S. M. López, «Técnicas de investigación,» Universidad Mesoamericana, 2002.