

**NO HAY CAMA PA' TANTA GENTE**

**PRESENTADO POR:**

**FRANK FERNEY CHIPATECUA GONZÁLEZ**

**CÓDIGO: 6501340**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**

**POSGRADO DE ALTA GERENCIA**

**SEMINARIO DE GRADO**

**ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA**

**BOGOTÁ D.C. – COLOMBIA**

**2012**

**NO HAY CAMA PA' TANTA GENTE**

**PRESENTADO A:**

**FANETH SERRANO LEDESMA**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**

**POSGRADO DE ALTA GERENCIA**

**SEMINARIO DE GRADO**

**ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA**

**BOGOTÁ D.C. – COLOMBIA**

**2012**

## GLOSARIO

**SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:** El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema de Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia) y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado.

**EPS:** Entidad Promotora de Salud y es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social. Aquí no hay servicio médico, solo administrativo y comercial.

**IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

**UPC:** La Unidad de Pago por Capitación -UPC-, es una variable económica compleja que condiciona tanto la atención de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como a cada uno de sus agentes. Al finalizar cada año, el Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud reajusta el valor de la UPC con el fin de conciliarla con la realidad del sistema y con el costo que significa atender a cada persona afiliada al régimen contributivo y al régimen subsidiado.

**FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía.

**POS:** Es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y está complementado con el reconocimiento de prestaciones económicas en caso de licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general.

**RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:** Artículo 202. Definición. El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

**RÉGIMEN SUBSIDIADO:** El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

## INTRODUCCIÓN

La nación Colombiana está pasando por una de sus peores crisis en cuanto a su sistema de salud, casi nunca hemos visto los problemas que estamos afrontando en el tiempo actual; había problemas de cobertura y servicio, pero de quiebra general nunca; por esto me interesa investigar las causas que llevaron a la crisis más drástica de nuestro país.

Maslow (1943) menciona

La pirámide muestra las necesidades humanas que van desde la base que es lo que más necesitamos los humanos, hasta su punta que son las necesidades de auto-realización; como lo vemos en la siguiente imagen, la base, que es lo prioritario tiene que ver con cubrir las necesidades Fisiológicas de las que hace parte de tener aire para respirar, agua para mantenernos, comida para sobrevivir, sexo para prolongar la especie; todo lo anterior se resume en una sola palabra, "SALUD".



## **CAPÍTULO I**

### **ANÁLISIS IMPARCIAL DE LA CRISIS DEL SECTOR SALUD DE COLOMBIA**

Las personas gastamos lo que sea para que nuestra integridad física esté siempre en el mejor estado, no se escatiman costos para que nuestra salud esté en el punto más óptimo posible. Ante todo esto, empecé a meditar que por esta necesidad intrínseca de tener bienestar fisiológico la Constitución Política de Colombia incluye la Seguridad Social, incluida la salud, como un derecho de carácter obligatorio, bajo la dirección del estado y en sujeción de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Constitución Política de Colombia (1991) define:

**“ARTICULO 48.** La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Por esta razón fundamental, creo que la salud es un factor imposible de quitar del panorama de cualquier nación, y es lo que vemos en nuestras EPS, IPS, y en general en nuestro SGSSS de Colombia, que siendo una necesidad de primera línea no está cumpliendo con sus fines, tal como lo ordena la constitución de Colombia.

El desespero es una de las constantes que afrontan hoy por hoy los pacientes para ser atendidos, por lo que se someten obligatoriamente a filas y miles de trámites burocráticos para que les sean realizados exámenes especializados, solicitar autorizaciones de medicamentos y procedimientos

de alto costo, y sonsacar a las EPS mediante tutelas todo lo que se necesita para que estas personas o sus seres amados se encuentren con el bienestar tan valioso del que habla Maslow.

Y aunque estamos en el boom de la crisis de la salud y la moda de la corrupción que han llevado a la peor crisis de todos los tiempos, la salud no se puede erradicar sino que se debe reestructurar para que responda de la mejor manera que lo manda la constitución y las leyes internacionales para que sea eficiente en el cubrimiento de las necesidades básicas de todos los colombianos.

Aristizabal (2012) afirma:

El gobierno anuncia siete medidas que los expertos consideran que no soluciona el problema de raíz:

Ante la crisis del sector salud vemos que muchas de las EPS del régimen subsidiado están renunciando, la deuda de la red hospitalaria es inmanejable; el gobierno no está decidido en qué debe hacer; si hacer un giro de 1,2 billones a las ARS, aumentar las exigencias para las EPS, crear un fondo para saldar la deudas del sistema de salud que piensa el gobierno que serán efectivas.

El gobierno quiere establecer un decreto de siete pasos para mejorar la situación del sector de la salud estableciendo los mínimos necesarios para que financieramente las EPS funcionen, lo que quiere decir que las que no cumplan, que son la mayoría, van a desaparecer.

Por consiguiente, es ir hacia el fin de las pocas EPS con músculo financiero que queden si no se establecen normas de juego claras y no con sus trampas, tal como las tutelas, que se constituyen en el bolsillo roto de las EPS que han incrementado el costo médico considerablemente, lo que es en realidad, lo que las ha llevado a la quiebra a las EPS.

Ante la falsedad del gobierno como dueño del sistema de salud, y quien estructura un POS, vemos que éste se empieza a quebrantar poco a poco, al grado de llevarlo al extremo de prestar únicamente los servicios que no están dentro del POS; incluso sabiendo que todas estas enfermedades alto costo que no están en el POS, obligan a las EPS a pagar todas estas situaciones que se encuentran fuera del marco legal de la ley 100 y que no las compensan por medio de una UPC acorde a la complejidad que exige el gobierno.

Pero no me malentienda, no estamos diciendo que las EPS no atiendan a las personas con problemas de salud que se encuentran fuera del POS y que obligan a las EPS, ya que lo que realmente quiero decir es que se metan todas las enfermedades y tratamientos al POS, que sea una cobertura universal; pero que el gobierno mejore el costo de la UPC, que sea algo lógico con el hecho de que se quiere atender a todos los problemas de salud y no los de la mayoría y que los sistemas de recobro sean mejores y que no sean freno para el trabajo de las EPS en cuanto a la liquidez del sector salud.

Lo que dice el gobierno es que las EPS que tengan respaldo financiero serán las que sigan funcionando, lo que quiere decir que deben seguir hasta el desangre total de las grandes EPS para que sigan prestando servicio sin ninguna garantía hasta su muerte total.



No es un buen concepto el de gobierno, al aplicar paños de agua tibia a un problema tan profundo y crítico, puesto que es la peor crisis del sector salud en toda su historia ya que no se ven salidas prontas; así es que se debe hacer una reestructuración de las normas del sistema de salud que definan claramente el sistema, el POS, la reglas de juego para las aseguradoras y los fondos de garantía, la IPS, los recobros y sobre todo el recálculo de la figura de la UPC.

Aristizabal (2012) comenta:

A nivel de recursos financieros, los desembolsos serán de 1,2 billones de pesos al sistema de salud, de acuerdo con lo que dice el diario el Colombiano en su edición del 20 de julio de 2012; de lo cual una parte irá para el régimen subsidiado que pretende atender las deudas de los hospitales mediante el acompañamiento del gobierno para que no haya defraude de los recursos del estado para que mejoren sus indicadores de gestión, sobre todo en los lugares donde solo se cuenta con un hospital ante la situación de pobreza de algunas poblaciones.

Y finalmente, en lo que termina la fuente es que la liquidez se quiere mejorar mediante un fondo de garantías para las deudas de las EPS, aunque no incluye a la red nacional de prestadores, ya que actualmente la deuda es de 4 billones a la red de salud pública y privada; pero que por todo lo anterior que hemos comentado, no da solución de fondo a la crisis de la salud, que no solo unas curitas que ayudan a una partecita del problema, pero que no es algo nos saque de la crisis.

Esperemos que la ayuda de la superintendencia financiera cumpla mejor con su trabajo en el control sobre las EPS y que la nueva estructura del Ministerio de Salud ante la situación patrimonial crítica del sector salud, mejore el control de todas las partes del sector salud.

Gaviria Cesar (2012) manifiesta:

Las millonadas que el gobierno actual ha invertido el 9% del PIB en el sector salud, pero que eso no saca a la salud de la crisis en la que se encuentra.

La integración vertical es darle poder a las EPS al vincular las líneas hacia atrás y hacia delante de sus proveedores cubriéndolos mediante la creación de sus propios proveedores tales como empresas de tecnología, de seguridad, de servicios de seguridad, de aseo, ropa hospitalaria, lavanderías hospitalarias, empresas de asesoría jurídica, servicios de alimentos, de financiamiento mediante cooperativas de ahorro, de nómina, de finanzas que les manejen sus contabilidades y tesorería entre otras que pretenden bajar los costos y generar empleo.

Y aunque, hay límites establecidos por la ley, y es lo que se debe mejorar, que es lo que comenta la fuente con respecto a las mejoras estructurales en cuanto a las normas para las EPS y los entes de control.

Gaviria Cesar (2012) dice:

La competencia de los jueces en los pleitos de la salud, ya que no son un ente competente para dar su veredicto basado sólo en el derecho; que está a favor de las personas y en contra de las EPS, y en general de los entes de la salud por desconocer la trazabilidad de los problemas. Lo que los lleva a exagerar las situaciones del paciente, mediante la estrategia de conmovier a los jueces con sus dolencias. Pero sin un punto de vista médico o legal basado en las normas del sistema de seguridad social.

Lo que vemos en la actualidad con las tutelas, en lo que estamos de acuerdo, es lo que más desangra al sistema; que se pase esta función a un

órgano de la Superintendencia de Salud para que disminuyan considerablemente las tutelas, ya que al hacer el trabajo de los jueces sería un órgano competente de médicos científicos y abogados del sector salud podrían ver todos los aspectos con respecto a cada caso y su historial y dar un concepto de las tutelas más científico.

Lo que digo es la repetición de la repetidora, con respecto que a lo único que se puede hacer es hacer una profunda reestructuración a la ley 100, para que incluya a más entes de control.

Vélez. M. (2006) opina

Después de casi 20 años del nacimiento de la ley 100, de acuerdo con lo dicho por, que propuso el doctor Álvaro Uribe Vélez vemos que unos de los pocos beneficiarios del sistema de salud son las empresas de financiamiento y aseguramiento del gobierno, porque es claro que las EPS están en su peor crisis; y que peor aún, los pacientes del sistema general de salud hemos pasado a la peor percepción como afiliados al régimen contributivo y subsidiado, ya que como lo comenta la doctora Marcela Vélez somos "Impacientes Quejosos".

El artículo es algo cruel, pero real, y es la orden del gobierno de no atender a la población sin aseguramiento que son los más pobres de los pobre, los que son la responsabilidad del gobierno en velar por el excelente estado de todos los ciudadanos de nuestra nación; de manera que no se les pudiera dar alimentos o bebidas a los pacientes, según cuenta el autor sobre el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, sin medicamentos, escaso oxígeno, pidiendo a las familias de los hospitalizados los guantes y reutilizando las jeringas.

Vélez. M. (2006) menciona:

Al visitar al hospital por parte del MPS y ver la crisis en el servicio, la respuesta por parte de la magna autoridad de salud de nuestra nación es que se hiciera una reestructuración de la planta de personal, es decir echar trabajadores y recontratarlos a través de cooperativas, pagándoles una tercera parte del sueldo previo y sin ninguna estabilidad ni derechos laborales.

En esa misma ocasión uno de los trabajadores preguntó: ¿Por qué el Estado no pagaba la deuda? Uno de los comisionados respondió que no había deuda, que el Estado no tenía la responsabilidad de financiar la atención de la población no asegurada.

Entonces el trabajador preguntó: “¿Qué hacemos con los indigentes, los campesinos no asegurados en razón de que habitan en zonas tan apartadas que no logran ser visitados por los encuestadores del SISBEN; los indígenas que no están en una ARS; los desplazados, la gente tan pobre que no logra conseguir el pasaje para ir a solicitar el SISBEN; los indocumentados o quienes tienen un techo precario y escasa comida pero no clasifican en los estratos 1 o 2 porque el piso de la casa es de baldosa y tienen energía eléctrica?” A lo que el comisionado respondió: “Si no quieren quebrar, no los atiendan”.

Ante esta realidad de nuestro sistema de salud, no queda más que hablar con Dios y pedirle que nos ayude con nuestro estado de salud para que no caigamos en las manos de nuestras EPS, porque en el caso anterior, lo que dice la ley es que se tiene que atender a todas las personas y luego hacer el recobro a las aseguradoras, las cuales ponen todas las trabas posibles para glosar los recobros lo que le genera pérdidas millonarias a las EPS que se encuentran en la más grande encerrona y sin salida a la vista a corto o mediano plazo; estamos estrangulados y los afiliados estamos pagando los platos rotos.

Vélez. M. (2006) define:

Por esa misma época el Hospital Universitario de Caldas, el único hospital público de cuarto nivel del Eje Cafetero, ya había recorrido todo el proceso de cierre.

Primero, está la crisis provocada por la falta de pago de las atenciones en salud a la población no afiliada por parte del Estado; crisis que se evidenciaba en el retraso en cancelar las prestaciones y varios meses de salario a los trabajadores, junto con la reducción de servicios prestados a la comunidad.

Entre estos servicios en crisis se contaban el menor número de camas disponibles en hospitalización, la demora en las citas con especialista y en la programación de cirugías, y la restricción para realizar exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.

Situaciones que aunque sólo parecen tener un impacto administrativo, lo que hacen es empeorar la condición de vida de los pacientes y deteriorar la salud de la población; debido a que los diagnósticos no son oportunos o no se hacen, los tratamientos son nulos o insuficientes, provocando el deterioro de la salud de los pacientes; muchos de los cuales tendrían una real oportunidad de curación si existiera un verdadero sistema de salud.

Antes tales problemas tan profundos, se requieren propuestas de mejora de fondo, ya que nos encontramos en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y sin probabilidad de salir a flote porque en estos momentos no hay de donde echar mano debido a las deudas congeladas por parte del FOSYGA.

Lo segundo, es esperar la intervención del estado por medio de la Supersalud y la liquidación e inyección financiera tal como en su época sucedió con el ISS (INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES); tal como vemos a continuación, lo que ahora llamamos Colpensiones y la Nueva EPS (Seguro Social en liquidación - 2012).

Martínez F. (2010) afirma:

Es indispensable manifestar la preocupación que dejan las últimas políticas procedentes del Gobierno saliente, orientadas a dirigir todos los esfuerzos del Sistema General de Seguridad Social en salud a la atención de las enfermedades prevalentes. Si bien este enfoque resulta razonable en principio, el grave problema que traen consigo las normas propuestas (y ahora ya convertidas en Ley), es que al excluir otras atenciones, vulneran gravemente el derecho a la seguridad social.

De acuerdo a, este artículo muestra una pequeña parte del problema del sector salud en la nación colombiana. Ya que hay una inestabilidad del manejo de los procedimientos que hacen parte de lo que antes estaba separado en régimen contributivo y subsidiado. Pero que hoy en día están en plan de unificación para que haya un solo régimen para los colombianos.

Pero la realidad es que no se ha establecido un marco legal para que la UPC (Unidad de Pago por Capitación) sea ajustada a la realidad financiera de las EPS, y en general del sector salud. Para que realmente apalanquen su salud financiera, debido a que el costo médico se ve disparado en todas las EPS debido a la inclusión al nuevo POS de muchos tipos de enfermedades que antes no hacías parte y que además son demasiado costosas. Por tanto, las tutelas que llegan a granel a las filas de las EPS, pidiendo ser atendidas por obligación constitucional, sin que estén incluidas en Plan Obligatorio de Salud.

Martínez F. (2010) comenta:

Desde hace año y medio se señaló públicamente que las enfermedades no prevalentes serían excluidas del Plan Obligatorio de Salud (POS). Sería extraordinario que se pudieran excluir enfermedades, pues de esta manera seríamos todos los ciudadanos más sanos, pero lamentablemente el resultado va a ser la exclusión y discriminación de los enfermos que no padezcan las mismas enfermedades que aquejan a la mayoría.

A lo que me refiero no es que no se atiendan a los pacientes con enfermedades no prevalentes. Al contrario, lo que quiero decir con esta publicación, es que lo que debe hacer el gobierno es hacer un estudio profundo de lo que realmente debe pagar como UPC, y gestionar los

instrumentos para la agilidad de los pagos por parte del FOSYGA para que se balanceen las finanzas del sector salud.

Por todo lo visto en el artículo, nos damos cuenta de que el sistema de salud no estaba diseñado para la crisis que estamos afrontando hoy en día, pues su intención original es que esas pocas enfermedades escasas en nuestro país y con un muy alto costo sean subsidiadas por las de mayor número y menor costo; pero al planificar que la mayoría de eventos comunes y de bajo costo cubrieran a las enfermedades raras, tal como lo hace el sector asegurador.

No obstante, las cosas han explotado, ya que todas las cuentas que están afrontando las EPS, incrementan exageradamente el costo médico. A las cuales les ha tocado afrontar todo tipo de enfermedades por vía tutela, que obligan a pagar todas las cosas que pueden estar por fuera del POS, pero por medio de esta figura se deben pagar un sinnúmero de los más costosos procedimientos que desbalancean las finanzas públicas.

Martínez F. (2010) manifiesta:

Mediante el decreto 131 de la emergencia social, en buena hora declarado inexecutable por la Honorable Corte Constitucional, el Gobierno quiso volver Ley esta política y reducir efectivamente el Plan Obligatorio de Salud. Nuevamente nos opusimos públicamente a este intento, junto con la mayoría del país.

Las prioridades en salud no pueden significar políticas contrarias a este derecho constitucional, por esto necesitamos ajustes normativos de fondo.

## CAPÍTULO II

### VARIABLES QUE INCIDEN EN EL ACTUAL COLAPSO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

López C. (2012) dice

La crisis de la salud es una cruda realidad que viven 46 millones de ciudadanos, especialmente aquellos que no tienen alternativas distintas a las EPS e IPS colombianas.

Los resultados de la investigación, con respecto a los actores de la crisis del sector salud en Colombia, dan como resultado el siguiente listado de los entes que tienen culpabilidad en llevar a la crisis al sector salud. Es algo de risa, ya que todos participamos de una manera coordinada, es algo de todos, ya que hubo fallas estructurales de parte de todos los actores.

Los primeros culpables de la crisis fueron los ministerios de Protección y de Salud que no lograron diseñar y ejecutar políticas de control para cumplir las normas; pero que nuestra propuesta es rediseñar las leyes, la ley 100 que es su base y las demás normas para la cirugía del sistema de salud; la verdad es que el marco legal de salud colombiano se quedó sin argumentos ante la crisis actual con respecto a los vacíos legales.

El segundo culpable en nuestro top del horror, por favor recibámoslo con un fuerte aplauso, es el Congreso, ya que la Ley 100 presenta trabas jurídicas que afectan la prestación del servicio.



Los mal llamados padres de la patria buscan sus coimas políticas y burocráticas que todos sabemos, ya que el grado de descaro y corrupción del congreso es algo reconocido a nivel mundial, el cual ha sido filtrado por las FARC, ELN, narcotráfico y todas las fuerzas contrarias a la ley; lo que vemos en los escándalos en la contratación del distrito, los escándalos de los Nule y demás que sabemos que han filtrado las esferas más altas de nuestro gobierno, ellos no roban 3 pesos sino billones de pesos.

Los jueces emitieron fallos que costaron muchos recursos al sector salud ya que esta es la herramienta principal al desangre de las EPS que obligaron al pago de tratamientos demasiado costosos, transporte hospitalarios y demasiados servicios que no hacían parte del sector salud.

La Supersalud no se quedó atrás, ya que falló en el control de las EPS, este ente también tiene la participación que debía. Mi punto de vista parece proteger a las EPS y estar en contra del gobierno nacional, pero sabemos que como en todos los gremios, la corrupción también apareció en el sistema de salud con malos manejos, estados financieros maquillados, dobles facturaciones, recobros falsos y una gigante cantidad de malas prácticas por parte de las EPS y las IPS que aprovecharon la falta de control para delinquir defraudando las finanzas de la salud. Pero esto es algo muy generalizado en todo el sector salud, al ver las diversas maneras de como estafaban al sistema.

La CRES, no se quiso quedar atrás, que es la Comisión de Regulación en Salud no formuló un marco regulatorio que diera la salida a la crisis del sector salud, siendo un órgano regulatorio muerto que no se convirtió en parte de la solución, sino del problema, las ironías de la vida.

Por último, tenemos el factor “corrupción” de entidades públicas y privadas,

contratistas e incluso usuarios, que quisieron burlar la reglamentación y aprovecharse del sistema, pero esa es la constante en todas las esferas.

Todo el mundo sabe que controlar las cosas al 100% es algo ilusorio, al pensar que el control de un sistema tan grande, ya que lo vemos en la actualidad es ver que las cosas se le salieron de control a la superintendencia de salud; así es que el gobierno propone hacer mejores controles. En ese proceso se eliminaría la Comisión de Regulación de la Salud (CRES) y sus funciones pasarían directamente del Ministerio de Salud. De igual forma, la Superintendencia Financiera será la encargada de ejercer una supervisión sobre las EPS para buscar más rigor en los procesos.

El problema de la salud es que la mayoría de los colombianos no tenemos otra opción ante los altos costos de firmas de salud pre pagada o Planes de Atención Complementarios que dan algunos servicios VIP pero de alto costo y exclusividad; entonces hay la tensión entre lo público que dice que la salud es un derecho y lo privado al otro lado con demasiado poder también que quiere que la salud siga siendo un lucrativo negocio para la élite de los dueños de estas empresas.

Este es un problema transversal muy confuso, al que constantemente se ven enfrentados los gobernantes de nuestra nación, entre el poder económico y su responsabilidad con el pueblo que votó por ellos y con quienes se comprometieron mientras estaban en campaña; pero en el momento de subir al poder las cosas dan un giro de 180 grados haciendo que las promesas se olviden, el punto de vista cambia y la crisis se acrecienta haciendo padecer a la base del sistema de salud que son los pobres de la nación que no tienen más opciones que lo que el gobierno les quiera brindar.

De modo tal, las personas no han vivido lo que los pacientes sufren en el SISBEN, en el régimen subsidiado o incluso en el sistema contributivo, que pensarían ser algo excelente, pero la realidad es otra, la verdad es que hay problemas en el servicio de urgencia; yo los invito a que visiten urgencias un fin de semana en la noche para que vean la saturación de todos los servicios médicos.

Lo primero es que los servicios son abarrotados, sin la posibilidad de ser atendido en una cama, solo si son ancianos o personas que estén inconscientes tendrán el privilegio de ser atendidos en urgencias en una cama.

Lo segundo, es la espera que las personas pasan, ya que las colas para todas las situaciones de la salud son bastantes congestionadas. Lo que hace que las personas que llegan a ser hospitalizadas deban hacer un viacrucis de espera, estrechos, sentados en sillas o en el piso esperando días enteros para ser atendidos en sillas día y noche, sin dormir y sin atenciones. Únicamente el servicio de canalización para que les pongan los fluidos básicos de hidratación y medicinas para el dolor.

Todos ellos deben esperar con sus enfermedades días enteros en una silla, mientras le piden a Dios no volver a caer en las garras del sistema de salud que nos maltrata, agobia y nos dan medicamentos básicos para el dolor, pero sin la intención de ir más allá y curar la enfermedad de raíz.

Se ve que todo el mundo quiere ahorrar lo más que se pueda con nosotros, los afiliados al sistema de salud; y lo otro, para que nos reventemos de la risa, es que la atención es como un favor, muchas veces las personas o profesionales de la salud atienden a su pacientes como si fuera un favor y no un derecho; vemos las caras de los prestadores de la salud como un agrio limón que están forzadas a trabajar.

Aunque se trabaja bastante en eso, se llega a un punto de tantas falencias que se ven atacados por los pacientes ante la falta de todos los insumos y todo al mundo a dar vueltas; lo que genera que exploten las dos partes que raya en las ofensas y la búsqueda de soluciones que no vendrán en el corto plazo.

Entonces, todo lo que hemos visto a lo largo de ésta investigación es que todos los actores de la salud han fallado profundamente; para la muestra, vemos que el estado está en manos del sector privado ante los sistemas de información independientes; esto se ha constituido en una gran falencia ante el manejo de los recursos públicos que han querido maximizar las ganancias de sus arcas con los fondos del estado que pagamos todos nosotros.

López (2012) opina:

Por otro lado, hemos visto los problemas a los que se ha visto enfrentado al sistema, con respecto al régimen subsidiado; que ha pasado por las olas de populismo debido a que creció bastante durante el 2002 donde creció con el lema de la salud es algo universal, pero sin ver las repercusiones financieras que trajo ya que fallas en la economía que se pretendía que mejorara con el cubrimiento en la salud subsidiada; pero lo que trajo fue un gran déficit, ya que los indicadores meta eran llegar al crecimiento económico del 5%, pero tristemente se llegó al 3.3%.

La segunda premisa con la que se creó el régimen subsidiado es que el empleo formal sostuviera al subsidiado también decayó ante el incremento del desempleo que se disparó junto con la informalidad laboral superior al 50%.

Lo segundo que comenta la fuente es que los legisladores empezaron a hacer parte de las EPS y a legislar a su favor y no en beneficio de los colombianos.

La pregunta es ver si las siete propuestas del gobierno van a atacar los problemas tan profundos del sector salud que se ha convertido en la cenicienta del presidente Santos, a lo que vemos que quiere atacar, pero oremos juntos para que Dios le de la sabiduría para enfrentar este reto tan importante.

## CAPÍTULO III

### MEJORAS ESTRUCTURALES A LOS PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD

Ante los resultados de esta investigación, procedo a formular estrategias ingenieriles y administrativas para dar unas propuestas de solución, que han propuestas por los escritores científicos administrativos más contemporáneos y validados por los estudiosos más reconocidos dentro del argot administrativo.

El objetivo de proponer Rueda de la Estrategia Competitiva para sacar al sistema de salud de la crisis financiera en al que nos encontramos, es debido a que se necesita establecer una estrategia multipropósito muy robusta y profunda que llegue a las raíces del problema, ya que han venido los últimos gobiernos a tratar de dar respuestas que son pañitos de aguas tibia para nuestro desquebrajado sistema; por lo que vemos en la siguiente imagen las líneas de ataque que harán parte de la propuesta de mejora:



Fuente: Michael E. Porter – Método Clásico de Formular la Estrategia

En la siguiente imagen veremos el detalle de la idea básica de todos los aspectos que quiere cubrir la estrategia de la Rueda de la Estrategia Competitiva:



Fuente: Michael E. Porter – Método Clásico de Formular la Estrategia

La meta general es hacer una reestructuración profunda al SGSSS que ataque todos los frentes a la par y con contundencia.

Los mercados meta, dentro de nuestra estrategia son, llegar a cubrir las necesidades de salud de la población menos favorecida que son la mayoría de nuestra población, especialmente estratos 1, 2 y 3; dando un sistema de salud reestructurado y conforme a las necesidades de nuestra población.

El marketing en nuestra estrategia, incluye una de las áreas que se pensarían abordar, pero que es bastante necesario mantener a los colombianos informados en este proceso de transición jurídico de nuestro sistema de salud.

Por esta razón, las ventas son otro rayo de la estrategia, ya que juega un papel crucial ante la necesidad de mejorar la manera de vender servicios de salud y cumplir con lo que se promete pero sin que ninguna de las partes pierda (estado, las EPS, afiliados).

Así mismo, la distribución es un punto que se debe analizar profundamente, en cómo se le va a llevar a todos los colombianos el servicio de salud, incluso a los más retirados en las zonas rurales; lo que se volvió el chanchullo para las EPS del régimen subsidiado quienes no iban a esos lugares a buscar a quienes necesitaban servicios de salud pero cobraban tarifas completas.

Además, la producción en las EPS tiene que ver con el proceso de recibir los pagos por parte de los empleadores, prestar los servicios de salud, hacer la tarea de recobros al FOSYGA y finalmente administrar los recursos, afiliaciones; la cual debe mejorar ya que hemos visto como las EPS han disminuido los recursos humanos y físicos en la prestación de los servicios.



Mientras que la mano de obra, debe mejorar las condiciones laborales de la personas que hacemos parte del sector salud, ya que desde la crisis, la tarea de médico no es un privilegio como lo era antes, el rango bajó consistentemente, haciendo de la profesión algo de menores ingresos debido a la crisis del sector; y si es así con los médicos y enfermeras que trabajan más por menos, así serán para los demás colaboradores.

Las Compras generan relaciones de confianza con los proveedores y prestadores del sistema de salud, que se ven enfrentados ante la falta de recursos como lo vemos hoy en día.

De modo similar, la investigación y el desarrollo; es cierto, ya que hay demasiada urgencia en el proceso de investigación, en un sector tan vital con la salud de los colombianos, a todo nivel; como el tecnológico, la química de los medicamentos, estudio del ADN y muchos más avances como para las películas de ficción.

De la misma forma, las finanzas y el control serán unos de los eslabones más importantes de la estrategia; ya que la propuesta es que la superintendencia financiera haga mejor su papel, y con más acompañamiento mediante el control interno de las EPS.

Igualmente, la línea de productos necesita una profunda reestructuración dentro del sistema de salud colombiano; se hará necesario establecer nuevas maneras de prestar los servicios de salud, tal como lo vemos en la unificación del POS.

La segunda estrategia propuesta, para hacer al sistema más competitivo, es el diagrama de Estrategia Competitiva que pretende proponer lo que se debe hacer para sacar al sistema de la crisis actual; que se basa en las 5 fuerzas de Porter.

Porter menciona:

Para formular la estrategia competitiva es necesario examinar los cuatro factores que determinan los límites de lo que la compañía podrá lograr si se tienen en cuenta de manera disciplinada:



Fuente: Michael E. Porter – Las cinco fuerzas de Porter

Porter define:

Se deben encontrar las fuerzas y las debilidades propias de la compañía. Lo que conocemos como Planeación Estratégica es lo que inicialmente se debe reestructurar profundamente debido a que es una debilidad principal ya que no cumple a cabalidad con su misión; y la fortaleza es la excelente cobertura en salud de toda la población.

De igual manera, las fuerzas del sistema, a las que se deben llegar, es que se debe tener dar claridad en las normas que hacen parte de la base jurídica del sistema, para que las reglas de juego sean respetadas constantemente, en la que se de atención completa a los afiliados de nuestras EPS. Pero, sobre todo, debemos fortalecer el control del sistema incluyendo entes como la CRES y la superfinanciera, entre otros.

Del mismo modo, las debilidades que se debe atacar son las que hemos visto hasta ahora, que los jueces de la república sean las autoridades para los asuntos de la salud; cuando debería ser un órgano especializado de la superintendencia de salud. Lo digo por el caso de las tutelas que fueron cruciales para que el sistema haya colapsado; por esto se debe tener claras reglas de juego inmodificables, por lo que la UPC debe ser redefinida bajo estudios técnicos.

Por esta razón, los valores personales de los ejecutivos deben ser reajustados (gerentes con valores); lo que se busca es que los directivos del sistema tengan un marco de control y sanción fuerte, pero que las personas que se pongan a la cabeza nos sean corruptos.

Es casi ridículo, yo sé, pensar que se deben poner directivos honestos, pero todos sabemos lo difícil que es hacer control de los recursos de la salud,

pero a esta altura se conocen algunos pocos honrados que se les debe poner como cabeza del nuevo sistema de salud.

De forma similar, se deben explotar las oportunidades y estudiar los riesgos de la industria (reglamentarias de fondo); ya que al igual que la anterior, el marco sancionatorio para las conductas de competencia ilegal son débiles. Pero sobre todo hay temor en los inversionistas que prestan sus servicios especializados por la falta de apalancamiento, por falta de los dineros represados por el FOSYGA, que hacen que vuelen de nuestro país todos estos capitales que mueven la economía y el trabajo.

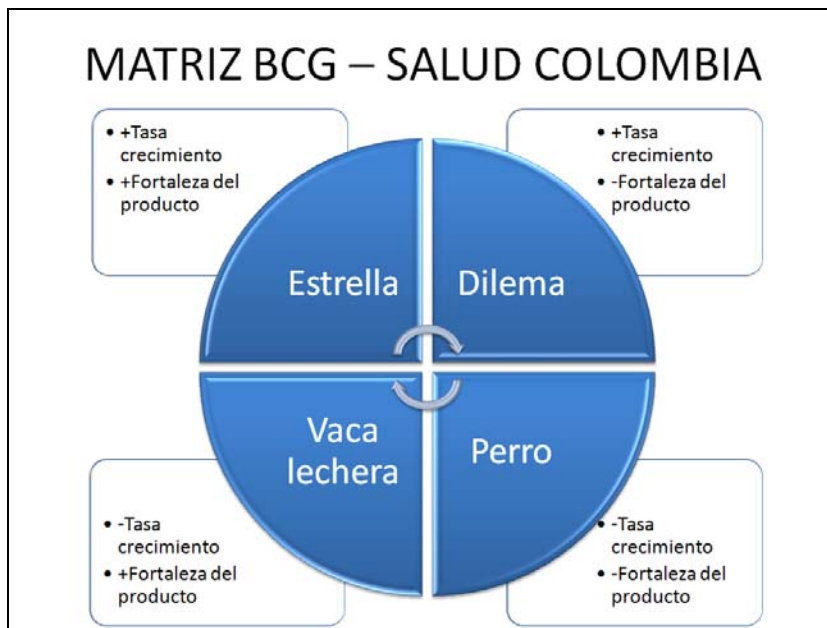
En otras palabras, lo que necesita el POS es redefinir las expectativas sociales (mejorar el POS), que se cubrirán plenamente mediante la unificación del POS y ajustes a la UPC.

Porque en estos momentos de crisis vemos las malas expectativas que circundan, ya que lo legal lo administra el estado, por lo que es el único que puede tomar acciones. Pero lo que ha venido haciendo es hacer intervenciones y procesos, a quienes ante la adversidad, trataron de buscar formas de subsidiar la salud; pero es cierto también que hay demasiados corruptos que han sacado jugo de la salud.

Entonces, lo que debería estar planeando el gobierno es en una intervención profunda a la ley 100, ponerla en cuidados intensivos; y reunir al mejor grupo para establecer el nuevo panorama de la salud en Colombia, pero ya que es urgente la situación de todos los afiliados del sistema.

La tercera estrategia que propongo se llama la Matriz BCG que pretende identificar y corregir la pérdida de flujo de efectivo y la iliquidez del sistema para evitar que siga ocurriendo.

## MATRIZ BCG – SALUD COLOMBIA



Fuente: The Boston Consulting Group

BCG (1960) afirma:

La secuencia del éxito dentro de la matriz del BCG (Boston Consulting Group) es iniciando como producto Dilema, después ser Estrella para al fin mantenerse como Vaca Lechera por mucho tiempo y manteniendo este ciclo; pero sin pasar nunca por la etapa Perro donde no hay crecimiento del mercado ni se encuentra fortalecido el producto frente a la competencia.

En el párrafo anterior describimos la ruta del fracaso, el cual fue caminado de una manera acelerada por nuestro sistema de salud, tal como lo explico a continuación:

El primer aspecto se llama Vaca Lechera; ya que estamos hablando que en sus inicios el sistema de salud de Colombia se ubicaba como una Vaca Lechera de acuerdo a la Matriz BCG del Boston Consulting Group; este establece que en su nacimiento, la tasa de crecimiento por ser nuevo el sistema, la gente empezó poco a poco a integrarse al sistema dándose cuenta de que era amigable con sus pacientes, que eran pocos pacientes y muy posicionados en el mercado.

La segunda clasificación se denomina Estrella; ya que después tomó el sentido contrario al éxito hacia el cuadrante Estrella que se caracteriza por mantener su imagen fuerte ante sus competidores. Pero, se vio visiblemente enfrentada al crecimiento desmesurado del mercado, por la gran cantidad de enfermos, que vinieron con sus enfermedades alto costo, con sus tutelas a quebrar el saco de las EPS, y en general del sistema de salud.

El cuadrante Dilema, por su lado, camina en el sentido opuesto al éxito, ya que sigue el crecimiento del mercado hasta sobrepasar los límites de su capacidad, empoderando al paciente y favorecido por el gobierno que continúa dándole gabela en todo lo que el paciente exige, ya que la salud es un derecho fundamental. Pero este cuadrante se encuentra en un lugar donde la imagen, o su fuerza ante los competidores baja y se deteriora, incluso con sus mismos afiliados que ven que sus EPS ya no son capaces de atender sus problemas. Por lo que el sistema pasó a estar en el Dilema, ya que debe decidir si sigue cambiando sus estrategias, o muere su principal servicio que es la salud de los colombianos.

Por último se encuentra el cuadrante Perro; debido a que este cuadrante de la muerte del producto, es la etapa final del ciclo negativo antes de su

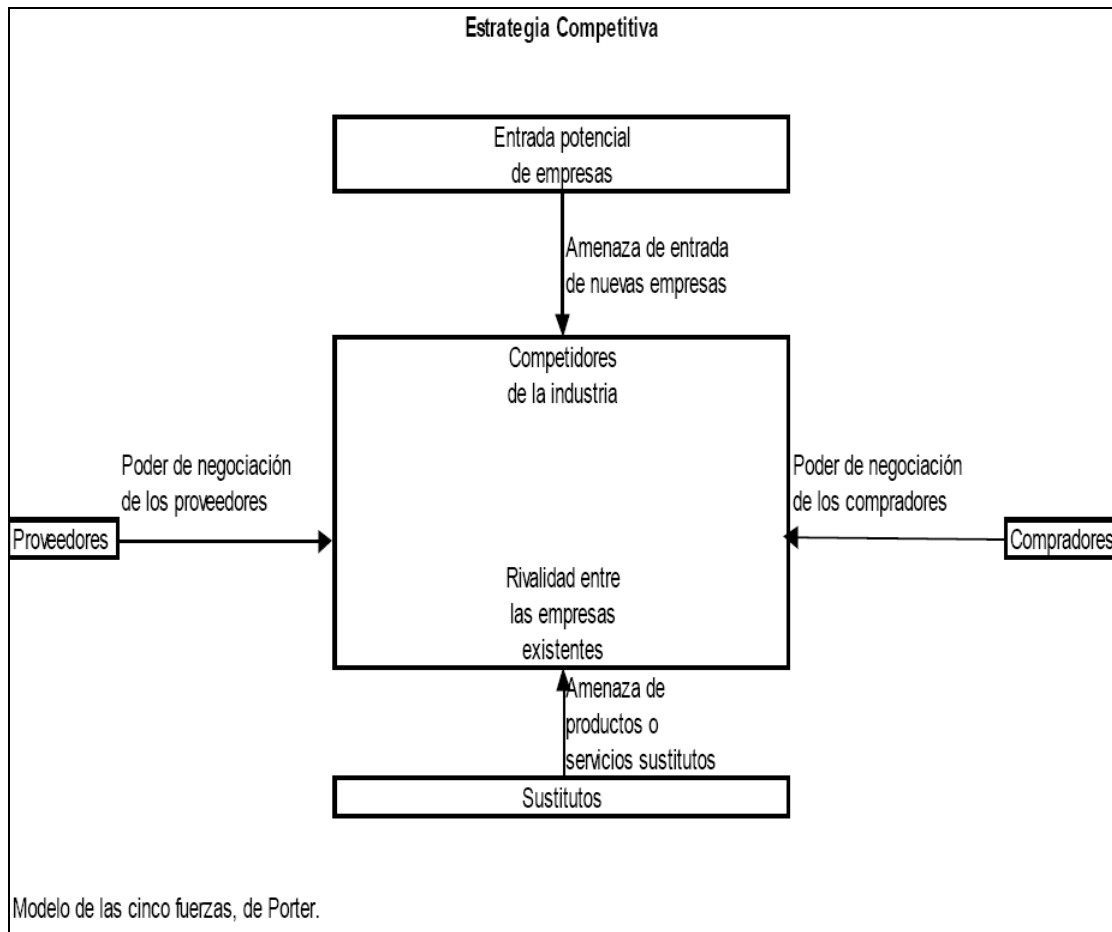
cancelación total, ya que su tasa de crecimiento decrece ante la mala imagen, pero lo malo es que su fortaleza contra la competencia es casi nula de manera que busca ser liquidada; que es la situación actual de nuestro sistema que ha venido en reversa y con muchos traspiés a caer en esta vergonzosa categoría conocida como Perro Muerto, Calavera, Pesos Muertos, Perdedores, Niño Mimado; que triste, pero es cierto que el grado de criticidad del sistema no puede ir más abajo.

Lo que debe hacer el gobierno es corregir el sentido de crecimiento por el sentido de crecimiento del éxito fortaleciendo el producto por medio de una fuerte reestructuración legal al sistema que mejore las condiciones para todos sus actores.

El cuarto modelo propuesto como estrategia se conoce como el Modelo de las Cinco Fuerzas de Porter que veremos a continuación; el cual fue diseñado el poder de la competencia principalmente.

Porter comenta:

Este modelo sugiere que las diferencias en la industria pueden explicarse por cinco fuerzas:



La intensidad actual de la competencia es la primera fuerza; ya que la competencia es un factor bastante crítico para nuestro sistema, en el que es uno de los menos competitivos del mundo, increíble pero cierto. Ya que somos testigos de la mala atención a todos los niveles de servicio de salud contributivo y subsidiado; lo cual debe ser una de las banderas a rescatar y ver la importancia de atender de la manera más humana a todos los pacientes.

La presencia de productos sustitutos es la segunda fuerza de Porter; debido a que el poder de los sustitutos, es mi caso, ya que estoy buscando opciones para que mejore el cubrimiento de salud con otras opciones como medicina



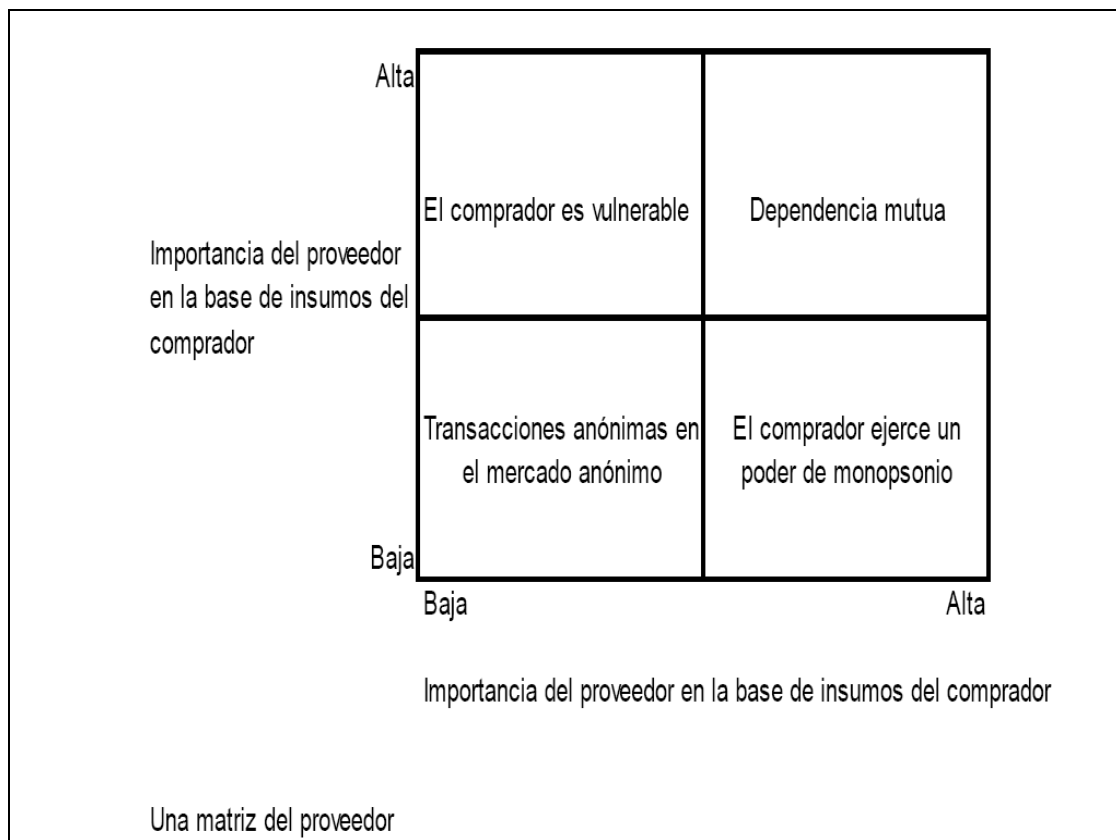
prepagada o planes complementarios de salud; ya que hace poco me tuvieron que hospitalizar y vi lo malo de mi EPS, lo cual es generalizado; lo segundo es que tengo una hija de 12 años por la que me preocupo por su salud y que si llegan urgencias que haya una entidad que la atienda.

El poder de los compradores la tercera fuerza de Porter; ya que ante la grandeza de las EPS, se debe tener claridad del manejo de ese privilegio que debe aprovecharse pero no explotarse, que somos los usuarios de la salud del país.

El poder de los proveedores es la cuarta; pero también es cierto que hay muy mala fama hacia las EPS de parte de sus proveedores, que ya no quieren tener relaciones comerciales ante la falta de pagos, por esto es indispensable tener estrategias para quitar esta marca.

La entrada de nuevas empresas es la quinta fuerza de Porter; debido a que la competencia es fuerte entre las EPS que se arrebatan a los afiliados del sistema de salud; es algo en lo que se debe fortalecer el proceso de afiliaciones para que los pacientes potenciales anhelan afiliarse a las diversas EPS.

También debe hacerse el estudio de la importancia del proveedor como lo muestra la siguiente imagen.



## **CONCLUSION**

Para concluir, es necesario decir que el horizonte no es nada prometedor dentro del corto o el mediano plazo; debido a que lo que realmente necesita el sistema es una reestructuración legal profunda, que de bases normativas únicas e inmodificables del POS. Pero con un respaldo justo mediante la UPC; y finalmente, que no haya freno en los recobros para que fluya el efectivo y que las superintendencias participen en el control financiero.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aristizabal C. Y Naranjo S. (2012). La crisis del sector salud tiende a empeorar. Recuperado el 20 de julio de 2012, de:  
[http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la\\_crisis\\_del\\_sector\\_salud\\_tiende\\_a\\_empeorar/la\\_crisis\\_del\\_sector\\_salud\\_tiende\\_a\\_empeorar.asp](http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la_crisis_del_sector_salud_tiende_a_empeorar/la_crisis_del_sector_salud_tiende_a_empeorar.asp)
2. López C. (2012). Verdades sobre la crisis del sistema de salud. Recuperado el 23 de julio de 2012, de:  
<http://www.portafolio.co/opinion/verdades-la-crisis-del-sistema-salud>
3. Gaviria C. (2012). La crisis de la salud según Gaviria. Recuperado el 8 de agosto de 2012, de:  
<http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-366125-crisis-de-salud-segun-gaviria>
2. Vélez. M. (2006). La crisis del sistema de salud colombiano, ¡No hay cama! Recuperado en el año 2006, de:  
([http://deslinde.org.co/IMG/pdf/La\\_crisis\\_del\\_sistema\\_de\\_salud\\_colombiano.pdf](http://deslinde.org.co/IMG/pdf/La_crisis_del_sistema_de_salud_colombiano.pdf))
3. Martínez F. (2010). El temido recorte del POS es ya una realidad legal. Recopilado en agosto de 2010, de:  
(<http://www.saludcolombia.com/actual/salud%2085/editor85.htm>)

4. Seguro Social en liquidación. Recopilado en agosto de 2010, de:  
<http://www.iss.gov.co/portal/>
5. Constitución Política de Colombia (1991)