

OPORTUNIDADES DE LA GLOBALIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
HOSPITALES PÚBLICOS DE TERCER Y CUARTO NIVEL EN COLOMBIA

AUTOR:
LUISA JOHANNA PALACIOS VELOSA
CÓDIGO: 4401558

ASESOR METODOLÓGICO
Dra. LUZ ALEJANDRA CERON RINCÓN

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
BOGOTÁ D.C.
2014

Oportunidades de la globalización para la administración de hospitales públicos de tercer y cuarto nivel en Colombia

Luisa Johanna Palacios Velosa¹

Resumen:

La globalización e interdependencia entre países cada día es más ágil debido al avance de la tecnología específicamente por la facilidad de las telecomunicaciones; lo anterior ha permitido desarrollo económico y financiero entre países, en este contexto las políticas sociales deben ser consideradas igual de importantes, pues en la actualidad el gasto de los estados orientado a dichas políticas se ha visto restringido impactando directamente a la población. La salud hace parte de estas políticas y la globalización debe ser una oportunidad para su desarrollo, en el sentido de adoptar mejores prácticas de administración eficiente que permitan maximizar los recursos permitiendo el cubrimiento de las necesidades de la población con oportunidad y calidad. En el Estado Colombiano el Ministerio de Salud y Protección Social, ha trabajado desde 1998 en el Plan Nacional de Salud con la orientación y políticas de la Organización Mundial de la Salud OMS y Organización Panamericana de la Salud, organismos que actúan como autoridad directiva y coordinadora en asuntos sanitarios y salud pública a nivel internacional; aunado a dichas estrategias el Estado Colombiano también ha emitido directrices establecidas en la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral, esta ley determina que Empresas Promotoras de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios IPS (dentro de las cuales están los Hospitales de III y IV nivel), cumplan con la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, para acceder a la oferta de servicios de salud.

Palabras Claves: Administración Pública, Hospitales de III y IV nivel, Globalización, Interdependencia, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

¹ Ingeniera Industrial, especialista en Ingeniería de la Calidad y el Comportamiento, especialista en Planeación Estratégica de Mercadeo con experiencia en diseño e implementación de sistemas administrativos y planeación estratégica alineada a la programación presupuestal. luisapalaciosv@yahoo.com

Abstract

Globalization and interdependence between countries is every day more quick due the technological advances, specifically for ease of telecommunications; this has allowed economic and financial development between countries, in this context, social policies should be considered equally important, because nowadays the spending of the states that is aimed to these policies has been restricted, directly impacting the population. The health is part of these policies and the globalization should be an opportunity for their development, in sense of taking better efficient management practices to maximize the resources and allow the coverage of the population needs with timeliness and quality. In the Colombian Government, the Ministry of Health and Social Protection has worked since 1998 on the National Health Plan, directed by the World Health Organization WHO policies and Pan-American Health Organization, these organisms act as directive and coordinator authority on sanitary issues and health public in an international level, connected to such strategies the Colombian Government has also issued guidelines established in Law 100 of 1993, by which is created the Integral Social Security System. This law determines that the Health Promoting Companies HPC and Services Provider institutions SPI (within which are the Third and Fourth level Hospitals) should fulfill with the application of the Mandatory Quality Assurance System, to access to the offer of health services.

Key Words: public administration, Hospital Level III and IV, globalization, interdependence, Mandatory Quality Assurance System.

Introducción

El inicio de la globalización es objeto de debate en el mundo de las ciencias sociales puesto que algunos autores indican, que no constituye un fenómeno nuevo y encuentran sus orígenes en los comienzos de la humanidad, o en el inicio de la edad moderna; otros señalan su inicio a mitad del siglo XIX; algunos enfatizan en el análisis de su proceso, resaltando su dimensión económica, y ubican sus inicios cinco siglos atrás, cuando se evidenció por primera vez un importante aumento de la productividad del trabajo y un orden mundial global, considerando que se trata de la continuación del proceso de internacionalización que ha afectado al mundo desde Colón, Marco Polo, o incluso antes y, también se encuentra el punto de vista de los denominados “escépticos” que califican la

globalización como un mito y consideran que la economía globalizada no es particularmente diferente de la que existía en periodos anteriores.

En el mundo de la economía, el concepto de globalización fue utilizado por primera vez en 1985, según La Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), y fue orientado para denotar los profundos cambios de la economía internacional orientados a la rápida y generalizada difusión por todo el mundo de la producción, el consumo, la inversión el comercio de bienes, servicios, tecnología así como la tendencia de expansión de capitales entre países y regiones enfocados especialmente en mantener y/o aumentar el crecimiento económico contemplando el cumplimiento de los tratados de libre comercio, el compromiso con los acreedores, factores anteriores que impactan directamente la sostenibilidad financiera de los gobiernos permitiendo que día a día se incremente la interdependencia económica, política, cultural y social entre ellos.

De acuerdo a los planteamientos de Steve Smith y John Baylis² definen la globalización como el proceso creciente de interdependencia entre las sociedades, de tal manera que los eventos en una parte del mundo tienen cada vez mayor efecto en los pueblos y sociedades del resto del planeta.

La globalización, entonces, como resultado de la evolución histórica del desarrollo capitalista y de la innovación humana ha estado estrechamente ligada al progreso tecnológico, principalmente al campo de las telecomunicaciones, que han permitido erosionar los límites de la distancia y el tiempo en la interacción social, desapareciendo las barreras geográficas y fronterizas para efectuar una transacción económica.

La difusión acelerada de tecnología principalmente de las comunicaciones han provocado el aumento del volumen y la variedad de las transacciones transfronterizas de bienes, servicios y de los flujos internacionales de capitales,

² John Baylis es Vicerrector y Profesor de Política y Relaciones Internacionales de la Universidad de Gales, Swansea y Steve Smith es Vicerrector y Profesor de Política Internacional en la Universidad de Exeter. Autores del libro *The Globalization of World Politics: An Introduction to International Relations* (Oxford University Press, 1997), p.7

originando una interdependencia económica creciente del conjunto de países del mundo; interdependencia entendida como una dependencia recíproca que existe entre dos variables, cuestiones, o países y a que su vez son mutuamente responsables, comparten principios y responsabilidades a los que lleguen de común acuerdo.

Sin embargo, la interdependencia económica y política que se genera entre países y regiones está sujeta a la estructura, la organización, los lineamientos y las ventajas competitivas internas que tiene cada uno de los gobiernos que se asocian y una vez llegan a acuerdos de comercio o transacciones, se puede producir un efecto de desequilibrio que consiste en que alguna de las partes presente inequidad en ingresos, condiciones de desprotección, alteración de la estabilidad laboral, reducción limitada y desequilibrada de la pobreza que en últimas, impacta directamente las políticas sociales y por ende a la población de un Estado.

Anthony Giddens³, (www.fusda.org/Giddens.pdf, febrero 2014), critica que la interdependencia sea descrita fundamentalmente en términos económicos, precisando que la globalización es política, tecnológica y cultural, además de económica.

En consecuencia, afirma que es necesario construir un Estado de Bienestar que ha de satisfacer criterios de justicia social, pero también tiene que reconocer e incorporar una elección activa de estilo de vida, integrarse en estrategias ecológicas, sociales y responder a nuevos escenarios de riesgo.

Es así como la globalización orientada a mejorar la capacidad económica y la sostenibilidad financiera de los países y regiones, ha impactado las políticas sociales las cuales son restringidas y se ven limitadas y afectadas en el gasto público, un Estado no tiene la competitividad frente a gobiernos que son

³ Licenciado en Psicología y Sociología por la Universidad de Hull (Inglaterra) y en la London School of Economics, Instituto que dirigió desde 1997 hasta 2003.

emergentes y/o potencias mundiales; pero a la vez si no afrontan los procesos de globalización del mundo de hoy corren el riesgo de quedar rezagados en oportunidades tales como el acceso y avance tecnológico, investigaciones, restricción a incorporación a redes que trabajan en pro de un objetivo en común que puede ser de gran utilidad para el gobierno.

Las políticas sociales, específicamente la política de salud, debe adoptar la globalización como una oportunidad en el desarrollo científico a través de investigaciones que impacten positivamente las condiciones de vida de la sociedad, más en el mundo actual, en donde hay mayor movilidad de personas entre países y en donde se proliferan con facilidad las enfermedades.

Otro enfoque para vislumbrar la oportunidad de la globalización en la política de salud surge en la definición integral de modelos que permitan estructurar y aplicar una administración eficiente en la salud pública, que garantice la salud como derecho fundamental que comprende entre otros el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, teniendo presente que los recursos son escasos y deben ser maximizados por los actores responsables en el estado que tienen dentro de sus competencias la función de asegurar y prestar los servicios de salud a la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud a través de la Organización Panamericana de la Salud⁴, (web.minsal.cl/ORGANISMOS_INTERNACIONALES, febrero de 2014), en coordinación con el gobierno nacional colombiano desde el año 1998 hasta la fecha han venido trabajando en generación de programas y estrategias que para orientar las autoridades de salud a nivel nacional departamental y municipal ante eventos adversos como el desplazamiento interno y actualización de planes hospitalarios de emergencias y desastres. En marzo del 2005 la Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la

⁴ Organismo especializado, que actúa como autoridad directiva y coordinadora en asuntos sanitarios y salud pública a nivel internacional

Salud participó en la realización del CONPES SOCIAL 091 “Metas y Objetivos de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio 2015”⁵, en el cual se enfatizó en objetivos de salud pública como son: la reducción de la mortalidad en menores de 5 años, mejorar la salud sexual y reproductiva, combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue; y formar una sociedad mundial para el desarrollo asegurando la cobertura y afiliación a la seguridad social en salud al 100%; también este organismo ha aportado directrices para la elaboración de la “Agenda Visión Colombia 2019 Segundo Centenario”⁶ liderado por el Departamento Nacional de Planeación y el cual presenta un marco de políticas para intervenir en los determinantes estructurales de la salud, en especial metas y acciones que permitan disminuir las desigualdades sociales y facilitar el logro de la equidad.

El Plan Nacional de Desarrollo que obedece al programa de gobierno cuatrienal, y particularmente en los lineamientos que corresponden al Ministerio de la Protección Social han sido alineados a la “La estrategia de cooperación de salud”⁷, que también apoya la Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, y para el periodo 2011 – 2014, se ha enfocado en ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas, determinar las líneas de investigación, estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos, establecer normas y estándares y promover y monitorear su implementación, articular opciones de política con principios éticos basados en evidencia, proveer apoyo técnico para catalizar el cambio, crear capacidad institucional sostenible, monitorear la situación de salud y determinar las tendencias sanitarias.

⁵ Documento consultado en (<https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloSocial/Pol%C3%ADticasSocialesTransversales/ObjetivosdeDesarrollodelMilenio.aspx> , febrero 2014)

⁶ Documento consultado en (<https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket...tabid=775>, febrero 2014)

⁷ Documento consultado en (http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1812:estrategia-de-cooperacion-con-colombia-2011-2014&catid=683&Itemid=361, febrero 2011)

Aunado a los planteamientos anteriores, que se han venido desarrollando con la Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la salud, el gobierno colombiano aplica actualmente la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, es decir esta ley reformo la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral”, específicamente la modificó en el libro “Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Se presenta a continuación la composición del contenido de la ley 100 de 1993, con el fin de dar claridad específicamente que libro fue el modificado con la ley 1438 de 2011.

Contenido de la Ley 100 de 1993

Nombre del Libro	Inicia en el Artículo	Termina en el Artículo
Sistema de Seguridad Social Integral	1	9
Sistema General de Pensiones	10	151
Sistema General de Seguridad Social en Salud**	152	248
Sistema General de Riesgos Profesionales	249	256
Servicios Sociales Complementarios	257	263
Disposiciones Finales	264	289

Elaborado para este trabajo a partir del análisis de la Ley 100 de 1993.

** Libro modificado por la ley 1438 de 2011

Para la continuación del desarrollo del contenido del presente documento, el libro correspondiente al “Sistema General de Seguridad Social en Salud, será el que se analice, así como la ley 1438 de 2011 y la Reforma al Proyecto de Ley.

Así mismo los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC, establecidos en la Resolución 1441 de 2013 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones” deben ser

adoptados por Entidades Promotoras de Salud EPS y por Instituciones Prestadoras de Salud IPS. ¿En los hospitales públicos de tercer y cuarto nivel, como beneficia el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad la gestión de la administración pública?

Administración Pública en el Sector Salud

El Estado Colombiano aplica en materia de salud la Ley 100 de 1993, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral”, así como la Ley 1438 de 2011 “por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” las cuales están vigentes; el gobierno nacional ha adelantado un proyecto de reforma; este proyecto fue presentado y aprobado por el Congreso de la República el pasado 17 de octubre de 2013; el proyecto de ley reemplazaría la normatividad legal vigente en lo correspondiente al Sistema General de Salud. A continuación, se presenta un comparativo haciendo énfasis en los aspectos esenciales del sistema de salud colombiano considerando el contenido de la ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011 y el proyecto de ley aprobado por el Congreso.

Principios

Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”	Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”	Reforma Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”
Principios del Sistema Equidad, Obligatoriedad, Libre Escogencia Descentralización administrativa Participación Social Calidad Protección Integral, Autonomía de Instituciones, Concertación El servicio público esencial de	Principios del Sistema Equidad Obligatoriedad Libre Escogencia Descentralización Administrativa Calidad Universalidad Solidaridad Igualdad Prevalencia de Derechos Enfoque Diferencial Eficiencia Progresividad Sostenibilidad Transparencia Complementariedad y	Principios del Sistema Equidad Obligatoriedad Libre escogencia Descentralización Administrativa Participación Social Calidad Universalidad Solidaridad Igualdad Prevalencia de Derechos Enfoque diferencial Eficiencia Progresividad Sostenibilidad Transparencia Complementariedad y Concurrencia

seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.	Concurrencia Corresponsabilidad Irrenunciabilidad Intersectorialidad Prevención Continuidad	Corresponsabilidad Irrenunciabilidad Intersectorialidad Prevención Continuidad Protección especial a niñas y niños Integralidad Inembargabilidad
---	--	---

Fuente: Elaborado para este trabajo a partir del análisis de la Ley 100 de 1993 y de la reforma al Proyecto de Ley.

La ley 1438 de 2011 en comparación de la ley 100 de 1993, complementa y detalla los principios que se aplican al Sistema General de Salud y una vez correlacionados con los principios que se plantean en Reforma de Proyecto de la Ley se determina que estos son los adicionales:

- Protección Especial de Niños y Niñas (establece que se adoptarán medidas de promoción y prevención específicamente para esta población de niños y niñas)
- Integralidad (se enfoca a que el sistema debe garantizar atención en salud en las fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia).
- Inembargabilidad (Los recursos que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud son inembargables).

Causa especial atención uno de los principios que esta en la ley 1438 de 2011 y en la la Reforma al Proyecto de Ley en razón a que involucra a la población para que desde la condición de ciudadanos aporten a mejorar el sistema de salud en Colombia, siendo más concientes en la utilización de los servicios de salud; este es el principio de “Corresponsabilidad”, define que todas las personas propendan por su autocuidado, por el cuidado de su familia y de la comunidad; por un ambiente sano; por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema y por el cumplimiento de los deberes de solidaridad, participación y colaboración.

Se establece que el Sistema de Seguridad Social debe ser equitativo, obligatorio que todo ciudadano colombiano debe estar afiliado, de la universalidad, sin embargo en la realidad dista mucho con la filosofía de la norma; tanto así que

aquella población que tiene mayores recursos optan por tener un plan complementario o medicina prepagada.

Programa Prestación de Servicios de Salud a la Población Colombiana

<p>Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Reforma Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>
<p>POS Programa Obligatorio de Salud</p> <p>Este Programa permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Incluye la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica.</p> <p>El contenido del Programa Obligatorio de Salud lo define el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud,</p> <p>Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante el Plan Obligatorio de Salud concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención.</p> <p>En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50 % de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.</p> <p>El Ministerio definirá un plan de atención básica que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por</p>	<p>Plan de Beneficios</p> <p>El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.</p> <p>Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan de Beneficios deben ser publicadas y explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.</p> <p>El Plan de Beneficios sólo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente para ello</p>	<p>Plan de Beneficio de Salud MiPlan</p> <p>Mi-Plan, corresponde a los servicios y tecnologías aprobadas para su uso en el país y requeridas para atención en salud, y debe garantizar la cobertura de los servicios y tecnologías para todas las patologías.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una estructura de Mi-Plan que favorezca el uso de servicios y tecnologías pertinentes, orientada al logro de resultados en salud, para lo cual realizará un proceso de priorización técnica, participativo y transparente que permita excluir los servicios y tecnologías que no harán parte de Mi-Plan, los criterios de exclusión serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional de las personas Que constituyan bienes o servicios sociales complementarios a la atención o rehabilitación del paciente cuya finalidad principal no es el diagnóstico o la curación de la enfermedad; Que no estén catalogados por la autoridad competente como servicios y tecnologías en salud; Que no exista evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia clínica; Que no exista evidencia técnica o

<p>intervenciones para la colectividad, como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria. La financiación será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.</p>		<p>científica sobre su pertinencia clínica; su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;</p> <p>Que se encuentren en fase de experimentación.</p> <p>La información sobre precio, usos, acceso y calidad de los servicios y tecnologías de salud es de interés público. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los contenidos, flujos y oportunidad de la información que los actores deben reportar.</p>
---	--	--

Fuente: Elaborado para este trabajo a partir del análisis de la Ley 100 de 1993 y de la reforma al Proyecto de Ley.

En la Ley 1438 de 2011 se da continuidad a lo establecido en la Ley 100 de 1993, especificando que el Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explídtos, se encuentra de alguna manera mejor definido, en comparación con lo proyectado en la reforma de la ley en salud, que indica que el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una estructura de Mi-Plan, sujeta a condiciones técnicas, participativas y transparentes, sin embargo se genera desconfianza a la población en el sentido que no contempla con claridad los componentes que harán parte de los beneficios a los que se tienen derecho.

Es decir, el gobierno puede excluir ítems en Mi-Plan que en la actualidad se tienen contemplados, es una incertidumbre que preocupa ante el ya precario existente sistema de salud.

Planes Complementarios

<p>Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Reforma Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>
<p>Planes Complementarios</p> <p>Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan de Salud Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.</p> <p>El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.</p>	<p>Planes Voluntarios</p> <p>Serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.</p> <p>Tales planes podrán ser:</p> <p>Planes de atención complementaria del POS emitidos por las EPS.</p> <p>Planes de Medicina Prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.</p> <p>Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia financiera</p> <p>Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud".</p> <p>Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.</p>	<p>Planes Complementarios</p> <p>Dirigido a usuarios que acceden de manera voluntaria a condiciones diferenciales de acceso, comodidad, bienes y servicios o financiación, de carácter complementario o suplementario, no incluidas en Mi-Plan.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará lo referente a las condiciones mínimas de los contratos de coberturas complementarias de salud, y estarán vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia.</p> <p>Las entidades autorizadas para ofrecer las coberturas complementarias de salud no podrán aplicar a los beneficios definidos en Mi-Plan, mecanismos tales como períodos de carencia, semanas mínimas de cotización, deducibles, preexistencias o cualquiera otro que restrinja o limite el uso o acceso a los servicios ofrecidos.</p>

Fuente: Elaborado para este trabajo a partir del análisis de la Ley 100 de 1993 y de la reforma al Proyecto de Ley.

De acuerdo a lo propuesto el gobierno nacional, se tendrá mayor control y evaluación para los programas de servicios complementarios o lo que se conoce hoy en día, como la medicina prepagada ofrecidas por los Gestores de Salud; con lo que establece la Ley 100 de 1993, los precios de estos planes complementarios son determinados a libre albedrío de las Entidades Promotoras de Salud,

encontrándose casos de abuso con la población que se afilia para tener una mayor comodidad y mayor oportunidad en el servicio.

El Gobierno en la nueva reforma propone hacer un mejor control de la prestación de estos servicios complementarios, exigiendo a los Gestores de Salud condiciones mínimas que permitan realmente generar un diferencial de atención entre Mi Plan y la medicina complementaria (prepagada), en la que se debe abolir semanas mínimas de cotización, deducibles, preexistencias o cualquier condición que restrinja o limite el uso o acceso a los servicios ofrecidos; de esta forma se garantiza a la población que hace un esfuerzo económico en pagar un valor adicional, que éste realmente recibiendo un servicio con valor agregado.

Actores

<p>Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Reforma Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>
<p>EPS Entidad Promotora de Salud</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud autorizará EPS a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que tengan una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza, tener personería jurídica reconocida por el Estado, disponer</p>	<p>EPS Entidad Promotora de Salud</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones para que las EPS tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia, la capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada.</p> <p>Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la Entidad</p>	<p>SaludMía</p> <p>Unidad de gestión que será parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, de carácter financiero, de naturaleza especial, del nivel descentralizado, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente.</p> <p>El régimen presupuestal será el de Empresa Industrial y Comercial del Estado de carácter financiero, sujeta al control de la Superintendencia Financiera de Colombia</p> <p>En materia contractual será el previsto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007.</p> <p>El Presidente de la República, de conformidad con el numeral 16 del artículo 189 de la Constitución</p>

<p>de una organización administrativa y financiera que permita: tener una base de datos información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias; acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar la de las instituciones y profesionales prestadores de los servicios;b evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos; acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo, acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez. General de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto. Los comités técnicos científicos deberán estar integrados o conformados por médicos científicos y tratantes. Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrará estos comités, así sean médicos.</p>	<p>Política, establecerá su estructura interna. El objeto de SaludMía es afiliar a la población, recaudar las cotizaciones, administrar los recursos a su cargo, y realizar los pagos, giros o transferencias, administrar la información relativa a recursos, afiliación y aquella pertinente para la administración del Sistema.</p>
---	---	---

Fuente: Elaborado para este trabajo a partir del análisis de la Ley 100 de 1993 y de la reforma al Proyecto de Ley.

Se establece en la reforma de salud que exista sólo una entidad SaludMía, que sea la encargada de asegurar la afiliación de la totalidad de la población colombiana al Sistema General de Salud, así como también esta entidad se encargaría de recaudar las cotizaciones, administrar los recursos a su cargo y realizar los pagos, giros o transferencias a los Gestores de Salud que presten los servicios a la sociedad.

Una vez entre en vigencia la Reforma al Proyecto de Ley, se proyecta eliminar la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos Médicos y sus funciones serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así mismo, se suprimirá el Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga como fondo cuenta y se dispondrá su liquidación de conformidad con los procedimientos que se señalen para el efecto.

Si se analiza de forma como debería ser lo justo y equitativo, el Estado estaría asegurando que los excedentes financieros que seguramente deben ser considerables, puedan ser reinvertidos en el sector salud y estén traducidos en mejor tecnología de punta, infraestructura y personal competente que aunados estos recursos mejoren la capacidad de oferta a la población colombiana; sin embargo se genera la incertidumbre de un buen centro de administración y economía, puesto que al igual que otros sectores la salud es centro de corrupción

y de no optimización de recursos que lo que conlleva a la desigualdad, falta de cobertura, inoportunidad y caos en la prestación de los servicios de salud.

Así mismo, la Reforma de Ley está proponiendo entrar en vigencia de inmediato, por lo que aún el sistema propuesto y los actores que en él intervendrían no son lo suficientemente maduros, por lo que establece la Reforma del Proyecto de Ley que las actuales Entidades Promotoras de Salud EPS, pueden continuar ejerciendo su labor de afiliación y recaudo para coadyuvar en las funciones que tendrían que ser netamente de SaludMia; esto genera desorganización e inconsistencias, desdibujando lo que debería ser la implementación de este gran proyecto que podría beneficiar a la sociedad colombiana.

<p align="center">Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”</p>	<p align="center">Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>	<p align="center">Reforma Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>
<p>IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud)</p> <p>Deben prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro aplicando principios básicos como la calidad, la eficiencia, autonomía administrativa, técnica y financiera.</p> <p>Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud incluyendo tener un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos el cual es de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso.</p> <p>Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.</p> <p>Los afiliados y beneficiarios del</p>	<p>IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud)</p> <p>La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.</p> <p>Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios.</p>	<p>Gestores de Servicio de Salud</p> <p>La prestación del servicio de salud comprende las acciones de salud pública y las prestaciones individuales. Las acciones de salud pública estarán a cargo de las Entidades Territoriales y serán prestadas dentro de su jurisdicción. Las prestaciones individuales estarán a cargo de los Gestores de Servicios de Salud, y son aquellas contenidas en Mi-Plan. Los Gestores de Servicios de Salud conformarán Redes de Prestadores de Servicios de Salud, las cuales operarán en Áreas de Gestión Sanitarias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El Gestor de Servicios de Salud que opera la red debe disponer de sistemas de información, seguimiento y evaluación de la gestión del servicio, de mecanismos de referencia y contra referencia y de comunicación y transporte y tendrá Prestadores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, los cuales actuarán dentro de redes integradas.</p>

<p>Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.</p> <p>En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres.</p>		<p>Las Áreas de Gestión Sanitaria son zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accede a las prestaciones individuales; y e las cuaes debe converger los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías de Mi-Plan.</p> <p>Áreas de Gestión Sanitaria Especial, están ubicadas en aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan, en este caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas.</p>
---	--	---

Fuente: Elaborado para este trabajo a partir del análisis de la Ley 100 de 1993 y de la reforma al Proyecto de Ley.

Los establecimientos que directamente prestan la atención en servicios de salud a la población y están conformados por niveles de complejidad de acuerdo a las condiciones físicas de su infraestructura, equipos biomédicos con los que cuenta y competencias del recurso humano que realiza las funciones que aseguran el cumplimiento de la misión; específicamente el nivel III y IV de atención esta conformado por aquellos centros que tienen las condiciones para atender urgencias y patologías de complejidad alta, son hospitales que cuentan con especialistas y supraespecialistas como son (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, y otros de acuerdo a disponibilidad de recursos).

Lo que se determina en la ley 1438 de 2011 y en la Reforma del Proyecto de ley es la generación de redes de atención eficientes conformadas por establecimientos públicos, privados o mixtos que puedan generar un modelo de atención en los niveles de baja complejidad (nivel I), media complejidad (nive II), alta complejidad (nivel III y IV).

Nombramiento de Director o Gerente de Hospital

<p>Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Reforma Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p>
<p>Nombramiento Directores de Hospitales</p> <p>Los directores de los hospitales públicos de cualquier nivel de complejidad, serán nombrados por el jefe de la respectiva entidad territorial que haya asumido los servicios de salud conforme a lo dispuesto en la Ley 60 de 1993 y a la reglamentación que al efecto expida el Gobierno Nacional de terna que le presente la junta directiva, constituida según las disposiciones de la Ley 10 de 1990 por períodos mínimos de 3 años prorrogables.</p> <p>Sólo podrán ser removidos cuando se demuestre, ante las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, falta a la ética según las disposiciones vigentes o ineficiencia administrativa definida mediante reglamento del Gobierno Nacional.</p>	<p>Nombramiento de Directores o Gerentes de Hospitales</p> <p>En caso de que el cargo de Director o Gerente de una Empresa Social del Estado esté vacante a más tardar dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes se iniciará un proceso de concurso público para la su elección.</p> <p>la Junta Directiva conformará una terna con los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones en el proceso de selección adelantado.</p> <p>El nominador deberá designar en el cargo de gerente o director a quien haya alcanzado el más alto puntaje.</p>	<p>Nombramiento de Gerentes de Hospitales</p> <p>Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente.</p> <p>Los gerentes o directores cuyo periodo no haya culminado a la expedición de la presente Ley continuarán en el desempeño de su empleo hasta el cumplimiento del periodo o por el retiro por evaluación, una vez el empleo se encuentre vacante deberá proveerse mediante nombramiento ordinario.</p>

Fuente: Elaborado para este trabajo a partir del análisis de la Ley 100 de 1993 y de la reforma al Proyecto de Ley.

En la Ley 1438 de 2011 se establece realizar una evaluación a un terna de candidatos escogida por la junta directiva y quien obtenga el mayor puntaje será el Gerente o Director del Hospital; en el caso de la Reforma Proyecto de Ley se establece que el encargado de escoger al Director o Gerente será la autoridad nacional o territorial competente. Será de libre nombramiento y remoción.

En teoría la ley 1438 de 2011 orientaba la elección de forma técnica y por méritos, tal como lo plantea la Reforma al Proyecto de Ley se tiene mayor riesgo de seleccionar Director o Gerente que no tenga las competencias para tal cargo.

Evaluación de la prestación de servicios de salud

<p align="center">Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"</p>	<p align="center">Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"</p>	<p align="center">Reforma Proyecto de Ley "Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"</p>
<p>Evaluación</p> <p>Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.</p> <p>La Revisoría Fiscal para las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto sin perjuicio de lo prescrito en otras normas.</p> <p>El control fiscal de las entidades de que habla esta Ley, se hará por las respectivas Contralorías para las que tengan carácter oficial y por los controles estatutarios para las</p>	<p>Evaluación</p> <p>El Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que induyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán: Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil. Incidencia de enfermedades de interés en salud pública. Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo. Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles. Acceso efectivo a los servicios de salud.</p> <p>Cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará</p>	<p>Evaluación</p> <p>A partir del año 2015, cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social evaluará el Sistema de Salud de acuerdo con indicadores de acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez, calidad y resultados en salud.</p> <p>La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad; la asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud; el aporte de las tecnologías en salud; la capacidad de la red hospitalaria; la calidad de los servicios de salud; los resultados de las políticas de salud pública; las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios; la percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sobre sus condiciones laborales.</p>

que tengan un carácter privado.	una evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en estos indicadores.	El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República
---------------------------------	---	---

Fuente: Elaborado para este trabajo a partir del análisis de la Ley 100 de 1993 y de la reforma al Proyecto de Ley.

La evaluación y control del Sistema General de Salud, se ha venido desarrollando a través de la aplicación de autoevaluaciones diseñadas tanto para las Entidades Promotoras de Salud como para las Instituciones Prestadoras de Servicios; para lo cual la normatividad legal vigente está contemplada en la resolución 1441 de mayo de 2013.

En la reforma se establece que continúa siendo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad una herramienta que no solo va a permitir la evaluación de la prestación de servicios de salud, sino que permite generar organización en la administración pública y generar control contemplando indicadores de acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez en la prestación de servicios.

En la Reforma Proyecto de ley, con respecto a la ley 1438 de 2011 continúa determinando que con una frecuencia cuatrienal se realice una evaluación a la gestión del Sistema General de Salud y se presente informe por parte del Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República. Cuatrienal es un intervalo de tiempo muy amplio para evaluar el resultado y comportamiento de la gestión de las políticas de salud, por lo que sería óptimo, realizar dichas evaluaciones en periodos de tiempo más cortos, es decir por lo menos cada año, teniendo en cuenta que el sistema ha venido cambiando y hay fases de implementación que se están desarrollando en las cuales se pueden identificar y generar oportunidades de mejora para las desviaciones que se puedan presentar en la fase de ejecución.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y la Globalización

La Ley 1438 de 2011 en su artículo 58, ha apropiado como herramienta administrativa de control y evaluación de la prestación del servicio de salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y los establecimientos de salud deben adoptarlo para poder ofertar sus servicios a la población colombiana; este sistema de calidad ha venido evolucionando, la última actualización se dio en el mes de mayo la vigencia 2013, bajo la Resolución 1441 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud”.

Los parámetros de calidad en salud permiten que el servicio que ofrecen las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), garanticen seguridad a los pacientes, accesibilidad, oportunidad así como también se verifica el respaldo patrimonial, margen de solvencia, capacidad de gestión administrativa, tecnológica y científica, suficiencia de red de prestadores de servicios compuesta por diferentes niveles de atención como son:

- Nivel I – servicios de salud de baja complejidad
- Nivel II – servicios de salud de mediana complejidad
- Nivel III y IV – servicios de salud de alta complejidad

La aplicación de estándares de calidad permiten generar una articulación de los mismos creando un “sistema” con los estándares de: talento humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, gestión de medicamentos y dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros, interdependencia de registros, y por ende se crea una administración correlacionalda que permitir al gerente coordinar, dirigir, controlar el establecimiento que lidere facilitando la toma de decisiones.

En Colombia para evidenciar que un establecimiento ha aplicado el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, debe ser “habilitado” a través de un proceso

de verificación que realiza la Secretaría de Salud en Colombia; frente al fenómeno de la globalización la calidad es una característica diferencial que permite identidad y reconocimiento a las instituciones prestadoras de salud; actualmente establecimientos de salud que se enfoquen en prestar sus servicios a nivel nacional como otros especializados que oferten sus servicios a nivel internacional deben ser conscientes que la calidad es una condición necesaria que se debe tener para poder competir y sobrevivir en el mercado globalizado.

La calidad implica una inversión lógica, necesaria y también óptima en la infraestructura y procesos, tratar de ahorrar presupuesto de gasto en aspectos críticos que están directamente ligados a la misionalidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, pueden generar sobrecostos mayores a lo que se hubiere invertido.

A continuación se detallan algunos de los aspectos críticos que están directamente ligados a la misionalidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

- Mantenimiento de Equipos Biomédicos, que incluyen equipos clínicos, de diagnóstico, terapéuticos, quirúrgicos y son esenciales para la prestación de servicios y que por su uso diario en cumplimiento de la misión de los establecimientos de salud presentan desgaste por lo que requieren de calibración así como mantenimiento preventivo y correctivo para garantizar su correcto funcionamiento.
- Mantenimiento de Infraestructura, las instalaciones en donde se prestan los servicios requieren de adecuaciones y posibles mejoras de acuerdo a la normatividad que es objeto de actualización continua.
- Selección y Contratación de Personal Competente: los procesos de selección de personal permiten tener la tranquilidad de la prestación de

servicios de salud; pues estos procesos aseguran contar con personal calificado y competente que generan valor a la entidad; y más para la prestación de servicios de salud que es tan sensible desde el trato humanizado de los pacientes que buscan una oportunidad para mejorar sus condiciones y calidad de vida.

Así mismo en la Ley 1438 de 2011 artículo 98, establece la importancia de la formación continua del talento humano, para lo cual define dar prioridad a la implementación del programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El programa contiene módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios; enfocado a permitir mayor desarrollo y actualización.

- Definición de protocolos de atención y guías de manejo basados en evidencia científica diseñados y adoptados para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; incluyen evaluaciones de tecnologías en salud y presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención sea de calidad, segura y costo-efectiva.

De acuerdo a lo anterior, algunos de los beneficios que la administración de la gestión de la pública obtiene al aplicar los estándares son:

Optimización de los recursos

- Prevención de reprocesos, que generan costos adicionales por volver a repetir procedimientos y servicios a los pacientes porque desde un principio no se hicieron de la forma correcta, considerando el agravante que son servicios de salud y la vida de los pacientes se pone en riesgo.

- Disminución de demandas, la prestación de servicios de salud son de especial cuidado, puesto que no contar con personal competente, equipos en buen estado, infraestructura adecuada, no aplicación correcta de los protocolos y guías de manejo pueden ocasionar eventos adversos que ponen en riesgo la vida de los pacientes, que pueden llegar a ocasionar diferentes lesiones desde leves hasta muy graves como puede ser la muerte.
- Evitar multas y sanciones que pueden ser impuestas por organismos de control y que se originan por incumplimiento de aplicación de normas legales vigentes que aseguran la adecuada prestación de los servicios de salud.
- Un servicio de calidad es confiable y permite mayor cantidad de afiliaciones las cuales repercuten en los excedentes financieros que pueda tener el establecimiento de salud.

Conclusión

La Globalización es un fenómeno que puede resultar para un Estado una gran oportunidad o también una amenaza, para estar en uno u otro escenario incide la evaluación y toma de decisiones enfocadas en variables las cuales deben ser analizadas previo a formalizar acuerdos con diferentes países por asesores multidisciplinarios que trabajen directamente con el Gobierno. Entre otras variables a evaluar se encuentran las desventajas y ventajas que impactan el programa de gobierno y por ende la gestión pública de un Estado, condiciones de los países que pueden ser aliados con respecto al aspecto propio de transacción (ecómico, político, social, cultural), capacidad de operación del Estado en relación al aspecto propio de transacción, generación de modelos simuladores de contextos que se puedan llegar a presentar un Estado si se llegara a generar acuerdos; lo anterior permite obtener negociaciones con mayor probabilidad de equilibrio para las

partes; de no ser así se presentan situaciones en que un Estado puede quedar desprovisto en cuanto a fuerza laboral, pérdida de ingresos, afectación de la población, compromisos inalcanzables que pone en riesgo el desarrollo interno de la nación, entre otras y la Globalización debería buscar una ganancia mutua.

Así mismo, la globalización implica adopción de estándares de calidad que permitan competir en el mercado; puesto que para la generación de transacciones se busca lo mejor. En las políticas sociales específicamente en salud, internacionalmente se han generado lineamientos por parte de la Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud para la permitir la accesibilidad, oportunidad y seguridad en la prestación de servicios; en Colombia el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad permite articular o armonizar los diferentes componentes de los procesos como son el capital humano, infraestructura, equipos, tecnología, historia clínica, entre otros que hacen posible coordinar, dirigir, controlar y tomar de decisiones sistémicas que optimizan la gestión pública y en los Hospitales de III y IV nivel el gerente o director visualiza la integralidad permitiendo coordinar, dirigir, controlar y tomar de decisiones sistémicas.

Es de considerar que la calidad requiere de inversión, con la reforma a la salud que se ha planteado en Colombia, se proyecta crear la Unidad de Gestión SaludMia, los excedentes financieros que se pueden llegar a generar por parte de esta entidad, serán reinvertidos al Sistema General de Salud, lo que debería permitir calidad en el servicio social de salud traducido en optimización de la tecnología, infraestructura, desarrollo de programas en beneficio de la población colombiana.

Los “ahorros” que puede generar un hospital de III y IV, nivel enfocados en la disminución del gasto propio en criterios como son el mantenimiento de equipos biomédicos, mantenimiento de infraestructura, procesos de selección y contratación, desarrollos científicos, aplicación de procedimientos alejados de las

guías de manejo pueden ocasionar sobrecostos y afectación de la imagen de la entidad.

Bibliografía

- Mascarilla i Miró Oscar 2003, Los Trilemas de la globalización, pág: 13 -76, Publicaciones de la Universitat de Barcelona
- Franco G. Álvaro, marzo 2006. Globalización, Gobernabilidad y Salud, Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia, Vol. 24.
- Pérez Gavilán Graciela, verano 1998. El impacto de la globalización; el aporte del enfoque geo-cultural. Política y Cultura número 10. pág 187 – 200, Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Sistema de Información Científica. Universidad Autónoma de Xochimilco México.
- Del Prado Josefina, Febrero 11 de 2014, Globalización, Interdependencia e Integración, Derecho y sociedad, Asociación Civil formada por estudiantes de la facultad de derecho de la Pontificia Universidad Católica de Perú, de <http://blog.pucp.edu.pe/item/23861/globalizacion-interdependencia-e-integracion>
- Biografía Anthony Giddens, Febrero 11 de 2014, de www.fusda.org/Giddens.pdf
- Organización Mundial de la Salud, Febrero 11 de 2014 web.minsal.cl/ORGANISMOS_INTERNACIONALES)
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), Ganar el Reto de la Globalización, Febrero 12 de 2014, de www.oecd.org/centrodemexico/laocde/37020456.pdf

- Departamento Nacional de Planeación, CONPES SOCIAL 091 “Metas y Objetivos de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio 2015”, Febrero 13 de 2014, de <https://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloSocial/Pol%C3%ADticasSocialesTransversales/ObjetivosdeDesarrollodelMilenio.aspx>
- Departamento Nacional de Planeación , “Agenda Visión Colombia 2019 Segundo Centenario”, Febrero 13 de 2014 <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket...tabid=775>
- Organización Panamericana de la Salud –Colombia “La estrategia de cooperación de salud”, febrero 13 de 2014 http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1812:estrategia-de-cooperacion-con-colombia-2011-2014&catid=683&Itemid=361
- Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”
- Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral”
- Reforma Proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”
- Resolución 1441 de 2013 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”
- Kerguelén Botero Carlos Alfonso, 2008, Calidad en Salud en Colombia, Programad de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), Ministerio de la Protección Social.