

CRISIS DEL SGSSS: FACTORES AGRAVANTES EN SU IMPLEMENTACIÓN, GENERAN COMPLICACIONES DE SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA REGIÓN

Autor: Jorge Antonio Cubides Amézquita MD
Médico Cirujano Universidad Nacional de Colombia
Especialista Auditoría en Gerencia en Salud
Especialista en Administración Hospitalaria
Miembro Federación Médica de Colombia
Estudiante Derecho y Ciencia Política UNAB

En el contexto general la comunidad tiene actualmente mayores fuentes de información, que de manera oportuna y accesible surten de hechos y datos sobre temas varios de interés para los usuarios; siendo especiales los relacionados con la salud, redes y servicios de salud, hospitales, enfermedades, EPS, etc; ya que de manera directa o indirecta todos estaremos accediendo a estas atenciones del SGSSS¹.

Acorde con lo anterior, es motivo de preocupación la ya reiterada presentación de casos y eventos en los cuales francas limitaciones se presentan en las atenciones ofrecidas por el Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS), evidenciándose muchos casos de atenciones de salud ofrecidas por los actores competentes sin oportunidad ni calidad, sin eficiencia y sin accesibilidad.

Es esta situación un panorama ya reiterativo a nivel nacional, sin embargo a nivel departamental se veía limitado por contar con estratégicos puntos de apoyo que solventaban en buena proporción complicaciones mayores del SGSSS manifiestas en otros lugares. Contar con una propia EPS², la existencia de amparo legal en el cubrimiento de servicios de salud con recursos provenientes de las regalías, el apoyo siempre existente de una IPS Pública³ generadora de atenciones de salud acorde con los requerimientos locales y regionales como lo ha solventado el Hospital de Yopal ESE y que a pesar de las limitaciones en la oferta de servicios accedía a las necesidades de salud requeridos por la Comunidad sin limitaciones, el contar con control demográfico y de distribución de la población, etc.

El Hospital de Yopal ESE⁴ ha brindado atenciones de salud enmarcados en sus servicios habilitados y en cumplimiento de las funciones delegadas a este, como

¹ SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

² EPS de Casanare Capresoca EPS

³ Hospital de Yopal ESE

⁴ ESE: Empresa Social del Estado

IPS Pública definida en el marco del SGSSS. Es cada vez más creciente las limitaciones en las atenciones efectivamente dadas a los pacientes, debido a la no integralidad en coordinación y realización de las funciones y competencias de los demás actores del SGSSS, como son las EPS⁵, entes territoriales, IPS⁶ de baja complejidad, accesibilidad a redes de referencia, cada vez más limitada disposición de recursos para financiar IPS Públicas, etc.

El Hospital de Yopal ESE al ser la única IPS Pública del departamento de Casanare, en ofertar atenciones de primero y segundo nivel de complejidad, no solo a la capital Yopal sino a la totalidad de municipios del departamento y zonas periféricas, ha estructurado con el pasar del tiempo un beneficioso monopolio institucional en la prestación de servicios de salud, lo cual consecuentemente se refleja en la alta cartera por facturación de servicios ofrecidos. Siendo motivo de especial interés en la gestión de las administraciones de la ESE el recaudo efectivo de la cartera y favorecimiento de flujo de caja, lo cual se compensaba con la existencia e ingreso efectivo de recursos económicos.

Este panorama de índice demográfico contenido, poco incremento de población flotante, perfil epidemiológico ajustado a patologías de baja y mediana complejidad enmarcados en el contexto regional, existencia de EPS Pública de origen departamental, ingresos efectivos de regalías y favorecimiento legal de aplicación de los mismos en temas ligados al SGSSS por parte de los Entes Territoriales, anterior existencias de atenciones en salud plenamente cubiertas y canceladas por los mismo entes territoriales (conocido como eventos No POS⁷) adicional al histórico cubrimiento de población vinculada⁸, la no existencia de enfermedades epidémicas de amplia expansión, y poder manejar servicios internos rentables no tercerizados, fueron elementos que dieron estabilidad y seguridad empresarial e institucional en la operatividad del Hospital de Yopal ESE.

Dentro del contexto general de lo expuesto, la gestión de la ESE se priorizaba en seguir fortaleciendo su oferta de servicios con calidad de manera directa para mantener la garantía de monopolio en atenciones de salud a nivel de la región, procurando mantener este punto de fortaleza como garantía para su funcionamiento y operación, que con favorables oportunidades de pagadores propios como era la EPS de Casanare Capresoca y los Entes Territoriales propios, se lograba efectivamente ingresos económicos necesarios para el funcionamiento de la IPS Pública, Hospital de Yopal ESE.

Sin embargo ya se están evidenciando variaciones y cambios aplicados desde el año 2015, y que muy seguramente en este 2016 se manifestarán de forma creciente, directa, y preocupantemente; resultando hechos negativo que muy seguramente afectarán la efectiva prestación de servicios de salud, por parte del Hospital de Yopal ESE, a nivel de Yopal, Casanare y la Orinoquía.

⁵⁵ Empresas Promotoras de Salud

⁶ Institución Prestadora Servicios de Salud

⁷ No POS: Atenciones no integrantes del Plan Obligatorio de Salud

⁸ Usuarios no vinculados a EPS (No vinculado a EPS del Régimen Contributivo, No vinculado a EPS del Régimen Subsidiado)

Dentro de los hechos que darán negativa injerencia al SGSSS a nivel nacional, se unirán varios enmarcados en el contexto local que agravarán la operación en la prestación de servicios de salud regional:

1. **Creciente colapso de las EPS.** Ya es de conocimiento nacional la puesta en liquidación de varias EPS, dentro de las cuales tenemos la EPS Pública Caprecom, unido a la tardada aplicación de liquidación de Saludcoop EPS, la mayor EPS del régimen contributivo a nivel nacional la cual tenía antecedentes de existencia de importantes activos y recursos integrantes de esta EPS, producto de la utilización de los recursos de salud en negocios no directamente ligados con temas sanitarios. Sería importante y consolador el poder evidenciar que estos activos (casas, conjuntos residenciales, bienes recreacionales y vacacionales, etc, hasta acciones en equipos de fútbol de orden nacional) aún están en total disposición para saldar las deudas y universales carteras que adeudan a los Prestadores de Salud; haciendo precisión que la aplicación jurídica de la figura de liquidación nunca dará total garantía de reconocimiento total y a satisfacción del pago de cartera contraído por estas EPS con sus acreedores las IPS; muy seguramente porcentajes elevados de estas carteras serán perdidas y no reconocidas por estas Aseguradoras en Liquidación, ante lo cual no existirá alternativa de solución real, dado que las obligaciones sustentadas con sus acreedores se atenderán no en la totalidad de lo adeudado sino hasta la terminación total de recursos y presupuesto existente actual en estas EPS en fase de Liquidación.

Recursos estos, actuales de las EPS en liquidación, que serán menores a los relacionados en las carteras adeudadas a las Redes Prestadoras de Servicios de Salud; generándose como resultado, de la desaparición de la figura jurídica de EPS en liquidación, el desvanecimiento por arte de magia de estas obligaciones deudoras de las EPS en liquidación para con las IPS acreedoras.

Es ya conocido que el efectivo pago de los servicios facturados por las IPS antes llegaba en promedio a un 60% - 70%. Actualmente y ante la crisis de colapso de estas Aseguradoras los montos cancelados efectivamente por los servicios facturados ya no superan el 20%, acorde con datos estadísticos e indicadores de informes de cartera, con la preocupación de no existencia de oportuna solución al respecto.

Normas: Ley 1105 de 2006, Decreto 254 de 2000 y 226 de 2004.

2. **Aparición de patologías nuevas, asociadas a creciente complejidad de las mismas.** Acorde con la relación de diagnósticos y perfil epidemiológico identificado en los pacientes atendidos en la Red Pública y en particular del Hospital de Yopal ESE, es evidente la cada vez más creciente demanda de solicitud de atenciones de patologías de mayor complejidad; considerando como elementos motivadores de este hecho el aumento del índice demográfico de la región, crecimiento del promedio de vida; no efectividad en la implementación de programas en las fases de salud de

prevención y de promoción, generándose incrementos en la demanda de servicios para ser atendidos en fase curativa y de rehabilitación.

Lo anterior lleva a que sea creciente la solicitud de atenciones de alta complejidad y alto costo de forma importante, conllevando al incremento en las atenciones brindadas para patologías de alta complejidad y consecuente mayores costos en las atenciones como consecuencia de la utilización de mayores recursos hospitalarios y tecnologías avanzadas.

Unido al incremento de índice de vida, se evidencia aumento en la presentación de enfermedades de complejidad mayor, conforme se puede observar en los datos estadísticos de perfil epidemiológico.

Ya no solo se presentan atenciones de baja complejidad sino de complejidad media y alta manejadas por las especialidades y subespecialidades.

- 3. Aumento del crecimiento demográfico de Yopal y Casanare, mayor a lo proyectado.** Es ya de conocimiento el creciente aumento demográfico en Casanare y la región del Orinoquía, con la presencia de un importante porcentaje de población flotante, procedente de otras regiones, que difícilmente se encuentran cuantificadas en las estadísticas nacionales, llegando con certeza a valores y datos demográficos por encima de los relacionados por el DANE⁹, con un porcentaje adicional no menor al 10 – 15 %, lo cual representa un promedio poblacional tentativo no menor para Yopal de 175.000 habitantes y de Casanare por 402.864 habitantes, siendo integrada en estos valores los ciudadanos procedentes de otras regiones y municipios.

Indudablemente la población flotante en porcentaje importante presentan limitaciones económicas, laborales y por su puesto son demandantes de servicios públicos varios dentro de los cuales están los de salud; frente a lo cual la estructura de oferta de servicios en atenciones de salud sigue siendo el mismo en Casanare; con el agravante de la dificultad en contar estos usuarios con Aseguradoras o EPS locales, e inclusive muchos sin aseguramiento.

La Red Prestadora de Servicios de Salud que brinda atenciones de urgencias, cuentan con dificultad adicional a la congestión de los servicios por el crecimiento demográfico y aumento de población flotante; y es el no poder, en muchos casos, facturar a la correspondiente EPS por dificultad en la solicitud de autorizaciones ante la existencia de población con EPS de lugares muy apartados de la región. Adicional a la no existencia de afiliación de muchos usuarios flotantes a una EPS, que dificulta con esto el reconocimiento y pago de los servicios de salud dados para atenciones integrales de urgencias.

- 4. Presencia de patologías nuevas, que de manera preocupante han ido manifestándose en regiones como los Llanos Orientales.** Ha sido ya persistente los altos índices de presentación de patologías ligadas al Dengue, que se han asociado con la nuevas afecciones infecciosas, enmarcadas dentro de ciclos epidemiológicos, conocidas como

⁹ DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas de Colombia.

Chikungunya, Zika, etc, lo cual se agrava ante la no existencias de agua potable disponible, favoreciendo esto el incremento del Aedes Aegypti, fomentando mayor número de casos con estas enfermedades infecciosas. Agravante indiscutible de este tipo creciente de patologías y otras directamente relacionados, es la falta de agua potable en la capital de Yopal, siendo ya de conocimiento de todos el incremento larvario por los depósitos de agua existentes ante la necesidad de consumo de agua requeridos por la comunidad en Yopal.

Adicional a lo anterior son ya conocidas las altas estadísticas que por accidentabilidad de tránsito lidera la capital de Casanare, hecho este ya conocido con anterioridad pero sin efectiva solución y prevención del mismo.

El existir ostensiblemente mayor necesidad en el consumo de recursos del SGSSS para las fases de recuperación y rehabilitación, se promueve y genera, indudablemente, mayor congestión de las redes prestadoras, demandando más recursos y persistencia en la congestión de estas.

Normas: Circular Conjunta 0061 de Diciembre de 2015 Minsalud, Circular 0063 de Diciembre de 2015 del INS, Circular 0002 de Enero de 2016 de Minsalud, Circular 0006 de Enero de 2016 de Minsalud,

5. **Limitación en la aplicación del concepto de Aseguramiento en Salud.**

Difícil aplicación del concepto de Aseguramiento, que dentro de la Ley 1122 de 2007 define como: *“la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que favorezcan el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud; y la representación del afiliado, a través del asegurador, ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. El aseguramiento busca integrar la población al SGSSS para buscar mejorar el estado de salud de la población de Colombia, evitar la progresión y los desenlaces adversos de las enfermedades, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, disminuir las inequidades en salud de la población colombiana”*.

A través del aseguramiento se unifica ingresos y aportes para los servicios de salud de forma compartida entre empleador y trabajador, o solo contratista en casos de contratos por orden de prestación de servicios. Cualquier tipo de vinculación laboral con el Estado o Entidades Privadas es requisito el tener garantía del Aseguramiento en Salud a través de las diferentes EPS, aportes estos que de manera unificada son los principales aportes para financiar el SGSSS, conociéndose como los famosos recursos del Sistema General de Participaciones.

Estos aporte son los utilizados para reconocer los pagos por servicios brindados y facturados por las IPS y Redes Prestadoras de Servicios de Salud, servicios estos de salud dados a los afiliados integrantes de las diferentes EPS; existiendo beneficio en el Aseguramiento con la afiliación de población joven, saludable, ya que sus aportes de salud son los que compensan atenciones de salud facturados por las IPS por atenciones de

salud dadas a pacientes con enfermedades, complicaciones patológicas, secuelas de enfermedades de la tercera edad, usuarios con patologías varias.

El hecho de generarse mayores aseguramientos y afiliación de personas enfermas en comparación con usuarios sanos induce a mayor facturación de servicios de salud por enfermedades, por parte de las Redes de Servicios e IPS, con consumo de los recursos del SGSSS; hecho este que acorde con el aumento de los índices de vida y complicación de los perfiles epidemiológicos, favorecen negativamente el persistente aumento de gastos y costos que en salud se está presentando sin la compensación correspondiente.

Normas: Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2016.

6. **Agrava lo anterior la no aplicación efectiva de las fases de salud de prevención y promoción**, lo cual genera como resultado la complicación patológica de los usuarios incrementando de forma ya persistente la demanda de servicios de salud en las fases curativas y de rehabilitación, las cuales de manera ineficiente consumen mayor cantidad de recursos del SGSSS en relación con los resultados garantizados alcanzados y deseados.

Al implementarse efectivamente los Programas de Prevención y Promoción adicional a la limitación lograda en la no manifestación de enfermedades y sus complicaciones, se logra mayores resultados al beneficiarse mayor número de ciudadanos, alcanzándose el éxito de estos programas cuando son bien aplicados, por la garantía de resultados favorables siempre esperados. Cosa que no pasa en las fases curativas, donde muchas veces los resultados de mejoramiento del pacientes enfermos no se alcanzan, por depender esta de factores varios externos no controlados durante largos periodos de vida y cuyas consecuencias en las atenciones de salud dados no son en un alto porcentaje efectivos.

Son importantes los recursos designados para las actividades de Salud Pública, Atenciones de Promoción y Prevención, los cuales dentro de las evaluaciones de seguimientos en los diferentes programas y planes de desarrollo de las diferentes IPS, EPS y Entes Territoriales, se encuentran estos estructurados, con adecuada asignación de recursos; pero que al momento de evaluar los efectivos resultados de los mismos se evidencian francas limitaciones y no impacto de utilización de los mismos en la comunidad, en parte por la baja operatividad accesible, oportuna y con calidad de atenciones de salud de la Red Prestadora de baja complejidad y EPS, para atenciones de promoción, prevención y patologías básicas; favoreciéndose negativamente mayores y crecientes complicaciones en la demanda de servicios de salud, para la población, resultando atenciones de las fases de curación, recuperación y rehabilitación complicadas.

Estudios previos a la implementación de la Ley 100 de 1993, sustentaban que el 80% de las patologías y atenciones de salud requeridas por la

comunidad deberían ser atendidas plenamente y de forma satisfechas por las IPS de baja complejidad bajo el apoyo de las EPS, siendo estos los competentes para el desarrollo de atenciones de salud en las fases de prevención, promoción y curación de baja complejidad, todo bajo la atención idónea del Médico General; hechos estos que en la práctica no se presentan, evidenciándose creciente aumento de atenciones de salud de mediana y alta complejidad en las fases curativas y de rehabilitación, las cuales deberían ser atenciones de salud menores del 20% del total de atenciones ofrecidas y dadas por el SGSSS a nivel nacional y local, hecho este que no es así.

Normas: Ley 09 de 1979, Resolución 4445 de 1996 Minsalud, Decreto 1011 de 2006 Min protección, Resolución 1445 de 2006 Minprotección, Resolución 1446 de 2006 Minprotección, Resolución 2003 del 2014 de Ministerio de Salud y Protección, Resolución 5521 de 2013 de Minsalud.

7. **Demandas de Responsabilidad Civil creciente contra las ESE¹⁰.** Cada vez es mayor el número de casos de demandas instaurados contra las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en particular las públicas. Ante los conocimientos adquiridos por la comunidad del SGSSS, derechos a la salud y bienestar sin limitantes, y la ya legislación existente siempre efectiva de respaldo constante al respeto y cumplimiento de los Derechos Fundamentales de los Colombianos, son motivos crecientes para impetrar demandas por la insatisfacción de las atenciones que en salud ofrecen las IPS, en forma mayoritaria en comparación con la EPS; igualmente ante inconformidades justificadas o no de las atenciones de salud dadas o negadas a los pacientes.

Ya dentro de los presupuestos proyectados para la IPS, es frecuente el cada vez mayor monto de recurso designado para dar atención a estas demandas de Responsabilidad Civil, que a pesar de la aplicación de las acciones de repetición, y correspondientes aseguramientos para estos riesgos, son siempre existentes los costos que directa o indirectamente son asumidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Normas Ley 23 de 1981, Ley 10 de 1990, Resolución 1995 de 1999, Ley 640 de 2001, Ley 734 de 2002, Ley 599 y 600 de 2000, Ley 906 de 2004.

8. **Proceso de reglamentación e implementación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.** Podríamos llegar a la certera afirmación que de lograrse la total y garantizada implementación de esta ley estatutaria acorde con los lineamientos allí definidos, se daría total y plena solución a múltiples inconvenientes existentes en el SGSSS. Sin embargo las limitaciones en el conocimiento y despliegue de esta, el cumplimiento de funciones y competencias definidos allí para los diferentes actores del sistema, la no aplicabilidad garantizada de actividades preventivas y de promoción, y la aún mayor limitación de recursos económicos y efectiva utilización de estos, serán como siempre los obstáculos en su implementación.

¹⁰ ESE: Empresa Social del Estado. Hospital de Yopal ESE

Todo lo anterior empaña la aplicabilidad excelente de esta Ley Estatutaria 1751 de 2015, y más aún hechos como la famosa desaparición del concepto de POS y NO POS; que a primera vista el lograr solucionar esta diferencia limitante de las atenciones de salud (POS y NO POS) podría ser lo ideal, cosa que no se logrará debido a la limitación de recursos existente actualmente para financiar el POS vigente, y mucho menos el POS contemplado por la Ley Estatutaria el cual se incrementará en las atenciones recibidas.

No es desconocimiento los altos saldos de deudas existentes para las EPS como deudoras de las IPS, donde es evidente la limitación en el cubrimiento total de las atenciones de salud facturados por las IPS a dichas EPS con el presupuesto actual del SGSSS en el cual es importante los recaudos de valores de las UPC¹¹ actual; ante lo cual se puede afirmar que la crisis y saldos de deudas serán mayores si este mismo monto de UPC se mantiene igual para solventar el POS ideal e integral de la nueva Ley Estatutaria 1751 DE 2015.

La Ley Estatutaria al aprobar el pago de servicios médicos tradicionales y alternativos, pero que se encuentre adecuadamente evidenciados como útiles para mejorar la atención del paciente, deberán ser reconocidos y cancelados por las EPS. Esto implicaría un aumento en el valor de aporte para salud adicional al actual en más o menos un 25% más. Acorde con la Ley 1751 de 2015 Art. 6, 8, 10, 14 y17, se debe favorecer la integralidad de las atenciones dadas al paciente, la continuidad de los servicios brindados, el respeto por los deberes para acceder a tecnologías avanzadas sin limitación alguna, respeto por decisiones y autonomía del médico tratante, y no puesta de condiciones ni limitaciones por parte de las EPS al personal de salud tratante; como se puede evidenciar un incremento de atenciones ocurrirá, no existiendo limitaciones para las mismas, o sea el NO POS y POS desaparece, ahora todos se cubre desde que se evidencie real beneficio para el paciente.

Unido a lo anterior es ya conocido por todos, la contextualización existente para las IPS Públicas, como el Hospital de Yopal ESE, el cual ante cualquier solicitud de atención enmarcado como urgencias debe ser atendido sin limitación alguna; igualmente es perentorio el dar cumplimiento a solicitudes de atenciones crecientes, las cuales legislativamente exigen amparo de los Derechos Fundamentales, como la aplicación de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), aplicación de eutanasia, y otros que muy seguramente se generarán; atenciones las cuales sin limitante alguna deben ser desarrollados de forma efectiva en las IPS Publicas de existir objeciones en los demás prestadores.

Todo esto muy seguramente seguirá favoreciendo el incremento de la facturación, por parte de las IPS, ante las atención adicionales alternativas adecuadamente sustentada en beneficio del paciente; lo cual

¹¹ UPC: Unidad de Pago por Capitación. Valor dado por el Gobierno Nacional a las EPS pos cada afiliado existente en estas. Igualmente los recursos de estas UPC se solventan de los aportes cancelados por Empleadores, Empleados, Trabajadores, que hacen aporte de seguridad social y salud mensualmente como requisito de ejecuciones contractuales o laborales.

no se verá correspondido con el efectivo pago de estos e ingreso de caja, pero si con el desbordamiento ya eterno de incremento de cartera.

Con lo expuesto se encuentra la ya no utilización autónoma de recursos de regalías por parte de los Entes Territoriales para financiar servicios de salud, y que de manera efectiva favorecía el flujo de caja a las IPS. Adicional a la ya no existencia de población en condición de vinculados, proyectos varios de Salud Pública, y atenciones No POS, servicios de salud estos que generaban ingresos reconocidos por parte de los Entes Territoriales de forma directa y efectiva; fomentando un mejoramiento en los ingresos económicos para las IPS, ayudando a la Red Prestadora en su estabilidad operacional. Ahora todo es a través de las EPS las cuales como ya se conoce están muchas en procesos liquidatarios; y adicional las EPS que aún están funcionando continúan ajustando sus costos con ilimitados crecimientos de cartera adeudada a la Red Prestadora.

Muy seguramente de existir un adecuado estudio técnico de evolución histórica de cartera por facturación de servicios de salud, daría preocupante indicios del colapso en el SGSSS.

Hace 3 años tratando de dar solvento y solución al necesario incremento flujo de caja necesario para las IPS, se implementó la aplicación de los giros directos, los cuales efectivamente si beneficiaron a la Red Prestadora, al incentivar el pago de dineros por servicios de salud facturados por las IPS. Giros estos que directamente pasaban del Gobierno Nacional a las IPS y no a través de las EPS.

Normas: Ley 1438 de 2011, Decreto 971 de 2011, Decreto 1713 de 2012, Resolución 2409 y 440 de 2012 de Minsalud.

9. Creciente aumento de IPS Privadas, afecta monopolio de IPS Pública.

Existen en Yopal ya varias IPS de orden jurídico privado, lo cual en últimas beneficiaría a los usuarios al aumentar la disponibilidad de recursos de salud para atenciones de baja, mediana y alta complejidad. Esto genera para los pacientes favorecimiento en la accesibilidad y oportunidad de los servicios de salud requeridos. Sin embargo para el Hospital de Yopal ESE, es una competencia que empieza a limitar su siempre monopolio existente en salud, y que puede llegar a afectar la oferta de servicios rentables o generadores de ingresos.

Este va a ser otro factor que limitará y afectará la estabilidad institucional de la red prestadora de salud pública.

Los costos de IPS Publicas son muy diferentes y altos, comparado con los costos de las IPS Privadas; y si en este aumento de oferta de redes se implementan IPS Privadas con tendencia a manejo de servicios de salud rentables, muy seguramente los no tan rentables terminara como siempre compensándolos la Red Pública. Dificilmente servicios de salud de urgencias se abrirán en IPS Privadas, ante la no rentabilidad de estos; sin embargo a pesar de esto y por posicionamiento estatal deben estos existir obligatoriamente por intermedio de las IPS Públicas.

Es de conocimiento la diferencia existente entre la administración pública y privada de recursos, la limitación existente en la no contención de costos, no control efectivo de utilización de ingresos, riesgos en el cumplimiento de pago adecuado y válido de obligaciones patronales y prestaciones sociales, gastos, contratación, manejo de personal, etc; siendo utilizados y controlados estos recursos mucho más eficientemente en las instituciones privadas en comparación con la públicas, dando como resultado de todo esto oferta de tarifas de facturación para servicios de salud brindados a afiliados de EPS mucho más económicos en la Red Privada en comparación con los valores facturados en la Red Pública, y consecuente uso menor de recursos económicos para la operatividad y prestación de servicios en las IPS Privadas, siendo más altos estos gastos y costos en la IPS Pública.

Habrá afectación en el monopolio existente del Hospital de Yopal ESE ante la creación de las nuevas IPS Privadas evidenciándose la disminución de las atenciones de salud de servicios rentables por parte de la IPS Pública, por la cada vez más creciente tendencia a ser atendidas estas necesidades de salud en las IPS Privadas por varios factores: costos menores controlables y asumidos en las IPS Privadas; mayor oportunidad y accesibilidad en las atenciones de salud brindadas en las IPS Privadas; y la tendencia creciente a derivarse atenciones por procedimientos de salud rentables a la red privada, proveniente de la IPS Pública, cuando hay conflicto de intereses por parte de los administradores o profesionales tratantes con vinculaciones simultaneas en las dos clases de IPS, tanto públicas como privadas.

10. **Tercerización de servicios rentables de IPS Publicas y manejos administrativos.** Toda institución de salud dentro de su portafolio de servicio oferta atenciones de salud acorde con el nivel de complejidad y tecnología competente existente, y adecuadamente autorizada y avalada por los Entes Territoriales y Gobierno Nacional.

Pero de forma favorable existen unos servicios internos de salud y atenciones que demandan costos y gastos limitados, generando favorablemente importantes ingresos. De forma simultánea e igualitaria existen los servicios contrarios, es decir, aquellos que presentan costos y gastos elevados, con una rentabilidad de ingresos muy limitados e inclusive negativos.

Podríamos afirmar que dentro de los servicios de salud intrahospitalarios que favorecen mayor eficiencia se encuentran: Manejo y Suministro de Medicamentos y Farmacia, Apoyo Diagnóstico de Imagenología (Radiología, Tomografías, Ecografías, Resonancia Nuclear Magnética, etc), atenciones de Alto Costo (Unidad de Cuidados Intensivos, Atenciones de Unidades Renales para Insuficiencia Renal, Atenciones Cardiovasculares de Alta Complejidad, Atenciones de Oncología, Atenciones de Ortopedia de Alta Complejidad -Reemplazo de Caderas, Reemplazos Articulares-, etc).

Ya dentro de los no tan eficientes están Atenciones de Urgencias, Atenciones Intrahospitalarias, Servicios de Consulta Externa, etc).

Esta concepción debe llevar a tomar decisiones en las cuales unos servicios de salud deben compensar las demandas de ingresos de los otros; e inclusive la legislación ha dado alternativas de dar en concesión muchos servicios públicos que son de difícil manejo efectivo financiero por la parte pública, pero que a través de gestores privados pueden dar estabilidad equitativa e inclusive hasta ganancias positivas al ser adecuadamente manejados, es lo que se busca con las famosas Alianzas Público Privadas (APP), Ley 1508 de 2012.

Favorecer la aplicación de figuras de tercerización o Alianzas Público Privadas (APP) suministrando infraestructura, equipos biomédicos, oferta en la demanda de estos servicios, de procesos o servicios rentables en salud, deberían generar contraprestaciones directamente proporcionales, ventajosas y altas, para la entidad pública que accede a la utilización de esta figura jurídica de APP (en este caso el Hospital de Yopal ESE); ya que la ganancia financiera es garantizada e inmediata, hecho este que al parecer no es directamente proporcional en el Hospital de Yopal ESE.

Agrava lo anterior inconvenientes presentados en el funcionamiento de estos servicios tercerizados, dado que la oportunidad, accesibilidad y calidad de atenciones ofertadas por estas APP deberían ser garantizados favoreciendo la interdependencia de servicios de salud con la IPS Pública; cosa que no siempre es así, al presentarse eventos en los cuales al existir fallas en equipos de imagenología, intensificador de imágenes, insumos médicos, deben asumir las consecuencias los pacientes ubicados en servicios de Internación y Urgencias a espera de remisiones o estancias intrahospitalarias mayores, siendo lo correcto dar solución pronta y con calidad por parte de la alianza tercerizada del Ente Privado a la IPS Pública.

Aspectos complementarios de importante manejo Institucional, es tratar de favorecer la pertinencia y eficiencia en la vinculación y contratación de recursos diferentes para generar complementación y ampliación de servicios asistenciales y administrativos, siempre tratando de lograrse directo beneficio para la IPS Pública. Ante la utilización e inversión de estos recursos importantes, debe existir garantizados mecanismos legales y efectivos que den respaldo al Hospital de Yopal ESE ante la formalización de estas relaciones contractuales, y se favorezca garantía de respaldo Institucional ante diferencias, conflictos contractuales, generación de procesos judiciales, etc.

Adicional y por las relaciones laborales varias existentes bajo modalidades contractuales o de vinculación diferentes, es importante dar garantía al cumplimiento legal existente en las vinculaciones existentes adicionales a través de Trabajadores Oficiales, Empleados Públicos y Cargos de Libre Nomenclatura y Remoción. Talento Humano este que garantizado debe tener el reconocimiento de factores salariales legales definidos, adicional a los factores de Prestaciones Sociales aplicables para la Institución de Salud Descentralizada Hospital de Yopal ESE, y que dentro del marco legislativo

colombiano se dará siempre apoyo y respaldo a los derechos amparados en la CPC¹² en los Art. 25 y 53.

Importancia administrativa Institucional, y acorde a lo revisado, debe tener prioridad especial las actividades y procedimientos relacionados con la Generación de Facturas y correspondiente manejo a estas.

El hecho de ser un servicio administrativo manejado por terceros, debe generar garantías en la eficiencia, efectividad, oportunidad, calidad y validez de los valores facturados y adecuadamente soportados por atenciones de salud brindados por el Hospital de Yopal ESE a afiliados de las diferentes EPS. Considerando obligación importante de cumplimiento por parte de los contratistas responsables en el cumplimiento de este proceso, garantía de la no existencia de objeciones y glosas efectivas por parte de las EPS a la facturación integral presentada; o por lo menos con muy limitados porcentajes de aceptación de los mismos.

La importancia de este Proceso de Facturación radica en ser el eje principal favorecedor de ingresos efectivo de cartera y flujo, convirtiéndose en el Proceso fuente de ingresos y recursos efectivos para el Hospital de Yopal ESE.

El ser un proceso manejado por un ente jurídico privado orienta sobre la importancia del mismo y prioritaria efectividad de resultados que debe tener, apoyado en su ya histórica existencia de manejo por parte de este operador; esperando corresponda con resultados mensuales de cero por ciento de glosas.

Normas: Ley 1508 de 2012 Establece Régimen Jurídico de Asociaciones Publico Privadas. Decreto 1467 de 2012 Reglamenta Ley 1508 de 2012.

Tener la contextualización de la importancia en la generación de servicios de salud con efectiva calidad para la totalidad de los colombianos, dentro de estas bases operacionales administrativas y de flujos de dinero conforme opera el SGSSS, generan hasta cierto punto decepción, ya que acorde con la prioridad, respaldo constitucional y legal, necesidad creciente y bases organizacionales de la humanidad y sociedades, debería existir prácticamente un modelo de salud que no solo garantizara los recursos para brindar atenciones oportunas, accesibles, eficientes y con calidad, en todos los niveles de complejidad, sino también en todas sus fases, complementado con resultados favorables de impacto en las comunidades.

Elementos como la competencia generada por las crecientes Instituciones Prestadora de Servicios de Salud generalmente de orden privado, realmente fortalecerán y mejoran la red de servicios para los directos beneficiarios, o sea los pacientes; pero haciendo la salvedad del ético manejo profesional y no generación de conflicto de intereses, tanto en la parte asistencial como administrativa.

Existiendo inclusive explícito lineamiento en este último caso dentro del marco del Artículo 70 de la Ley 1438 de 2011, que dice: *“Artículo 71. Inhabilidades e incompatibilidades. Los miembros de las juntas directivas de las Empresas*

¹² CPC: Constitución Política de Colombia de 1.991

Sociales del Estado no podrán ser representante legal, miembros de los organismos directivos, directores, socios, o administradores de entidades del sector salud, ni tener participación en el capital de estas en forma directa o a través de su cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil o participar a través de interpuesta persona, excepto alcaldes y gobernadores, siempre y cuando la vinculación de estos últimos a la entidad del sector salud obedezca a la participación del ente territorial al que representa. Esta inhabilidad regirá hasta por un año después de la dejación del cargo”.

Acorde con los factores agravantes previos relacionados, no es muy esperanzador el contar con apoyo efectivo para administrar o gerenciar instituciones de salud, evidenciándose ya a nivel nacional ejecución de reorganizaciones en las redes de servicios de salud públicas e inclusive hasta procesos liquidatorios, que ocurren como consecuencia de varios elementos, que afectan los reales ingresos y recursos de flujo efectivo a las IPS Públicas y posteriores manejos no adecuados de los mismos.

Como se observa, del contexto planteado, ya para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud los recursos para su subsistencia se encuentran mayoritariamente ligados al pago efectivo que las EPS hagan por los servicios de salud aplicados a los diferentes afiliados de dicha entidad; dependencia, esta, preocupante ante la crisis manifiesta generalizada de la totalidad de EPS y existencia de varias en procesos de liquidación.

De lograrse dar solución y mejora al manejo de cartera, con reales ingresos de recursos para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ya otra limitante posterior es el manejo interno administrativo, que de estos ingresos, se haga por cada Prestador de Servicios de Salud; ante lo cual con adecuada gestión, manejo efectivo de los recursos y siempre apoyo en los servicios de salud intrahospitalarios eficientes, se podría afirmar y garantizar existencia de fortalecimiento institucional.

La aplicación integral y efectiva de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, conforme se observe eliminaría las diferencias y conceptos de POS y No POS, demandaría mayor cantidad de recursos al momento de darse facturaciones de atenciones y procedimientos varios no incluidos en el actual POS, no existiendo disponibilidad adicional de esos recursos, agravándose muy seguramente la estabilidad económica de las EPS, y por su puesto de la Red Prestadora de Servicios de Salud.

Realmente la limitante de los recursos seguirá intensificándose dentro del marco del actual SGSSS, sin evidenciarse alternativas de solución por parte del Gobierno Nacional, probablemente esperando sea esto solucionado por los Entes Territoriales bajo el marco de la descentralización, desconcentración y delegación administrativa.

En mi concepto la alternativa real es dar suspensión al SGSSS actual, o implementar una reingeniería total al mismo.

Muy seguro es que dentro de las posibles fuentes de información y experiencias requeridos para ajustar este sistema, deberán tomarse datos de la organización de salud existente antes de la implementación de la Ley 100 de 1993, conocido como el Sistema de Salud, donde los actores existentes eran: 1. Estado, 2. Prestadores de Servicios de Salud y 3. Usuarios. Expectantes estamos todos los usuarios del SGSSS con la ilusión de una real solución nacida en el Gobierno Nacional, ojala no se demore mucho; o se postergue hasta que se de liquidación no solo de las EPS, sino también de las IPS.

ORIGINAL