

**LAS APP Y SU POSIBLE SOLUCIÓN A LA CRISIS DE LA  
SALUD EN COLOMBIA.**



**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA COMFACAUCA**

**CONTADURÍA PÚBLICA**

**POPAYÁN**

**2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, LAS APP Y SU POSIBLE  
SOLUCIÓN A LA CRISIS DE LA SALUD EN COLOMBIA**

**ESTELA ROJAS FIGUEROA**

**DEICY LUCIA VALLEJO JIMENEZ**

**Tutor**

**Jorge Eduardo Orozco Álvarez**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA COMFACAUCA**

**CONTADURÍA PÚBLICA**

**POPAYÁN**

**2019**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

Aprobado por los jurados en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Corporación universitaria Comfacauca "UNICOMFACAUCA" para optar al título de Contador Público.

---

**Jurado**

---

**Jurado**

---

**Director**

Popayán, fecha \_\_\_\_\_

Dolor y Poder, Medicina y Dinero, conceptos eternamente vinculados, en los que se lee nuestro  
porvenir invariable y trastornado.

(ATTALI, Jacques)

## AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios por ser el inspirador y darnos cada día la fuerza para continuar en este proceso y lograr obtener uno de nuestros mayores anhelos.

A nuestros padres por su amor y consejos, gracias a ellos hemos logrado llegar hasta aquí.

A nuestros hermanos por estar siempre presente acompañándonos y por su apoyo moral en esta etapa.

Agradecemos a nuestros docentes, por haber compartido sus conocimientos en el transcurso de la preparación de nuestra profesión, de manera especial a Jorge Eduardo Orozco Álvarez, tutor de nuestro proyecto de investigación quien nos ha guiado con paciencia e impaciencia y rectitud, gracias por su valioso aporte a nuestra investigación.

A toda nuestra familia, amistades y personas involucradas durante este proceso, gracias por haber confiado en nosotras, y haber aportado en nuestra formación tanto profesional y como ser humano.

## DEDICATORIA

Posiblemente en este momento no entiendas mis palabras,  
pero para cuando seas capaz de entenderlo,  
quiero que te des cuenta de lo que significas para mí.

Hija, eres la razón de levantarme cada día,  
de mi esfuerzo en el presente para conseguir un mejor mañana,  
eres el motor más fiel y confiable que pude encontrar en toda mi vida,  
no hay nadie más en el mundo que me produzca motivación, pasión y energía para trabajar por algo,  
por ello aprovecho la oportunidad que me da la vida para dedicarte este éxito,  
que con tu apoyo al ceder tus momentos de compartir juntas se pudo hacer realidad.  
Gracias porque como en la mayoría de mis logros en este has estado presente. Te amo.

**DEICY LUCIA VALLEJO JIMENEZ**

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	5
DEDICATORIA .....	6
ILUSTRACIONES .....	9
TABLAS .....	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCION .....	12
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.2. FORMULACION .....	14
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
4. JUSTIFICACIÓN.....	15
5. MARCO TEÓRICO.....	16
5.1 Contexto histórico de la salud.....	16
5.2 Contexto histórico de la salud en Colombia.....	18
5.3 Estructura, características y funcionamiento de las EPS e IPS de Colombia.....	22
5.3.1. Régimen de seguridad social contributivo .....	27
5.3.2. Régimen de seguridad social subsidiado .....	28
5.3.3. EPS e IPS vigentes en Colombia.....	28
5.4. Asociación Público Privada (APP).....	32
5.4.1. Origen de las APP.....	32
5.4.2. APP en Colombia .....	33
6. METODOLOGÍA.....	36
7. RESULTADOS OBTENIDOS.....	40
7.1. RETOS QUE DEBEN AFRONTAR LAS EPS E IPS EN LA COMPETITIVIDAD DE LA SALUD EN COLOMBIA.....	40
7.1.1. Aplicación encuesta.....	52
7.1.2. Análisis de las problemáticas en la competitividad del sistema de salud en Colombia según encuestas ejecutadas a directivos y personal de EPS e IPS en Popayán.....	70

<b>7.2. ACCIONES QUE ESTÁN REALIZANDO EL GOBIERNO COLOMBIANO PARA APOYAR A LAS IPS Y EPS EN LOS NUEVOS RETOS DE LA COMPETITIVIDAD. ....</b>	<b>72</b>
<b>7.3. EVALUACION DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN QUE CONTRIBUYA AL MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE LA SALUD EN COLOMBIA.....</b>	<b>78</b>
<b>8. DISCUSIÓN .....</b>	<b>94</b>
<b>9. CONCLUSION .....</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Modelo de encuesta .....</b>	<b>103</b>

## ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Calculo de la muestra de EPS a encuestar .....	38
Ilustración 2: Calculo de la muestra de IPS a encuestar .....	38
Ilustración 3: estructura de los niveles de complejidad. ....	46
Ilustración 4:¿cómo funciona el negocio de la salud bajo la ley 100 de 1993?Fuente: elaboración propia.	47
Ilustración 5: ¿Considera usted que la salud dejó de ser un servicio y se convirtió en un derecho? .....	58
Ilustración 6:Proyectos de APP en Salud en Latinoamérica .....	81
Ilustración 7:Esquema de Licitaciones .....	84
Ilustración 8:Modelo de APP en Colombia .....	89

## TABLAS

Tabla 1 funciones del ADRES .....	23
Tabla 2: Principales procesos que opera .....	24
Tabla 3:Mecanismos de apalancamiento de IPS y EPS .....	24
Tabla 4: Recursos que administra el ADRES .....	24
Tabla 5: destinación de recursos .....	25
Tabla 6: clasificación de EPS por régimen. ....	29
Tabla 7: IPS acreditadas por Min Salud y tipo de instituciones. ....	30
Tabla 8: Distribución en la nación del SGP en salud 2017.....	49
Tabla 9: afiliados a los diferentes regímenes en Colombia.....	51
Tabla 10: grafica afiliados a sector salud Colombia .....	52
Tabla 11: Distribución en el municipio de Popayán del SGP en salud 2017.....	52
Tabla 12 : encuestas de dificultades de las EPS, a la prestación de servicio de salud en la ciudad de Popayán.....	55
Tabla 13: encuestas de dificultades de las IPS, a la prestación de servicio de salud en la ciudad de Popayán.....	64
Tabla 14:Ficha del Proyecto Maipu-La Florida.....	83

## **RESUMEN**

Este proyecto tuvo como objetivo describir a las (Asociaciones Público Privadas - APP) como posible solución a la crisis de la salud en Colombia, se registraron los retos que las EPS e IPS deben atravesar en la competitividad de la salud en Colombia para lograr mantenerse en el mercado en el cual la salud Colombiana se encuentra inmersa, se identificó también las acciones más relevantes que ha realizado el gobierno colombiano para apoyarlas en dichos retos y se finalizó evaluando un sistema de administración que puede contribuir al mejoramiento del servicio de la salud en Colombia. El desarrollo del proyecto fue de carácter cualitativo-descriptivo, debido a que se identificó y especifico los anteriores planteamientos y mediante la aplicación de una encuesta a directivos y trabajadores, que recoge la percepción que tienen los funcionarios de las EPS e IPS de la ciudad de Popayán. Al finalizar se evidencio que pese a las reestructuraciones que se han realizado al sistema de seguridad social en salud, aún existen malos manejos, retos por cumplir y mayor competitividad, lo cual incrementa el agonizante servicio de la salud en Colombia, razón por la cual las APP contribuyen de forma coparticipativa, mediante un contrato formal entre el sector público y privado, con la financiación, abastecimiento y prestación de los servicios de salud sin que el estado pierda su titularidad.

**Palabras claves:** Salud en Colombia, (Asociaciones Publico Privadas - APP), EPS e IPS, Régimen subsidiado y Régimen contributivo.

## **ABSTRACT**

The purpose of this project was to describe the PPPs (Public Private Partnerships) as a possible solution to the health crisis in Colombia. The challenges that EPS and IPS have to overcome in the competitiveness of health in Colombia were recorded in order to remain in the market in which Colombian health is immersed, was also identified the most important actions that the Colombian government has made to support them in these challenges and was finalized by evaluating a management system that can contribute to the improvement of the health service in Colombia. The development of the project was qualitative-descriptive, because the previous approaches were identified and specified and through the application of a survey to managers and workers was supported by the perception that EPS and IPS have of the city of Popayan , as a contribution of information with the object of study. At the end was evident that despite the restructuring of the social security health system, there are still poor management, challenges to be met and greater competitiveness, which increases the agonizing health service in Colombia, which is why APP contribute in a coparticipative way, through a formal contract between the public and private sectors, with the financing, supply and provision of health services without the state losing its ownership.

**Keywords:** Health in Colombia, PPP (Public Private Partnerships), EPS and IPS, Subsidized Regime and Contributory Regime.

## **INTRODUCCION**

La política “Private Finance Initiative” de Reino Unido, es un modelo que tomo mucha fuerza en los últimos años y se expandió por muchos países del mundo, incluyendo Colombia, quien lo adoptó a través de la implementación de la Asociación Publico Privada (APP), con el fin de atraer inversión del sector privado a las políticas públicas del Estado. Pese a los riesgos que los sectores enfrentan al llevar a cabo esta asociación, este es un modelo que se ha implementado en todas las divisiones Estatales, especialmente la de la salud, con el fin de ejecutar bienes y servicios públicos a los Ciudadanos.

Bajo la necesidad de incrementar el desarrollo económico del país, la Asociación Público Privada, más que una posibilidad, surge como una necesidad para enfrentar los retos del mundo globalizado en curso. En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo evidenciar de qué manera las APP pueden contribuir a la posible solución de la crisis del sistema de Salud. Para ello se describirán los retos que deben afrontar las Entidades Promotoras de Salud - EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicio - IPS en la competitividad de la salud en Colombia, en este punto se tendrá en cuenta información extraída a directivos de las EPS e IPS de la ciudad de Popayán, con el fin de tener un punto de vista de la situación actual y real del sistema de salud, al cual deben enfrentarse las EPS e IPS como uno de los más grandes retos, conociendo las acciones que han emprendido las IPS y EPS para ser competitivas, se identificarán las acciones que está realizando el gobierno colombiano para apoyar a las IPS y EPS en dichos retos de la competitividad y finalmente se evaluarán las Asociaciones Publico Privadas (APP) como alternativa para afrontar la crisis de la salud en Colombia, para ello se analizará el marco normativo de las APP en Colombia, se identificará las fases de los proyectos de las APP y se determinará la aplicabilidad de las APP.

Para lo descrito anteriormente se utilizó el método de investigación descriptivo con el fin de demostrar la hipótesis de investigación ¿Las Asociaciones Público Privadas-APP son el sistema de administración que podría ayudar en el mejoramiento de la salud en Colombia?

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la actualidad, Colombia atraviesa una de las más grandes crisis de la salud tanto pública como privada de los últimos años; esta situación se presenta de manera general y preocupante en las ciudades centrales del país. Se ha incrementado considerablemente la inconformidad de los usuarios por la precaria prestación del derecho, inconformidad que se evidencia en la cantidad de quejas, reclamos y peticiones que realizan ante la Súper Intendencia de Salud, además de las innumerables tutelas que se presentan por la violación del derecho; esto se debe principalmente a que el modelo de salud está basado en la competencia regulada, es decir, la salud es considerada como un negocio y no como un derecho fundamental, además de la evidente falta de voluntad política para tomar decisiones de fondo frente a esta problemática, razones suficientes que conllevan a preguntarse ¿Por qué la crisis de la salud en Colombia?, Sin duda esta situación requiere mejorar, para lo cual existen medidas que el Estado Colombiano puede adoptar para evolucionar y solventar esta crisis. Una alternativa muy atractiva son las nuevas formas asociativas entre el sector público y el sector privado, ya que este último es el principal impulsador económico y más aún si se tiene en cuenta el fortalecimiento que genera en cuanto a profesionalización, administración y financiación.

En este sentido, la participación privada mediante prestaciones únicas y definidas en el sector público de la salud parece ser la mejor opción para propulsar el desarrollo económico de este sector, a través de una amplia gama de servicios y proyectos que buscan cumplir con las políticas públicas en pro del fortalecimiento del desarrollo humano y social de toda la población Colombiana, permitiendo al Estado desarrollar propuestas y prestar servicios transfiriendo los riesgos al inversionista privado, con el fin de mejorar los servicios de salud a través de la eficiencia operativa. Esta asociación publico privada nace por la necesidad de ofrecer un servicio de calidad, a los más de 26 millones de colombianos que están afiliados a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), según datos de la Asociación de Clínicas y Hospitales de Colombia (ACHC) de Colombia.

## **1.2. FORMULACION**

Por lo anterior se pregunta ¿Cuáles son los elementos que permiten la identificación de las Asociaciones Público Privadas como el sistema de administración propicio para el mejoramiento del servicio de la salud en Colombia?

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Describir las Asociaciones Público Privadas - APP como sistema de administración propicio para el mejoramiento de la salud en Colombia.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir los retos que deben afrontar las EPS e IPS en el sistema de la salud en Colombia.
- Identificar las acciones que está realizando el gobierno colombiano para apoyar a las IPS y EPS en los retos de la competitividad.
- Evaluar las asociaciones público privadas – APP como el sistema de administración que contribuye al mejoramiento del servicio de la salud en Colombia.

## JUSTIFICACIÓN.

Las APP en Colombia, funcionan como formas de alianza estratégica a largo plazo, para que tanto el sector público como privado compartan la responsabilidad en el diseño, planeación, financiación, construcción y operación de proyectos, cuyo objetivo sea garantizar los servicios de la salud pública. En ese sentido, el presente estudio busca como primera medida, generar un aporte académico a partir de la conceptualización de la importancia de las Asociaciones Publico Privadas en el sector salud, frente al conocimiento de la realidad y el desarrollo de la pregunta de investigación **¿Por qué la crisis de la salud en Colombia?**, para de esta manera evaluar la formulación de estrategias, orientadas a apoyar al sector de la salud a nivel nacional y local, en una mejor gestión y aplicación de los recursos asignados para la misma.

Así mismo, la formulación de este proyecto busca reconocer la manera como las APP contribuyen a una posible solución para los constantes problemas que enfrenta el sistema de salud y las entidades que en él se involucran, dificultades en las que la sociedad se ve inmersa sin respuestas oportunas y por lo cual se requieren urgentes medidas, ya que la crisis que presenta la salud en Colombia afecta tanto al Gobierno, como a población en general.

La realización de esta investigación se justifica en cuanto a que servirá como base teórica y cuantitativa para posibles futuras investigaciones referentes a la crisis de salud tanto en Colombia, como en la ciudad de Popayán, especialmente en relación a la manera como las asociaciones público privadas han generado mejoras en el sistema de salud.

## MARCO TEÓRICO.

### *5.1 Contexto histórico de la salud.*

El término salud se remonta al origen de la humanidad, es un concepto que a través de las diferentes etapas de la civilización ha generado distintas prácticas, pero que lleva en su definición la misma esencia: bienestar tanto físico como mental de los seres humanos. A través de la historia de la humanidad, el concepto de salud ha variado de acuerdo a las concepciones de las épocas, tal como lo vemos con los griegos, pues de acuerdo con (Malaga, 2001), los griegos centraban el cuidado de su salud a los dioses, Panacea conocida como la diosa de la “curación” e Hygea, de la "salud", quien dio origen a la palabra "Higiene", se consideraba que estar saludable era un don concedido por ellos. “Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza” (Restrepo H. E., 2001).

Según Restrepo, con los romanos nace un concepto mucho más realista de lo que hoy en día enmarca la salud ya que se incorpora la idea de “*mente sana, cuerpo sano*”; el imperio romano realiza un gran aporte a la promoción de la salud: el sistema sanitario y la construcción de acueductos, lo que se considera una contribución relevante, que garantiza hasta ahora que la comunidad en gran medida sea saludable. En la edad media, con el cristianismo, el bienestar se centra en el espíritu, este es el principal elemento de la salud, por ello es necesario los bautismos pues se creía que el alma era más importante y duradera que el cuerpo. En esta época es digno de mención el filósofo Maimonides, nacido en Córdoba – España, quien escribió sobre las causas y naturaleza de la Enfermedad, donde se hace énfasis en el aire libre para conservar la salud y en la relación de salud física y mental. En el siglo XIV surgen las epidemias de la peste o muerte negra que enmarcan al mundo y de las cuales nace el término cuarentena, que hasta la fecha es aplicada para evitar expansión de virus (Restrepo H. E., 2001).

Con el pasar del tiempo el término salud ha sufrido diferentes cambios, los cuales según las necesidades de la sociedad fueron relacionándolo con el concepto enfermedad, por lo cual se consideró que este proceso necesitaba de aplicaciones médicas que ayudaran a obtener un buen estado del ser humano y control de enfermedades, Henry E. Sigerist, afirma: “la historia de la

medicina, nos enseña de dónde venimos, en donde nos encontramos y hacia donde nos dirigimos” (Rojas, 2014, pág. 9).

Según Restrepo, el siglo XVII registra importantes avances en la Medicina, siendo quizás el descubrimiento más trascendental el del microscopio y con este, el reconocimiento de seres vivos como causantes de las enfermedades. En este periodo se cimientan las bases de la bacteriología y la microbiología que dominaron por mucho tiempo los enfoques de la medicina” (Restrepo H. E., pág. 19). Por su parte, “el siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología, y medicina preventiva”. Es a mediados de este siglo cuando surgen con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores incluyendo mujeres y niños, que trajo como consecuencia una gran mortalidad prematura y por consiguiente pérdidas grandes en capital humano. (Restrepo H. E., pág. 20)

Chadwick Edwin (Sanmarti, 1985), abarca la salud pública como filosofía social, como practica administrativa y como política de gobierno, dice que la salud y la fuerza física se ven perjudicadas por la influencia negativa del medio ambiente exterior, se considera que la salud depende en gran medida de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento.

Según Restrepo, Louis Rene Villarme & Federico Engels fueron personajes que escribieron obras donde se denunciaba las condiciones sanitarias de los trabajadores; hubo grandes hallazgos en este tema como enfermedades ocupacionales, infecciosas, etc. Lo que permitió que el concepto de salud se expandiera y como tal necesitara de nuevos procesos. “Rudolf Virchow, considerado padre de la medicina social y que no es posible desconocer en la historia de la promoción de la salud, es muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas” (Malaga, 2001, pág. 21).

En (Allen L. Hixon, 2012) , Rudolf Virchow, se presenta como un protagonista que se atrevió a declarar que las causas de las epidemias, no eran más que consecuencia de las condiciones de vida por los bajos ingresos, es decir por la pobreza de la población, además fue un gran defensor de los derechos de equidad e impulsor de reformas a la medicina para lograr que se aplicara por parte del Estado una estructura viable de salud para toda la población sin discriminación.

Con el anterior recorrido por lo que es la salud desde los inicios de la civilización, se puede evidenciar como a medida que transcurren los años esta ciencia toma diferentes formas y adopta dentro de su proceso de construcción nuevos términos, los cuales engrandecen su aplicación y afirman que es un campo vital, donde el ser humano gira entorno a su salud integral.

### ***5.2 Contexto histórico de la salud en Colombia.***

Partiendo de que la salud es un sistema completo, un procedimiento que abarca cada componente de bienestar mental, físico y social de los seres, es necesario abordar la salud en Colombia, resaltando temas relevantes en la historia, De esta manera y de forma paulatina los conceptos médicos y las necesidades de una población urgida de atención sanitaria empiezan a surgir en Colombia.

El primer médico instruido que llega a nuestro país en 1761 es Mutis José Celestino, médico de cabecera del virrey Pedro. Después de un tiempo, Mutis se interesa por estudiar la flora y la fauna del país y por tal en su momento no acepta ejercer el cargo de catedrático de medicina. En 1782, nace una gran epidemia donde mutis apoya con medios de higiene pública, donde entrena a Miguel de Isla y personas comunes para que ayuden en el control de esta epidemia, difundiendo la medicina dentro de los habitantes.

En 1802 Mutis con su discípulo Miguel de isla un médico fraile, inician un plan de formación médica completo, que incluía conceptos y práctica hospitalaria; en esta se formaban médicos y cirujanos. Se enseña también la aplicación de la vacuna de una manera más sistemática en Colombia (Secretaria Distrital de Salud, 2014)

Se puede considerar el fundador de la salud pública colombiana, no solo por su aplicación medicinal, sino por su preocupación en espacios de salubridad, cementerios, pantanos, manejos de agua, manejos de basuras, etc. Es decir perpetrar un país más sano. (Sánchez, 2008)

El primer hospital en Santafé de Bogotá fue el San Juan de Dios, inicialmente atendían 1400 enfermos, pero debido a una reforma militar en 1790 cambia su nombre San Juan de Dios por hospital Militar de Santa Librada donde atendían en un pabellón distintivo al de la población a los soldados indispuestos.

Surgen para esa época en las prácticas de medicina importantes cambios, ya que la guerra de independencia deja miles de muertos, aparecen entonces los procedimientos de cirugía que inician con la autopsia. El Colegio del Rosario presento una situación económica difícil, por lo que le fue imposible mantener los honorarios de los profesores, que en su momento dejaron de asistir y como consecuencia los estudiantes también, se da entonces el primer el cierre de la universidad del Rosario en 1865 la cual era legado de Mutis; se inicia entonces la medicina francesa con el Dr. Antonio Vargas Reyes graduado en la universidad Central y la del Rosario, Vargas viaja a especializarse en Francia y se encuentra con una medicina diferente que se basa en la anatomía, donde para el mejoramiento del ser, debe practicarse cirugía de los órganos afectados, con esta ideología y nueva partica medica fundo la Escuela Privada de Medicina. (Naranjo, 2002, págs. 211-217)

Posteriormente se crea la clínica Marly en 1904 que en sus inicios era un centro de atención a personas con discapacidad mental que contaban con capacidad de pago en la prestación de los servicios; Marly se convierte entonces en una prestigiosa clínica para las personas de altos recursos, desde este entonces se pueden ven reflejadas las clases sociales en la atención en salud (Secretaria Distrital de Salud, 2014).

Según Alfredo Jácome Roca: “En 1936 se reforma la Constitución de 1886 y se empieza a hablar abiertamente de asistencia pública. La salud es entonces un deber del Estado, pero en el tercer milenio la concepción economicista lo considera un negocio del sector asegurador” (Roca, pág. 12).

En 1946 con la ley 90 se crea el Instituto Colombiano de Seguridad Social (ISS) modelo copiado de Europa, por medio del cual se prestaba servicio de salud a los trabajadores privados afiliados a él. Inicialmente el ISS sería financiado en partes iguales por empleadores, trabajadores y el Estado, pero el último jamás cumplió con su parte, lo que provoco que un gran porcentaje de la población no accediera a atención y cubrimiento en salud, para ser más exactos solo alcanzaba a abrigar el 22%. Con esta entidad los trabajadores cotizaban con un 7% de su salario, aporte que cubría totalmente su atención y en cierta medida la de su conyugue e hijos. (Velez, La salud en Colombia, 2016, pág. 25).

En 1951 se crea la Universidad del Valle basada en un modelo norteamericano, lo cual impulsa que las demás Facultades de Salud existentes en el país cambien su metodología e inicie a basarse la salud y la medicina en la ciencia, la investigación y los laboratorios.

En 1970 se estructura un mecanismo para que todos los centros médicos operen un mismo proceso y sea más viable el manejo de los pacientes, con esta implementación surgen las Secretarías de Salud, entidades necesarias para ejecutar el control y vigilancia de la prestación de los servicios, los cuales la población por derecho irrenunciable debe recibir, pero desde hace muchos años el sistema de salud manifiesta problemas que con el transcurrir de los días empeoran. Colombia enfrentaba un sistema nacional de salud centralizado (1973), donde el gobierno de turno, tomaba las decisiones y manejaba a su antojo el asunto, sin tener en cuenta derechos, necesidades y opiniones de la sociedad, que en últimas es la más afectada.

A comienzos de los 90 el sector salud mostraba una fragmentación en el sector privado, en el público, y la población sin recursos. Los trabajadores privados como anteriormente se nombró cotizaban cierto porcentaje de su salario en el Instituto Colombiano de Seguridad Social (ISS) creado mediante el artículo 80 de la Ley 90 de 1946, como un establecimiento público, con autonomía administrativa, personería jurídica y patrimonio propio, encargado de la dirección y vigilancia de los seguros sociales (Ministerio de protección social y salud, 2012). Estos trabajadores representaban un 10 % de la población, los trabajadores públicos cotizaban en las cajas de compensación el 5% para salud y pensión, mientras que un porcentaje de la población sin recursos era atendido de manera semigratuita en instituciones de salud pública, o simplemente carecía de acceso a la atención, significando un estimado del 20% de los habitantes.

En Colombia el sector salud empezó a reformarse y descentralizarse con la ley de 10 de 1990, ley de municipalización; la cual les dio a los municipios la competencia de construcción, dotación y mantenimientos de puestos, centros de salud y hospitales locales que asignó todas las competencias de funcionamiento de primer nivel de atención a los municipios, de segundo y tercer nivel a los departamentos. Esta ley, en conjunto con la constitución política de 1991 generó el inicio de lo que sería la división en dos partes de la historia de la salud colombiana. (Francisco J. Yepes, 2010, pág. 14)

El Seguro Social como era conocido por los ciudadanos era dueño de sus propias clínicas y aunque presentaba fallas en adquirir consultas externas, dispensación de medicamentos, comodidad y atención en hospitalización, la prestación de sus servicios se caracterizaba por ejecutarse por medio de excelentes profesionales, con calidad en los tratamientos sin importar el precio. El ISS era responsable de millones de afiliados y la mayoría de sus pacientes eran de alto costo, “le costaban 350.000 millones de pesos mensuales”, en esta época contrario a un apoyo del Estado existieron por parte de ellos malos manejos de los recursos, por lo cual el gobierno mantenía una deuda con la institución; como consecuencia y por el elevado número de habitantes a su cargo, sus falencias se fueron magnificando y el gobierno arbitrariamente se aprovechó de su situación para montar el nuevo modelo de salud, ley 100 de 1993; cuyo ponente desde el senado fue Álvaro Uribe Vélez.

La ley 100 de 1993 denominada Sistema de Seguridad Social Integral tenía por objetivo garantizar los derechos irrenunciables para la población, derechos que evidentemente se vulneran en repetidas ocasiones y bajo distintas circunstancias, en el negocio del cual la salud se hizo partícipe y por el cual prima por encima del bienestar de la comunidad, el botín del particular; hechos que constantemente se evidencian en las peticiones que se realizan ante la Superintendencia de Salud, además de la cantidad de tutelas puestas por la vulneración de diferentes formas del derecho a la salud. Esta ley se enmarca en 6 principios: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; se establece entre otras cosas, que se debe garantizar el acceso a los servicios de salud, contemplados en el plan obligatorio de salud (POS) y que todo ciudadano debe participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), principios que no se cumplen a cabalidad. (Congreso de la Republica de Colombia, 1993)

“La ley 100 cerca de cumplir 25 años, parece haberse convertido en una fortaleza invencible, capaz de resistir todos los ataques de sus enemigos y también los intentos de mejorar su apariencia por parte de sus amigos. Las leyes que han pretendido reformarlo no pasaron de resultar ajustes funcionales, que no tocaron su estructura, para garantizar este marco normativo, se debe cambiar el modelo de aseguramiento instaurado por la ley 100 de 1993 y reafirmado por sus reformas posteriores, la ley 1122 de 2007, la ley 1438 de 2011, y la última la, ley estatutaria del 2015, hecho que no se ha logrado aún debido a que grandes poderes se oponen a las reformas que el pueblo

colombiano demanda y han logrado silenciar las propuestas planteadas desde la sociedad civil, se continua con la ruta trazada de profundizar el negocio y agudizar los servicios bajo la fachada de cobertura total a la ciudadanía. Las consecuencias que acarrear la vulneración masiva de este derecho, son la cantidad de tutelas y la profundización de la inequidad social expuesta... Estas dificultades se traducen en barreras continuas de acceso y negaciones permanentes al derecho a la salud de los colombianos, justificadas en mil razones burocráticas, normas incluso contrarias a la Ley Estatutaria, que solo favorecen a las EPS”. (Martínez, 2018)

Las reformas que sustancialmente han modificado algunos planteamientos del sistema general de seguridad social en salud implantado bajo la ley 100 de 1993, como se nombró anteriormente no alteran su estructura.

### ***5.3 Estructura, características y funcionamiento de las EPS e IPS de Colombia.***

La ley 1122 de 2007 tiene como prioridad mejorar la prestación de los servicios a los usuarios, las reformas que instauró fueron, el CRES (Centro de Regulación en Salud) como asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y Comisión de Regulación en Salud, el monto de pago del régimen contributivo a partir del 01 de enero de 2007, 12.5% del ingreso o salario base de cotización, como se obtendrían los recursos del régimen subsidiado, aseguramiento de la población menos favorecida y vulnerable clasificada en los niveles I y II del sisben, implementar programas de promoción y prevención, mecanismos que aseguren un mejor acceso a la salud en lugares geográficamente dispersos como Amazonas, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés, atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país, no podrán negar la prestación del servicio, las EPS deberán atender con agilidad y frecuencia necesaria, cambiarse de aseguradora en el caso de que las promesas ofrecidas al vincularse a esta no se cumplan, el gobierno definirá cada 4 años el plan nacional de salud pública. (Congreso de la Republica de Colombia, 2007)

Por otro lado, la ley estatutaria, tiene un rango superior y prioritario a las demás leyes, por tal su cumplimiento debió ser inmediato, la naturaleza de sus temas fue relevante, esta fue presentada por el Consejo de Médicos mediante 14 puntos, modificando de la ley 100 que cobija a todos los residentes dentro del territorio colombiano, se usa la tutela como mecanismo de defensa ante la vulneración del derecho a la salud, permite la autonomía medica basada en la autorregulación.

Cabe resaltar que además del anterior funcionamiento el Sistema de Seguridad Social en Salud maneja una estructura y unas generalidades, dentro de las cuales se incluyeron nuevos métodos, estos regulan el manejo para la prestación del servicio en salud, uno de ellos es el POS (plan obligatorio de salud) el cual se conoce como el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos para la atención en salud, que puede verse como el producto final que obtiene el usuario. (Restrepo & S., 2012)

Esta lista de medicamentos de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, puede ser de dos tipos, el primero de régimen contributivo que se hace a través del pago de una cotización individual o familiar y el segundo de régimen subsidiado, que, a partir del 1 de julio del 2012, cuenta con los mismos beneficios del POS que el régimen contributivo. (MinSalud, 2012)

Otro pilar de su estructura es el UPC (unidad de pago por capitación), que es el valor anual que reconoce el ADRES por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado, esta unidad no se reconoce por afiliados recién nacidos hasta su 1 año de edad. (Ministerio de salud, 2018)

Incluye también el ADRES, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene como objetivo garantizar el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e implementar los respectivos controles, comenzó a operar el 1 de agosto de 2017. (Ministerio de Protección Social y Salud, 2017)

*Tabla 1 funciones del ADRES*

<b>Administrar los recursos del SGSSS y del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET)</b>	Pago de (UPC) del aseguramiento obligatorio en salud. Administrar la información propia de sus operaciones. Realizar pagos, giros a los prestadores y proveedores y transferencias a los agentes del sistema que optimice el flujo de los recursos. Desarrollar mecanismos para el fortalecimiento financiero de entidades. Identificar y registrar por separado los valores recibidos de cada una de las entidades territoriales para el aseguramiento en salud.
--	---

Fuente: elaboración propia con datos del ministerio de salud y protección social. (Ministerio de Protección Social y Salud, 2017)

Tabla 2: Principales procesos que opera

<b>Principales procesos que opera</b>	Recaudo de los recursos del SGSSS (art. 67 de la Ley 1753 de 2015). Administrar Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del SGSSS. Pago de Recursos a favor de actores del SGGG. Proceso de Compensación del Régimen Contributivo. Proceso de Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen Subsidiado. Recobros por Prestaciones de Salud no Incluidas en la POS.
---------------------------------------	--

Fuente: elaboración propia con datos del ministerio de salud y protección social. (Ministerio de Protección Social y Salud, 2017)

Tabla 3: Mecanismos de apalancamiento de IPS y EPS

<b>Mecanismos de apalancamiento financiero a EPS - IPS</b>	Compra de Cartera de EPS e IPS. Tasa Compensada. Bonos Obligatoriamente Convertibles en Acciones - BOCAS.
--	---

Fuente: elaboración propia con datos del ministerio de salud y protección social. (Ministerio de Protección Social y Salud, 2017)

Tabla 4: Recursos que administra el ADRES

<b>Recursos que administra</b>	(SGP) Salud componente de subsidios a la demanda. (SGP) que financian FONSAET Monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Cotizaciones de los afiliados al SGSSS, incluidos intereses recaudados por Cotizaciones de los afiliados a los regímenes especiales y de excepción con Cajas de Compensación Familiar (art. 217 /Ley 100 del 93) Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE). Presupuesto General de la Nación (PGN) para universalización de la Recaudo del IVA definido en la Ley 1393 de 2010. Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) Contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida Recaudados INDUMIL por impuesto social a las armas y de municiones y monopolio de juegos de suerte y azar, diferentes a los que hace referencia Copagos que por concepto de prestaciones no incluidas en el Plan de Rendimientos financieros generados por la administración de los recursos Recaudos por gestiones que realiza la Unidad de Gestión Pensional y de Demás destinados a la financiación del aseguramiento obligatorio en salud, Demás que en función a su naturaleza recaudaba el FOSYGA.
--------------------------------	--

Fuente: elaboración propia con datos del ministerio de salud y protección social. (Ministerio de Protección Social y Salud, 2017)

Tabla 5: destinación de recursos

<b>Recursos administrados se destinan a :</b>	Pago a las EPS por el aseguramiento y prestaciones a los afiliados al SGSSS, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. Pago de las indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos, así Pago de los gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos. Pago de los gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y multas. Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias. Financiamiento de programas de promoción y prevención. Inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. Pago de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), hoy financiados con recursos del FOSYGA. Medidas de atención contenidas en la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Finalidades señaladas en los artículos 41 del Decreto- Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013. Cubrimiento de los gastos de administración, funcionamiento y operación de la entidad. Demás destinaciones que haya definido la Ley con cargo a los recursos del FOSYGA y del FONSAET. Pago de los gastos e inversiones requeridas que se deriven de la declaratoria de la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos en el país.
---	--

Fuente: elaboración propia con datos del ministerio de salud y protección social. (Ministerio de Protección Social y Salud, 2017)

Es importante resaltar que a través de la ley 100 de 1993, se delimitaron fundamentos, dirección, organización y funcionamiento, normas administrativas, financieras y de control y obligaciones que, junto con posteriores leyes, identifican la estructura del sistema de salud en Colombia, la cual es dirigida por las siguientes entidades: (Congreso de la Republica de Colombia, 2011)

Primero; **el Gobierno**, quien actúa como ente de coordinación, dirección y control. Los organismos que lo componen son: El Ministerio de Salud y Protección Social: quien determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que reemplazó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007 y se encarga de dirigir el sistema de salud en el país. La CRES se encargaba del Plan Obligatorio de Salud y la unidad de pago por capitación -UPC-, entre otros, finalmente, está la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema. (EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, 2007)

El segundo componente son **los aseguradores**: que a grosso modo, son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado en forma de prima anual denominada *Unidad de Pago por Capitación –UPC*, estas son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).

Finalmente, están **los prestadores**: instituciones prestadoras de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. Que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeros, etc.) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

Ahora bien, de acuerdo con la ley 100 de 1993, la **EPS**, es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social; que pueden ser: cajas de compensación familiar (CCF), empresas solidarias de salud (ESS) y entidades promotoras de salud (EPS), sean de carácter público o privado. Evidentemente la EPS, se enfoca tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, lo que pone a la población, en un ámbito de aparente igualdad social además de generar un aseguramiento para dichos regímenes. Estas entidades no solamente pueden ser de carácter público o privado, sino que las hay con o sin ánimo de lucro. Así mismo, las EPS, pueden optar por diferentes modalidades de contratación y pago, tales como capitación, los protocolos o presupuestos globales fijos y se encuentran en la obligación de ofrecer distintas alternativas de instituciones prestadoras de salud (IPS) a sus afiliados.

En relación a las IPS, (instituciones prestadoras de servicio), es preciso decir que son todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consultas. Como dijimos anteriormente, son contratadas por las EPS, para cumplir con los servicios que ofrecen y, además, estas instituciones, al igual que las EPS, pueden ser de carácter público o privado. (Esquerra, 2013)

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social; el 84.3% corresponden al primer nivel de atención, el 13.4% al segundo nivel y el 2.3%, el primer nivel. A su vez, estas instituciones se dividen en tres niveles de complejidad. De acuerdo a Samboni (2017):

- **Baja complejidad:** Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

- **Mediana complejidad:** Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecología con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.
- **Alta complejidad:** Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS. (Samboni, 2017)

A partir de la presente Ley, todo colombiano participara en el servicio esencial de salud que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual se hizo bajo dos condiciones:

### ***5.3.1. Régimen de seguridad social contributivo***

Régimen al cual se deben afiliarse todas aquellas personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, servidores públicos, pensionados, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva. , la responsabilidad de la afiliación del empleado, es responsabilidad del empleador, la del pensionado, es del fondo de pensiones y del trabajador independiente corre por su cuenta a través de la planilla integrada. Estas personas deben hacer un aporte mensual (cotización) a una Entidad Promotora de Salud, para que esta les garantice la atención en salud a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud, conocidas como IPS.

La manera como se debe cotizar un régimen contributivo es la siguiente:

- En el caso de un empleado, el valor de la cotización es del 12.5% del salario mensual: el 8.5% corresponde al empleador y el 4% al empleado.
- En el caso del trabajador independiente, debe pagar 12.5% de su salario mensual.
- Y en el caso del pensionado, paga el 12% de su mesada pensional. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Ahora bien, para llevar a cabo la afiliación a este régimen, el empleado escoge la EPS de su preferencia. Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (solo el cotizante tiene derecho a prestaciones económicas) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir: Los beneficios del Plan Obligatorio de Salud, un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad y un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

### ***5.3.2. Régimen de seguridad social subsidiado***

Este régimen es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de sustentar un pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. Para afiliarse a este régimen, los usuarios deben tener aplicada la encuesta de SISBEN, que permite establecer en qué nivel se encuentran. Esta encuesta es la puerta de entrada a los programas sociales que ofrece el Estado para las personas de bajo recurso, es decir que los beneficiados pueden contar con los servicios ofrecidos por el POS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Las personas que ingresan al régimen subsidiado son escogidas por cada uno de los municipios o distritos, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, así: Recién nacidos, Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, La población del área rural y del área urbana de bajos recursos y Población indígena. La selección y asignación de subsidios, la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado a partir de la información de la base consolidada y certificada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y los otros instrumentos de focalización que utiliza el respectivo programa.

Los beneficios en el régimen subsidiado, son los siguientes: Los beneficios del POS que a partir del 1 de julio de 2012 son los mismos que en el Régimen Contributivo y la exención de copagos si está clasificado en el nivel I del SISBEN. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

### ***5.3.3. EPS e IPS vigentes en Colombia.***

Actualmente, existe un importante número de EPS e IPS que hacen parte de los regímenes contributivo y subsidiado en el país, a continuación, se encuentran los nombres de las entidades y su clasificación de acuerdo al régimen al que pertenecen.

Tabla 6: clasificación de EPS por régimen.

EPS	
RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
Comfasucre	EPS suramericana
CCF de la guajira	Aliansalud EPS
Comfacor	Sánitas EPS
Comfaorient	compensar EPS
Coosalud EPS	Salud Total EPS
CCF Cajacopi Atlantico	Nueva EPS
Ecoopsos ESS	Coomeva EPS
Ambuq ARS	Famisanar EPS
Comparta	Serv. Occ. De salud SOS EPS
Asociacion Mutual Ser	Comfenalco Valle EPS
Savia Salud EPS	Saludvida EPS
Comfamiliar Huila	Cruz Blanca EPS
Emssanar ESS	Cafesalud EPS
Nueva EPS	
CCF de Nariño	
Comfaboy	
Asmet Salud	
Comfacundi	
ARS Convida	
Comfamiliar Cartagena	
Capresoca EPS	
Comfamiliar Chocó	
Capital Salud EPS	
Emdisalud ESS	
Saludvida EPS SA	
Cafesalud EPS	

Fuente: elaboración propia con información de Secretaria de Salud de Popayán.

A continuación, se relacionan las IPS que actualmente están acreditadas por Min Salud de Colombia y el tipo de institución, es decir, si son de tipo mixto, privado o pública.

Tabla 7: IPS acreditadas por Min Salud y tipo de instituciones.

RAZÓN SOCIAL	TIPOS DE INSTITUCIONES	
	Público	Privado
Fundación Cardiovascular de Colombia- Instituto del Corazón de Floridablanca		X
Hospital Pablo Tobón Uribe		
Unidad de Servicios de Salud Pablo VI Bosa		X
C.P.O. S.A. Centro Policlínico del Olaya	X	
Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.		X
Clínica del Occidente S.A.		X
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá		X
Fundación Valle del Lili		X
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE		
Laboratorio Clínico Continental S.A.S.		X
Fundación Cardioinfantil	X	
Instituto de Cardiología		
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl		X
Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle FOSCAL		X
Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE		X
Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt		X
Clínica Reina Sofía		X
Hospital Civil de Ipiales ESE	X	
Virrey Solís IPS S. A.		
Clínica del Country		X
Fundación Hospital Infantil Universitario de San José		X
Fundación Clínica Shaio	X	
Clínica Universidad de la Sabana		X
Fundación Javeriana de Servicios Médicos Odontológicos Interuniversitarios "Carlos Márquez Villegas" JAVESALUD IPS		X
Hospital de San José - Sociedad de Cirugía de Bogotá		X
Hospital Infantil los Ángeles		
Hospital Susana López de Valencia ESE		X
Clínica Juan N. Corpas Ltda.		X
Hospital Universitario San Ignacio		X
Servicios Especiales de Salud S.E.S.		
Medicina Intensiva del Tolima S.A.		
Laboratorio Ángel Diagnóstica S. A.		X
Fundación San Vicente de Paúl		
Clínica Universitaria Bolivariana		X
Hospital Universitario de la Samaritana ESE	X	
Fundación Hospital de la Misericordia HOMI		X
ESE Red de Salud Centro		X
Unidades de Servicios de Salud USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE		X
Clínica Universitaria Colombia	X	
Clínica los Nogales		X
Clínica DIME		X
Laboratorio Higuera Escalante		X

Fuente: elaboración propia con información de (MinSalud, 2018)

En relación a las IPS y EPS, se pueden observar importantes inconsistencias relacionadas con la expectativa de ganancia de los intermediarios a expensas de la negación de la atención en salud a

los colombianos. El problema es que no hay manera de hacer compatibles las ganancias de las EPS con el bienestar general de la población, lo cual generó la necesidad de implementar estrategias que ayuden a regular dichas problemáticas. Estrategias como la implementación de la ley 1751 del 2015.

La Ley estatutaria (1751 del 2015) tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Define al sistema de salud como un conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga, para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud (Colombia, Congreso de la República, 2015).

A partir de la expedición de ésta (Ley 1751), la salud de la gente está por encima de cualquier consideración y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto. En ese orden de ideas, no pueden negarle la atención a una persona, imponerle demoras o trabas, ni esgrimir razones económicas para no prestarle servicios. Para cumplir con las propuestas ambiciosas de esta ley aún no hay consenso de los recursos económicos con los que se cuenta; algunos estudios estiman en dos billones de pesos los costos adicionales durante el primer año de vigencia de la ley. Acemi, el gremio que reúne a las principales EPS del régimen contributivo, dice que el sistema ya tiene un desequilibrio financiero, que podría agravarse con las nuevas exigencias. En contraste, los médicos que propusieron la ley sostienen que los recursos financieros con los que cuenta el sistema son suficientes, siempre y cuando se reorienten y se controlen rigurosamente. (Fernández, Qué cambió y cómo lo afecta la nueva ley que rige la salud en el país, 2017)

El Plan Obligatorio de Salud (POS), creado por la Ley 100 de 1993, dejó de existir por cuenta del artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, que plantea un nuevo mecanismo para definir las prestaciones a las que tienen derecho los afiliados al sistema. En esencia, la norma invierte las cosas: en lugar de un listado de los beneficios (el POS), le exige al Ministerio de Salud que defina todo aquello a lo que los usuarios no tienen derecho. En otras palabras, el Gobierno debe elaborar una lista pública de servicios excluidos, los cuales no podrán ser exigidos por nadie, salvo casos muy excepcionales. Estos son los principales criterios de exclusión definidos por la ley:

- Tratamientos en el exterior que puedan brindarse en el país
- Lo experimental
- Lo que no tenga evidencia científica
- Lo cosmético. (Fernández, Qué cambió y cómo lo afecta la nueva ley que rige la salud en el país, 2017)

#### **5.4. Asociación Público Privada (APP).**

##### **5.4.1. Origen de las APP.**

La versión moderna de las APP, en la que el gobierno paga a la empresa privada en lugar de los consumidores, fue inventada en Reino Unido en los años 1980 por el gobierno de Margaret Thatcher. En ese entonces las APP eran la solución, bajo el título de Iniciativa de Financiación Privada (IFP), donde el gobierno se comprometía a sufragar la inversión, asumiéndola como un préstamo, ya que durante un periodo de 25 años o más, las normas contables permitían tratarlas como un préstamo privado, no como un préstamo público, de modo que el dinero podía tomarse prestado sin infringir las normas fiscales. La política también era atractiva para el gobierno de Thatcher, ya que permitían a las empresas privadas beneficiarse del dinero público, y exigía a los servicios públicos que proporcionaran oportunidades comerciales rentables. (DAVID HALL, 2015). Es así como en el Reino Unido y en países desarrollados como Inglaterra se ha modificado varias veces la figura de IFP, adoptándola cada vez más a la realidad del país y siendo el modelo a seguir de toda Europa, como también de algunos países Latinoamericanos.

La Iniciativa de Financiación Privada se implementó por primera vez en Gran Bretaña en 1992, y fue ahí donde se usó para financiar grandes proyectos de obras públicas, tales como: Escuelas, cárceles, hospitales e infraestructura.

De acuerdo a lo anterior la estructura de las alianzas público privadas se extendió a diferentes países del continente americano, posteriormente se posesionó en países de América Latina como: Brasil, Perú, Chile, Argentina y México, sirviendo como punto de partida para la implementación de este modelo en Colombia, Dado el alto índice de éxito que esta figura administrativa ha representado (CHAVES, 2014)

#### **5.4.2. APP en Colombia.**

Cuando se habla de asociaciones público privadas, es preciso definir que tiene unos antecedentes que han permanecido el desarrollo de estados y que por ello se encuentran enmarcadas dentro de un contexto histórico, para lo cual es necesario identificar cuáles han sido sus bases a través del tiempo y como surgieron en la nación.

En Colombia existía una modalidad similar a la planteada por las alianzas público privadas antes de que estas se ejercieran con legalidad, donde se otorgaba a particulares contratos de obras públicas, a través del mecanismo de concesión, esto venía desde el año 1983 regulada a través del Decreto 222 del mismo año, el cual define en su *Artículo 102. De la definición del contrato de concesión de obra pública*. “Mediante el sistema de concesión una persona, llamada concesionario, se obliga, por su cuenta y riesgo, a construir, montar, instalar, mejorar, adicionar, conservar, restaurar o mantener una obra pública, bajo el control de la entidad concedente, a cambio de una remuneración que puede consistir en los derechos o tarifas que con aprobación de la autoridad competente, el primero cobre a los usuarios por un tiempo determinado, o en una utilidad única o porcentual que se otorga al concesionario en relación con el producido de dichos derechos o tarifas.” (Miembros CONPES, 1992)

Esta figura no fue óptima en la concesión de contratos viales, presentaron incumplimiento de las partes en tiempo, costos y calidad, por lo cual terminaron en demandas y multas, generando grandes pérdidas al tener que ser renegociados.

De acuerdo con un estudio realizado por la OCDE (centro de desarrollo de la organización para la cooperación y el desarrollo económico) en donde se comparan las renegociaciones en los contratos de concesiones de Chile, Perú y Colombia, los 25 contratos de concesión en Colombia, presentes en la muestra analizada, han sido renegociados 430 veces (casi 20 renegociaciones por contrato), los cuales tienen su primera renegociación con tal solo un año de haber iniciado el contrato. El estudio concluye que estas renegociaciones se deben a licitación de los proyectos sin los estudios necesarios para su definición, a un deficiente diseño de los mecanismos contractuales y un comportamiento oportunista por parte de los agentes del sistema. El costo fiscal de estas renegociaciones ha sido muy alto. En promedio se han desembolsado 265 millones de dólares por

contratos en las concesiones renegociadas analizadas, lo que significa adiciones que representan un 280% del valor inicial de los contratos. (DNP, 2013)

Debido a la crisis financiera del 2008 al 2011 se provocó un mayor interés en la ejecución de asociaciones del sector público y el sector privado, debido a las limitaciones de los recursos públicos y fiscales, reconociendo la importancia de la inversión privada para impulsar el crecimiento económico, por tal los gobiernos recurren cada vez más al sector privado como una fuente de financiamiento adicional para cubrir el déficit (CENTER, 2016)

Por todo lo anterior es importante reconocer que una Asociación Público Privada (APP) es una modalidad de prestación de servicios donde intervienen tanto el sector público como privado, es decir, que se trata de una inversión a largo plazo por parte de una empresa, la cual implica una relación contractual que no concluye con la finalización del trabajo, sino que se extiende por un periodo determinado, ya que la remuneración del privado está vinculada al desempeño. Por consiguiente, la APP no debe confundirse con una privatización. (Manuel Rodríguez, 2016)

En el caso de algunas APP, el Estado contribuye en el pago de la obra o servicio; por ello, son también denominadas concesiones co-financiadas. La participación de recursos del Estado puede darse de distintas formas, ya sean a través de auxilios complementarias a las tarifas pagadas por los usuarios, cesiones en uso de terrenos y compromisos de compras, entre otras.

Hoy día en el caso de Colombia, existe un amplio marco normativo que interpreta a las Asociaciones Público Privadas; según el artículo 1 de la Ley 1508 de 2012, son:

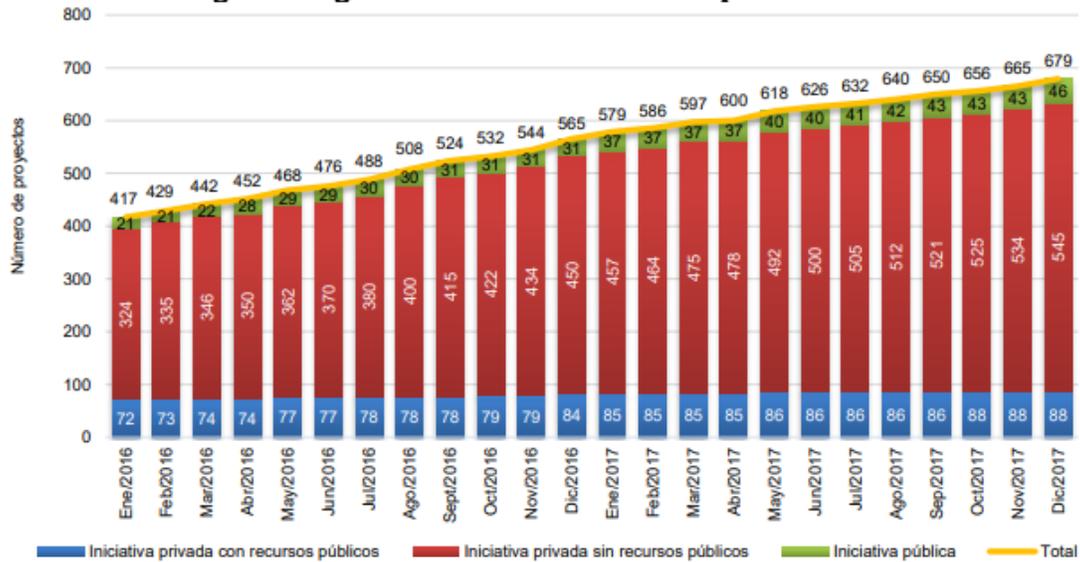
“...un instrumento de vinculación de capital privado, que se materializan en un contrato entre una entidad estatal y una persona natural o jurídica de derecho privado, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados, que involucra la retención y transferencia de riesgos entre las partes y mecanismos de pago, relacionados con la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura y/o servicio” (Congreso de la Republica de Colombia, 2012)

En aras de solventar las dificultades económicas y de aportes Estatales al sistema público de salud, en Colombia se han adaptado medidas en las que interviene el sector privado, como garante social y económico de desarrollo del país.

Ilustración 1: Registro único de APP vs tipo de APP.

**Estadísticas del RUAPP al cuarto trimestre de 2017**

**Figura 1: Registros acumulados RUAPP vs. tipo de APP<sup>3</sup>**



Fuente: Registro Único de Asociaciones Público Privadas (RUAPP).

La anterior ilustración indica la cantidad de proyectos bajo la figura de Asociaciones Público Privadas que se ejercen en el país, teniendo en cuenta diferentes modalidades de iniciativa entre el sector público y el privado.

## 5. METODOLOGÍA.

Esta investigación adopta la metodología de tipo cualitativa-descriptiva, debido a que busca identificar la percepción que tienen las IPS y las EPS de la ciudad de Popayán como aporte de información con el objeto del estudio, señala la forma de conducta y pretende establecer comportamientos concretos. En palabras de Van Dalen y Meyer (2006):

“El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento” (p.1).

El tipo de investigación descriptiva tiene diferentes variantes y para el caso específico de este proyecto, se desarrolló el del estudio tipo encuesta, con el fin de efectuar minuciosas descripciones de los fenómenos a estudiar. Su objetivo no es sólo determinar el estado de los fenómenos o problemas descritos, sino también comparar la situación existente con una posible solución, de acuerdo a los criterios aceptados bajo las APP.

El alcance de estos estudios descriptivos varía considerablemente; pueden circunscribirse a una nación, región, Estado, sistema escolar de una ciudad o alguna otra unidad. Los datos pueden extraerse a partir de toda la población o de una muestra cuidadosamente seleccionada. La información recogida puede referirse a un gran número de factores relacionados con el fenómeno o sólo a unos pocos aspectos recogidos. Su alcance y profundidad dependen de la naturaleza del problema.

Dada la explicación anterior, el conjunto de la población de este estudio para extraer información como aporte al objeto del proyecto y desarrollo de la pregunta de investigación ¿Por qué la crisis de la salud en Colombia? son los directivos y demás trabajadores de las IPS y EPS, de la ciudad

de Popayán. La muestra de personas (directivos y demás trabajadores) encuestadas, se estimó mediante el uso del muestreo aleatorio simple para poblaciones infinitas, aplicando la encuesta denominada “La Crisis Económica de la Salud en Colombia”, conformada por 12 enunciados diseñada específicamente para este estudio y estructurada según el criterio de la escala Likert<sup>1</sup>, donde el encuestado califica cada ítem según su percepción en puntuaciones de 1 a 4, siendo: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = parcialmente en desacuerdo, 3 = parcialmente de acuerdo y 4= totalmente de acuerdo.

La fórmula para la estimación del tamaño de muestra es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 * S^2}{E^2}$$

n = tamaño necesario de la muestra.

Z = nivel de confianza o margen de confiabilidad (para este caso: 95% de confianza, Z=1.96).

S = desviación estándar de la población

E = error de estimación.

Para la estimación de la muestra de la EPS, se tomaron diez (10) EPS, con un nivel de confianza del 95% y un error máximo de estimación del 5%, dando diez (10) el número de encuestas a aplicar.

---

<sup>1</sup> La Escala de tipo Likert es una escala psicométrica (disciplina que se encarga de la medición en psicología) comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales. “Las escalas tipo Likert constituyen uno de los instrumentos más utilizados en Ciencias Sociales y estudios de mercado. No obstante, existe cierto debate sobre el formato de estas escalas para obtener datos de calidad”. (Matas, 2018)

Ilustración 2: Calculo de la muestra de EPS a encuestar

**Matriz de Tamaños Muestrales para diversos margenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas**

<b>N</b> [tamaño del universo]	<b>10</b>	← <b>Escriba aquí el tamaño del universo</b>
<b>p</b> [probabilidad de ocurrencia]	<b>0.5</b>	← <b>Escriba aquí el valor de p</b>

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0.05	1.64
95%	0.025	1.96
97%	0.015	2.17
99%	0.005	2.58

**Fórmula empleada**

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_o = p*(1-p)* \left( \frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10.0%	9.0%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%	3.0%	2.0%	1.0%
90%	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10
95%	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10
97%	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10
99%	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Fuente: elaboración propia con datos suministrados por **Fuente especificada no válida**.

Para la estimación de la muestra de la IPS, se tomaron doscientos treinta y tres (233) IPS, según información suministrada por Secretaria de Salud de Popayán, con un nivel de confianza del 95% y un error máximo de estimación del 5%, dando ciento cuarenta y cinco (145) el número de encuestas a aplicar.

Ilustración 3: Calculo de la muestra de IPS a encuestar

**Matriz de Tamaños Muestrales para diversos margenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas**

<b>N</b> [tamaño del universo]	<b>233</b>	← <b>Escriba aquí el tamaño del universo</b>
<b>p</b> [probabilidad de ocurrencia]	<b>0.5</b>	← <b>Escriba aquí el valor de p</b>

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0.05	1.64
95%	0.025	1.96
97%	0.015	2.17
99%	0.005	2.58

**Fórmula empleada**

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_o = p*(1-p)* \left( \frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10.0%	9.0%	8.0%	7.0%	6.0%	5.0%	4.0%	3.0%	2.0%	1.0%
90%	52	61	72	86	104	125	150	178	205	225
95%	68	79	91	106	124	145	168	191	212	227
97%	78	90	103	118	136	156	177	198	216	228
99%	97	109	123	138	155	173	190	207	221	230

Fuente: elaboración propia con datos suministrados por **Fuente especificada no válida**.

Para desarrollar el estudio se aplicará el siguiente procedimiento:

Se comienza con una entrevista a los directivos de las EPS e IPS con el propósito de presentar el proyecto y los beneficios que el mismo representa para la crisis de la salud en Colombia. Se procede a realizar el trabajo de campo, donde se realizara la recopilación de información, usando una encuesta conformada por dos partes: una denominada “La Crisis Económica de la Salud en Colombia”, constituida por 11 enunciados (ítems) relacionados con la crisis de la salud, especialmente en lo que tiene relación con la administración y utilización de los recursos, diseñada específicamente para este estudio y estructurada según el criterio de la escala Likert, donde el encuestado califica cada ítem según su percepción en puntuaciones de 1 a 4, siendo: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = parcialmente en desacuerdo, 3 = parcialmente de acuerdo y 4= totalmente de acuerdo.

La otra parte, denominada “La corrupción en la salud” está conformada por tres factores: cultura organizacional, control y la transparencia, en donde cada factor está relacionado con las perspectivas de la falta de transparencia en los aspectos (financiero, calidad, servicios, derechos y deberes), falta de gobernanza de la información, debilidad de los sistemas de información, vigilancia y control poco efectivo y politización de la salud.

También, cada dimensión se constituye de los diferentes enunciados que están en los recuadros internos de la respectiva matriz y se puntúan según una escala 1 a 4, donde: 1= malo, 2 = regular, 3 = bueno y 4 = excelente, según la percepción que tenga cada persona respecto de la corrupción en las EPS y las IPS, al momento de diligenciar la respectiva Matriz de Índice de Medición de Inteligencia Organizacional (IMIO). <sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Basado en el MIK FACTS y desarrollado por QUBIT CLUSTER TECHNOLOGY CONSORTIUM es un modelo que tiene como objetivo central conocer lo que realmente sucede al interior de las organizaciones con respecto a la necesidad de adquirir, crear y apropiarse del conocimiento para una mejor competitividad de la organización, esto es, los hechos que hacen que una empresa tenga la capacidad de generar valor agregado mediante el uso del conocimiento y relacionar estos actos con el capital intelectual de la respectiva organización. (TÁUTIVA CANTILLO , 2010)

## **4. RESULTADOS OBTENIDOS**

### **7.1. RETOS QUE DEBEN AFRONTAR LAS EPS E IPS EN EL SISTEMA DE LA SALUD EN COLOMBIA.**

El sistema de salud en el país se desliga del Art. 48 de la Constitución Nacional, está reglamentada en el segundo libro de la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia, la cual estableció el Sistema de Seguridad Social en el país y que además se ocupa de regular el sistema de pensiones en el primer libro, de las condiciones de trabajo en el tercer libro, y dispone sobre servicios complementarios en el cuarto libro, aspectos que se deben prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. (Congreso de la Republica de Colombia, 1993)

La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas prestadoras de salud. También la creación de subsidios al sector salud para cubrir a la población con menos ingresos.

Además de los principios generales de la ley y de la constitución política, la ley 100 de 1993 estableció reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.

El sector de la salud en Colombia bajo la ley 100 de 1993 se estanca en el proceso realizado con las EPS, quienes aseguran a todos los colombianos por un monto por cabeza, el famoso UPC (Unidad de Precio por Captación), valor que para el régimen contributivo fue de 746.046,00 pesos; y para el régimen subsidiado, de 667.429,20 pesos en el año 2017. (Ministerio de Salud, 2016), según las EPS este monto no alcanza para cubrir todos los eventos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, afecta la rentabilidad de la EPS y por ende sus procesos de eficiencia, lo cual hace que terminen no entregando lo que se prometió al paciente y colocando en juego procesos vitales.

La Ley 100 de 1993, norma primordial del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el congreso de la república y en su componente de salud han sido las siguientes:

- Ley 1122 de 2007: su objetivo según se señala en su artículo primero fue: “...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”. (Congreso de la Republica, 2007)

Las reformas que instauró fueron:

1. Creación del CRES (Centro de regulación en salud) como asesor y consultor del ministerio de la protección social y comisión de regulación en salud. Esta entidad (CRES) tenía como funciones específicas definir y modificar los planes obligatorios de salud en cualquiera de los regímenes (contributivo y subsidiado), definir y revisar los medicamentos que hacían parte del POS y en situaciones de emergencia sanitaria, que pudieran afectar la salubridad pública, sus funciones serían asumidas por el ministerio de la protección social.
2. El monto de pago del régimen contributivo a partir del 01 de enero de 2007, 12.5% del ingreso o salario base de cotización, en el que el empleador paga 8.5% y el trabajador el 4%, del total. El 1.5% se destina al FOSYGA.
3. Los recursos del régimen subsidiado se obtendrán de entidades territoriales, el 25% del monto total de las rentas cedidas a los departamentos y distrito para la salud, del FOSYGA, de los aportes realizados por los afiliados que tienen derecho al subsidio parcial.

4. Aseguramiento de la población menos favorecida y vulnerable clasificada en los niveles I y II del sisben, también se estableció el no pago de cuotas moderadas o copagos para las personas pertenecientes a estos niveles.
  5. En el caso de enfermedades de alto costo en el que se solicite medicamentos no cubiertos en el POS en el régimen contributivo, la EPS lo llevara a consideración del comité técnico científico; en el caso de que esta no realice el proceso se obligara a la EPS y FOSYGA por medio de la acción de tutela a asumir dicho costo.
  6. Obligo a las entidades aseguradoras a implementar programas de promoción y prevención de las enfermedades definidas como prioritarias.
  7. Mecanismos que aseguren un mejor acceso a la salud en lugares geográficamente dispersos como Amazonas, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.
  8. Atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país, donde EPS o entidades territoriales responsables no podrán negar la prestación del servicio.
  9. Las EPS deberán atender con agilidad y frecuencia necesaria, al igual que asignar citas en el menor tiempo posible para un tratamiento oportuno.
  10. Cambiarse de aseguradora en el caso de que las promesas ofrecidas al vincularse a esta no se cumplan, sin importar tiempo de permanencia.
  11. Las IPS públicas deberán transformarse en empresas sociales del estado o afiliarse a una para prestar sus servicios.
  12. El gobierno definirá cada 4 años el plan nacional de salud pública, cuyo objetivo sería la atención y prevención de los principales riesgos para la salud, promoción de estilos de vida saludable, salud sexual y reproductiva, salud mental, violencia, maltrato, drogadicción y suicidio; todo por medio de campañas publicitarias en tv. (Congreso de la Republica, 2007)
- Ley 1438 de 2011: según lo señala su artículo primero: "...tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde

servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera” (Congreso de la Republica de Colombia, 2011)

- Ley 1562 de 2012: por la cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.
- Resolución 5521 de 2013: se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Resolución 2003 de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. (Ministerio de salud, 2018)
- Ley estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015: tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Objetivos, se trataba de erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la educación primaria universal, promover la igualdad entre géneros, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, mejorar la salud materna, luchar contra el VIH sida, la malaria y otras enfermedades, buscar la sostenibilidad ambiental y fomentar la asociación mundial. (El Tiempo, 2015)
- Agendas de las Américas y área Andina (2008-2017): La acción colectiva de los países de la región se orienta por la agenda emitida por la OPS y sus países miembros. En esta se determina un área de acción específica del Talento Humano en salud: Fortalecer la Gestión y Desarrollo de los trabajadores de la Salud: esta área de acción desarrollo cinco desafíos específicos:
  1. Definición e implementación de políticas y planes de largo plazo para el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, basados en evidencia.

2. Encontrar soluciones para resolver las inequidades en la distribución del personal de la salud.
3. Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo retengan a sus trabajadores de la salud.
4. Mejorar la capacidad de gestión de personal y las condiciones de trabajo para aumentar el compromiso de los trabajadores de salud con la misión institucional.
5. Acercar a las instituciones de formación y las de servicios de salud para una planificación conjunta de necesidades y perfiles de los profesionales del futuro. (Ministerio de salud, 2018).

De acuerdo con el Boletín de prensa emitido por Juan Pablo Uribe Restrepo, Ministro de salud y Protección Social, el 21 de noviembre del 2018, en la ciudad de Cali: para el año 2019 el país debe seguir afrontando retos que, de ser superados, determinarían a Colombia como uno de los tres países más competitivos para el sector salud de América Latina en el año 2023. Sin embargo, este objetivo no será posible en cuanto el sistema logre superar algunos de las más representativas problemáticas:

- Principalmente, la atención del Gobierno nacional debe estar enfocada en superar la liquidez del sistema que, en los últimos años, pasó de tener un 30% a un 50% de la población bajo el régimen subsidiado. Esta liquidez se debe principalmente a los recobros por fuera del plan Básico de servicios (no PBS), ya que no existe un buen control del precio de los medicamentos, compras centralizadas y valores máximos de recobros, entre otros.
- Será imposible mejorar las inversiones en talento humano, calidad y desarrollo de servicio, mientras sigan existiendo las deudas acumuladas entre el régimen contributivo y la ADRES, y entre el régimen subsidiado y las gobernaciones.
- No existe una reglamentación de la Ley Estatutaria, lo cual implica que los gobiernos sigan cometiendo los mismos errores que han llegado a una alarmante acumulación de deudas del sistema,
- La Superintendencia Nacional de Salud, no cuenta con reformas que fortalezca su capacidad de dirección, inspección, vigilancia y control del sistema de salud.

Otra de las dificultades que tienen que atravesar las instituciones prestadoras del servicio de salud en Colombia, es la denominación de Niveles de Complejidad y Niveles de Atención, que vienen siendo desarrolladas desde antes de la Ley 100/93, con un antecedente inicial en la Ley 10 de 1990 y en el Decreto 1760 de 1990. Estas definiciones se ajustan luego del año 1993 y la Resolución 5261 de 1994 donde se establece la precisión sobre los Niveles de Complejidad.

Los niveles de complejidad sirven para organizar la atención de salud, para brindar el servicio de forma eficiente y así cumplir con una buena cobertura de acuerdo a la demanda, dan la oportunidad de brindar el servicio con calidad y con la misma cantidad de recursos, por ello en Colombia existen 4 niveles de atención.

NIVEL I: está representado por los puestos de salud, centros médicos rurales, consultorios urbanos y rurales, centros de salud médicos familiares, incluye actividades, procedimientos e intervenciones que se pueden prestar el hospital ubicado en el municipio, representa el primer contacto con los pacientes, consiste en llevar la atención medica lo más cerca posible al paciente. Su característica principal es ser ambulatorio.

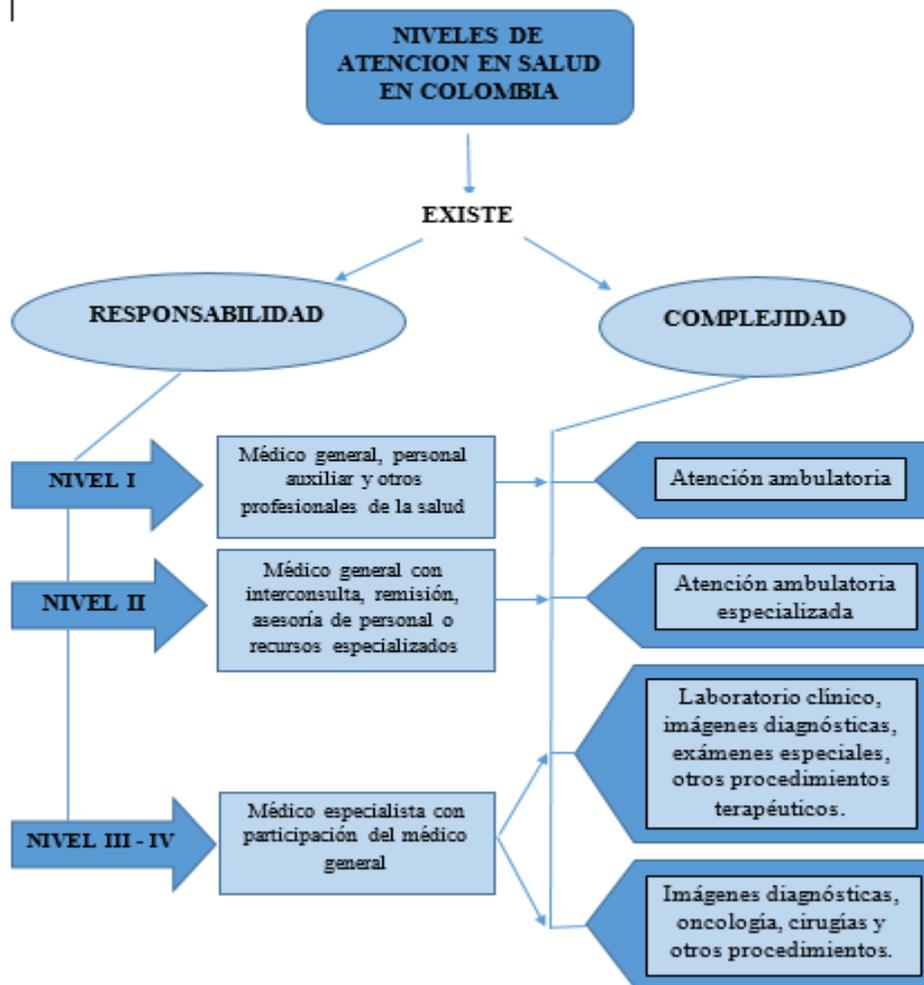
El primer nivel de atención es el de mayor importancia, ya que es donde se debe realizar mayores esfuerzos para prevenir, educar, proteger y detectar enfermedades a tiempo.

NIVEL II: es una red de hospitales que brinda atención a los padecimientos que requieren de hospitalización o atención de urgencia, recibe los pacientes que no se logró diagnosticar en el nivel I de complejidad, para el desarrollo de su servicio requiere tener apoyo diagnóstico más complejo como laboratorios, imágenes, etc. Los procedimientos realizados son de mediana complejidad.

NIVEL III: Esta representado por los establecimientos que pueden realizar procedimientos reservados, es decir bajo condiciones de hospitalización, se agrupan los hospitales de alta especialidad y los servicios y equipos no existen en el II nivel de atención, se dedica a atender los casos con patología, debe incluir pabellones quirúrgicos.

NIVEL IV: Esta representado por las unidades de tratamiento intensivo, requiere de gran cantidad de recursos, tanto humano como de equipos, sus niveles de complejidad en la atención son los más altos, por lo cual su característica principal es mínima cobertura y máxima complejidad. (Limas)

Ilustración 4: estructura de los niveles de complejidad.

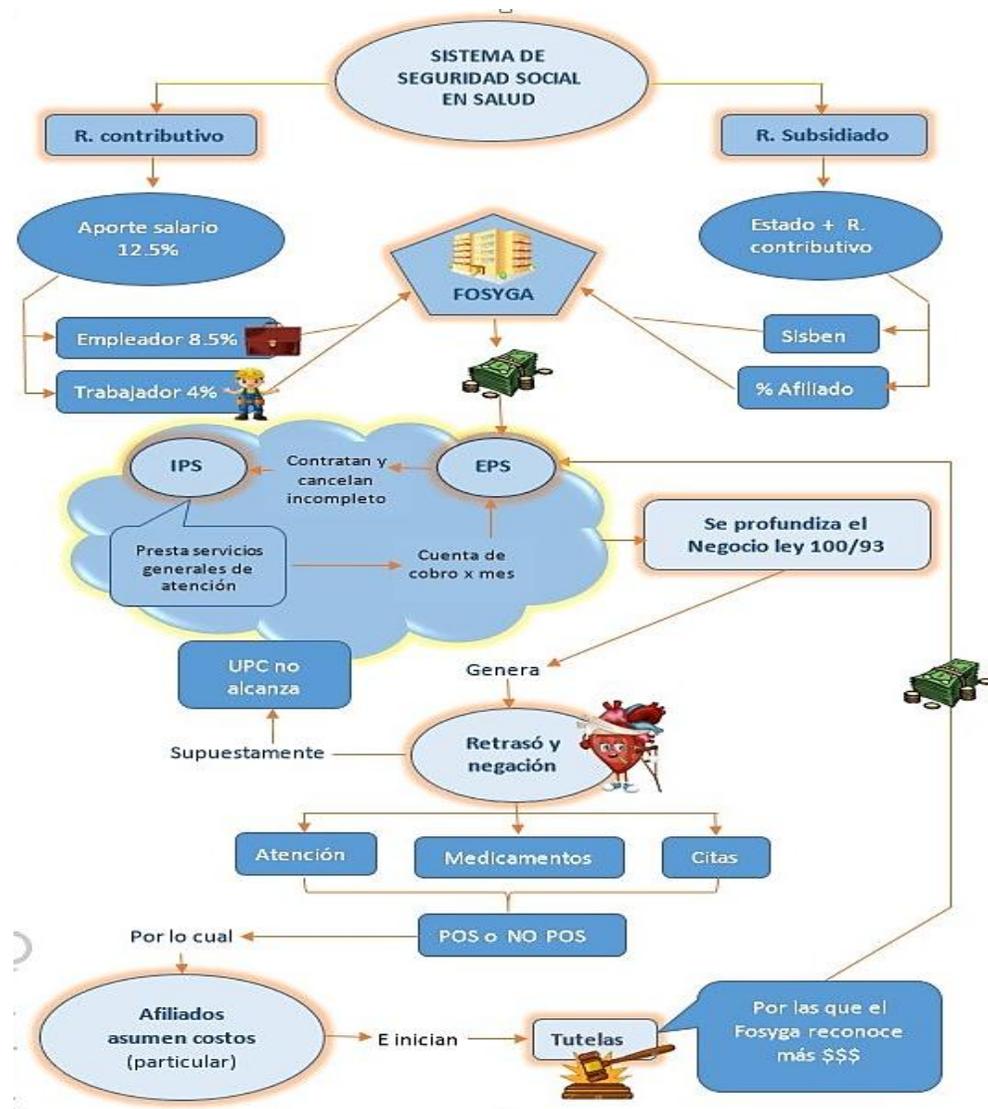


Fuente: Elaboración propia con datos de (Limas)

Dentro de los contenidos del Plan Obligatorio del Régimen subsidiado se establece la atención en el Primer Nivel de Complejidad, lo que significa que las actividades desarrolladas por Médico general y los correspondientes, hacen parte del POS-S. Con la aparición del Decreto 1011 de 2006, que habla del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud y con la Resolución 1043/2006, se reglamenta la denominación de Servicios de Baja, Mediana y Alta Complejidad, que corresponderían a los criterios de Nivel I, Nivel II y Nivel III, respectivamente. (Limas)

Con base en lo anterior se puede determinar que el sistema de salud bajo la ley 100 de 1993 contiene varios retos por los cuales las entidades prestadoras e instituciones prestadoras deben atravesar para permanecer en el mercado al cual están sujetas, estos diferentes retos enmarcados bajo decretos, leyes, estándares, políticas, etc. Deben ser cumplidos; lo que no se tiene estipulado son los malos manejos administrativos que surgen debido a la deficiente estructura del sistema general de seguridad social, donde cada participante desea manipular el sistema a su antojo y conveniencia, sacando provecho de los procesos ejecutados en su cargo como se podrá corroborar en la siguiente figura.

*Ilustración 5 ¿cómo funciona el negocio de la salud bajo la ley 100 de 1993?*



*Fuente: elaboración propia.*

Otro punto importante manifestado en el esquema anterior son los factores que componen el sistema y como a su vez se costean.

Los recursos que se recaudan para el sector salud, vienen, como dijimos anteriormente de distintas entidades, entre ellas está el fondo de solidaridad y garantía FOSYGA, que a partir de la ley 100 de 1993, se estructuró en cuatro subcuentas independientes: Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo. 2. Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud. 3. Subcuenta de Promoción de la Salud. 4. Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, según el artículo 167 de esta Ley. Cada una de estas subcuentas, cumplen un papel fundamental dentro del sistema económico de salud, pues se enfoca en contribuir a un servicio en particular. La primera, tiene como objetivo permitir el proceso de compensación interna entre las entidades promotoras de salud EPS y demás entidades a compensar. La segunda, permite cofinanciar con los entes territoriales, los subsidios a los afiliados al Régimen Subsidiado, siendo estos los colombianos más pobres y vulnerables. La tercera, tiene como objetivo financiar actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad. Y en la cuarta, el Gobierno Nacional destinará recursos para la atención en salud a la población en condición de desplazamiento forzoso sin capacidad de pago, con cofinanciación de las Entidades Territoriales condición que se mantendrá hasta que sean afiliados al régimen subsidiado.

Además del régimen subsidiado, el sistema de salud recibe participación económica a través del régimen contributivo, que en términos generales es “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y el empleador o la Nación, según el caso.” (Ministerio de salud y protección social, 2018). Además, está la Unidad de Pago por Capitación es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud en los Regímenes Contributivo.

El régimen subsidiado se financia por diferentes fuentes de recursos:

Sistema General de Participaciones (SGP) con un 24.5% para salud: de los cuales el 80% se destina para su financiación, 10% para salud pública y el 10% restante para prestación de servicios de

salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta (Lina María Camero Nader, 2016, pág. 27).

*Tabla 8: Distribución en la nación del SGP en salud 2017.*

<b>%</b>	<b>Componente</b>	<b>Sistema General de Participación</b>
<b>24.5%</b>	Salud	\$8.225.833.582.466
<b>80%</b>	Régimen Subsidiado	\$6.580.666.865.972
<b>10%</b>	Salud Pública	\$822.583.358.247
<b>10%</b>	Prestación de servicios y subsidio a la oferta	\$822.583.358.247

Fuente: elaboración propia con datos de (Departamento nacional de planeacion, s.f.)

*Tabla 9: Distribución en el municipio de Popayán del SGP en salud 2017.*

<b>%</b>	<b>Componente</b>	<b>Sistema General de Participación</b>
<b>24.5%</b>	Salud	\$41.271.766.192
<b>80%</b>	Régimen Subsidiado	\$38.916.558.450
<b>10%</b>	Salud Pública	\$2.355.207.742
<b>10%</b>	Prestación de servicios y subsidio a la oferta	0

Fuente: elaboración propia con datos de: (Departamento Nacional de Planeacion, s.f.)

5% de los recaudos del subsidio familiar que administran las cajas de compensación familiar (CCF) (Congreso de la Republica de Colombia, 1993).

También recursos definidos en la Ley 1393 de 2010 que aclaran las rentas de destinación específica para la salud según cada impuesto, se costea con el 1.5% de la subcuenta de solidaridad de ADRES la cual incluye aporte del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción. (Congreso de la Republica de Colombia, 2007, pág. art.214)

Los de régimen contributivo se financian con los mismos porcentajes del régimen subsidiado, pero a diferencia de ellos, como trabajadores independientes deben aportar el 12.5% de su salario: el

4% le corresponde al empleado y el 8.5% al empleador, dicho régimen cubija a los empleados y a su núcleo familiar.

*Tabla 8: % de las rentas territoriales que se destina para salud.*

<b>RENTAS TERRITORIALES</b>	<b>subsidiado</b>	<b>Recursos para prestación</b>	<b>Función amiento</b>
IVA cedido de licores, vinos y aperitivos.	50%	25%	25%
8 Puntos del IMPOCONSUMO de cerveza (IVA del 8% cerveza).	50%	25%	25%
Loterías.	68%	0%	25%
Derechos de explotación de juego de apuestas permanentes o chances.	68%	0%	25%
Recursos transferidos por COLJUEGOS (Distintos a Premios no cobrados).	75%	0%	25%
Sobretasa de cigarrillos - Ley 1393 de 2011	100%	0%	0%
6% Impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos	100%	0%	0%
Premios no cobrados	100%	0%	0%

Fuente: elaboración propia con datos de

La prestación de servicios y subsidios a la oferta involucra:

- Prestación de servicios a la población pobre no asegurada.
- Prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de la población afiliada al Régimen Subsidiado.
- Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado y Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE.
- Prestación de Servicios de Salud a través de Empresas Sociales del Estado, en condiciones de eficiencia. (Lina María Camero Nader, 2016, pág. 45)

También es importante tener en cuenta que la población nacional afiliada bajo la figura de régimen subsidiado en el año 2017 ascendía a 22.434.577 (Ministerio de Salud, 2016) la cual representaba el 45.51% del total de la población colombiana (49.291.609) en dicho año (DANE, 2011).

El municipio de Popayán contaba con 282,453 habitantes para el año 2017 (DANE, 2011) de los cuales 137.773 se encontraban afiliados al régimen subsidiado, constituyendo el 48.78% del total de la población.

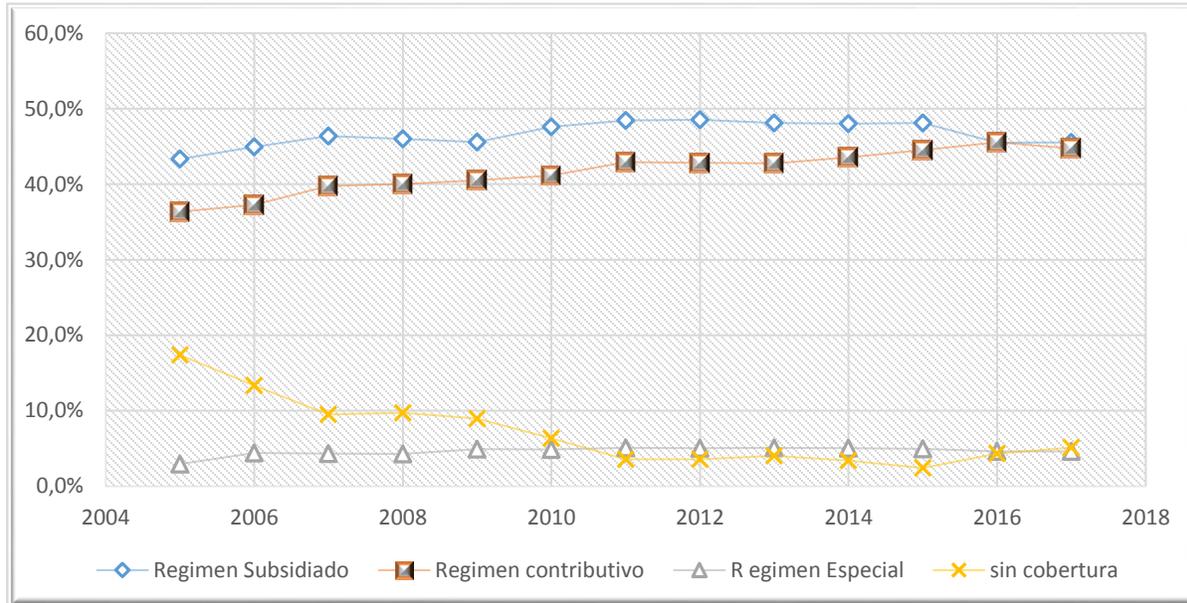
Por otro lado la ley 100 de 1993 define que se necesita estar amparado bajo un régimen para ser considerado como una persona cubierta, en cuanto a las cifras de cobertura de aseguramiento posteriores a dicha ley, han sido variables, muchas de ellas demasiado inconsistentes, por tal, es importante evidenciar el progreso que se ha tenido en cuanto a este tema. Referenciados por la cantidad de población en Colombia del 2005 al 2017, se observará el porcentaje de cobertura por cada régimen; obedeciendo a que este nuevo modelo se debería cubrir el núcleo familiar del trabajador y amparar bajo el régimen subsidiado a la mayoría de la población.

*Tabla 10: afiliados a los diferentes regímenes en Colombia*

AÑOS	Total población Colombiana	Regimen Subsidiado	Pocentaje	Regimen ontributivo	Pocentaje	Regimen Especial	Pocentaje	sin cobertura	Pocentaje
2005	42.888.592	18.581.410	43%	15.590.619	36%	1.264.458	3%	7.452.105	17%
2006	43.405.956	19.510.572	45%	16.184.214	37%	1.910.351	4%	5.800.819	13%
2007	43.926.929	20.373.977	46%	17.465.944	40%	1.910.351	4%	4.176.657	10%
2008	44.451.147	20.446.488	46%	17.778.887	40%	1.910.351	4%	4.315.421	10%
2009	44.978.832	20.494.516	46%	18.232.720	41%	2.222.126	5%	4.029.470	9%
2010	45.509.584	21.665.210	48%	18.723.118	41%	2.222.126	5%	2.899.130	6%
2011	46.044.601	22.295.165	48%	19.756.257	43%	2.347.426	5%	1.645.753	4%
2012	46.581.823	22.605.295	49%	19.957.739	43%	2.347.426	5%	1.671.363	4%
2013	47.121.089	22.669.543	48%	20.150.266	43%	2.402.307	5%	1.898.973	4%
2014	47.661.787	22.882.669	48%	20.760.123	44%	2.402.307	5%	1.616.688	3%
2015	48.203.405	23.179.801	48%	21.453.376	45%	2.402.307	5%	1.167.921	2%
2016	48.747.708	22.171.463	45%	22.199.204	46%	2.260.693	5%	2.116.348	4%
2017	49.291.609	22.434.577	46%	22.045.454	45%	2.287.296	5%	2.524.282	5%

Fuente: elaboración propia con información de Min salud.

Tabla 11: grafica afiliados a sector salud Colombia



Fuente: elaboración propia con información de la tabla 10.

Las cifras indican que la población sin cobertura desde el año 2005 al 2007 disminuyó, es decir que fue amparada bajo el régimen subsidiado como se observa en la línea de tendencia azul; a pesar de este progreso, los asegurados bajo a este régimen no superan en gran medida al régimen contributivo, por contrario en el año 2015 los asegurados al régimen subsidiado inician un descenso al punto de llegar en el año 2016 al mismo porcentaje de cobertura con el régimen contributivo (45%), razón que so pena de analizar porque el objetivo de la ley 100 de 1993, no se está cumpliendo a cabalidad, pues se pretendía que con la implementación de esta, la cobertura en salud se extendiera a la mayoría de la población bajo el régimen subsidiado.

### 7.1.1. Aplicación encuesta.

Como anteriormente se evidencia existen infinidad de trámites, requisitos, retos y demás trabas, las cuales deben cumplir la EPS e IPS para lograr permanecer en la competencia del sistema de salud, a continuación se presenta información sustraída de directivos y personal de las prestadoras de servicios, como aporte al desarrollo de este objetivo y situación actual del sistema de salud, contribuciones que nos permiten analizar de manera más real ¿Por qué la crisis de la salud en Colombia?

En la aplicación de la encuesta “la crisis de la salud en Colombia” se indaga mediante 11 ítems sobre la situación y opinión actual del objeto de estudio, la temática a desarrollar y la información a extraer se basa en los siguientes criterios:

En la Constitución de 1991 la salud estaba consagrada como un servicio y desde entonces ha venido evolucionando. No obstante, la gente tenía que recurrir a la justicia para hacerlo valer, mediante mecanismos como la acción de tutela, por lo cual La ley estatutaria trata de evitar esto (Fernández, Qué cambió y cómo lo afecta la nueva ley que rige la salud en el país, 2017).

En base a la anterior información surge la primera pregunta: **¿Considera usted que la salud dejó de ser un servicio y se convirtió en un derecho?**

Trayendo a colisión otro tema relevante en el sistema de Salud, encontramos los famosos “paseos de la muerte”, que evidencian la precaria prestación de servicio en salud en condiciones de urgencias, por tal, sería importante y un deber, garantizar que en los centros asistenciales no sea el vigilante quien determine si es una urgencia o no, atendiendo a que la salud es un derecho de todo ciudadano. Cabe mencionar que según Caracol Radio en un documento conocido el 03 de octubre del 2018, aún existen malos manejos en la prestación del servicio de salud, incrementando el paseo de la muerte pese a las medidas implementadas por la ley estatutaria (Caracol Radio, 2018). Razón por la cual se pregunta **¿cree usted que se acabaron los paseos de la muerte?**

Tabla 12: *Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias ante la Súper Salud por "Paseos de la muerte" en cada departamento.*

N°	PQRD RELACIONADAS CON PASEO DE LA MUERTE POR DEPARTAMENTOS	AÑO 2017 (Ene.-Dic.)	AÑO 2018 (Ene-Agos.)	TOTAL
1	Bogotá, D.C.	17	23	40
2	Antioquia	13	17	30
3	Valle del Cauca	4	10	14
4	Atlántico	5	6	11
5	Cundinamarca	4	7	11
6	Santander	3	3	6
7	Cesar	2	3	5
8	Bolívar	1	4	5
9	Caldas	3	1	4
10	Tolima	3	1	4
11	Risaralda	1	2	3
12	Meta	1	2	3
13	Córdoba		3	3
14	Cauca	2	1	3
15	Boyacá	2	1	3
16	Casanare	2		2
17	Sucre	1	1	2
18	Magdalena	1	1	2
19	Norte de Santander	2		2
20	Caquetá	1	1	2
21	Quindío	2		2
22	Huila	1	1	2
23	Nariño	1		1
24	LA Guajira	1		1
25	Guainía		1	1
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>73</b>	<b>89</b>	<b>162</b>

Fuente: (Caracol Radio, 2018)

En este sentido **las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias formuladas ante la Súper salud por los usuarios se encuentran contenidas en su mayoría en los siguientes motivos:**

- Deficiencia en la efectividad de la atención en salud.
- Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo.
- Peticiones, quejas y reclamos interpuestos por IPS-EPS.

- Entidades territoriales y organismos de control y vigilancia.
- Restricción en el acceso a los servicios de salud.

La tercera pregunta **¿considera que hay un fin del pos?** Hace referencia a la decisión de acabar con el listado de cosas a las que se supe se tenía derecho, con la aplicación de esta, se quiere recolectar información de que opinan integrantes de la salud sobre dicho acontecimiento, ya que la norma consagra que el servicio de salud debe prestarse de manera integral, no parcial o pedaceada. Por ejemplo: al tratar una enfermedad de alto costo (como el cáncer) suele ocurrir que, como algunos medicamentos y servicios que se requieren están por fuera del POS, los pacientes deben pedirlos vía tutela, comprarlos o quedarse sin ellos. (Fernández, Qué cambió y cómo lo afecta la nueva ley que rige la salud en el país, 2017)

Por tal motivo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) dejó de existir por cuenta del artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, que plantea un nuevo mecanismo para definir las prestaciones a las que tienen derecho los afiliados al sistema. En esencia, se invierten las cosas: en lugar de un listado de los beneficios (el POS), la ley le exige al Ministerio de Salud que defina todo aquello a lo que los usuarios no tienen derecho. En otras palabras, el Gobierno debe elaborar una lista pública de servicios excluidos, los cuales no podrán ser exigidos por nadie, salvo casos muy excepcionales, además de implementar una nueva plataforma, denominada MiPres, (que traduce: Mi Prescripción) llegó inicialmente como una estrategia para los afiliados que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el régimen contributivo para el año 2016 y ahora con los aprendizajes de dos años será una realidad para quienes se encuentran afiliados al régimen subsidiado. Con ella se obtienen cambios en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con la inclusión de nuevas tecnologías, la regulación de precios de medicamentos y la disminución de trámites para que pacientes obtengan servicios que no contemple el PBS o que sean complementarios a la salud a través de la plataforma tecnológica “MiPres” (Aguilar, 2018)

De acuerdo a lo anterior se crea la posibilidad nombrada en papel de otorgar autonomía médica, es decir que se ampara la decisión de los profesionales sobre tratamientos de sus pacientes, sin ningún condicionante; son los médicos quienes deberán autorregularse. Surge entonces el planteamiento **¿Su institución concede la autonomía medica?**, pese a que la ley lo plantea aún

existen restricciones a las que deben someterse los médicos, como garantes del cumplimiento de estatutos internos de ciertas prestadoras de salud. Por lo que es necesario identificar y conocer los puntos de vista de quienes son encuestados.

En cuanto al proceso del giro y compensación mencionado como pregunta en la encuesta aplicada, se pretende conocer si las entidades e instituciones están de acuerdo en cómo se ejecuta y de acuerdo a ello cuál es su punto de vista o relación con el endeudamiento del sistema de salud.

*Tabla 13: EPS encuestadas en la ciudad de Popayán*

<b>EPS</b>	
1	Emssanar s.a.s
2	Sanitas
3	S.O.S
4	Coomeva
5	Salud vida
6	Asmet salud
7	Nueva EPS
8	Mallamas
9	Medimas
10	Asociación indígena del Cauca
11	Comfacauca

Fuente: Elaboración propia

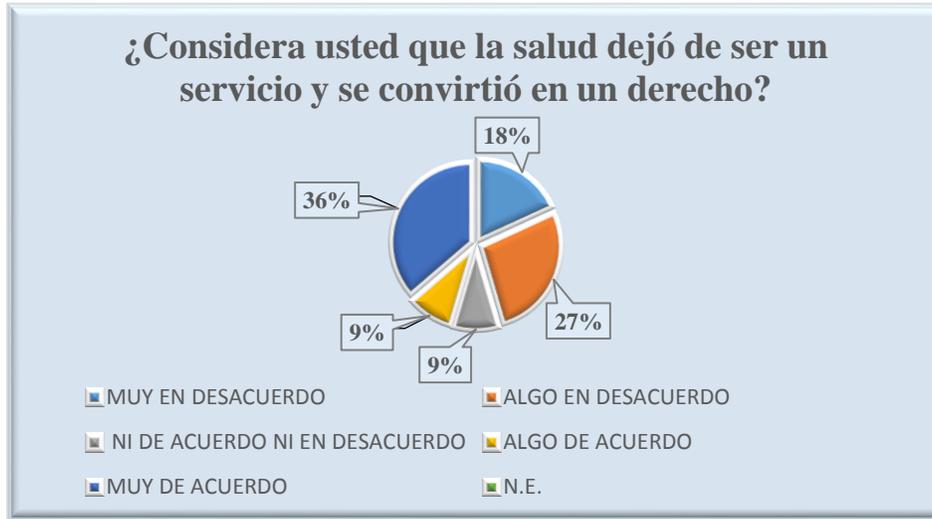
Tabla 14 : encuestas de dificultades de las EPS, a la prestación de servicio de salud en la ciudad de Popayán.

<b>ENCUESTA DE DIFICULTADES EN LA PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA-EPS</b>	muy en desacuerdo	algo en desacuerdo	ni de acuerdo ni en desacuerdo	algo de acuerdo	muy de acuerdo	N.E (no evidenciado)	si	no	<b>TOTAL</b>
¿considera usted que la salud dejó de ser un servicio y se convirtió en un derecho?	2	3	1	1	4	0			<b>11</b>
¿cree usted que se acabaron los paseos de la muerte?	3	3	1	3	1	0			<b>11</b>
¿considera que hay un fin del POS?	2	3	4	1	1	0			<b>11</b>
¿considera que los elementos, productos o equipos empleados en el servicio de su IPS oEPS son los mas optimos?	1	0	1	7	2	0			<b>11</b>
¿su insitucion concede la autonomia medica?	0	0	0	2	9	0			<b>11</b>
¿se promociona capacitacion a sus pacientes sobre como asumir sus derechos y deberes?	1	2	0	2	6	0			<b>11</b>
¿considera que el presupuesto para la salud es suficioente?	4	1	2	3	1	0			<b>11</b>
¿el proceso de giro y compensacion es adecuado?	1	1	6	1	0	2			<b>11</b>
¿tiene usted conocimiento de las APP(asociaciones publico privadas)?							6	5	<b>11</b>
¿Por qué el endeudamiento del sistema de salud?	pocos recursos	corrupcion y mal manejo		mal uso por parte de pacientes		el sistema no cumple necesidades territoriales			<b>11</b>
	3	5		2		1			

Fuente: elaboración propia con información del anexo 1.

Referente a si considera que la salud dejó de ser un servicio y se convirtió en un derecho, el 36% de las EPS encuestadas está muy de acuerdo y el 27% algo en desacuerdo.

Ilustración 6: ¿Considera usted que la salud dejó de ser un servicio y se convirtió en un derecho?



Fuente: elaboración propia con datos de tabla 13

En cuanto a si creen que acabaron los paseos de la muerte, se evidencia que el 27% de las EPS se encuentra muy en desacuerdo y solo el 9% considera que si terminaron.

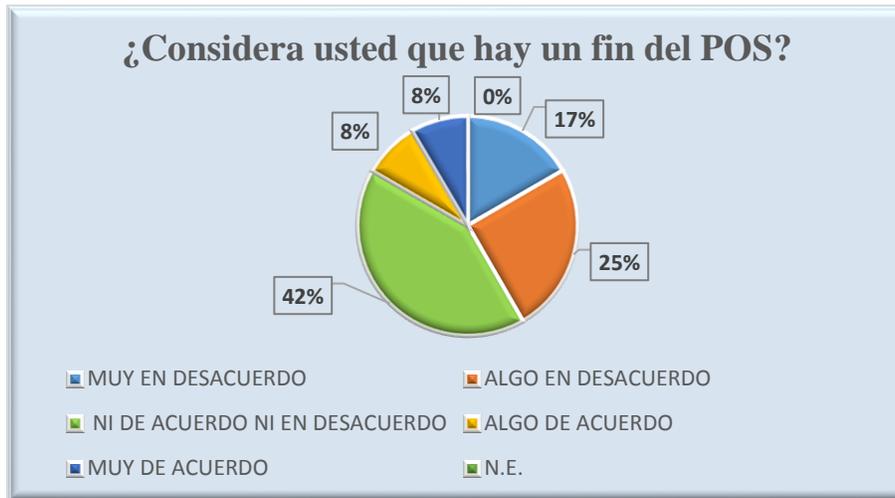
Ilustración 6: ¿Cree usted que se acabaron los "paseos de la muerte"?



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 13.

El 42% de las EPS no está ni de acuerdo, ni en desacuerdo en considerar el fin del POS, mientras que el 17% está muy en desacuerdo y solo el 8% considera que si hay fin del POS.

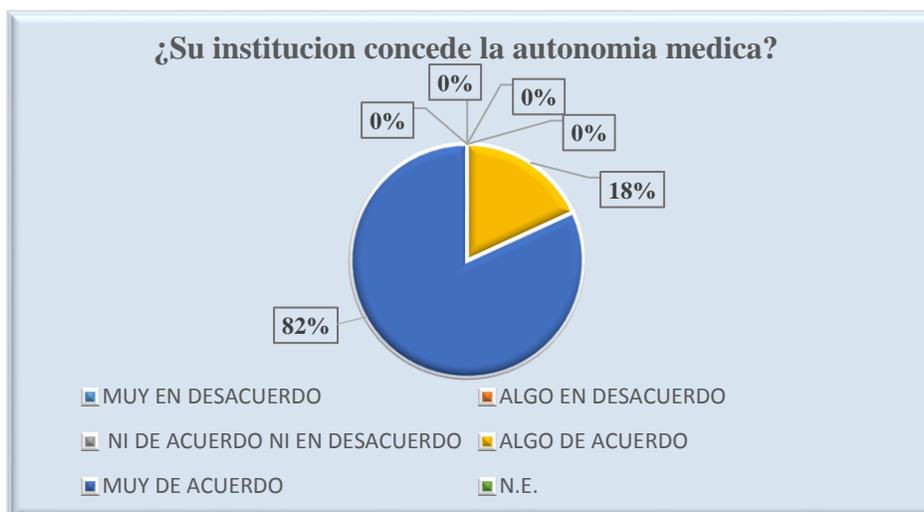
*Ilustración 7: ¿Considera usted que hay un fin del POS?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 13.

A la pregunta su institución concede la autonomía médica el 82% contestó que si al estar muy de acuerdo y solo el 18% de las EPS estuvo algo de acuerdo.

*Ilustración 8: ¿Su institución concede la autonomía médica?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 13.

El 36% está muy en desacuerdo en que el presupuesto para la salud es suficiente, el 27% está algo de acuerdo y el 9% muy en desacuerdo.

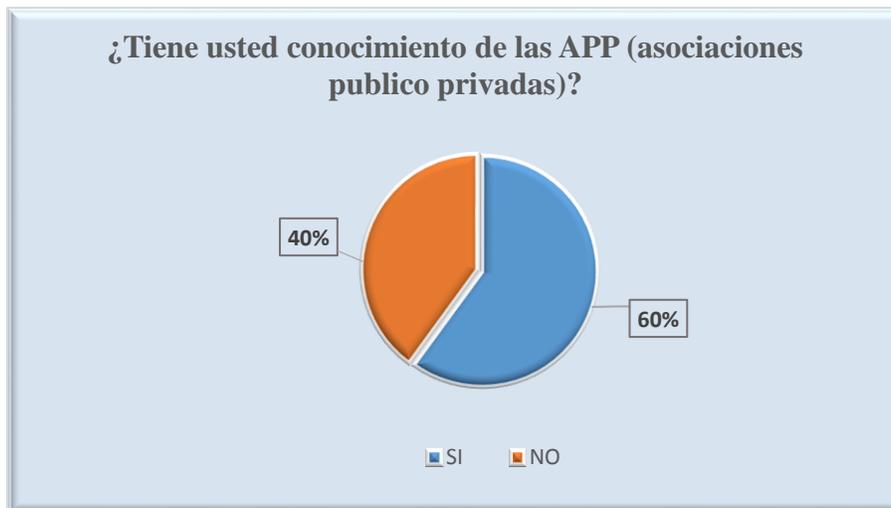
Ilustración 9: ¿Considera que el presupuesto para la salud es suficiente?



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 13

La mayoría de las EPS no tienen conocimiento de las Asociaciones Publico Privadas, estas están representadas por el 60%.

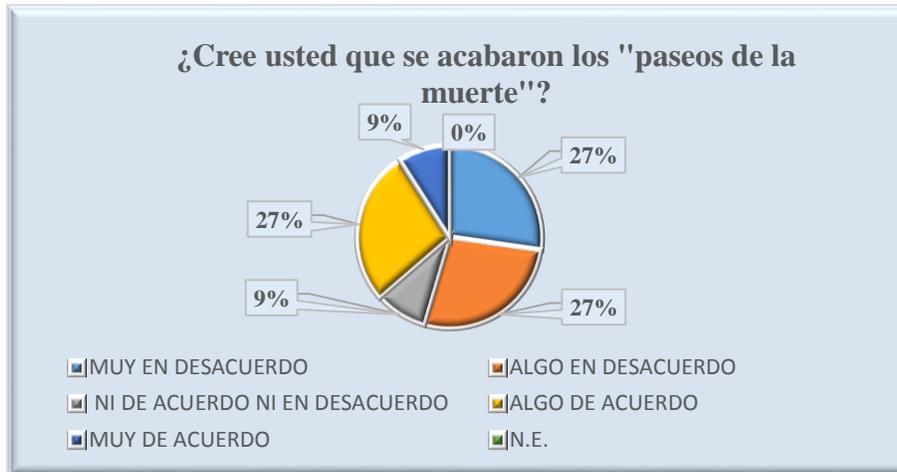
Ilustración 10: ¿Tiene usted conocimiento de las APP (asociaciones público privadas)?



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 13

En la pregunta cree usted que se acabaron los paseos de la muerte se ve reflejado que aún existe negación de la prestación del servicio de salud y por eso las respuestas se dividen en igual porcentaje 27% para muy en desacuerdo, algo en desacuerdo y para algo de acuerdo.

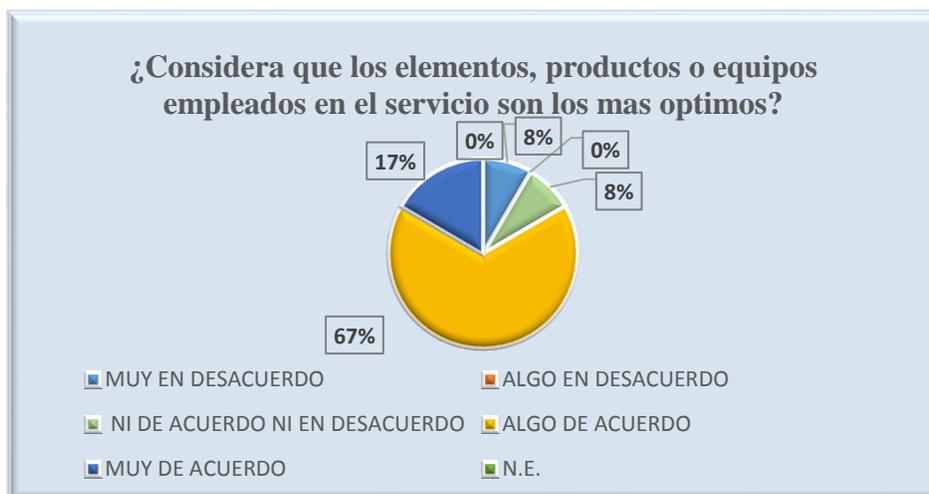
*Ilustración 11: ¿Cree usted que se acabaron los "paseos de la muerte"?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 13

Relacionado a la pregunta, si Considera que los elementos, productos o equipos empleados en el servicio son los más óptimos se puede evidenciar que en la gran mayoría de la respuesta el 67% están algo de acuerdo.

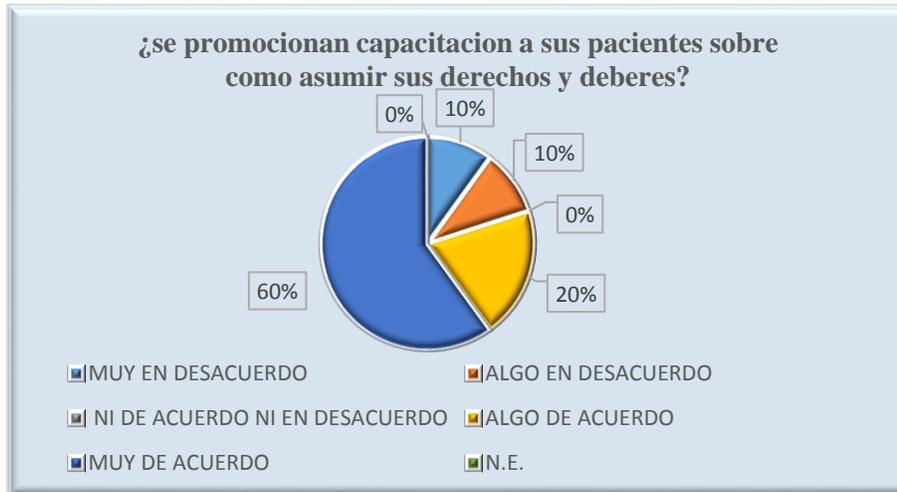
*Ilustración 12: ¿Considera que los elementos, productos o equipos empleados en el servicio son los más óptimos?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 13

El 60% de las EPS encuestadas, están muy de acuerdo en la pregunta, si promocionan capacitación a sus pacientes sobre como asumir sus derechos y deberes.

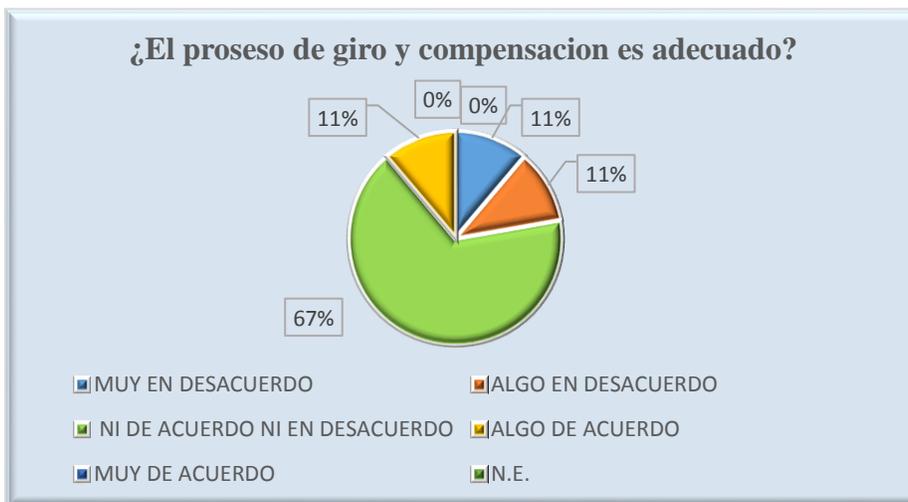
*Ilustración 13: ¿se promocionan capacitación a sus pacientes sobre como asumir sus derechos y deberes?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 13

De acuerdo a la pregunta si el proceso de giro y compensación es de adecuado, el 67% de las EPS encuestadas están ni de acuerdo ni en desacuerdo y se dividen las opiniones con un mismo porcentaje 11% entre muy en desacuerdo, algo en desacuerdo y algo de acuerdo.

*Ilustración 14: ¿El proceso de giro y compensación es adecuado?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 13

Tabla 15: IPS encuestadas en la ciudad de Popayán

IPS (INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD)					
1	Complab servicios medicos integrales	41	Neuroser de Occidente	81	Cooperativa especializada de salud IPS
2	Hospital en casa s.a	42	Laboratorio Angel Diagnostica	82	Cetro medico Biotecnologico EU
3	Laboratorio lorena vejarano	43	Oscar E. Odoñez	83	centro de salud Luz Occidente
4	Centro de salud yanacanas	44	E.S.E Popayan	84	Hospital Susana Lopez
5	Santiago Ayerbe Gonzales	45	Horisoos	85	Hospital universitario San Jose
6	Centro de salud sur oriente Popayan ese	46	Clinica la Estancia Monica Patricia Risueño	86	SIGMA
7	Consejo regional Indigena del Cauca CRI	47	Sies Salud S.A	87	ECOFETUS
8	Davita Popayan	48	Ruben Dario Solarte Dermatologo.	88	Nueva Betania
9	Ames S.A.S	49	Sanitas	89	Home Geal LTAD.
10	Pronacer medicina diagnostica	50	Rehabilitar	90	H&M Dra: Maria E. Paz
11	Todomed IPS	51	Angel diagnostica La Estancia	91	Clinica los Andes Olmedo Paz.
12	Clinica salud proteccion IPS S.A.S	52	Srnisalud	92	Coomfacauca
13	Fundacion de rehabilitacion cardiopulmonar	53	Interfisica	93	Dr. Rosalba Diaz Castro. Ciudad blanca Con N° 310
14	A su salud Home care S.A.S	54	Medicina Domiciliaria Colombia. Sandra Gimena Collazos	94	Dr. Alvaro Ivan Narvaez Gomez. Valle de pubenza Cons N° 307
15	Centro de atencion medica Integral y preventiva	55	Cruz Roja	95	Cosmitet LTDA Corporacion de servicio medico.
16	Corporacion IPS de occidente	56	Home Health salud en casa SAS.	96	Luz Dey Ordoñez Mora. Valle de pubenza Cons. N°106
17	Centro de salud Loma de la virgen	57	Cosmitet LTDA	97	Centro de salud sur occidente Popayan
18	Valle de pubenza	58	Valle de Pubenza Luz Dey Ordñez	98	Laboratorio clinico especializado Martha Cecilia Perafan
19	Hospital Toribio maya E.S.E	59	Hospital 31 de Marzo	99	Clinica Santa Gracia
20	Laboratorio clinico Martha Cecilia perdomo	60	Palmars Olga Lucia V.	100	Esperanza y salud SAS
21	Fundacion sabemos cuidarte	61	Coorporacion para el desarrollo del hombre	101	Fundacion salud social
22	Coorporacion IPS saludcoop - clinica	62	Sies Salud S.A el modelo	102	Clinica salud proteccion SAS
23	CMQ	63	Fresenius Medical care Colombia SA	103	Dr. Ruben Dario Solarte . PIEL LASER DERM
24	Clinica Santa Gracia dumian medical	64	Centro de salud de pueblillo	104	SIGMA medicina especializada integral
25	Fundacion nacer para vivir	65	Medicina Domiciliaria Colombian SAS.	105	Alternativa Biologica
26	Esperanza y salud	66	Fundacion Salud Social	106	Dr. Diego de Jesus Velasco. Palmars Cons N° 401
27	Fisiosalu del cauca	67	Universtario Salud Alfo	107	Victoria Eugenia Solano. Palamres Cons 104
28	Clinica la estancia	68	La estancia. Jose Rafael Arboleda.	108	Dr. Luz Muñoz Martinez
29	Centro de diagnostico P.	69	Valle de Pubenza Claudia Yanneth Perafan.	109	Dra. Heidy Patricia Pacheco. Palmars Cons 304
30	Profamilia	70	Lida Patricia Rivera	110	Dra. Olga Lucia Valencia. Palmars CS 304
31	Hematologia LTDA.	71	Edificio catay Dr -nestor Solarte Fernandez	111	Dr. Luis Fernando Rodriguez.
32	Hospital Maria Occidente	72	Ciudad Blanca consultorio 310 Dr Rosalba Diaz Castro	112	Centro de salud sur occidente
33	Provint salud LTDA.	73	Ciudad Jardin Dr: Victor Manuel Rodriguez	113	Hospital Maria Occidente
34	Siempre IPS SAS.	74	Valle de Pubenza. Alvaro Ivan Narvaez Gomez	114	IPS nueva Popayan
35	Sanamos centro de reabilitacion	75	Clinica Palmars Con: 401 Dr: Diego de Jesus Velasco	115	Esperanza y salud SAS
36	Valle de pubenza Claudia Perafan	76	Clinica Palmars Con: 104 Dra: Victoria E. Solano.	116	Dra. Lyda Patricia Rivera F. C la Estancia Cons. 312
37	Fundacion huellas	77	CMQ los Andes Con: 10 Dr: Silvio H. Estella	117	Nueva Betania IPS
38	Fundacion Innovagen	78	Dr: Anotonio Solarza Lopez	118	Clinica ESIMED
39	IPS Osteosalud	79	Clinica de salud mental Moravia	119	Dra. Claudia Castro
40	H&M Homme care	80	Clinica palmars Cons:304 Dra: Heidy Patricia Pacheco A.		

Fuente: elaboración propia.

Pese a que la muestra arrojo realizar 145 encuestas a IPS, 26 de ellas no fueron posible ejecutarse por falta de colaboración.

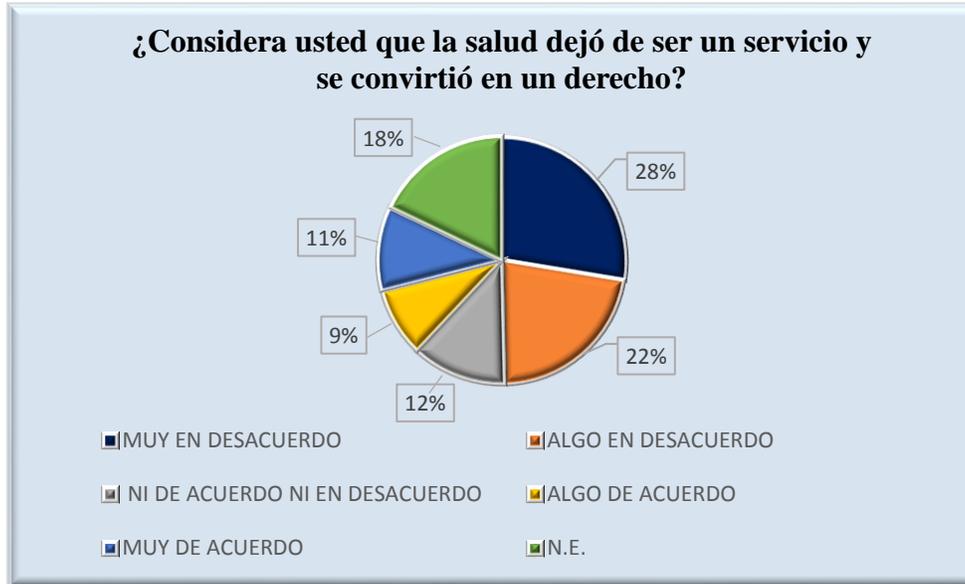
Tabla 16: encuestas de dificultades de las IPS, a la prestación de servicio de salud en la ciudad de Popayán.

ENCUESTA DE DIFICULTADES EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA- IPS	muy en desacuerdo	algo en desacuerdo	ni en acuerdo ni en desacuerdo	algo de acuerdo	muy de acuerdo	N.E (no evidenciado)	si	no	TOTAL
¿considera usted que la salud dejo de ser un servicio y se convirtio en un derecho?	40	32	18	13	16	26			145
¿cree usted que se acabaron los paseos de la muerte?	49	38	17	11	4	26			145
¿considera que hay un fin del POS?	21	30	36	21	11	26			145
¿considera que los elementos, productos o equipos empleados en el servicio de su IPS o EPS, son los mas optimos?	8	10	20	50	31	26			145
¿su institucion concede la autonomia medica?	12	7	7	38	55	26			145
¿se promociona capacitacion a sus pacientes sobre como asumir sus derechos y deberes?	23	23	28	15	30	26			145
¿conciidera que el presupuesto para la salud es suficiente?	34	22	47	12	4	26			145
¿el proceso de giro y compensacion es adecuado?	28	31	44	16	0	26			145
¿tiene usted conocimiento de las APP (asociaciones publico privadas)						26	41	78	145
¿Por qué el endeudamiento del sistema de salud?	Corrupción y mal manejo de recursos	falta de sentido de pertenencia	Poco presupuesto	endeudamiento	Pagos inconclusos	Falta de regulacion y control	Mala prestacion de servicio	N.E	145
	58	3	4	26	9	15	1	29	

Fuente: elaboración propia con información del anexo 1.

En la ilustración siguiente el 28 % de las IPS están en muy desacuerdo al considera que la salud de ser un servicio y se convirtió en un derecho, mientras el 9% está algo de acuerdo.

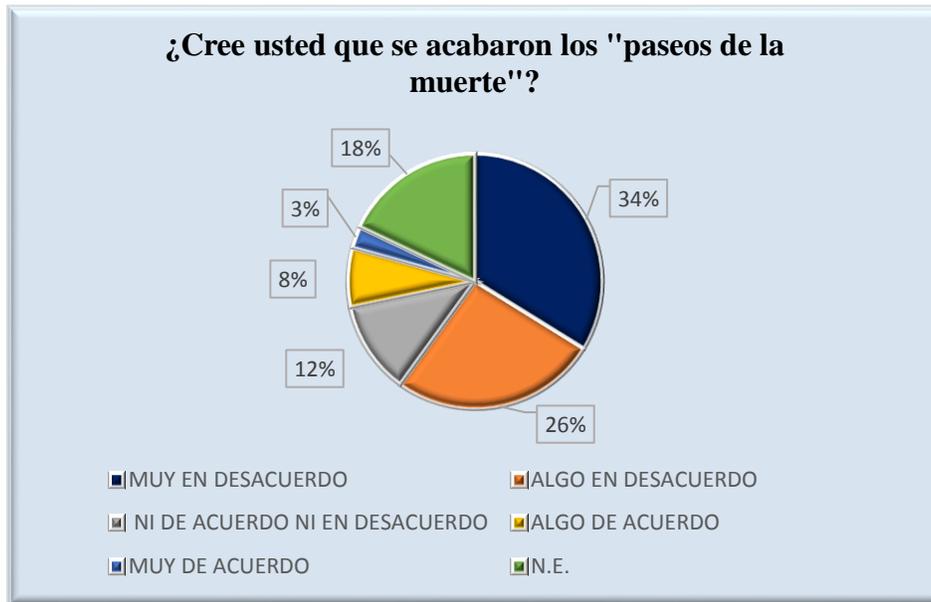
*Ilustración 15: ¿Considera usted que la salud dejó de ser un servicio y se convirtió en un derecho?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 14

¿Cree usted que se acabaron los paseos de la muerte? Ante esta pregunta el 34% de las IPS encuestadas contestaron que están muy en desacuerdo, y el 9 % están algo de acuerdo respecto a la pregunta.

Ilustración 16: ¿Cree usted que se acabaron los "paseos de la muerte"?



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 14

El 25% de las IPS están ni de acuerdo ni en desacuerdo en considerar el fin del POS, mientras que el 8% considera que si hay fin del POS al estar muy de acuerdo.

Ilustración 17: ¿Considera usted que hay un fin del POS?



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 14

En la siguiente ilustración, el 34% de las IPS encuestadas responden que están en algo de acuerdo, lo que nos indica que los equipamientos no son los suficientes para una buena prestación de servicio de salud.

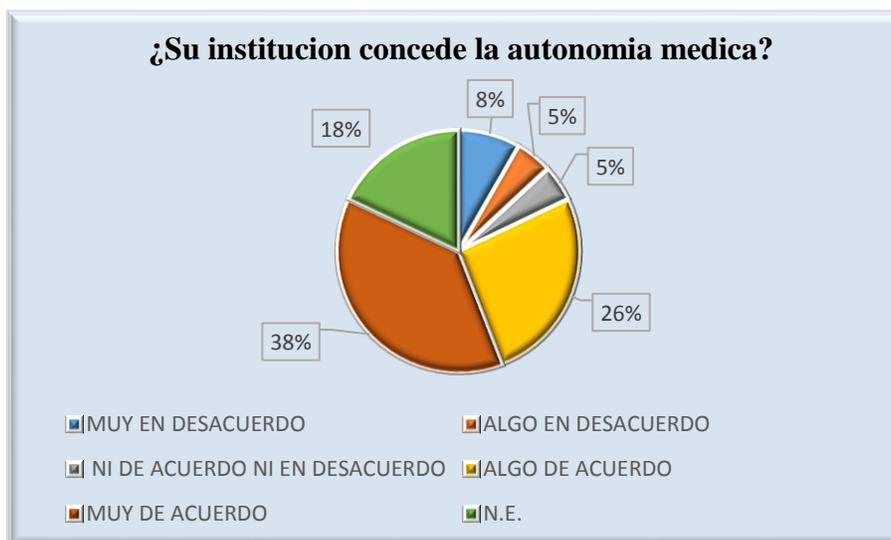
*Ilustración 18: ¿Considera que los elementos, productos o equipos empleados en el servicio son los más óptimos?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 14

A continuación, la pregunta si la institución concede la autonomía médica, el 68% las IPS encuestadas responde que están muy de acuerdo, y el 26% algo de acuerdo.

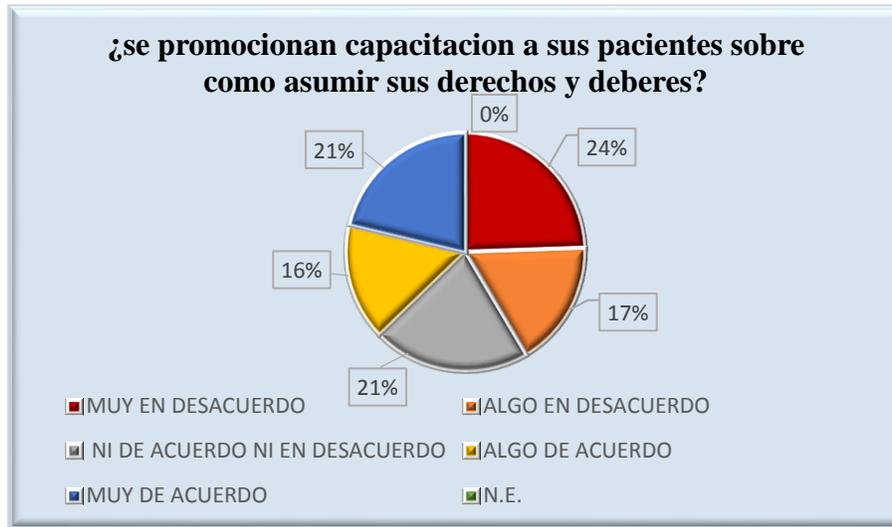
*Ilustración 19: ¿Su institución concede la autonomía médica?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 14

En la siguiente ilustración el 24% están muy de acuerdo, respecto a su promoción y capacitación de derechos y deberes con sus pacientes.

*Ilustración 20: ¿se promocionan capacitación a sus pacientes sobre como asumir sus derechos y deberes?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 14

El 32% de las IPS encuetadas, responde que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, respecto a la pregunta si se considera suficiente el presupuesto para la salud.

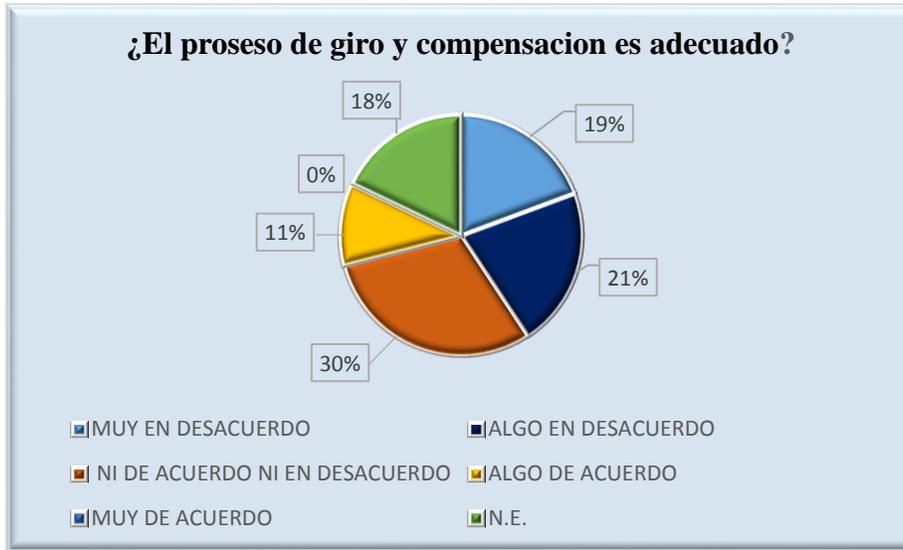
*Ilustración 21: ¿Considera que el presupuesto para la salud es suficiente?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 14

Respecto a la pregunta si el proceso de giro y compensaciones es el adecuado, el 30% de las IPS encuestadas no están ni de acuerdo ni en desacuerdo, y un 21% están algo en desacuerdo.

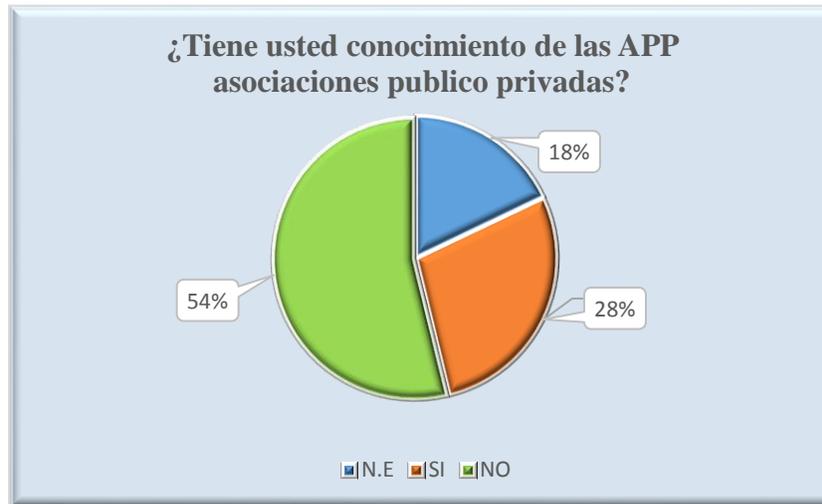
*Ilustración 22: ¿El proceso de giro y compensación es adecuado?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 14

En la siguiente ilustración indica que el 54% no tiene conocimiento de las APP, por el contrario, el 28% que representa a pocas IPS si conocen sobre las asociaciones público privadas.

*Ilustración 23: ¿Tiene usted conocimiento de las APP asociaciones público privadas?*



Fuente: elaboración propia con datos de la tabla 14

### ***7.1.2. Análisis de las problemáticas en la competitividad del sistema de salud en Colombia según encuestas ejecutadas a directivos y personal de EPS e IPS en Popayán.***

El sistema de salud de Colombia ha atravesado importantes cambios en la manera como se administran los recursos y especialmente la forma como se cumple con el servicio a la población, estos cambios se deben principalmente a que los sistemas de salud latinoamericanos, han sido orientados por las ideas del Banco Mundial, el cual busca defender los principios de equidad, eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción del usuario y por otra parte, busca la descentralización de los servicios, la privatización y la delimitación de los planes de beneficios. De acuerdo con el Banco Mundial – BM. Esto será posible gracias a la inversión y participación del sector privado en la administración de los sistemas de salud (González, 2012). Pues es evidente que la proyección de la ley 100 presenta inconsistencias y contradicciones que se ven reflejadas en la concepción igualitarista, que no es tan igualitaria y equitativa como la carta de presentación del sistema de salud lo describe.

Para lograr estas políticas, el sistema de salud debe afrontar algunos problemas; el primero de ellos, es el de la equidad y la dificultad que el gobierno tiene para alcanzarla ya que los altos estándares de calidad que plantea alcanzar frente a la prestación del servicio médico, son muy ambiciosos en relación a el presupuesto estipulado para ellos. De tal manera, que la restricción de recursos obliga al sistema de salud, a bajar sus estándares de servicio lo que posteriormente se traduce en una ineficiente prestación del mismo. De acuerdo con el (Ministerio de salud, 2018), “el desafío radica en lograr un equilibrio entre los recursos disponibles, la población a cubrir y el plan de beneficios a otorgar, acompañado de la garantía de la mayor eficiencia en el aseguramiento (eficiencia microeconómica)”.

Otro problema, es el de la financiación, pues como es sabido, los aportes económicos al sistema de salud colombiano vienen principalmente de los empleados, empresarios, trabajadores independientes y el Estado, es decir, desde los enfoques de seguridad social e impuestos. Evidentemente, las necesidades de salud pública en los colombianos no disminuyen, por el

contrario, va en aumento, cosa que no pasa con el desarrollo económico de este sector y esta problemática se da por varias razones: primero, porque la demanda del servicio crece desmedidamente, segundo; porque las expectativas de los servicios médicos son muy altas y tercero, porque el costo de la tecnología propia del sector es muy elevado. De tal manera, que el problema de la financiación no es contener los gastos, sino generar mecanismos de administración que cumpla con las necesidades del sistema.

El tercer problema, está relacionado con la calidad del servicio, es decir, la atención que se brinda a los usuarios, la respuesta que se da a sus necesidades y la eficacia en el cumplimiento de las mismas. En este punto, se evidencian distintos factores que inciden en el fortalecimiento de esta problemática, entre ellos encontramos: el tiempo que gastan los pacientes entre la solicitud de la atención, la asignación de la misma y el tiempo que espera para ser atendido. En este sentido, la desigualdad toma fuerza una vez más, esta se evidencia en los costos que los usuarios deben asumir, por los mismos servicios. En Colombia, la prestación del mal servicio es una derivación de la falta de organización y el enfoque en desarrollar los objetivos primarios de la salud. En términos generales, la alternativa que permitirá mejorar esta situación, es esencialmente, vigilar el adecuado manejo de la administración y gestión pública, para así diezmar la salida de los recursos por la puerta trasera. La salud es un derecho inalienable y un servicio público a cargo del Estado, no un negocio con fines productivos.

Según encuestas aplicadas y conversaciones entabladas con directivos y personal de la EPS e IPS de la ciudad de Popayán, la situación actual del sistema de salud, es decir su endeudamiento se basa en diferentes pilares como el inadecuado uso que hacen los pacientes de la prestación del servicio, algunos afiliados reclaman diversos servicios sin tener la necesidad real, quitándole la oportunidad a quienes efectivamente la necesitan, influyendo en que el sistema deba asumir mayores costos, desperdiciando recursos.

Además de lo anterior si existen casos clínicos que requieren de especial atención, el costo de sus patologías es elevado y el valor del UPC es insuficiente, generando déficit entre las cuentas consumidas y los recursos disponibles, lo cual genera pequeños endeudamientos, que sumados a mayores irregularidades del sistema de seguridad social en salud magnifican la deuda

Otro punto que considera importantes la IPS es que ellas han perdido su autonomía médica, pese a la norma que la respalda, ellas se convierten en formuladoras de servicios y no son solucionadores de necesidades en salud, es claro entonces que cada uno de los actores del sistema a transfiere su responsabilidad a otros, desencadenando acumulación de enfermedades, malos manejos, insatisfacción de los usuarios, etc.

La mayoría de las prestadoras de salud afirman que la salud es la caja menor del estado, por tal desvían gran cantidad de los recursos destinados a su funcionamiento en distintas inversiones que benefician a altos funcionarios y propietarios de la entidades privadas, en definitiva se evidencia la politiquería, falta de regulación, coordinación, malos manejos financieros y corrupción.

## **7.2. ACCIONES QUE ESTÁN REALIZANDO EL GOBIERNO COLOMBIANO PARA APOYAR A LAS IPS Y EPS EN LOS NUEVOS RETOS DE LA COMPETITIVIDAD.**

A través de la ley 100 de 1993, el sistema de salud colombiano ha obtenido mayores beneficios por parte de los regímenes contributivos y subsidiados, lo cual ha incentivado tanto el crecimiento económico, como el proceso de competitividad del sistema, sin embargo y como se mencionó anteriormente, este proceso ha enfrentado importantes problemáticas que de una u otra forma el Estado ha estado dispuesto a resolver.

En el último balance presentado por el ministro Alejandro Gaviria Uribe, el secretario general, Gerardo Burgos Bernal, y los viceministros Carmen Eugenia Dávila Guerrero (Protección Social) y Luis Fernando Correa Serna (Salud Pública y Prestación de Servicios), exponen los principales avances logrados en los años 2016 y 2017, frente al sistema de salud (Ministerio de salud y protección social, 2017).

- **Fortalecimiento institucional:** La puesta en funcionamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) el primero de agosto de 2017 puso fin a la tercerización de una labor misional que estaba en manos de privados y que por ello aumentaba los costos de transacción (lo que antes era el Fosyga). Con Adres se centralizaron los procesos, se dio inicio a una administración directa de los recursos, se mejoró la ordenación del gasto y se redujeron los costos de transacción en el sistema de

salud. Todos los funcionarios de la nueva entidad fueron seleccionados con estrictos procesos de meritocracia y sus procesos están desarrollados con altos estándares y con el rigor técnico que merece el manejo de los recursos del sector.

- **Depuración sectorial:** Después de la liquidación de varias entidades promotoras de salud - EPS (Selvasalud, Salud Cóndor, Solsalud, Humana Vivir y Golden Group), el reto entre 2016 y 2017 fue sacar adelante las liquidaciones de Caprecom y Saludcoop. Sobre la primera, el ministro Gaviria destacó el papel de Nueva EPS al recibir a los afiliados de Caprecom, así como el pago de las deudas dejadas por esta: en 2016 fueron pagados con recursos de la Nación 500.000 millones de pesos y la misma cantidad será desembolsada a comienzos de 2018.

El Ministerio de Salud y Protección Social considera que el manejo dado a la liquidación de Saludcoop, aunque tuvo varias dificultades, evitó una crisis sistémica del sector. El traslado de los afiliados a otras EPS, justo cuando se hacía el de los de Caprecom, habría sobrepasado la capacidad del sistema. De allí la decisión de pasar a los afiliados de Saludcoop a Cafesalud. Adicionalmente, con este mecanismo los activos de Saludcoop servirían para el pago de deudas y se evitaría dejar sin empleo a 37.000 personas de la red propia de esta EPS. Por su parte, los recursos de la venta de Cafesalud (1,2 billones de pesos) permitirán pagar la mayor parte de los 1,5 billones de deudas.

- **Implementación de la Ley Estatutaria:** la cual dispone que las obligaciones del Estado es ser responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para ello deberá:
  - a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud.
  - b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población.

- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio.
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto.
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población.
- g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas.
- h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud.
- i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.
- j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en la salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio. (Colombia, Congreso de la Republica, 2015)

En febrero de 2017 entró en plena vigencia la parte de la Ley Estatutaria relacionada con el Plan de Beneficios. La implementación de este punto se ha dado en tres niveles. El primero es el conjunto de prestaciones que garantizan la protección colectiva, y lo conforman aquellas tecnologías y servicios cuyo uso se puede anticipar (lo que antes se llamaba el POS). El segundo alude a un mecanismo de protección individual; es decir, beneficios que no se pueden anticipar (el antiguamente llamado No POS). Para implementarlo fue desarrollada la plataforma Mipres. El tercer nivel es el de aquellos servicios y tecnologías que no pueden ser costeadas con recursos públicos por ser cosméticas, prestadas en el exterior o carecer de seguridad, eficacia, efectividad o aprobación del Invima. En 2017 fue presentado el mecanismo participativo para realizar las

exclusiones y fue elaborado un primer listado de 44 tecnologías y servicios que cumplen con alguno de los criterios de exclusión.

- **Consolidación de la política farmacéutica:** Varios de los pilares de la política tuvieron avances en 2017. La implementación del mecanismo de negociaciones centralizadas, que se puso en marcha con tratamientos contra la hepatitis C, ha logrado reducir el costo de estos fármacos en 80 %. Asimismo, la regulación de precios de medicamentos agregó 236 fármacos al listado, que representan un ahorro anual de 53.700 millones de pesos al año y aumentan a 1.042 el número de presentaciones comerciales con límite de precio.

En el mismo ámbito, a fin de fortalecer la transparencia, el Ministerio redactó una resolución que obligará a la industria farmacéutica a informar los pagos en dinero o en especie que haga a los distintos actores del sistema de salud. Finalmente, tras la expedición de las guías de inmunogenicidad, quedó listo el terreno para la implementación del decreto que favorece la competencia mediante la eliminación de barreras innecesarias para el ingreso de medicamentos biogénicos al país.

- **Mayores recursos:** Los esfuerzos realizados por el Ministerio en la construcción de una nueva política fiscal, el pago de las deudas y la consecución de nuevos recursos para el sector salud son tres de los avances más significativos en materia financiera. En 2017, el sistema obtuvo 1,8 billones de pesos adicionales provenientes del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales - Fonpet (700.000 millones), del medio punto del IVA para la salud establecido reforma tributaria (890.000 millones), del impuesto al tabaco definido en la misma (129.000 millones) y de otras fuentes, como el gravamen a los licores (135.000).
- **Nuevo modelo de atención:** El nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) ha tenido gran acogida en varias ciudades y regiones del país. La política tiene un enfoque diferencial para afrontar la compleja realidad territorial. Ciudades y departamentos como Bogotá, Medellín, Barranquilla, Ibagué, Risaralda, Cauca, Guainía, Chocó y La Guajira, así como las Fuerzas Militares y la Policía, vienen implementando con éxito el modelo.

La población rural dispersa, aquella que habita en los puntos más apartados de la geografía colombiana, ha recibido servicios de salud en el marco del MIAS. Uno de los logros más importantes es la ausencia total de muertes maternas en el departamento de Guainía en 2017.

- **Políticas de prevención y promoción:** Un logro significativo está relacionado con la vacunación, incluida la que inmuniza contra el virus del papiloma humano - VPH: en 2016, 51 mil niñas y adolescentes fueron vacunadas; esta cifra subió a 91 mil en 2017, con quienes se superan los 3 millones de colombianas protegidas contra el cáncer de cuello uterino desde la incorporación de la vacuna en 2012 al programa nacional de vacunación – PAI (cuenta con 21 vacunas que protegen contra 26 enfermedades, por lo que es uno de los más completos de América).

En materia de reducción del consumo de tabaco, con la reforma tributaria de 2016 se logró un incremento progresivo del impuesto específico a los cigarrillos y un incremento del IVA. La prevalencia de consumo de tabaco bajó de 12,9% a 8,3% entre 2013 y 2017.

Con respecto al etiquetado de alimentos procesados, el Ministerio dio inicio a la revisión de productos en el mercado para establecer los límites máximos de contenido de nutrientes como sodio, calorías, azúcares, grasas trans y saturadas, por el impacto de estos en la salud pública.

Por otra parte, el Gobierno concluyó la reglamentación para la producción de cannabis medicinal. Fueron expedidas seis licencias de fabricación en el marco del Decreto 2467 de 2017, y 13 nuevas bajo el amparo de la Ley 1787 de 2016.

En cuanto al zika, Colombia cerró la epidemia con menos casos de los esperados. Las proyecciones iniciales, basadas en la experiencia de los países que ya habían vivido el rigor de la epidemia como Brasil, sugerían que el número de personas afectadas podría aproximarse a 650.000, pero la oportuna activación de campañas de prevención en todo el

territorio nacional hizo posible que la fase epidémica se saldara con 99.721 casos, de los cuales 8.826 fueron confirmados por laboratorio y 90.895 por sospecha clínica. La precisión, la calidad y la transparencia de los datos del sistema de vigilancia epidemiológica convirtieron a Colombia en aliado de instituciones de talla mundial, como los CDC de Atlanta, que continúan sus investigaciones sobre la enfermedad.

- **Fortalecimiento de red pública hospitalaria:** El Plan de Salvamento de las empresas sociales del estado (ESE, u hospitales públicos) y el de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero han logrado reducir la proporción de hospitales en alto riesgo de 19 % en 2015 a 14 % en 2017 y de riesgo bajo de 18 % a 10 %.
- **Clima sectorial:** En materia de paz, tras la firma de los acuerdos se han afiliado 10.257 excombatientes de manera expedita al régimen subsidiado. Ello se ha materializado en la generación de 21.005 autorizaciones; entre tanto, 976 procedimientos han sido autorizados para 263 gestantes que hacen parte de la población reincorporada.  
Entre tanto, cada día hay una mayor conciencia de la cultura de la seguridad social en salud, mientras que la implementación de la instancia asesora ha reducido la pugnacidad en el sector con un consecuente mejor nivel de deliberación y discusión entre los distintos actores.

Si bien el sistema de salud colombiano ha pasado por importantes reformas que le han permitido alcanzar logros sustanciales, queda claro que el sistema continúa enfrentándose a retos como el de la sostenibilidad financiera, acceso al servicio, problemas de calidad y oportunidad en la atención, gastos en salud producto del envejecimiento de la población y el surgimiento de nuevas tecnologías. Todas estas barreras, se ven representadas en aspectos como el impacto de la salud sobre la productividad de las empresas y la calidad y acceso a la salud, que de manera paulatina ha influenciado en la credibilidad de nuestro sistema de salud colombiano.

### **7.3. EVALUACION DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN QUE CONTRIBUYA AL MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE LA SALUD EN COLOMBIA.**

En la búsqueda de un sistema de administración que contribuya al mejoramiento del servicio de la salud en Colombia y a razón de que el sistema general de seguridad social en salud es un sistema muy joven (año de 1993) y que a pesar de que ha ido madurando, necesita de mejoras, ya que aunque que se han realizado, aun no se ha tocado su estructura funcional. Por lo cual evaluamos el modelo de las Asociaciones Publico Privadas, como un método que contribuye al mejoramiento de la mayoría de dificultades que atraviesa el sistema y que como se nombró en el primer capítulo agudizan la prestación del mismo, por medio de retos y trabas que se interponen a las EPS e IPS, involucrando directamente a los usuarios y haciendo ineficiente su funcionamiento.

Hay que reconocer que la ley 100 de 1993 generó en la nación un valor agregado que presentó la oportunidad a los ciudadanos de favorecerse de sus derechos y sentirse humanos bajo el servicio de salud, brindado la oportunidad de una cobertura “total” bajo los dos regímenes.

Pero desafortunadamente los actores que están involucrados en la prestación del servicio de salud en Colombia se basan en la rentabilidad, dejando a un lado la prestación del servicio, esto no permitió que lo que plateaba la ley inicialmente, se llevara a cabo; por tal motivo y por medio de este proyecto se plantea las asociaciones público privadas (APP) como alternativa en el manejo de la salud en Colombia.

Según (Worldbank, 2017), las Asociaciones Público Privadas (APP) han sido definidas como acuerdos formales o contractuales a largo plazo, entre el sector público y el privado para la provisión de bienes y servicios públicos, en los cuales se unen esfuerzos y se establecen relaciones eficientes entre los participantes, con una asignación de riesgos según su capacidad y experiencia. Como tal, con las APP se busca solventar limitaciones de recursos públicos para el desarrollo de infraestructura y su operación, para la atención de una determinada necesidad, a la vez que se conjugan, complementan y potencian capacidades de gestión de los sectores públicos y privados para el logro de los objetivos previstos.

Según (Rodríguez Abad, 2018) en función de los alcances y servicios que se incluyen en los contratos de APP de Salud, los principales modelos que se desarrollan a nivel internacional, corresponden principalmente a:

**Bata gris:** comprende la construcción de la infraestructura, dotación y su mantenimiento, así como la explotación u operación de servicios no sanitarios, incluyendo servicios patrimoniales, hoteleros o logísticos y explotación de áreas comerciales afines, es decir, de *Bata Gris* (limpieza, vigilancia, jardinería, entre otros)

**Bata verde:** Además de los servicios de Bata Gris, incluye apoyo no sanitario (alimentación y nutrición, lavandería y ropería, logística y esterilización, entre otros). En estas APP, la entidad estatal competente tiene a cargo la administración de la institución de salud, la prestación de los servicios de salud, la retribución al privado con relación a la infraestructura y su mantenimiento con sujeción al cumplimiento de los niveles de disponibilidad y calidad fijados, así como el seguimiento y control al contrato.

**Bata blanca:** incluye además de lo anterior, la gestión y prestación de la totalidad de los servicios de salud, es decir, incorpora también la provisión de los servicios asistenciales.

**Especializada:** Se concentra en un servicio específico. Por ejemplo: almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos.

En los tipos Bata Gris y Verde, el personal de salud se enfoca en su *core business*, es decir, en la atención de salud a las personas, sin distraerse en la gestión de los servicios no asistenciales o de apoyo, la cual se concentra en un único operador privado y no en varios como actualmente ocurre en los hospitales públicos.

Es común que los estados tengan la obligación de brindar y asegurar el bienestar de sus ciudadanos, para lo cual deben crear varias acciones o prestar diferentes servicios a favor de la población.

Desde el año 2007, cuando se coloca en marcha el Hospital de Alta Especialidad de El Bajío en México<sup>3</sup> se da paso a un número y cada vez más diverso de proyectos en APP.

---

<sup>3</sup> Son un grupo de profesionales comprometidos con el deber de servir, brindando atención médica especializada en favor de la población infantil y adulta de la región del Bajío, que comprende los estados de: Guanajuato, Aguascalientes, Jalisco, Michoacán y Zacatecas. Con esto, deseamos acercar el servicio a los pacientes para que ya no tengan que acudir a los hospitales de la ciudad de México. Es un Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), dependiente de la Secretaría de Salud de Gobierno Federal, atiende pacientes referidos por algún hospital de segundo nivel de atención. Cuenta con varias especialidades para resolver problemas de atención médica de alta complejidad, poco comunes, que afectan a la población. Los equipos médicos que tienen permiten un diagnóstico y tratamiento seguro y oportuno. En el hospital también se forman especialistas y se desarrolla investigación,

Figura 1: Hospital de Alta Especialidad de le Bajío en México



Fuente: (Hraeb, 2018)

De los 59 proyectos que se conocen de APP en Latinoamérica podemos destacar lo siguiente:

Al analizar los proyectos en ejecución y su alcance se puede determinar que existen tres proyectos de bata gris<sup>4</sup> (hospital El Bajío en México donde se contrató el Diseño, construcción, servicios no clínicos y equipamiento médico), el Hospital La Florida<sup>5</sup> y Hospital de Maipú<sup>6</sup> en Chile (Dirección General de Concesiones, 2018), en ellos se contrató diseño, construcción y servicios no clínicos, tres de bata blanca<sup>7</sup> (Hospital do Suburbio<sup>8</sup> en Brasil ), (Secretaria da Saude, 2018), donde se contrató habilitación, hospital recién construido y servicio de salud integral y en el Perú, el Hospital Callao y red Sabogal<sup>9</sup> y Hospital Villa María del Triunfo y red Rabagliati<sup>10</sup> en ellos se contrató el diseño, construcción, equipamiento médico y atención integral con población asignada y los hospitales (EsSalud, 2018) y uno especializado en el Perú (Red Almacenes y Farmacias donde

---

tendiente a tratar de mejor manera a nuestros pacientes. Agradecemos su visita a nuestro portal, deseamos que en este espacio usted pueda encontrar información de su interés y utilidad. Es un hospital con compromiso social. (Hraeb, 2018)

4 Todos los proyectos de bata gris incluyeron las etapas de diseño, construcción, mantenimiento y servicios no clínicos. Las diferencias están dadas por la inclusión o no del equipamiento médico y de servicios de apoyo clínico como laboratorio, diálisis o farmacia. En el proyecto de El Bajío, se incorporó dentro del contrato de APP un mayor número de servicios que en los proyectos chilenos, incluyendo algunos relacionados con el soporte clínico (farmacia, esterilización) y la gestión del hospital. Por otra parte, en Chile se incorporó el servicio de guardería infantil.

<sup>5</sup> Cuenta con una superficie de 58.250M<sup>2</sup> para un número de camas de 396.

<sup>6</sup> Cuenta con un total de camas de 391 y una superficie de 56.344 M<sup>2</sup>

<sup>7</sup> Los proyectos de bata blanca presentan dos tipologías: una basada en un pago per cápita y otra en un pago por servicios (Fee for Service). El modelo per cápita ha sido utilizado por EsSalud en Lima y Callao y considera la atención integral de una población inscrita en un territorio e incluye la atención de la red (primer nivel y atención hospitalaria). El modelo de Fee for Service se utiliza en el Hospital do Suburbio del Estado de Bahía en Brasil y se basa en el pago de una cartera de servicios valorizados de acuerdo con tarifas acordadas. No cuenta con una población ni territorio asignado y se centra en la atención del hospital.

<sup>8</sup> Cuenta con un número de camas y una superficie de 19.825M<sup>2</sup>.

<sup>9</sup> Cuenta un número de camas de 162 para una superficie de 18.585 M<sup>2</sup>.

<sup>10</sup> Cuenta con 209 camas y una superficie de 25.563M<sup>2</sup>.

se contrató la construcción de almacenes, remodelación de bodegas de hospitales y gestión logística de medicamentos e insumos).<sup>11</sup>

*Ilustración 7: Proyectos de APP en Salud en Latinoamérica*

<b>País</b>	<b>Sin Ejecución</b>	<b>Estudio</b>	<b>Licitación</b>	<b>Construcción</b>	<b>Operación</b>	<b>Total</b>
<b>México</b>	0	6	1	0	6	13
<b>Perú</b>	1	11	0	0	4	16
<b>Brasil</b>	0	6	11	6	1	24
<b>Chile</b>	0	0	0	3	2	5
<b>Colombia</b>	0	1	0	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>59</b>

Fuente: Elaboración Propia

La mayor parte de los hospitales incluidos son de mediana/alta complejidad y cuentan con las especialidades básicas (medicina, cirugía, pediatría y obstetricia), algunas subespecialidades (que varían según el proyecto) y camas de cuidados críticos. Estos hospitales se localizan en sectores de crecimiento urbano y proveen servicios a poblaciones que antes no disponían de los servicios en su territorio.

Como se puede observar en la Ilustración No. 6, los contratos se adjudicaron a través de procesos competitivos, la mayor parte de ellos como iniciativas públicas. Solo EsSalud licitó a través de iniciativas privadas, que una vez definidas como de interés público entraron a una fase de licitación abierta.

El nivel de competencia dependió del tipo de licitación, ya que únicamente los proyectos de iniciativa pública han contado con al menos dos oferentes. Entre los de iniciativa pública, las

<sup>11</sup> Es de aclarar que todos los países salvo México cuentan con sistemas públicos de información del contrato y sus modificaciones, con base en la web. Este tipo de servicio es indispensable para asegurar la transparencia de la gestión de los contratos frente a la ciudadanía.

licitaciones de Chile contaron con cuatro oferentes mientras que México y Brasil contaron con dos.

En el caso del Hospital do Suburbio, la oferta adjudicada corresponde al presupuesto oficial, sin que se generara reducción de precio. El otro oferente presentó una propuesta económica por sobre el presupuesto disponible, por lo que quedó descalificado.

En las iniciativas privadas no hubo competencia, solo presentó oferta el consorcio que desarrolló la propuesta.

Respecto a la competencia de precios, esta se dio solo en Chile y México, donde las ofertas adjudicadas fueron inferiores al pago disponible o al proyecto de referencia. Esta reducción fue del 22.7% y del 9% en Chile y México, respectivamente.

En las iniciativas públicas el Estado definió las características de los bienes y servicios que debían ofertar los interesados. En las iniciativas privadas, EsSalud invitó a proponentes privados a presentar propuestas bajo un conjunto de requisitos, pero solo un consorcio expresó su interés en participar y desarrolló una propuesta que cumplía con lo solicitado.

Tabla 17: Ficha del Proyecto Maipú-La Florida

<b>Ficha del Proyecto</b>	
<b>Tipo Iniciativa:</b>	
<b>Región:</b>	Metropolitana
<b>Provincia:</b>	Santiago
<b>Comuna:</b>	Maipu, La Florida
<b>Volumen:</b>	766 camas
<b>Presupuesto Oficial:</b>	
<b>Inversión Materializada:</b>	UF 6.244.764 / MMUSD 255,5
<b>Inversión por ejecutar:</b>	
<b>Valor Referencial:</b>	La inversión en MM USD se calcula en base a la Unidad de Fomento (UF) promedio de 2017 (CLP 26.571,93) y el Dólar Promedio 2017 (CLP 649,33)
<b>Llamado a Licitación:</b>	24/05/2008
<b>Fecha de Inicio Concesión:</b>	5/11/2009
<b>Plazo de la Concesión:</b>	30 semestres corridos desde PSD de Concesión
<b>Término Estimado:</b>	feb-30
<b>Fecha de Apertura Técnica:</b>	18/05/2009
<b>Fecha de recepción de oferta técnica:</b>	
<b>Fecha Recepción Oferta Económica :</b>	12/06/2009
<b>Decreto de Adjudicación:</b>	N° 230 del 11/08/2009
<b>Empresas Sociedad Concesionaria:</b>	Constructora e Inversiones San José Andina Ltda. (99,9%); Constructora San José S.A. (0,1%)
<b>Sociedad Concesionaria:</b>	Sociedad Concesionaria San José - Tecnocontrol S.A
<b>*Valor de referencia:</b>	La inversión en MM USD se calcula en base a la Unidad de Fomento (UF) promedio de 2017 (CLP 26.571,93) y el Dólar Promedio 2017 (CLP 649,33)

Fuente: Elaboración Propia con datos de (Concesiones Chile, 2018)

El esquema dominante de las licitaciones es la adjudicación en base a una oferta económica y verifica que el oferente cumple con el nivel de calidad exigido como se determina en el siguiente cuadro:

*Ilustración 8: Esquema de Licitaciones*

En Chile	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La calidad técnica se resolvió en la fase de precalificación.</li> <li>•Los anteproyectos que cumplían con estándares mínimos de diseño pasaron a representar la base de nota técnica que se ponderó con la propuesta de entrega de servicios.</li> </ul>
•En Brasil (Hospital do Suburbio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La oferta técnica se relacionaba con la acreditación de los oferentes así como con su experiencia en gestión de hospitales.</li> </ul>
En México	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Diseño y características constructivas del hospital</li> <li>•Aspectos vinculados a la organización y prestación de servicios.</li> <li>•Experiencia previa en gestión de contratos de diseño, construcción y operación.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con datos de (Secretaria da Saude, 2018)

En términos formales los plazos de licitación de los proyectos de bata blanca han sido considerablemente menores que los de bata gris, 90 días frente a 204-364 días. Estas diferencias se explican por las características de cada tipo de proceso que se describe a continuación.

El mayor plazo de las licitaciones de bata gris se debe a que en ambos países (Chile y México) los oferentes debían preparar propuestas arquitectónicas que sirvieran de base para la oferta económica. En el caso de Chile, hubo también un plazo de precalificación en el que los grupos interesados entregaron sus antecedentes legales, técnicos y financieros además de la propuesta de arquitectura.

Los plazos de licitación de los proyectos de bata blanca han sido menores, confluyendo en todos los casos a los 90 días. Sin embargo, se trata de dos situaciones diferentes. En Perú el consorcio que desarrolló la propuesta a través de una iniciativa privada tuvo un tiempo adicional para diseñar la propuesta, por lo que contaba con un conocimiento más profundo del contrato.

En el caso del Hospital do Suburbio del Estado de Bahía todos los grupos interesados contaron previamente con la misma información a través de reuniones de promoción pública del proyecto en las que se informó al mercado con anterioridad.

El Hospital de El Bajío es el único de alta complejidad con especialidades como cardiocirugía, oncología y neurocirugía, que tiene la responsabilidad de responder a la demanda de un conjunto de estados mexicanos, este hospital cuenta con una superficie de 24.000 M<sup>2</sup> para 180 camas.

En la mayoría de los proyectos hospitalarios la empresa o consorcio responsable del contrato diseñó y construyó el hospital respondiendo a los requerimientos del estado. En el caso de Brasil, el hospital fue construido por el Estado de Bahía y entregado al consorcio administrador de la APP

Según Juan José (Martínez J. J., 2015) hasta hace unos 25 años aproximadamente, el Estado tenía la obligación de proveer servicios públicos e infraestructura necesaria para saneamiento de sus necesidades públicas. Este contexto generó que los Estados asumieran directamente las actividades necesarias para el cumplimiento de dicha obligación, lo que implicó la intervención directa del Estado, era exclusiva y excluyente del Sector Privado (monopolios legales). Dicha situación ha cambiado, pero aún prevalecen características que afectan tanto a la población como al sistema en general.

La actuación estatal es financiada con recursos provenientes del presupuesto público o con endeudamiento (local o internacional), que obviamente es asumido por el mismo. En un porcentaje el financiamiento de dicha actuación estatal proviene también del cobro de cargos, tarifas o precios cobrados a los usuarios (población); situación que como anteriormente se nombró afecta a los ciudadanos y por ende agudiza la crisis de salud en la nación.

Es indiscutible que con el tiempo se requiere de importantes cambios, que de acuerdo a las necesidades de la población empiezan abrir una brecha entre la provisión de los servicios brindados por el Estado y lo que realmente se requiere en prestación del derecho a salud, existe mayor demanda de infraestructura y servicios públicos, que el Estado no puede proveer, primordialmente por problemas de organización, gestión y obviamente financiamiento, evidenciado en el endeudamiento que mantiene el sector salud pese a reformas y medidas tomadas para solucionar. Existen límites de ingresos (presupuestales) y financieros propiamente de endeudamiento.

En este contexto las Asociaciones Público Privadas brindan la posibilidad de que la inversión privada acceda al financiamiento de infraestructura y servicios públicos, que el Estado tiene a su cargo, permitiéndole a la nación incrementar la inversión sin tener que asumir de forma directa e inmediata a su financiamiento, es decir que no recibe un golpe pronto en su nivel de ingresos y no debe recurrir al endeudamiento (local o internacional), por ende no se afectan los tributos existentes.

Así, la participación público-privada se fundamenta exclusivamente en la prestación de servicios de calidad a los usuarios al menor costo posible, donde el privado aporta su destreza en materia de eficiencia en la provisión de infraestructuras y servicios, permitiendo a su vez, fomentar la competencia, que, sin lugar a duda, induce a la búsqueda de soluciones eminentemente innovadoras si se tiene en cuenta que: el sector privado puede contribuir enormemente a una mayor eficiencia y calidad; para ello debe haber una adecuada distribución de riesgos entre el sector privado y el público para que la relación funcione de la mejor manera posible y que la participación privada en todas las fases del ciclo del proyecto (diseño, construcción, financiamiento, mantenimiento y operación) puede ser beneficiosa (Vasallo e Izquierdo, 2010, p. 103).

Es preciso enfatizar en que la clave de toda APP está en la apropiada distribución de riesgos, puesto que dicha determinación de reparto de responsabilidades coordina la relación entre sectores:

- la regulación, la cual diagnostica qué aspectos deben ser regulados por el público y cuáles serán de exclusiva decisión del privado

Es importante reconocer que la aplicación de proyectos bajo la figura de asociaciones público-privadas se realiza siempre y cuando exista un estudio previo que demuestre la conveniencia del mismo, en aspectos tanto sociales como gubernamentales, así el proyecto se somete a un análisis que evidencie la mejor forma de llevar a cabo su ejecución.

el mecanismo más comúnmente utilizado es el análisis de valor por dinero, el cual incluye, desde el punto de vista cualitativo, todos aquellos factores que pueden ser evaluados en términos monetarios y cuyo objetivo es la comparación de riesgos y costos a los cuales se somete el gobierno si la ejecución del proyecto se realiza bajo la modalidad de APP frente a un escenario denominado comparador público-privado, que representa los costos asumidos si el proyecto es desarrollado bajo obra pública tradicional. La modalidad que arroje el mayor valor por dinero y que, por consiguiente, muestre la mejor combinación de costos y beneficios, será la elegida para la ejecución de la obra.

En este orden de ideas, un marco institucional adecuado para el modelo de App debe contemplar como objetivo principal el que se plantea el sector público: “Obtener mayores beneficios de los que se obtendrían ejecutándolo de la forma tradicional.

Ilustración 9: Contratación por APP en Colombia.

SECTOR	PROYECTO
Transporte	-Programa de vías 4G -Estaciones de peaje -Aeropuertos: <i>Aeropuerto Ernesto Cortisoz de Barranquilla, El Nuevo Dorado II, Aeropuerto Internacional Matecaña (Pereira).</i> -Transporte masivo y estratégico: <i>TransMilenio, Av. Longitudinal de Occidente (ALO), SETP de Sincelejo y accesos norte de Bogotá, y tren de cercanías de Cundinamarca, entre otros.</i> -Navegabilidad del río Magdalena.
Educación	Construcción, dotación, operación, mantenimiento y prestación de servicios no pedagógicos en: Medellín (15 colegios), Barranquilla (8 colegios), Cartagena (5 colegios), Soacha (8 colegios), Ibagué (10 colegios), Antioquia (24 colegios).
Cultura	Paquete de museos de orden nacional a cargo del Ministerio de Cultura en Cartagena, Santa Fe de Antioquia, Popayán, Villa del Rosario, Ocaña, Villa de Leyva y Honda. Parques nacionales naturales.
Agua y saneamiento	Acueducto de Santa Marta y PTAR de Canoas.
Salud	Paquete de seis hospitales en Bogotá y Hospital San Rafael de Fusagasugá.
Justicia	Infraestructura carcelaria: 50 tribunales subnacionales y cárcel de Popayán.
Edificaciones públicas y renovación urbana	Fiscalía General de la Nación sede Cali, ET-CAN Bogotá y Coliseo Cubierto El Campín.

Fuente: Datos DNP (2017).

En Colombia, según (Revista Dinero, 2017), las principales debilidades y retos que enfrenta el sector salud en la actualidad son: principalmente la falta de transparencia en los aspectos (financiero, calidad, servicios, derechos y deberes), falta de gobernanza de la información,

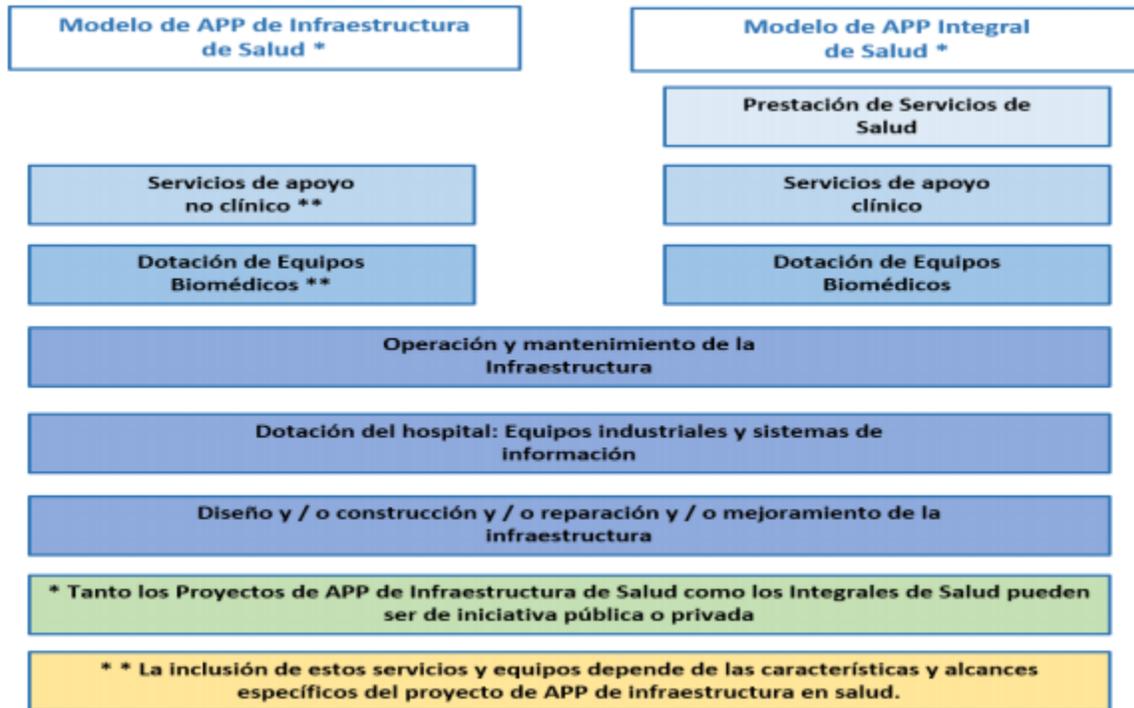
debilidad de los sistemas de información, vigilancia y control poco efectivo y la Politización de la salud.

Por lo anterior es necesario un mejor control y una mayor eficiencia en la salud; por lo que se propondría a las Asociaciones Público Privadas, como una buena alternativa para lograrlo basándose en el artículo 1 de la Ley 1508 de 2012, que definen las APP como:

*“...un instrumento de vinculación de capital privado, que se materializan en un contrato entre una entidad estatal y una persona natural o jurídica de derecho privado, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados, que involucra la retención y transferencia de riesgos entre las partes y mecanismos de pago, relacionados con la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura y/o servicio”.* (Congreso de la Republica de Colombia, 2012)

Paralelo a esta investigación, en el 2018, el ministerio de salud propone como iniciativa un modelo de APP de infraestructura de salud y un modelo de APP integral de salud. En dichas estructuras (como se puede observar en la ilustración No. 8) los proyectos de infraestructura como los integrales de salud pueden ser de iniciativa pública y/o privada, reafirmado que las APP son un modelo alternativo a tener en cuenta para la contratación en Salud.

Ilustración 10: Modelo de APP en Colombia



Fuente: (Minsalud, 2018)

Por otra parte, si se tiene en cuenta el esquema de recomendaciones y propuestas que el Concejo Privado de Competitividad de Colombia (2017) ha generado a corto, mediano y largo plazo, como contribución al mejoramiento del sistema de salud, desde el punto de vista de lo público y lo público-privado, las APP serían la mejor alternativa, porque con ellas se podría:

- **Vigilar estrictamente el cumplimiento de los límites a la integración vertical:** La integración vertical, se refiere a las relaciones que se establecen entre diferentes eslabones de la cadena de producción, en este caso entre aseguradores (entidades promotoras de salud –EPS–) y prestadores de salud IPS, lo cual puede traer consigo efectos positivos para dichas entidades, como la reducción de los costos en las transacciones y la mayor capacidad de negociar precios, ya que las EPS integradas tienen mayor conocimiento sobre los costos de los prestadores de salud integrados y pueden obtener menores precios, pero se aprovechan para aumentar sus utilidades a costa del consumidor, ya que no existe la competencia.

- **Fortalecer las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.** La complejidad del flujo de recursos del sistema de salud hace que la tarea de vigilancia sea especialmente importante. Esto requiere dotar a la Superintendencia Nacional de Salud de capacidades técnicas, financieras y sancionatorias suficientes, de manera que se convierta en un ente efectivo de control.
- **Introducir un pago por desempeño para las EPS.** En Colombia, el sistema de salud requiere avanzar con urgencia en materia de calidad de los servicios, ya que el sistema está configurado para remunerar los procedimientos aislados, pero no los resultados en salud. La remuneración actual de las EPS está dada por la unidad de pago por capitación (UPC) que reciben por cada uno de los afiliados al sistema de salud, el cual no incluye consideraciones de calidad o desempeño. La ausencia de incentivos al desempeño de las EPS puede incluso estar desestimulando los avances en calidad, pues conseguir mejoras en esta materia puede implicar un aumento en los gastos y, por lo tanto, una reducción en el margen de ganancia por afiliado. Al respecto, se recomienda introducir un pago de dos componentes para las EPS: un componente fijo por afiliado y un componente variable que dependería del cumplimiento de indicadores de calidad.
- **Fortalecer y promover el uso del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud:** Desde 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social puso en marcha el Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud para reunir diversos indicadores relacionados con la calidad de los servicios de salud. El Consejo Privado de Competitividad (CPC) recomienda fortalecer el Observatorio, en particular para incluir información que permita monitorear las barreras de acceso al servicio de salud. Adicionalmente, el Observatorio debería incluir una serie de indicadores de promoción y prevención, de manera que se visibilice la relevancia de estas áreas en el desempeño y sostenibilidad del sistema, y se promueva un servicio más allá del enfoque asistencial que prevalece actualmente. La medición de la calidad y de las estrategias de promoción y prevención puede ser una forma efectiva de que las EPS asuman con fuerza su rol de aseguradoras en el sistema de salud.
- **Robustecer las fuentes de financiación del sistema de salud:** Desligar la financiación del sistema de salud de los ingresos laborales, ya que los elevados niveles de informalidad hacen que la proporción de población que contribuye a través de su salario sea limitada.

Así mismo, el envejecimiento de la población implica que la población trabajadora será cada vez menor, al tiempo que los costos asociados a una población mayor se incrementan. Además, es conveniente minimizar las distorsiones asociadas a las cargas a la nómina, en particular, los incentivos a la informalidad laboral. Es importante notar que la reforma tributaria de 2012 avanzó en este sentido, eliminando parcialmente los aportes que realizan los empleadores por concepto de salud e impuestos parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje) a los trabajadores con salarios inferiores a diez SMMLV. La reforma tributaria de 2016 también dispuso la destinación específica para la salud de 0,5 puntos del recaudo del IVA, así como de la totalidad del recaudo por concepto del mono tributo (ver capítulo Sistema Tributario). Por otra parte; Considerar nuevas fuentes de financiación, en particular, a través de la introducción de impuestos a alimentos y bebidas no saludables. Este tipo de impuestos permiten que solo paguen aquellas personas que incurren en comportamientos no saludables y que potencialmente demandan más del sistema de salud. En el caso del tabaco y el alcohol, la introducción de impuestos ha demostrado ser una medida de política costo-efectiva.

- **Desarrollar una agenda de control de precios que permita balancear los costos del sistema y los incentivos a la innovación y la inversión farmacéutica.** La política de regulación de precios que ha adoptado el Gobierno nacional ha conseguido una reducción promedio de 41,7 % en los precios de los productos regulados desde su implementación hasta la actualidad. Si bien es importante conseguir moderaciones en los precios, es fundamental que estas medidas se enmarquen en una política ordenada de precios de medicamentos, que incluya consideraciones de protección a la propiedad industrial. Este tipo de política se hace necesario para:
  - a) controlar el rápido crecimiento de los precios de ciertos medicamentos en casos en que se evidencie concentración de mercado o desviaciones importantes del precio internacional de referencia; y
  - b) ofrecer certidumbre y seguridad jurídica a los inversionistas cuando se deba interferir en el mercado, haciendo explícitas las condiciones y los mecanismos de control de precio. Esta política debe desarrollarse en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, la Superintendencia de Industria y

Comercio y las empresas farmacéuticas. Así mismo, es importante monitorear los posibles efectos secundarios negativos de estas medidas tales como el desabastecimiento y problemas de calidad de los medicamentos, así como la posibilidad de que se aumente el uso de medicamentos sustitutos con precios elevados que puedan resultar en un aumento del gasto.

- **Reducir las instancias que intervienen en el traslado de recursos públicos a las IPS:**  
El flujo de recursos del sistema de salud colombiano es muy complejo e intervienen numerosos actores, lo cual configura una situación que favorece la captura de recursos por parte de grupos de interés y limita la transparencia en la asignación de estos. Por esta razón, el CPC considera fundamental reducir el número de instancias que intervienen en el traslado de recursos públicos a las IPS. Es importante notar que medidas como el giro directo del Gobierno nacional a las IPS (sin que tengan que pasar por las entidades territoriales) han facilitado el traslado de recursos públicos, pero aún se requiere avanzar en esta simplificación. Además de mejorar la transparencia, simplificar el flujo de recursos permitiría agilizar los pagos de las EPS a las IPS, contribuyendo a mejorar la situación financiera que enfrentan por cuenta de las excesivas demoras y complejidad de los trámites. En este aspecto, se espera que ADRES, como administradora central de recursos, consiga mejorar y simplificar los procesos asociados al traslado de recursos y desempeñar así un rol crucial en conseguir un flujo de recursos más transparente y oportuno.

Los servicios de salud gestionados en APP muestran mejoras comparativas con sus similares bajo administración pública y esto se debe principalmente al impulso y apoyo técnico que ha dado la banca multilateral en la región, principalmente el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a los países que, como Colombia, han ido mejorando su marco normativo e institucional para implementar este esquema.

Colombia es uno de los tres países propulsores de este modelo junto a Brasil y Perú, creado en los años 70, puesto que las funciones de las APP en el sector de la salud, han proporcionado importantes avances del sistema que no hubieran sido posibles, especialmente frente a la situación financiera y el historial de endeudamiento, que estas asociaciones han solventado relativamente.

Dado que el sector privado es un socio estratégico del sector público para el desarrollo de la infraestructura pública y sus servicios relacionados, el sistema de salud se ha visto beneficiado pues el sector privado pone a disposición del sector público las eficiencias y ventajas operativas que posee, derivadas de su conocimiento y experiencia en desarrollos similares.

Han sido muchas las discusiones que se han dado alrededor de la implementación de las APP en Colombia, pero no en vano este fenómeno de emprendimiento la ha convertido en un ejemplo a seguir en cuanto a la visión de competitividad; si bien es cierto que no es el único mecanismo que permite avanzar en competitividad, crecimiento y desarrollo social y económico, estas se han constituido como una vía de beneficioso potencial para alcanzar dicho fin.

Sin duda, esta iniciativa de fortalecimiento de las APP, en el sector de la salud, se ha dado gracias a la fuerte influencia de las problemáticas y retos que ofrece el sistema de salud en las empresas, pues la fuerte demanda de empleados enfermos y el mal servicio del sistema, incita a importantes movimientos económicos negativos a dichas empresas. A su vez, la posibilidad de que el sector privado se involucre en el desarrollo de la infraestructura socialmente necesaria implica que el ahorro privado contribuya de forma significativa en la reducción del déficit público debido a las restricciones presupuestarias en la administración estatal.

Los servicios de salud gestionados en APP muestran mejoras comparativas con sus similares bajo administración pública.

Por todo lo anterior, por lo novedoso e importancia en su aplicación de las APP en otros países, por la transferencia de riesgos que el Estado realiza al contratista quien deberá entregar la obra con un presupuesto fijo y en un plazo determinado, porque gracias a que el contratista debe financiar el proceso (esta condición de una u otra manera garantiza el desarrollo del contrato con su producto final en el tiempo estimado) so pena de generar pérdidas económicas para el privado, porque el ingreso de los contratistas está ligado a la prestación del servicio en óptimas condiciones, las APP han sido un modelo innovador en las Administraciones actuales, el desarrollo de sus proyectos y obras prometen una nueva disciplina para el gobierno, mejorando los mecanismos que se vienen aplicando, optando por la transparencia en la rendición de cuentas y la oportuna entrega de obras y prestación de servicios.

## 8. DISCUSIÓN

Las entidades y las instituciones prestadoras de salud (EPS - IPS) deben superar diferentes retos para lograr competir en el mercado de la salud, retos que, de acuerdo a las reformas constitucionales, se hacen cada día más grandes. Estos prestadores a pesar de la implementación de nuevas políticas públicas vivencian a diario problemáticas que complican el adecuado desempeño y prestación del derecho, aun no existe la pertinente vigilancia que haga cumplir a cabalidad los términos de la ley.

No en vano se califica al sistema de salud colombiano como fragmentado, pues esta compleja situación ha llevado hace unos años al gobierno nacional a tomar medidas para enfrentar las problemáticas, ante esta situación hay que admitir que la estructura actual y todos los mecanismos adoptados no están funcionando, por lo cual aún se hacen necesarios cambios de mayor envergadura.

Una razón de los cuestionamientos a las APP en salud es el desconocimiento de su concepto y su consecuente estigmatización como "privatización de la salud" pese a que el Estado nunca pierde la titularidad de los servicios.

Debido a que las Asociaciones Publico Privadas (APP) son acuerdos formales o contractuales a largo plazo, entre el sector público y el privado para la provisión de bienes y servicios públicos en los cuales se unen esfuerzos y se establecen relaciones eficientes entre los participantes con una asignación de riesgos según su capacidad y experiencia, se puede considerar como una buena alternativa para afrontar la crisis de la salud en Colombia.

## 9. CONCLUSION

Resulta entonces evidente, que los retos del sistema de salud en relación a la competitividad y en términos generales, siguen vigentes y los avances y logros como el de la cobertura, que en la última década incrementó significativamente, no son suficiente para tapar los declives que atraviesa el sistema y que se fortalecieron significativamente gracias a los malos manejos administrativos y financieros del sistema.

El sistema de salud colombiano debe garantizar la atención oportuna y equitativa de todos los ciudadanos y residentes del país, para lograrlo, el estado debe asumir responsabilidades claras y adoptar medidas estudiadas que oxigenen el Sistema de Seguridad Social en Salud, permitiendo nuevos métodos de administración. Para financiarlo se recomienda la adopción de un modelo basado en la inversión privada, por medio de Asociaciones Publico Privadas que permiten distribuir el riesgo entre el sector público y el privado, con el fin de dar fluidez a los recursos del estado, sin tener que invertirlos totalmente, obteniendo beneficios contractuales y de liquidez.

Las APP potencialmente pueden ayudar a superar algunas de las limitaciones del sector público en cuestiones del sistema de salud en Colombia, solventando en los proyectos a gran escala los riesgos técnicos, financieros, ambientales y sociales. Para las APP la transparencia es un elemento clave para mitigar el riesgo de corrupción, que en los últimos años ha cobrado mayor visibilidad en Colombia, pues las ganancias dependen del desempeño ejecutado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, A. T. (04 de Julio de 2018). *blogs.eltiempo.com*. Obtenido de blogs.eltiempo.com:  
<http://blogs.eltiempo.com/sinexcusas/2018/07/04/mipres-llega-al-regimen-subsidiado/>
- Allen L. Hixon, S. Y. (2012). Justicia social: el corazón de la educación. *Medicina social*.
- Caracol Radio. (03 de Octubre de 2018). *www.caracolradio.com*. Obtenido de www.caracolradio.com:  
[https://caracol.com.co/radio/2018/10/03/nacional/1538571677\\_077170.html](https://caracol.com.co/radio/2018/10/03/nacional/1538571677_077170.html)
- CENTER, P.-P.-P. L. (18 de Septiembre de 2016). *ppp.worldbank.org*. Obtenido de ppp.worldbank.org:  
<https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/es/asociaciones-publico-privadas/beneficios-riesgos>
- CHAVES, L. C. (1 de Noviembre de 2014). *Universidad Militar Nueva Granada*. Obtenido de Universidad Militar Nueva Granada:  
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/13153/Ensayo%20de%20grado.pdf?sequence=1>
- colaboracion.dnp.gov.co*. (20 de Diciembre de 2012). Obtenido de colaboracion.dnp.gov.co:  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Participacin%20privada%20en%20proyectos%20de%20infraestructu/Resoluci%C3%B3n%203656%20de%202012.pdf>
- Colombia, Congreso de la Republica. (16 de Febrero de 2015). *Ministerio de Salud y Proteccion Social*. Obtenido de Ministerio de Palud y Proteccion Social:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Concesiones Chile. (2018). *www.concesiones.cl*. Obtenido de www.concesiones.cl:  
<http://www.concesiones.cl/proyectos/Paginas/detalleExplotacion.aspx?item=10>
- Congreso de la Republica. (09 de Enero de 2007). *Ministerio de salud y proteccion social*. Obtenido de Ministerio de salud y proteccion social:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la Republica de Colombia. (1983). *www.funcionpublica.gov.co*. Obtenido de www.funcionpublica.gov.co:  
<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=304>
- Congreso de la Republica de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). *www.minsalud.gov.co*. Recuperado el 17 de agosto de 2018, de www.minsalud.gov.co:  
[www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf)
- Congreso de la Republica de Colombia. (1993). *www.secretariasenado.gov.co*. Obtenido de www.secretariasenado.gov.co:  
[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

Congreso de la Republica de Colombia. (19 de Agosto de 1997). *www.minambiente.gov.co*. Obtenido de *www.minambiente.gov.co*:  
[http://www.minambiente.gov.co/images/normativa/leyes/1997/ley\\_0400\\_1997.pdf](http://www.minambiente.gov.co/images/normativa/leyes/1997/ley_0400_1997.pdf)

Congreso de la Republica de Colombia. (21 de Diciembre de 2001). *www.minhacienda.gov.co*. Obtenido de *www.minhacienda.gov.co*:  
[http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=qqF1xvgCLLqqkNg4IGZ8wI0wPRjrgjtLRcuB0v-P9vvdXWQ3vPmX!-1088947312?nodeId=%2FOCS%2FMIG\\_5817363.PDF%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased](http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=qqF1xvgCLLqqkNg4IGZ8wI0wPRjrgjtLRcuB0v-P9vvdXWQ3vPmX!-1088947312?nodeId=%2FOCS%2FMIG_5817363.PDF%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased)

Congreso de la Republica de Colombia. (9 de Enero de 2007). *www.minsalud.gov.co*. Recuperado el 17 de agosto de 2018, de *www.minsalud.gov.co*:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de la Republica de Colombia. (19 de Enero de 2011). *Ministerio de Salud Y Proteccion Social*. Obtenido de Ministerio de Salud Y Proteccion Social:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

Congreso de la Republica de Colombia. (10 de Enero de 2012). *www.mintic.gov.co*. Obtenido de *www.mintic.gov.co*: [https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3663\\_documento.pdf](https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3663_documento.pdf)

Congreso de la Republica de Colombia. (2018). *www.constitucioncolombia.com*. Obtenido de *www.constitucioncolombia.com*: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-12/capitulo-5/articulo-365>

DANE. (12 de Mayo de 2011). Recuperado el agosto de 19 de 2018, de DANE:  
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

DAVID HALL, P. (1 de Febrero de 2015). *PSI* . Obtenido de PSI: [http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/rapport\\_sp\\_56pages\\_a4\\_lr.pdf](http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/rapport_sp_56pages_a4_lr.pdf)

Departamento nacional de planeacion. (s.f.). *SICODIS*. Recuperado el 17 de 08 de 2018, de SICODIS:  
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>

Departamento Nacional de Planeacion. (s.f.). *SICODIS*. Recuperado el 17 de agosto de 2018, de SICODIS:  
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>

Dirección General de Concesiones. (2018). *www.concesiones.cl*. Obtenido de *www.concesiones.cl*:  
<http://www.concesiones.cl/proyectos/Paginas/detalleExplotacion.aspx?item=10>

DNP. (20 de Agosto de 2013). Obtenido de DNP:  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3760.pdf>

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. (09 de Enero de 2007). *Ministerio de Salud y Proteccion Social*. Obtenido de Ministerio de Salud y Proteccion Social:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

El Congreso de la Republica de Colombia. (9 de Enero de 2007). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de *www.minsalud.gov.co*:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

El Congreso de la Republica de Colombia. (16 de Julio de 2007). *www.mintic.gov.co*. Obtenido de *www.mintic.gov.co*: [https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3656\\_documento.pdf](https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3656_documento.pdf)

El Congreso de la Republica de Colombia. (12 de Julio de 2010). *www.secretariasenado.gov.co*. Obtenido de *www.secretariasenado.gov.co*:

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1393\\_2010.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1393_2010.html)

El Congreso de la Republica de Colombia. (19 de Febrero de 2011). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de *www.minsalud.gov.co*:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

El Congreso de la Republica de Colombia. (10 de Enero de 2012). *wsp.presidencia.gov.co*. Obtenido de *wsp.presidencia.gov.co*:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/Ley150810012012.pdf>

El Congreso de la Republica de Colombia. (02 de Enero de 2013). *wsp.presidencia.gov.co*. Obtenido de *wsp.presidencia.gov.co*:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201608%20DEL%2002%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

El Congreso de la Republica de Colombia. (26 de Mayo de 2015). *www.dnp.gov.co*. Obtenido de *www.dnp.gov.co*: <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Normativa/Decreto-1082-de-2015.aspx>

El Congreso de la Republica de Colombia. (09 de Junio de 2015). *www.secretariasenado.gov.co*. Obtenido de *www.secretariasenado.gov.co*:

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1753\\_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html)

El Congreso de la Republica de Colombia. (15 de Enero de 2018). *es.presidencia.gov.co*. Obtenido de *es.presidencia.gov.co*:

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201882%20DEL%2015%20DE%20ENERO%20DE%202018.pdf>

El Tiempo. (16 de Mayo de 2015). Objetivos del Milenio: Colombia aprobará, pero 'raspando'. *Diari el Tiempo*.

*es.presidencia.gov.co*. (13 de Julio de 2016). Obtenido de *es.presidencia.gov.co*:

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201797%20DEL%2013%20DE%20JULIO%20DE%202016.pdf>

Esquerra, N. C. (2013). *Universidad del Rosario*. Obtenido de Universidad del Rosario:

<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4975/1016017915-2013.pdf>

- EsSalud. (2018). *www.essalud.gob.pe*. Obtenido de *www.essalud.gob.pe*:  
<http://www.essalud.gob.pe/asociacion-publico-privada/>
- Fernández, C. F. (19 de Febrero de 2017). Qué cambió y cómo lo afecta la nueva ley que rige la salud en el país. *El Tiempo*.
- Fernández, C. F. (19 de Febrero de 2017). Qué cambió y cómo lo afecta la nueva ley que rige la salud en el país. *El tiempo*. Obtenido de El tiempo: <https://www.eltiempo.com/vida/salud/cambios-con-nueva-ley-estatutaria-de-salud-60517>
- Francisco j. Yepes, M. R. (2010). *Luces y sombras de la salud en colombia, ley 100 de 1993*. Ottawa, Canada: Mayol ediciones.
- González, E. R. (14 de Agosto de 2012). *www.scielo.org.co*. Obtenido de Revista de Gerencia y Políticas de Salud: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272012000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000200007)
- Hraeb. (18 de Diciembre de 2018). *www.hraeb.salud.gob.mx*. Obtenido de *www.hraeb.salud.gob.mx*:  
<http://www.hraeb.salud.gob.mx/>
- Limas, C. A. (s.f.). *Ministerio de salud y proteccion social*. Obtenido de Ministerio de salud y proteccion social:  
<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20CRES/Acuerdo%2008%20de%202009%20-%20Anexo%203%20-%20Comentarios%20complejidad%20y%20promocion%20de%20la%20salud%20y%20prevencion%20enfermedad.pdf>
- Lina María Camero Nader, A. L. (Junio de 2016). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de *www.minsalud.gov.co*:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>
- Malaga, H. E. (2001). *Promocion de la Salud: como construir vida saludable* . Bogota D.C: Panamericana .
- Manuel Rodríguez, A. M. (20 de Septiembre de 2016). *Banco Interamericano de Desarrollo BID*. Obtenido de Banco Interamericano de Desarrollo BID:  
<https://blogs.iadb.org/transporte/es/colombia-sigue-apostando-por-las-asociaciones-publico-privadas/>
- Martínez, F. L. (16 de Mayo de 2018). *Universidad nacional de Colombia*. Recuperado el 30 de Agosto de 2018, de Universidad nacional de Colombia: <http://www.cid.unal.edu.co/wp-content/uploads/2018/05/16-05-2018-GPSocial-2018-SISTEMA-DE-SALUD.pdf>
- Matas, A. (2018). *www.redie.uabc.mx*. *Redie*, 38-47. Obtenido de *www.redie.uabc.mx*:  
<https://redie.uabc.mx/redie/article/view/1347/1604>
- Miembros CONPES. (15 de Junio de 1992). *DNP*. Obtenido de DNP:  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/2597.pdf>

*Ministerio de proteccion social y salud.* (28 de Agosto de 2012). Obtenido de Ministerio de proteccion social y salud:  
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2012/Documents/SEPTIEMBRE/28/DECRET O%202013%20DEL%2028%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202012.pdf>

Ministerio de Proteccion Social y Salud. (Agosto de 2017). *Ministerio de Proteccion Social y Salud.* Obtenido de Ministerio de Proteccion Social y Salud:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abece-adres.pdf>

*Ministerio de proteccion social y salud.* (28 de Septiembre de 2012). Obtenido de Ministerio de proteccion social y salud.:  
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2012/Documents/SEPTIEMBRE/28/DECRET O%202013%20DEL%2028%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202012.pdf>

Ministerio de Salud. (02 de Diciembre de 1996). *www.minsalud.gov.co.* Obtenido de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co):  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCION%2004445%20de%201996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%2004445%20de%201996.pdf)

Ministerio de Salud. (1996). *www.minsalud.gov.co.* Obtenido de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co):  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION\\_5042\\_de\\_1996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION_5042_de_1996.pdf)

Ministerio de Salud. (29 de Diciembre de 2016). *MINSALUD.* Recuperado el 26 de Agosto de 2018, de MINSALUD: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-define-valor-de-la-UPC-para-2017.aspx>

Ministerio de salud. (27 de Octubre de 2018). *MINSALUD.* Obtenido de MINSALUD:  
[https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC\\_S.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx)

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2014). *Ministerio de Salud y Proteccion Social.* Obtenido de Ministerio de Salud y Proteccion Social:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2014). *Ministerio de Salud y Proteccion Social.* Obtenido de Ministerio de Salud y Proteccion Social:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

Ministerio de salud y Proteccion Social. (28 de Mayo de 2014). *www.minsalud.gov.co.* Obtenido de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co):  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (6 de Mayo de 2016). *www.minsalud.gov.co.* Obtenido de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co):  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

- MinSalud. (16 de 07 de 2012). *Ministerio de Salud y Proteccion Social*. Obtenido de Ministerio de Salud y Proteccion Social:  
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ABC%20de%20la%20Unificaci%C3%B3n%20del%20POS.aspx>
- Minsalud. (2018). *Asociaciones Público Privadas en el Sector Salud*. Bogotá.
- MinSalud. (2018). *Ministerio de Salud y Proteccion Social*. Obtenido de Ministerio de Salud y Proteccion Social: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/instituciones-prestadoras-de-salud-ips-acreditadas.aspx>
- Naranjo, E. Q. (2002). *Historia de la catedra de la medicina*. Bogota: Universidad del Rosario.
- Presidencia de la Republica. (12 de Diciembre de 2017). *es.presidencia.gov.co*. Obtenido de [es.presidencia.gov.co](http://es.presidencia.gov.co):  
<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20100%20DEL%2012%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202017.pdf>
- Restrepo, D. A., & S., L. E. ( 2012). La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 292.
- Restrepo, H. E. (2001). *PROMOCION DE LA SALUD: Como construir vida saludable*. Bogota, Buenos Aires, Mexico, Caracas, Madrid, Sao Paulo.: Medica panamericana. Recuperado el 29 de junio de 2018, de [salud.ciee.flacso.org.ar](http://salud.ciee.flacso.org.ar): <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Olavarria/bibliografia/1-Antecedentes.pdf>
- Revista Dinero. (2017). “Los recursos públicos son sagrados, pero más los de la salud”: gerente EPS Sura. *Dinero*.
- Roca, A. J. (s.f.). *Academia nacional de medicina de Colombia*. Recuperado el 18 de 07 de 2018, de Academia nacional de medicina de Colombia:  
<http://www.anmdecolombia.net/attachments/article/297/S%C3%8DNTESIS%20HIST%C3%93RICA%20DE%20LA%20MEDICINA%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Rodriguez Abad, J. J. (02 de Noviembre de 2018). *www.esan.edu.pe*. Obtenido de [www.esan.edu.pe](http://www.esan.edu.pe):  
<https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2018/11/02/asociaciones-publico-privadas-app-como-pueden-mejorar-la-calidad-de-los-servicios-de-salud/>
- Rojas, O. G. (2014). *La medicina del trabajo. Un recorrido historico*. Mexico: Copyright.
- Samboni, C. A. (Julio de 2017). *Paramedicos sin fronteras*. Obtenido de Paramedicos sin fronteras:  
<https://www.paramedicossinfronteras.edu.co/wp-content/uploads/2017/07/pdf/NIVELES%20HOSPITALARIOS%20PSF.pdf>
- Sánchez, L. P. (2008). Algunos aspectos relacionados con José Celestino Mutis y la medicina. *Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia)* , 99-106.
- Sanmarti, L. S. (1985). *Educacion sanitaria*. Madrid: Ediciones dias de santos S.A.

Secretaria da Saude. (2018). *www1.saude.ba.gov.b*. Obtenido de *www1.saude.ba.gov.b*:  
<http://www1.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio/docs.html>

Secretaria Distrital de Salud. (04 de Abril de 2014). Serie Documental. *Historia de la salud*. Bogota, Colombia.

TÁUTIVA CANTILLO , A. (2010). *www.repository.ean.edu.co*. Obtenido de *www.repository.ean.edu.co*:  
<http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/491/TautivaAndres2010.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Velez, M. (2016). *La salud en Colombia*. Bogota: Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.S.

Velez, M. (26 de 02 de 2016). *www.elespectador.com*. Obtenido de  
<https://www.elespectador.com/entretenimiento/unchatcon/el-sistema-de-salud-colombia-no-equitativo-marcela-vele-articulo-619354>

Worldbank. (01 de Febrero de 2017). *ppp.worldbank.org*. Obtenido de *ppp.worldbank.org*:  
<https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/es/asociaciones-publico-privadas/definicion>

# ANEXOS

## Modelo de encuesta

		<b>LAS APP Y LA POSIBLE SOLUCION DE LA CRISIS DE SALUD EN COLOMBIA</b> <b>PRINCIPALES RETOS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LA SALUD EN COLOMBIA</b> <b>ENCUESTA A LAS IPS Y EPS DE LA CIUDAD DE POPAYAN</b>			FECHA ELABORACIÓN: 18 NOV. 2018 V. 1					
<b>SEMILLERO INTERDISCIPLINAR DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES UNICOMFAUCA</b>		<b>ENCUESTA DE DIFICULTADES EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA</b> EL OBJETIVO DE LA ENCUESTA ES CONOCER LA OPINIÓN DE LOS ENCARGADOS DE GERENCIAR LA SALUD EN LA CIUDAD DE POPAYAN.								
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:		DIRECCIÓN:		TELÉFONO:						
<p>Gracias por realizar la encuesta. No tardará más de cinco minutos en completarla, los datos que en ella se consignen se tratarán de forma anónima.</p> <p>Clasifique su nivel de satisfacción de acuerdo con la siguiente escala de clasificación:</p> <p><b>1 = MUY EN DESACUERDO    2 = ALGO EN DESACUERDO    3 = NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO    4 = ALGO DE ACUERDO    5 = MUY DE ACUERDO</b></p> <p><b>NE = (NO EVIDENCIADO) si no conoce los aspectos asociados con la pregunta</b></p>										
FECHA: _____					<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
1. ¿Considera usted que la salud dejó de ser un servicio y se convirtió en un derecho?										
2. ¿Cree usted que se acabaron los "paseos de la muerte"?										
3. ¿Considera que hay un fin del POS?										
4. ¿Considera que los elementos, productos o equipos empleados en el servicio de su IPS o EPS son los mas optimos?										
5. ¿Su institucion concede la autonomía médica?										
6. ¿Se promociona capacitacion a sus pacientes sobre como asumir sus derechos y deberes?										
7. ¿Considera que el presupuesto para la salud es suficiente?										
8. ¿El proceso de giro y compensacion es adecuado?										
10. ¿Tiene usted conocimiento de las APP (asociaciones Publico Privadas)? (Marque con una X)						<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>			
11. Porque el endeudamiento del sistema de salud? _____										
Desea realizar algún comentario adicional: _____										
FECHA DE ELABORACIÓN:		RESPONSABLE:		FECHA DE REVISIÓN:						