



46

Modernización de la Gestión Hospitalaria
Colombiana: Lecciones Aprendidas de la
Transformación de los Hospitales en Empresas
Sociales del Estado

Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana: Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado

Luis Saenz, MD

Febrero de 2001

ÍNDICE

vSIGLAS.....	vii
Agradecimientos	viii
1. Introducción	1
2. El Contexto de la Reforma Colombiana	3
2.1 Descentralización	3
2.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	4
3. Marco de la Reforma Hospitalaria Colombiana.....	9
3.1 El Hospital Colombiano Tradicional.....	9
3.2 Metas de la Reforma Hospitalaria	10
3.3 La Nueva Estructura y la Organización de los Hospitales.	10
3.4 Las Nuevas Fuentes de Financiamiento Hospitalario.....	13
3.5 Avances y Retos para la Implementación de la Reforma.....	14
4. Implicaciones de la Reforma para la Gerencia Hospitalaria	17
4.1 Gestión para el Mejoramiento de la Eficiencia y la Productividad.	17
4.1.1 Implementar Mecanismos para Planificar y dar Seguimiento a las Actividades del Hospital Utilizando Indicadores de Producción y Costos.....	18
4.1.2 Orientar los Servicios para Atraer a los Usuarios o los Clientes.....	18
4.1.3 Contratación por Servicios	19
4.2 Gerencia para Manejar el Proceso de Transición Interna.....	19
4.3 Manejo del Entorno	20
5. Experiencias Seleccionadas de la Gestión Hospitalaria	23
5.1 Hospital El Tunal.....	23
5.1.1 Experiencias en Implementar el Nuevo Enfoque en “el mercado”	23
5.1.2 Experiencias en Manejar el Proceso de Transición.....	29
5.1.3 Experiencias en el Manejo del Entorno.....	32
5.2 Hospital Universitario La Samaritana.	33
5.2.1 Experiencias en implementar el nuevo enfoque en “el mercado”	34
5.2.2 Experiencias en manejar el proceso de transición.....	37
5.2.3 Experiencias en el manejo del entorno.....	41
5.3 Hospital Simón Bolívar.	43
5.3.1 Experiencias en implementar el nuevo enfoque en “el mercado”	44
5.3.2 Experiencias en manejar el proceso de transición.....	48
5.3.3 Experiencias en el manejo del entorno.....	50
6. Conclusiones	51
6.2 Lecciones Aprendidas de la Reforma Hospitalaria.	54

6.3 Retos de la Gestión Hospitalaria Colombiana.....	58
Bibliografía	59
Anexo 1: Nuevas funciones de las entidades del Sector Salud	61

Cuadros

Cuadro 1. Características de financiamiento y gestión del hospital tradicional y del hospital como Empresa Social del Estado

Cuadro 2. Resumen de las estrategias empleadas por los tres hospitales estudiados para lograr transformarse en Empresa Social del Estado

SIGLAS

DDM	Data for Decision Making
FPMD	Family Planning Management Development
LAC	Latin America and the Caribbean
PAHO	Pan American Health Organization
PHR	Partnerships for Health Reform
USAID	United States Agency for International Development

AGRADECIMIENTOS

Los autores del trabajo quieren agradecer a los gerentes, subgerentes, jefes de departamento y servicio y a todos los trabajadores de los hospitales El Tunal, Universitario La Samaritana, y Simón Bolívar, la amplia colaboración en ofrecer información desinteresadamente y discutir los tópicos más relevantes y difíciles que encararon como parte del proceso de reforma. También se quiere agradecer a los profesionales de 12 países que participaron en las giras de estudio. Además a los hospitales visitados durante las giras, Facatativá, Usaquén y San Pedro Claver del Instituto Colombiano del Seguro Social; y los hospitales de Medellín San Vicente de Paúl, Pablo Tobón Uribe y Gilberto Mejía, que sirvieron para tener un mejor conocimiento de la modernización hospitalaria colombiana. También se quiere agradecer al personal de las Secretarías de Salud de Bogotá y de Cundinamarca; y a los profesionales que apoyaron el proyecto actuando a manera de contraparte en Colombia

1. INTRODUCCIÓN

La reforma hospitalaria es un tema de gran relevancia en la modernización de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Debido a que una gran proporción de los recursos de salud son utilizados por los hospitales en todos los países de la región, y de que se ha encontrado evidencia, de que en algunos casos, hay un inefectivo e ineficiente uso de los recursos. La reforma del financiamiento y la gestión de los hospitales se hace entonces imprescindible.

Varios países en la región han empezado a enfrentar este tema de la reforma hospitalaria, ya sea como parte de la modernización y la descentralización del sector salud, o por medio de proyectos específicos y puntuales de modernización hospitalaria. En Colombia, algunos hospitales han logrado grandes cambios en la gestión comparando lo observado en la actualidad con la realidad de unos años atrás.

Este documento tiene como fin destacar algunas de las experiencias colombianas que fueron analizadas durante una serie de giras de estudio a Colombia por parte de profesionales que están trabajando en reforma hospitalaria en varios países de América Latina y el Caribe. Durante las dos giras realizadas, los profesionales aprendieron directamente de las reuniones y las visitas sobre las experiencias colombianas y de cómo implementar reformas al nivel hospitalario en sus países. Muchas de estas experiencias no han sido documentadas, por ese motivo, se decidió preparar este trabajo; con el fin de poder así, compartir procesos de cambio con todos los profesionales en la región. En este documento se presentan algunas de las experiencias más relevantes y las lecciones aprendidas de ellas.

No es la finalidad hacer una síntesis de todas las experiencias colombianas en reforma hospitalaria, sino solamente ofrecer unos ejemplos de reformas en la gerencia hospitalaria, las estrategias de cambio utilizadas por gerentes de algunos de los hospitales visitados y los resultados que observados. Se enfocará específicamente en tres aspectos de gerencia: 1) gerencia del hospital orientada hacia el mercado, 2) gerencia del proceso de transición interna, y 3) la gerencia para la interrelación con el entorno. Estos aspectos han sido claves para poder manejar la implementación de reforma hospitalaria en Colombia, y pueden ser referencias a tomar en cuenta para la implementación de la reforma hospitalaria en otros países.

El documento está dividido en las siguientes secciones: **Sección 2:** El contexto de la reforma colombiana; **Sección 3:** Marco de la reforma hospitalaria colombiana; **Sección 4:** Implicaciones de la reforma para la gerencia hospitalaria; **Sección 5:** Experiencias seleccionadas en la gestión de los hospitales en transición; **Sección 6:** Conclusiones y lecciones aprendidas.

Se espera que los profesionales involucrados en procesos de reforma hospitalaria, sea en el ámbito nacional, regional o local, pueden considerar este documento y las lecciones aprendidas en Colombia para guiar el proceso de reforma hospitalaria en sus países.

2. EL CONTEXTO DE LA REFORMA COLOMBIANA

Para poder comprender la experiencia de la reforma hospitalaria en Colombia, es necesario ubicarse en la reforma general del sector salud, dado que esta es una reforma comprensiva y sectorial y como parte de la cual, se impulsó la reforma hospitalaria. En esta sección se presenta un resumen general de la reforma, para tener elementos de contexto que sean útiles para analizar la reforma hospitalaria. Cabe señalar que no se pretende describir en detalle la reforma, sino solamente en los aspectos básicos.

La reforma colombiana del sector salud se inició en la década de los ochenta, y se continúa en los noventa mediante la aprobación de una serie de leyes y de la preparación de una plataforma técnica para el cambio.

En estas leyes, es posible identificar las siguientes metas que se proponen alcanzar con la reforma del sector salud colombiano:

- lograr la cobertura universal (acceso equitativo y para el total de la población a servicios de salud);
- aumentar la efectividad del uso de los recursos orientándolos hacia la atención preventiva y primaria, y focalizándolos en las áreas rurales y la población pobre; y
- garantizar servicios de calidad.

Para alcanzar estas metas se proponían dos vías principales: la descentralización del sector salud; y la creación de un modelo de aseguramiento único para toda la población. Ambas “vías” son las que se describen a continuación.

2.1 DESCENTRALIZACIÓN

Había una gran preocupación de las autoridades económicas nacionales acerca de la ineficiencia, el pobre desempeño, y la no rendición de cuentas producto de la centralización. Prácticamente todo el sector público colombiano fue descentralizado hasta el nivel municipal, convirtiéndose el Municipio en la célula fundamental de la estructura orgánica del Estado Colombiano. Dentro de este marco, la reforma del sector salud empezó formalmente con un proceso de descentralización territorial, transfiriendo los recursos del Ministerio de Salud a los departamentos y municipios mediante la aprobación de las leyes 77 de 1987, la 10 de 1990 y la 60 de 1993.

Esta descentralización territorial de los servicios de salud dio la responsabilidad a los alcaldes y los gobernadores para llevar a cabo las siguientes actividades:

- planificar, asignar recursos, evaluar y dar seguimiento a los programas,
- implantar programas de salud pública mediante actividades gratuitas para poblaciones necesitadas,

- promover el aseguramiento contributivo y garantizar el aseguramiento subsidiado,
- garantizar el ordenamiento de la oferta pública y privada,
- vigilar la calidad de los servicios,
- vigilar por la situación de salud de la población,
- realizar y favorecer la inversión en infraestructura para la atención a la salud.

Paralelamente a la descentralización territorial se incluyeron otras políticas para la descentralización institucional del Ministerio de Salud en lo que se refiere a la definición de la naturaleza jurídica de las entidades, la autonomía hospitalaria y la contratación de servicios por parte de los hospitales públicos y de las direcciones del Ministerio de salud, relacionadas con los recursos humanos, suministros, planillas etc. En este sentido, la descentralización del sistema de salud Colombiano otorgó a los departamentos y municipios un gran espacio de decisión en el ámbito de la organización de los servicios de salud en cuanto a la contratación de servicios públicos y privados, la contratación de nuevos recursos humanos, y el establecimiento de diferentes mecanismos de pago (Bossert, 1998).

2.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

La segunda vía de la reforma del sector salud está relacionada con la creación de un sistema de servicios y seguros de salud, que se denominó “Sistema General de Seguridad Social en Salud” y que está respaldada por la Ley 100, aprobada en 1993. Esta ley da integralidad a las múltiples modalidades de aseguramiento existentes. Entre estas modalidades la más importante era la del Instituto de Seguridad Social (ISS), que fuera creada en el año 1946. La Ley establece la obligatoriedad de la afiliación al sistema, se amplía la cobertura de servicios de salud integrales a la familia del trabajador y define mecanismos para la cobertura universal. El sistema de seguridad social se organiza mediante dos regímenes, dependiendo de la condición económica del cotizante, estos son el contributivo y el subsidiado. Para las personas con capacidad de pago se dispone del Régimen Contributivo. Se define a una persona con capacidad de pago, aquella que tiene un ingreso mayor a dos salarios mínimos. Para el caso de las personas sin capacidad de pago o sea que tienen un ingreso menor a dos salarios mínimos, su afiliación será al Régimen Subsidiado.

En el diagrama 1, se presenta de manera gráfica la organización del sistema.

En el Régimen Contributivo, los aportes se hacen a las denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), que pueden ser tanto privadas como públicas. Se cotiza un monto equivalente al 12% del ingreso del trabajador, del cual dos terceras partes son aportadas por el empleador y una tercera parte por el trabajador propiamente. En el caso del trabajador independiente, (que no tiene patrono) éste aporta la totalidad de la cuota o sea el 12%. A partir de esta cotización, las EPS cuentan con una unidad de pago por capitación (UPC) por persona asegurada. Con esta prima, los afiliados a este régimen tienen derecho al Plan Obligatorio de Salud (POS), que incluye prestaciones en el ámbito curativo y preventivo del primero, segundo y tercer nivel.

Para la población afiliada al Régimen Subsidiado parte del financiamiento proviene del 1% de las cotizaciones del Régimen Contributivo además de partidas del presupuesto nacional, departamental y municipal, loterías e impuestos específicos. Los afiliados a este régimen tienen derecho a un POS subsidiado (POSS) que inicialmente equivalía al 50% del POS contributivo y que progresivamente se ha incrementado y que llegará a ser equivalente al POS contributivo en el año 2001. Los servicios que no cubre el POSS son otorgados por los hospitales públicos, que para el efecto continúan recibiendo presupuesto directo del Estado mediante subsidios a la oferta. Las entidades que administran este régimen se llaman Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), también son entidades públicas y privadas, entre ellas cabe destacar dos modalidades, las Cajas de Compensación Familiar, que son organizaciones privadas sin ánimo de lucro para financiar y/o prestar servicios de salud a poblaciones pobres y las Empresas Solidarias de Salud, que son organizaciones creadas por la ley 100 con el fin de atender a poblaciones pobres, con administración comunal para financiar y prestar servicios de salud. Existen además como parte de la seguridad social el Seguro Obligatorio de Vehículos y el Seguro de Riesgos del Trabajo; con el fin de cubrir las prestaciones requeridas en cada caso.

En este modelo de aseguramiento único, que tiene como meta lograr la cobertura universal, se contempla la participación del sector privado en la financiación de los servicios de salud, en un ámbito que anteriormente había sido solo de la responsabilidad del Instituto de Seguro Social (ISS). Sin embargo el ISS continua con su papel de asegurador y es considerada como la EPS de mayor tamaño por la cantidad de afiliados y por su presupuesto. También continua con su papel de prestador de servicios de salud para sus afiliados y en el mercado emergente de prestadores públicos y privados. Como parte de las actuales reformas el ISS se ha dividido en varias organizaciones, según sea su función aseguradora o prestadora de servicios.

Para la prestación de los servicios de salud existe una red de prestadores tanto públicos como privados, que son contratados por las ARS y las EPS. En este sentido los prestadores son certificados por las ARS y EPS para poder establecer contratos. Una vez certificados como prestadores que pueden ofrecer servicios de buena calidad las entidades aseguradoras ofrecen una lista de proveedores de servicios de salud a sus afiliados para que ellos seleccionen a sus prestadores al momento de recibir atención. La conformación de una red de prestadores de servicios, con estas características tiene como finalidad establecer un mercado competitivo, en el cual, tanto entidades privadas como pública compiten por establecer contratos con las EPS o las ARS. Con esta finalidad es que la legislación aprobada ha impulsado una serie de medidas de autonomía para el sector público, con el fin de definir un marco de competencia que aproveche la infraestructura pública y permita la participación privada. La idea es que los prestadores públicos se puedan convertir en participantes eficientes y competitivos, mediante una legislación que lo sustente. La posibilidad de optar por prestadores públicos y privados hace que la población se beneficie, dado que no influye la condición socioeconómica en el momento de recibir atención. Una consecuencia de esto es que la preocupación por la calidad de la atención se independiza de la proveniencia social del usuario de los servicios.

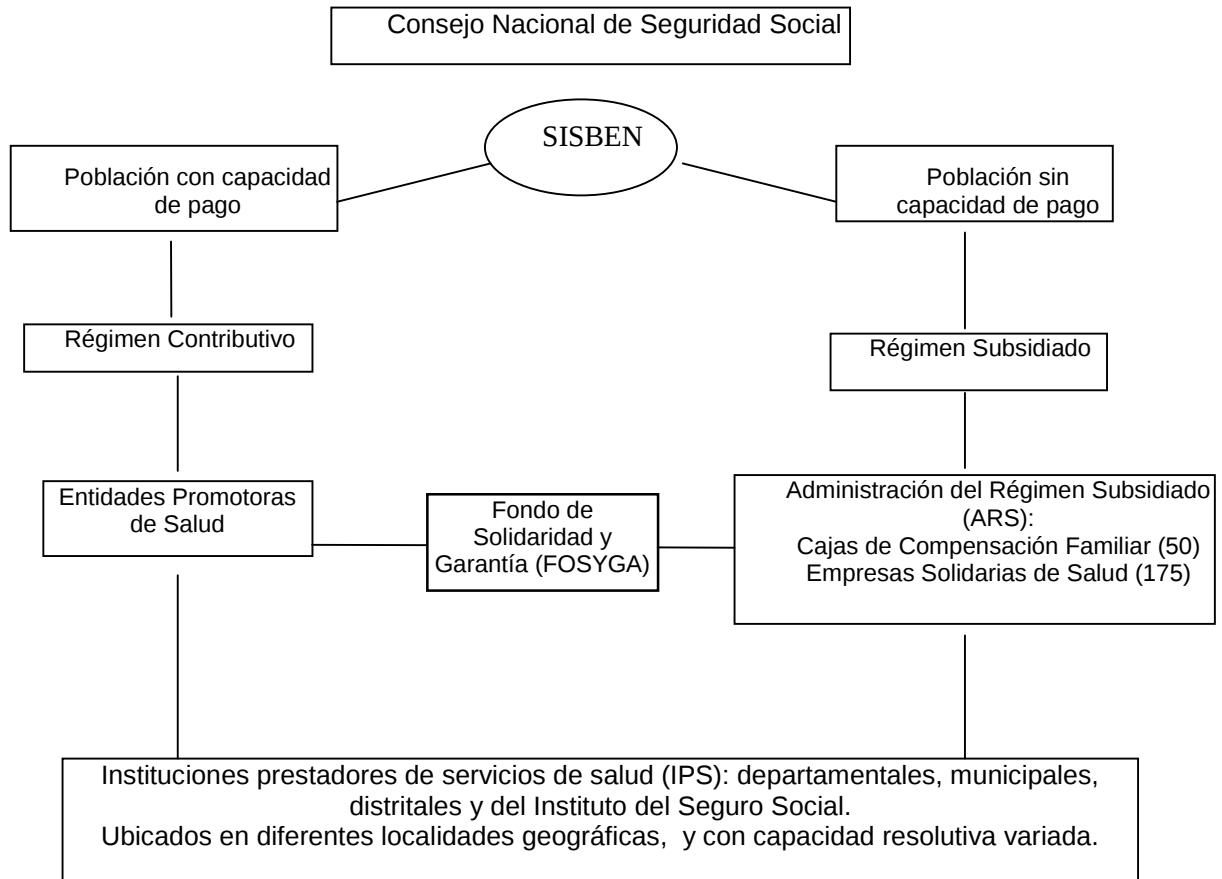
Otra entidad participante en el sistema de salud es el Consejo Nacional de Seguridad Social que se encarga de formular la de políticas de salud y seguridad social. Es un órgano participativo en el que participan Ministerio de Salud, la Superintendencia de Servicios de Salud, organizaciones gremiales y representantes de las unidades territoriales. El Ministerio de Salud tiene una papel en el que prepara las propuestas para que sean conocidas por el

Consejo Nacional de Seguridad Social, quien las convierte en acuerdos para que sean ejecutadas por las entidades territoriales (secretarías, municipalidades, distritos, departamentos de salud). Cabe mencionar también que el Ministerio de salud trabaja las políticas, estrategias, programas y proyectos, en conjunto con los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, según los lineamientos del Congreso. También son funciones del Ministerio especificar estándares de calidad de los servicios administrativo y de prestación de todo el sistema, así como controlar los factores de riesgo y evaluar la eficiencia en la gestión.

Para la ubicación de la población en el sistema, de acuerdo a su posibilidades de cotización, se requiere de la clasificación socioeconómica. Con el fin de establecer, en primer lugar, a cuál de los dos regímenes les corresponde afiliarse y en segundo lugar para los asegurados al régimen subsidiado determinara su capacidad de pago para cubrir parcialmente algunos servicios que se le vayan a otorgar. Con este fin se ha diseñado el Sistema de Clasificación de Beneficiarios (SISBEN).

Existen seis categorías de condición socioeconómica, siendo las dos primeras, las correspondientes a la población más pobre. Como se mencionó anteriormente las entidades territoriales, tanto los departamentos como los municipios, tienen responsabilidades delegadas por el Ministerio de Salud para la clasificación de la población. Los municipios han avanzado en este proceso de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado. Este mecanismo ha permitido identificar a la población perteneciente a los estratos más pobres de la población (estratos 1 y 2), que tienen derecho a acceder a los servicios de salud por medio de las ARS. En la actualidad hay cerca de 7 millones de personas pobres identificadas por medio de este mecanismo, lo que representa un 60 % del total previsto como meta. En el anexo 1 se muestra un cuadro con las nuevas funciones de cada una de las instituciones y organizaciones del sector salud colombiano.

DIAGRAMA 1



Al igual que los procesos de reforma del sistema de salud en otros países, en Colombia se ha partido de una necesidad imperiosa de llevar a cabo la implementación de procesos de cambio dada la crisis del sector salud. En el camino de la implementación hay éxitos notorios aunque también han surgido escollos y nuevos problemas a enfrentar. Por ejemplo, en la operación del aseguramiento se encuentra una población que no está asegurada en ninguno de los dos regímenes. Cuando esta población solicita servicios se presenta la dificultad de que no tiene seguro por lo que recae en el estado el financiamiento de las prestaciones. Los gastos son cubiertos por medio de diferentes partidas, provenientes de fondos nacionales, departamentales o municipales. A esta población se le denomina “vinculados” y representa una fuente de distorsión para la operación del modelo con consecuencias negativas, algunas de las que se verán más adelante cuando se observe su impacto en la operación de los hospitales.

Los éxitos de la reforma colombiana son destacados, ya que ha dotado de una nueva dinámica al sector salud. Se ha incrementado la cobertura del seguro, con posibilidades de acceso a los servicios por una proporción mayor de la población. Hay evidencia de una conciencia de costo de las prestaciones por parte de los diferentes involucrados, y se ha aumentado la inversión en salud con relación al PIB. También se han congregado distintos grupos a realizar evaluaciones sobre la reforma con el fin de visualizar los próximos pasos a seguir.

3. MARCO DE LA REFORMA HOSPITALARIA COLOMBIANA

3.1 EL HOSPITAL COLOMBIANO TRADICIONAL

La situación de los hospitales públicos colombianos antes de iniciar el proceso de reforma era crítica en tres aspectos fundamentales: (1) eficiencia (en la baja productividad y la reducida eficiencia global); (2) calidad de la atención; y (3) limitaciones en la accesibilidad a servicios de salud para la población pobre.

En cuanto al problema de producción y eficiencia hospitalaria, el hospital típico no contaba con instrumentos para la estimación de los costos de forma precisa, tampoco tenía instrumentos de gestión ni de información; y por lo general contaban con personal con escasa formación en gestión. Había una alta injerencia política y una dependencia hacia el nivel central para la gestión del recurso humano, que traía como consecuencia una falta de motivación. Además, la inexistencia de una relación directa entre los mecanismos de financiamiento y los incentivos para el desempeño lo que resultaba en limitaciones para ejercer la gestión hospitalaria, tanto en la formación gerencial de los directores como en los sistemas de información e instrumentos de gestión.

El problema de las limitaciones en la calidad de atención se reflejaba más que nada en la atención de los ciudadanos sin recursos económicos, que solo podían ser atendidos en los hospitales que tuvieran alguna modalidad de atención de caridad, lo que generaba desigualdad en el trato y disconformidad en el paciente para solicitar atención y seguir los cuidados requeridos en su tratamiento. Sin un sistema de evaluación de la calidad oficialmente reconocido y técnicamente respaldado, recaía en la ética del médico y en sus conocimientos, la responsabilidad de la prestación de los servicios. Las iniciativas de evaluación de la calidad técnica eran limitadas y la evaluación de la calidad percibida por el usuario se limitaba a evaluaciones aisladas. Se reconocían algunas actividades que desarrollaba el Instituto de Seguro Social en el campo de la auditoría médica y la acreditación.

Por otro lado, según Jaramillo¹, se observaban limitaciones de acceso a los servicios de salud, sobre todo para la población más pobre. La cobertura total de la seguridad social alcanzaba sólo al 24.1% de la población, de los cuales el 22.4% correspondía al régimen contributivo y el 1.6% a regímenes especiales. Para el resto de la población, el 45% era atendido de forma gratuita o mediante pagos simbólicos, el 16% tenía acceso a los servicios privados y el restante 15% no tenía ningún tipo de acceso a los servicios. Para esa época, 1993, se efectuaba una inversión nacional pública en salud que correspondía al 3.7% del PIB, que se incrementa para el año 1995 a un 5.4% del PIB. Además anota Jaramillo que se observaba una inequidad en la prestación de servicios en los hospitales y en la utilización de los subsidios del estado, reflejado en que la población con mayores recursos recibía más

¹ Jaramillo, I. El futuro de la salud en Colombia. Revista SALUTAD Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. 6 (1999).

servicios en comparación con la población más pobre. Se han atribuido estos hallazgos a una dificultad de focalización de los recursos públicos, atribuyendo a la financiación de los hospitales una fuerte connotación política. Esta limitante llegó a ser una piedra angular, para justificar la reforma del modelo de financiamiento de los servicios de salud.

3.2 METAS DE LA REFORMA HOSPITALARIA

Dado este contexto, la reforma hospitalaria llegaba a tener como sus metas principales, incrementar la productividad, la eficiencia, la calidad de atención, la cobertura y la equidad de los servicios hospitalarios. La condición para realizar los grandes cambios requeridos en los hospitales formaba parte de la reforma general del sector salud, y ambas vías de la reforma, mencionadas en la sección 3 (la descentralización y la creación del nuevo sistema de seguridad social) tenían profundas implicaciones para la reforma de los hospitales públicos colombianos.

En primer lugar, las leyes de descentralización establecieron que los hospitales debían ser entidades “autónomas”, con la idea de que tuvieran control permanente sobre su gobierno, su financiamiento y su gestión. En segundo lugar con la Ley 100 de 1993, y el nuevo modelo de salud, se propuso la transformación de los hospitales en “empresas sociales del estado.” Esta transformación iba a requerir de una nueva estructura y una nueva organización para poder enfrentar las modificaciones en el sistema de financiamiento de los hospitales.

Entonces, los principales ejes de la transformación de los hospitales en empresas sociales del estado eran los siguientes:

- Los hospitales al convertirse a las empresas sociales del estado se constituían en entidades públicas descentralizadas del orden territorial con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.
- Los hospitales actuarán como organizaciones con gobierno y gestión propias con mecanismos de financiamiento orientados al subsidio de la demanda.
- Los hospitales mantienen la función social de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida así como promover la participación ciudadana y comunitaria.
- Los hospitales desarrollan la capacidad operativa de la empresa por medio de acciones técnicas, administrativas dirigidas hacia su supervivencia, al crecimiento, la calidad de los recursos y la capacidad de competencia de la organización.

3.3 LA NUEVA ESTRUCTURA Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS HOSPITALES

Para poder lograr las metas de la reforma hospitalaria, y para que los hospitales tradicionales se conviertan en empresas sociales del estado, cada departamento o municipio (dependiendo de la adscripción del hospital) debía implantar una ordenanza o acuerdo –según se tratara de departamento o distrito- para la transformación de los hospitales en su región, en empresa social del estado. Todos los acuerdos debían describir las características de las empresas sociales del estado, basadas en la ley 100 y orientadas a las metas de la reforma

mencionadas anteriormente. Esto con el fin de que el proceso de transformación fuera uniforme y de contenido similar.

Estas medidas permitieron también la inclusión de los hospitales privados, como un prestador más, en la red de servicios, ya que participarían en un contexto de competencia con los hospitales públicos, transformados en empresas, para ofrecer servicios para los usuarios afiliados a los entes financieros del sistema, tanto de la EPS como también de las ARS. Esto promueve que el sistema sea más transparente en cuanto ya que no se toma en cuenta la condición socioeconómica del paciente a la hora de brindarle los servicios de salud.

Como ejemplo del decreto de la transformación de los hospitales en empresas sociales del estado, se presenta un condensado del acuerdo del Consejo Distrital de Santa Fe de Bogotá para la transformación los hospitales Bogotanos en Empresas Sociales del Estado (ESE) (Acuerdo N° 17 de 1997). Para cada hospital se establecían las siguientes características:

- Es una entidad pública descentralizada, con personería jurídica instrumental, patrimonio propio y autonomía administrativa con adscripción a la Secretaría General de Salud, sometida al régimen jurídico de la ley 100, cap. III artículos 194, 195, 197.
- Puede tener patrimonio propio y hacer transacciones con la aprobación de la Secretaría de Salud.
- La Junta Directiva tiene funciones que se centran en el gobierno de la ESE, en sus principales actividades: elaboración de planes, definición de políticas de personal, asignar recursos, aprobar proyectos de inversión (cartera de endeudamiento), definir la reglamentación interna del hospital, modificar la estructura del hospital a partir de la conformación organizativa básica del hospital. La conformación de la Junta es por tres años y cuenta con seis miembros como mínimo: Alcalde Mayor, Secretario de Salud, (o representantes), representante del estamento científico (profesional del área de salud del hospital) electo por votación, representante del estamento científico del área de atracción del hospital (Asociaciones Científicas), dos representantes de la comunidad (uno de las alianzas o asociaciones de usuarios y otro de los gremios de la producción).
- Los objetivos de la empresa social del estado son: velar por la salud de la población y el beneficio social, ofrecer servicios de salud mediante la celebración de contratos, promover la participación ciudadana, desarrollar la capacidad empresarial.
- Deben financiarse mediante subsidios, contratos, donaciones y contribuciones.
- Estructura y funciones básicas del hospital:
 - Dirección: mantener la unidad de objetivos y estrategias, determinar mercados, definir estrategias de servicios, asignar recursos, establecer normas de la calidad, velar por el buen funcionamiento y controlar la aplicación de políticas a lo interno. El gerente estará nombrado por tres años y representa legalmente a la ESE.

- Atención al usuario: encargarse de la producción y prestación de servicios con sus respectivos procedimientos y actividades incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario.
 - Logística: Encargarse de la planeación, suministros, recursos humanos, aspectos financieros, mantenimiento y la dotación de insumos, gestión de los sistemas de información.
 - Debe haber un cargo que lleve las actividades científicas y un cargo las administrativas.
- Los “actos” de la empresa social están regidos por el derecho público, mientras que lo referente a la contratación está regida por el derecho privado.
- En cuanto al régimen de personal no hay modificaciones para los empleados que venían contratados. Permanece el carácter público del empleado con todos los derechos de ley.
- El cuadro 1 resume las diferencias entre el hospital tradicional y el hospital concebido como una empresa social del estado (ESE) según los descrito en los acuerdos de transformación:

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DE FINANCIAMIENTO Y GESTIÓN DEL HOSPITAL TRADICIONAL Y DEL HOSPITAL COMO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

HOSPITAL TRADICIONAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Financiado por subsidio a la oferta Presupuesto histórico Estructura organizativa vertical altamente jerarquizada Poco control de calidad Cero control de costos Poca gestión de los servicios	Financiamiento por subsidio a la demanda Manejo de presupuesto prospectivo de acuerdo a la producción de los servicios y no a ítems de presupuesto. Estructura matricial por unidades de negocios Gestión de la calidad Racionalidad de los costos Gerencias de los servicios (gestión clínica)

3.4 LAS NUEVAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO HOSPITALARIO

Muchos de los cambios requeridos fueron impulsados por las modificaciones en las fuentes de financiamiento. Mientras el hospital tradicional recibía un presupuesto con base histórica por parte del Ministerio de Salud, sin estar en la obligación de demostrar resultados; las fuentes de financiamiento en el nuevo marco de la reforma, fueron modificadas para ir progresivamente pasando del presupuesto basado en la oferta al presupuesto orientados a la venta de servicios. Esta venta de servicios se da a las EPS y las ARS, que son las encargadas de cubrir el aseguramiento. El paso del modelo tradicional de presupuestación histórica a venta de servicios sería paulatino y conllevaba una etapa de transición en la que el primer paso era la transformación hospitalaria interna.

Es así como según la nueva legislación del 1993, el financiamiento de los hospitales se hace por medio de las siguientes partidas:

- Contratos con EPS por venta de servicios.
- Contratos con ARS por venta de servicios.
- Transferencias o subsidios de la oferta, que constituye la persistencia de la vieja modalidad de financiamiento que progresivamente va dando paso a los nuevos mecanismos.
- Servicios cubiertos por el Seguro de Accidentes de Tránsito (SOAT).
- Pagos directos por las prestaciones recibidas.
- Contratos con fondos seccionales y locales (con el municipio o departamento) por atención a “vinculados” en proporción a la facturación.
- Fondos directos del FOSYGA para cubrir el déficit.

Estas nuevas formas de financiamiento requerían que los hospitales empezaran a aplicar el concepto de empresa social que se les ha definido en los acuerdos de transformación. La lógica del proceso de cambio fue modificar las reglas del juego sobre el financiamiento y por otro se dar la facilidad a los hospitales para que modificaran su estructura y funcionamiento internos y aplicaran los conceptos de empresa. Principalmente, eso significaba la facturación de sus actividades y la utilización de producción, calidad y costos para ajustarse a las demandas de los servicios, así como el desarrollo de la capacidad de recaudo de los servicios facturados. En el futuro, la supervivencia de los hospitales estaría condicionada a la gestión hospitalaria bajo estos principios.

Según lo estipulado por la legislación de 1993, esta transformación tenía que darse en un período de tres años; se daba de plazo hasta 1996 para que todos los hospitales del país estuvieran transformados en empresas sociales del estado y estuvieran financiados por venta de servicios. Sin embargo, posteriormente, este periodo se extendió hasta el año 2001, mediante la ley 344 de 1996, debido a dificultades en la implementación del proceso.

Las nuevas formas de financiamiento dependían de la creación de planes de beneficios en lugar de la definición de niveles de atención y llevaba a que los hospitales tuvieran una base de riesgo financiero, más que un incentivo a la atención con base poblacional y geográfica. La repercusión de esta medida en el ámbito hospitalario, hace que un eje de la transformación sea precisamente la capacidad de facturar los servicios, y poder adaptarse a unas nuevas reglas del juego. Esto también planteaba que, como parte de este nuevo escenario, en el futuro, algunos hospitales que no lleguen a desarrollar la capacidad de actuar en el contexto de la “compra - venta de servicios” no lograrán subsistir, y potencialmente puedan llegar a declararse en quiebra. Esa situación sería crítica en comunidades en que el hospital esté sobredimensionado y que la demanda no alcance para cubrir los gastos hospitalarios y que para mantener la cobertura de los servicios se daría un subsidio de parte del estado. No es solamente el mejoramiento de la capacidad gerencial del hospital lo que garantiza el éxito de una empresa social del estado sino también las características propias de la operación del mercado para que el autofinanciamiento sea sostenible, lo que estará dado por la composición y el comportamiento de la demanda.

Se ha observado que desde 1993 hasta 1997 los recursos destinados a los hospitales se han incrementado en relación con el PIB en 2.6 veces para los hospitales del primer nivel de atención y en 1.5 veces para los hospitales del II y III nivel. En un estudio realizado por Madrid Malo², para el Ministerio de Salud se encontró que para el periodo 1993 a 1997 el financiamiento hospitalario por rentas propias (venta de servicios principalmente) se incrementó en un 504% para el primer nivel, 182% para el segundo nivel y 102% para el tercer nivel. Este aumento se debe al mejoramiento en la capacidad hospitalaria para la facturación y el recaudo de los servicios prestados y a un mejor desempeño gerencial. En este estudio también se documentó un aumento, aunque de menor proporción en los ingresos provenientes del subsidio a la oferta ya sea del situado fiscal y de otras fuentes de ayuda financiera, producto todavía de la forma de financiamiento tradicional.

3.5 AVANCES Y RETOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA

Para el año 1997 la mayoría de los hospitales se habían transformado en empresas sociales del estado. De acuerdo a lo propuesto por el nuevo modelo de financiamiento hospitalario, se iba a ir dando una disminución progresiva de los subsidios a la oferta y un incremento en las rentas propias producto de la venta de servicios. Para 1997, lo observado ha sido que los hospitales del nivel III³ (ESE), habían logrado incrementar los ingresos por rentas propias en un 10%, los del nivel II no lograron compensar la disminución de los subsidios de oferta por medio de un incremento de las rentas propias. Mientras tanto, para los del primer nivel se observó un incremento notable en las rentas propias de cerca de un 40%.

Desde el punto de vista organizativo los retos que se plantean son la armonización de la red de prestadores y la transformación interna de los hospitales con el fin de entrar de lleno en su función empresarial.

² Madrid, M. Análisis de la evolución de los ingresos de los hospitales públicos a partir de la expedición de la ley 100 y de la situación de los recursos del subsidio a la oferta por recursos de la demanda. Ministerio de salud de Colombia: 1998.

³ Ibidem

Entre los principales problemas para la implementación en diversos estudios se han encontrado los siguientes:

- Los hospitales públicos no saben mercadear sus productos.
- Los hospitales públicos no saben contratar en forma eficaz para su propio interés.
- Los hospitales públicos tienen limitaciones para facturar los servicios que prestan.
- El sistema SOAT⁴ utilizado como catálogo de prestaciones para la facturación es engorroso y complicado.
- En los hospitales se presenta resistencia al cambio lo que dificulta la incorporación de la nueva cultura de empresa..
- Persisten las transferencias del presupuesto por el sistema tradicional lo que frena la adopción del nuevo sistema.
- La ley anual de presupuesto público restringe la autonomía hospitalaria en cuanto a la administración de los recursos financieros.
- Hay iliquidez provocada por el no pago oportuno de las administradoras de los regímenes subsidiado y contributivo y de los departamentos, municipios y distritos.

Como se ve, hay problemas debidos a la gerencia del hospital y debidos a deficiencias en la implementación del modelo. En los próximos capítulos el análisis se enfocará a la problemática de la gerencia hospitalaria.

⁴ SOAT es un catálogo de prestaciones y precios del Seguro de Accidentes de Tránsito, que se utiliza en los hospitales como referencia para el pago de prestaciones por parte de las EPS y ARS.

4. IMPLICACIONES DE LA REFORMA PARA LA GERENCIA HOSPITALARIA

Como se ha analizado en los apartes anteriores, la reforma hospitalaria produjo una gran cantidad de cambios a lo interno del hospital. Se anotó también que los cambios en las fuentes de financiamiento que marcaban el paso de la transformación hospitalaria favorecieron una nueva forma de gestionar el hospital. Por medio de la autonomía dada por la descentralización y un nuevo enfoque mediante “la profesionalización de la gestión hospitalaria,” el estado daba a los hospitales el apoyo suficiente para mejorar la capacidad de gestión y poder así implementar los cambios propuestos.

Con la autonomía hospitalaria y una gestión que se basa en un marco jurídico privado (con un nivel de riesgo puesto especialmente en la figura del gerente hospitalario) adquirieron predominancia las figuras gerenciales del hospital nombradas en cada uno de los servicios que formalmente se conformaron como unidades de costos (o unidades de negocio).

A inicios de los noventa entró en vigencia la ley en la que se requería que los directores de hospital tuvieran formación en gerencia hospitalaria. Así, las instituciones universitarias con capacidad de formar recursos humanos en el campo de la salud iniciaron programas para la capacitación de “gerentes hospitalarios.” Esto se legitimaba en el momento en que cada hospital iba transformándose en empresa social, ya que debía contar con un gerente hospitalario nombrado por un periodo de tres años, con posibilidades de continuar en su puesto solo si tenía un buen desempeño.

Bajo estas reglas y con la debida capacitación en gestión y tres años para demostrar resultados, los gerentes tenían que crear una nueva realidad dentro de sus hospitales. Para crear esta realidad, los directores debían enfocarse en tres áreas principales: 1) orientar la gerencia del hospital introduciendo mejoras en la eficiencia y productividad, (2) gestionar el proceso de la transición dentro del hospital, 3) coordinar la relaciones externas con entes públicos privados y la comunidad. Cada una de estas áreas y los cambios principales que se requerían se describen a continuación.

4.1 GESTIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA EFICIENCIA Y LA PRODUCTIVIDAD

Esta orientación hacia el mercado requiere de la implementación de una nueva estructura financiera a lo interno de los hospitales y la necesidad de competir con otros hospitales. Eso conlleva tres cambios esenciales: (a) implementar mecanismos para planificar y dar seguimiento a las actividades del hospital utilizando indicadores de producción y costos; (b) orientar los servicios para atraer a los usuarios o clientes; y (c) fomento de la contratación por servicios. Más adelante se describe, en breve acerca de estos tres cambios y en la siguiente sección se dan ejemplos de cómo algunos hospitales implementaron estos cambios.

4.1.1 Implementar mecanismos para planificar y dar seguimiento a las actividades del hospital utilizando indicadores de producción y costos

La capacidad para estimar costos y facturar servicios venía a ser necesaria para poder estimar la rentabilidad del hospital como un todo, al conocer cuales prestaciones dejan beneficios y cuales deben ser finalmente subsidiadas. Esta capacidad de implementación de mecanismos para estimar costos, facturar y efectuar contratos para participar en el mercado de prestadores de servicios, requiere de información y de una capacidad de predicción sobre los puntos fuertes y las limitaciones del hospital. Se requería en primer lugar conocer los costos de las diferentes prestaciones y a partir de allí ubicar las más rentables. En segundo lugar, era útil para conocer los puntos de ineficiencia y a partir de allí determinar las causas y proponer soluciones. Para conocer los costos se parte de la identificación de las unidades funcionales del hospital como unidades de negocio independientes, con sus ingresos propios, sus gastos fijos y variables y sus costos de “ventas”; permitiendo así conocer el margen de las operaciones realizadas. Esto hace que se considere al hospital como autosuficiente para generar sus rentas a partir de la venta de servicios.

La necesidad de facturar es el factor dinamizador de este proceso, al comparar el precio pagado por una prestación por parte de una EPS o ARS con el costo de producirla se llega a determinar cuales prestaciones son las que al hospital le dejan mayor margen y a la vez permite identificar cuales le son menos rentables y a partir de allí implementar medidas o buscar explicaciones de estas diferencias. Este proceso de facturación esta todavía en vías de implementación encontrándose limitaciones especialmente en la oportunidad de pago por parte de las EPS y ARS que se estima tienen atrasos que en promedio nacional van de 90 a 120 días.

Además se ha requerido del fortalecimiento de la capacidad gerencial. Esto se confirma al haber gerentes hospitalarios con formación específica en el campo y con amplia experiencia en la operación del sistema. Además, los jefes de departamentos médicos, enfermería y demás servicios claves se formaron en gestión para poder generar a lo interno del hospital una gran capacidad de interlocución y una masa crítica para garantizar una conducción exitosa.

4.1.2 Orientar los servicios para atraer a los usuarios o los clientes

La orientación de los servicios para atraer a los usuarios también venía a ser necesaria en un contexto de competencia y contratación de servicios. Se requería que el hospital se enfocara en dar a conocer los servicios que ofrece, y poder garantizar las mejores condiciones para brindarlos con la mejor calidad posible. Es así como en los hospitales más avanzados en la implementación de la reforma, se han implementado unidades de mercadeo de los servicios que ofrece. Esto con el fin de que las entidades financiadoras, especialmente las EPS y la ARS los consideren al momento de la elaboración de las listas de servicios para que sus afiliados escojan donde asistir en caso de requerir atención. Esto también ha requerido que los hospitales conozcan más detalladamente el perfil de la demanda y de las necesidades de los usuarios; lo que ha hecho que en la preparación de los planes estratégicos se definan acciones orientadas a responder a esas demandas.

Paralelamente, la voz del usuario adquiere una nueva dimensión cuando se le ofrece la posibilidad de manifestar en todo momento sus sugerencias y su disconformidad con los

servicios recibidos. Esto se logra mediante buzones de sugerencias colocados en los servicios, encuestas de opinión, y mecanismos administrativos para tomar en cuenta de manera efectiva la opinión de los pacientes por parte de los gestores del hospital. La orientación de los servicios hacia el usuario también llegaba a modificar la lógica de la operación de los hospitales con el fin de atraer a los pacientes para ofrecerles atención, llevando al mínimo el rechazo y logrando una disminución de las filas y las listas de espera mediante la gestión apropiada.

4.1.3 Contratación por servicios

La contratación de servicios profesionales como nuevo mecanismo para mejorar la eficiencia y la calidad hospitalaria esta empezando a sustituir a la tradicional contratación permanente por salario. Si bien legalmente no es posible modificar los contratos de los actuales trabajadores, algunos hospitales han iniciado el desarrollo de nuevas formas para contratar servicios mediante la cual se “compra” a un grupo de profesionales organizados como empresa, los servicios correspondientes a determinadas unidades del hospital, por ejemplo cuidados intensivos o neonatología. Esto permite que se puedan definir estándares de calidad y se pueda dar seguimiento a los costos, dado que los ingresos de la empresa contratada estarán relacionados con su buen desempeño. Si bien esta no es una modalidad extendida ni su implantación está libre de obstáculos, representa una forma contractual con gran potencialidad.

4.2 GERENCIA PARA MANEJAR EL PROCESO DE TRANSICIÓN INTERNA

La reforma hospitalaria, que se llevaba a cabo de forma acelerada, acompañada de los cambios en el modelo de financiamiento, requería de una gerencia capaz de manejar un gran proceso de transición interna. Para que sobreviva el hospital, el director tenía que desarrollar e implementar estrategias para poder cambiar el modo de pensar y actuar del personal para que conforme a los fines de una empresa se tuviera preocupación por los costos, por la eficiencia, el mercadeo y la calidad de la atención al cliente. Eso requería motivar al personal para que cambiara en cuanto a: su imagen del hospital, sus funciones, sus capacidades, sus actitudes, y su manera de ser evaluado y retribuido.

El proceso de transición se define aquí como “el proceso de cambio interno del personal del hospital para que pueda dejar atrás la vieja realidad y aceptar la nueva situación”, y para eso se identifican tres fases claves: (1) dejar atrás el pasado; (2) manejar la confusión de estar entre dos realidades; y, (3) arrancar con la nueva situación.⁵ La primera fase se refiere al hecho de que el director tiene que ayudar al personal para que dejara atrás su antigua manera de pensar y actuar. Eso requiere un cambio interno del personal que puede y debe ser realizado por el director por medio de distintas acciones. En la segunda fase de transición, el hospital puede entrar en un periodo de confusión cuando no se aplican las reglas del pasado ni existen todavía las nuevas reglas. Durante esta fase muchas veces hay confusión, desmotivación, frustración, y división interna entre el personal. El director debe proveer información, asegurarse que el proceso sigue siendo transparente y ofrecer apoyo. En la última fase, el director tiene que conducir al personal al nuevo comienzo. En esta fase

⁵ Adoptado de: William Bridges, Managing Transitions: Making the Most of Change, 1991.

siempre hay sentimientos ambivalentes—se tiene miedo del cambio y a la vez se está emocionado por el cambio. La gente se pone nerviosa esperando los efectos de los cambios preguntándose ¿cómo va a ser la nueva situación?

Aunque en la realidad no se puede distinguir donde empieza y donde termina cada fase, con esta descripción se da una idea de los tipos de cambios esperados y las tareas de motivación que el director debe desarrollar con el personal. En el caso de Colombia, el director tenía que llevar al personal por las fases con bastante rapidez para asegurar la sobrevivencia de su hospital. En la siguiente sección se presentan algunos ejemplos de las estrategias exitosas que algunos directores utilizaron para poder hacerlo.

En el caso de la reforma colombiana todavía se da la persistencia de una carrera administrativa y de convenciones colectivas que hacen rígida la contratación, y dificultan el introducir modalidades de incentivos por desempeño. Tomando en cuenta que cerca del 70% de los recursos de los hospitales son para el pago de la nómina⁶ la introducción de nuevas modalidades de contratación de servicios se hace prioritaria, por lo que en los hospitales estudiados se han iniciado contrataciones de servicios por tarea y por producto, como parte del experimento del nuevo modelo de gestión.

4.3 MANEJO DEL ENTORNO

La tercer área relevante de la nueva gerencia hospitalaria es el enfoque para manejar el entorno del hospital. En el antiguo modelo centralizado, el manejo de las relaciones hospitalarias en mucho se realizaban por el nivel central, especialmente las que tenían alguna implicación con la erogación y el compromiso de recursos. En la nueva modalidad, con el director asumiendo un papel protagónico y el hospital autónomo, la situación externa se convierte en una de las nuevas prioridades del gerente. Para poder obtener suficiente apoyo, o disminuir las amenazas, el gerente debía enfocarse en tres ámbitos de influencia: (a) el sector público (b) el sector privado; y (c) la comunidad.

En cuanto el sector público, el director tenía que coordinar con el nivel central del Ministerio de Salud, los municipios y los distritos como los principales tomadores de decisiones encargados de la salud pública. Por otra parte debía empezar a desarrollar estrategias para comunicarse con las entidades promotoras de salud y las administradoras del régimen subsidiado con el fin de poder hacer elegibles a sus hospitales para que presten los servicios a sus afiliados y obtener el financiamiento debido.

También debía coordinar con el sector privado con el fin de establecer contratos de capacitación para el personal hospitalario e implementar procesos de contratación externa (outsourcing) por servicios para incrementar la eficiencia. Esto requirió que el director hospitalario tuviera que desarrollar habilidades en negociación y estrategias para hacer negocios y obtener el apoyo necesario de personas y entidades privadas.

Finalmente, la libertad de elección por parte del usuario de los servicios, quien elige a su proveedor, tiene un gran poder para favorecer o afectar a determinado hospital. En el momento en que el hospital adquiere una buena reputación como prestador de servicios queda

⁶ Entrevista con el Dr. José Cifuentes, Subgerente de Recursos Humanos, Hospital El Tunal, Bogotá.

validado y elegible para ser certificado por las entidades financiadoras para los usuarios afiliados. Como se anotaba en el capítulo 3, si una persona de la comunidad no era parte del sistema, era considerado como “vinculado” y era un problema para el hospital en el momento de solicitar servicios. Si el “vinculado” está registrado en el sistema del municipio o distrito los servicios dados a esta persona pueden ser reembolsados por el sector público. En muchos casos los hospitales se encuentran con personas sin capacidad de pagar sin estar clasificados por el SISBEN, lo que hace que el hospital se vea obligado a cobrarles un porcentaje considerable del costo de los servicios. Muchas veces el vinculado no paga y es el hospital el que tiene que asumir el costo de los servicios ofrecidos o solicitarlos mediante subsidios estatales a la oferta. Por este motivo, es beneficioso para el hospital que toda la comunidad ingrese al sistema.

En la siguiente sección se destacan algunas de las estrategias que los directores han utilizado para obtener el apoyo o establecer alianzas con organizaciones del sector público, entidades privadas, y la comunidad.

5. EXPERIENCIAS SELECCIONADAS DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Para poder entender mejor las estrategias que podrían ser útiles para cambiar un hospital público a un hospital orientado al mercado, se han estudiado tres hospitales en Colombia, cuyas experiencias pueden aportar elementos positivos a esta discusión. Estos hospitales son: El Tunal, La Samaritana, y el Simón Bolívar. Para cada hospital se recogió información primaria, además de datos existentes, por medio de entrevistas en profundidad con los gerentes y personal. Después de presentar antecedentes sobre cada hospital, se analiza la información recolectada como un resumen de las estrategias, y los resultados preliminares de esas estrategias, que han sido utilizadas por los gerentes para transformar su hospital. Las áreas de cambio son las que ya se han mencionado: un nuevo enfoque hacia el mercado (mecanismos para disminuir costos, para aumentar la venta de servicios, y para mejorar la productividad y la calidad de los servicios hospitalarios), el manejo del proceso de transición (“el proceso de cambio interno al personal del hospital para que pueda dejar atrás la vieja realidad y aceptar la nueva situación”), y el manejo del entorno (coordinación con el sector público, el sector privado, y la comunidad).

5.1 HOSPITAL EL TUNAL

El hospital El Tunal está ubicado en el Distrito de Santa Fe de Bogotá, su demanda potencial se da en 5 distritos que en total tiene una población mayor de 1,5 millones de habitantes. El hospital fue construido con fondos de la Alcaldía Mayor y de un crédito del Banco Interamericano de Desarrollo, como parte de un proyecto de desarrollo integral de la zona. Está considerado como un hospital de tercer nivel de atención. El hospital ha salido de una crisis muy severa en el ámbito de la gestión y la calidad de la atención, que se dio durante los años anteriores a 1997. La transformación en empresa social del estado ha significado una oportunidad para implementar algunas experiencias novedosas de gestión.

5.1.1 Experiencias en implementar el nuevo enfoque en “el mercado”

Estrategias

Inicialmente se tomaron medidas de corto plazo para la disminución de los costos del hospital, y luego, para el largo plazo, para incrementar la venta de servicios y para el mejorar la productividad y la calidad.

En cuanto a las medidas a corto plazo, su meta era hacer frente a la crisis inicial con el fin de disminuir los costos rápidamente. Una de las primeras estrategias fue la racionalización del uso de recursos en los servicios generales—los servicios telefónicos, eléctricos, y de agua—y la reducción de recursos extras como los vehículos, los cuales fueron reducidos de seis a uno. La segunda estrategia tuvo que ver con la externalización de servicios, lo cual significaba la contratación externa de algunos servicios médicos y de

enfermería para las guardias nocturnas y los fines de semana a un menor costo comparado con la utilización del personal de planta. Además realizaron la externalización de los servicios de lavandería (a un costo de un sexto del costo del hospital), vigilancia y alimentación. La tercera estrategia fue la adquisición de insumos mediante compras conjuntas con otros hospitales, para adquirir mejores precios, especialmente en sueros, suturas quirúrgicas. Finalmente, sustituyeron las cuentas corrientes por cuentas de ahorros para no pagar el impuesto del 2 por mil a las transacciones bancarias.

Como parte de las medidas a largo plazo, los gerentes de El Tunal implementaron estrategias para orientar al hospital hacia la venta de los servicios. Estas estrategias incluyeron: la planificación estratégica, la implantación de una Unidad de Mercadeo con su respectivo plan de mercadeo y el diseño de un portafolio de servicios, la inversión en mejorar la hotelería, y la implantación de un sistema para recabar la opinión del usuario.

Como parte de la gestión financiera del hospital, se logró la introducción de un sistema de costos lo que significó un avance en la utilización de herramientas para conocer en detalles de los costos de los servicios, asignados por unidades de negocio según los insumos utilizados.

La elaboración del plan estratégico era importante para poder identificar las oportunidades del hospital tomando en cuenta la realidad interna y externa, incluyendo el mercado. En el año 1998, con el apoyo de una empresa consultora elaboraron un plan estratégico, introduciendo así las herramientas de planificación estratégica al hospital. Con este ejercicio se definió la misión y la visión del hospital así como las áreas de negocio. Es así cómo el hospital define como servicios de más rentabilidad los servicios de cirugía, traumatología especializada, ginecología y obstetricia de alto riesgo, unidad de cuidados intensivos neonatales y unidad de cuidado intensivo intermedio.

La finalidad de contar con una Unidad de Mercadeo es identificar mediante un proceso sistematizado las necesidades del usuario con el fin de adecuar los servicios a estas necesidades. Además permite optimizar los recursos hospitalarios para cumplir con la finalidad última que es ofrecer un beneficio a la sociedad dentro del marco de una empresa social del estado. Las actividades de mercadeo del hospital tienen que ver también con la preparación de materiales que divulgan los servicios del hospital. Por su parte el estudio del mercado se realiza con el fin de obtener insumos para el plan estratégico. Por medio de la Unidad de Mercadeo, el hospital ha diseñado un portafolio de servicios en el que se detallan todos los servicios que el hospital ofrece en las áreas de: hospitalización, urgencias, atención de consulta externa; programas especiales en el ámbito de la cirugía, prevención y promoción, banco de sangre, apoyo diagnóstico y terapéutico; así como aspectos administrativos y organizativos que facilitan al paciente la utilización de los servicios clínicos y que facilitan los trámites administrativos.

Además de su portafolio de servicios, el hospital ha desarrollado planes de mercadeo para atraer a clientes potenciales. Las actividades definidas e implementadas por medio de estos planes tienen como fin el que los posibles usuarios estén informados de los servicios del hospital. Las actividades en que se promueve al hospital son las ferias de salud en que se entregan volantes, llaveros, bolígrafos con alusiones al hospital, etc. También, como parte de esta estrategia, el hospital ha mercadeado paquetes de servicios de salud a organizaciones como el Magisterio y las Fuerzas Armadas.

Otra estrategia clave para poder vender sus servicios es que el hospital ha invertido en mejorar su hotelería, como un área prioritaria, por medio de remodelaciones a la planta física con el fin de acondicionar habitaciones a mejores estándares de confort, haciéndolas unipersonales y bipersonales, y con servicio telefónico, baño privado y televisión.

La retención del cliente y la captación de un mayor número de usuarios es parte fundamental del esfuerzo del hospital en vender sus servicios. Así, la medición de la opinión del usuario sobre los servicios, y la posibilidad de plantear quejas y sugerencias, es una estrategia relevante. En este sentido, se han diseñado encuestas sistemáticas para poder censar en diferentes momentos la opinión de los usuarios acerca de los servicios que está recibiendo. Los aspectos que se evalúan son: la amabilidad con que los trabajadores del hospital tratan a los pacientes, la higiene que los pacientes perciben de las instalaciones del hospital como lo son las habitaciones, lavabos, baños, áreas sociales; la oportunidad en la atención de los servicios, esto es, si hay retrasos o si los tiempos de espera para la obtención de servicios se prolonga más de un tiempo razonable. La oficina de planificación maneja la encuesta general y por servicio, la que se aplican agentes externos al hospital cada mes. Los resultados se exponen al público y a lo interno del hospital. Además, se han colocado buzones de sugerencias con fórmulas para quejas y opiniones que se canalizan mediante un comité que luego de analizarlas se le da respuesta al paciente y se toman a lo interno las medidas para solucionar el problema ya sea de índole administrativa o clínica.

En cuanto las estrategias para el mejoramiento de la productividad y la calidad de la prestación de servicios, se han implantado estrategias para: la conformación de unidades de negocio, la capacitación del personal, la contratación por servicios profesionales, el uso de “benchmarking” de costos y producción, la realización de encuestas de opinión del usuario (ya mencionado), y la calificación de los servicios claves del hospital con la norma ISO9000⁷.

Como una de las estrategias principales para mejorar la producción, se han conformado unidades de negocio. Esto ha servido para aplanar la estructura jerárquica y reforzar la idea del hospital como una “empresa.” En la estructura interna del hospital, existen solamente tres niveles de estructura organizativa: la gerencia, las unidades de negocio y los coordinadores. Las unidades de negocio son: 1) Servicios quirúrgicos; 2) Servicios de urgencia y ambulatorios; 3) Apoyo diagnóstico y terapéutico; 4) Hospitalización y medicina crítica; 5) Administración y finanzas; 6) Talento humano.

Cada gerente de unidad de negocio, (que en la organización del hospital corresponde a una subgerencia) es autónomo y se mide por una serie de indicadores previamente definidos.

⁷ Los estándares ISO9000 son un marco de referencia para un sistema de calidad en una empresa con el fin de asegurar la calidad de los productos o servicios otorgados. Estos estándares tienen que ver con el diseño, el desarrollo, las instalaciones y el desarrollo de los servicios. Existen tres tipos de estándares, ISO9001, ISO9002 E ISO9003, según sea el tipo de empresa que se esté evaluando. Se identifican 20 requerimientos, que constan en un manual, para asegurar la calidad del producto o del servicio.

Entre los indicadores utilizados están los siguientes:

Gestión financiera:

- Rotación de cartera,
- Edades de cartera (30, 60, 90 y 120 días), las de más de 120 días se han dado a un cobrador externo por un porcentaje de recuperación.
- Capacidad de endeudamiento,
- Capacidad de apalancamiento,
- Sobre ejecución de gastos,
- Cuentas por pagar a proveedores,
- Edades de las cuentas por pagar,
- Sustitución de fuentes de financiamiento.

Servicios de salud:

- Egresos, consultas, urgencias.
- Índice de ocupación de la cama.
- Cirugías realizadas.
- Días de estancia.
- Giro de cama.

Calidad de la atención:

- En cirugía cumplimiento de lo realizado con relación a lo programado en sala de operaciones.
- Oportunidad de la atención en los quirófanos.
- Análisis de causas de cancelación de la cirugía.
- Evaluación de la calidad técnica por medio de auditorías.
- Preparación para la certificación con la norma ISO9000.
- Infección intrahospitalaria.
- Mortalidad hospitalaria.

Administrativos:

- Mercadeo externo de los servicios del hospital.
- Estado de pérdidas y ganancias de cada unidad de negocio.
- Desechos de las drogas en las farmacias del hospital.
- Rotación de inventarios.
- Rotación de cartera.

Cada dos meses se llevan a cabo reuniones corporativas con la finalidad de evaluar los resultados y definir las políticas del hospital. La evaluación se realiza mediante los indicadores. Dado el caso de que los gerentes (subgerentes) de las unidades de negocio no presentarán un desempeño económico favorable corren el riesgo de perder su contrato.

Para mejorar ambos aspectos, la producción y la calidad, se han implementado medidas para promover el talento humano. El hospital ha definido una serie de programas para los trabajadores del hospital en las áreas de salud ocupacional y bienestar laboral. Estos programas tienen como fin atender problemas clave del trabajador, en lo que se refiere al estrés laboral, la ergonomía, la adaptación al trabajo, la evaluación del desempeño y la calificación para las promociones, la promoción del deporte y algunos beneficios económicos según el número de hijos.

En 1999 se invirtieron el equivalente a 93 millones de dólares en capacitación, que incluyeron actividades para grupos de trabajo a lo interno del hospital así como grupos que viajaron al exterior para seminarios, congresos y foros relacionados con los temas de su profesión. Otra estrategia para mejorar la productividad ha sido la contratación de los recursos humanos, especialmente de los médicos, mediante contratos por “productividad”. Es decir, en los que se estima una carga de trabajo y por medio de un contrato se estipula un pago por honorarios de acuerdo a metas de productividad alcanzada. En este momento, el 60% de los trabajadores están contratados por servicios profesionales, tanto individual como colectivamente. Entre estas contrataciones figuran la de los cardiólogos, cirujanos, dermatólogos, gastrointestinal, ginecología y obstetricia, salud oral, oftalmólogos, radiólogos, urólogos, pediatría, ortopedia.

Para poder evaluar el nivel de producción y calidad, y para guiar a la gerencia e incentivar al personal, el hospital hace comparaciones con otros establecimientos mediante el “benchmarking” de costos y de la producción. Se tienen como referencia dos hospitales privados con los que hacen comparaciones de costos mediante la metodología de “benchmarking”.

Además, el hospital ha decidido solicitar la certificación ISO9000, que es un estándar de calidad “objetivo”. El proceso que sigue para esto es similar al que se lleva en una empresa privada, estandarizando los procesos más productivos. Para hacer ello, se ha iniciado, en las áreas de cirugía y en áreas de diagnóstico y tratamiento, un proceso de documentación bajo el concepto de “documento dinámico” en que los manuales son evaluados continuamente por los profesionales con el fin de valorar si son útiles para cumplir con los estándares de calidad propuestos. A partir de esta evaluación se ajustan nuevamente. Esto se hace con el fin de preparar a los servicios para la certificación por ISO9000, que se iniciará a fines del año

2000. Información acerca del avance de ese proceso se hace en un sitio de Internet (www.galeon.com/tunal/q) en el que se presentan las metodologías, las guías y los procesos especiales para la certificación.

Resultados

El Tunal ha visto buenos resultados con la implementación de las estrategias mencionadas anteriormente.

En cuanto a contención de costos, las medidas tomadas inicialmente han sido efectivas para solucionar la crisis aguda, dado que el hospital pudo sobrepasar ese momento y continuar operando. Con el sistema de costos ya implantado ha sido posible identificar la rentabilidad de los cada servicio del hospital, en la actualidad el 85% están generando ganancias. Las ventajas del sistema de información de costos, y la utilización de la información para la gestión de forma continua, ha permitido dar seguimiento a la productividad y tomar decisiones acerca de la externalización de algunos servicios no rentables, tal ha sido el caso de algunos de apoyo como lavandería, y de servicios clínicos como Medicina Interna.

También, en el hospital El Tunal se ha observado un incremento de los ingresos, producto de una mayor cantidad de pacientes atendidos. Además del aumento de ingresos se ha disminuido la dependencia de los ingresos del estado, pasando en tres años de un 95% de dependencia a un 50%. El restante 50% procede del financiamiento de ARS, EPS, ARP, entidades territoriales y otras fuentes. Claramente, el hospital ha pasado de generar pérdidas y estar subutilizado a generar ganancias, identificar los productos que lo ubican en mejor posición de competitividad en relación con otros hospitales y haber logrado inversiones de capital en planta física y equipamiento. Parte de las utilidades se han invertido en mejorar las condiciones de los trabajadores mediante programas de capacitación. El resultado de las políticas de mercadeo, ha sido un aumento de los servicios; en 1998 se atendía solamente una cuarta parte de lo que se atendió en 1999-2000, en el caso de cirugía se realizaba solo un 10% de lo que se lleva a cabo en este momento⁸, lo que reafirma que el hospital estaba subutilizado en la mayoría de sus servicios.

Se han observado resultados positivos en la implantación de estrategias para la venta de servicios y para mejorar la calidad, mediante las cuales se ha colocado al usuario como el centro de la atención y se ha logrado la “fidelidad” del paciente hacia el hospital. La opinión favorable hacia el hospital en la actualidad va entre el 80 y 85%. Se han modificado también las prácticas de atención al usuario, y se ha comprobado que un usuario bien atendido recomienda el hospital a otros pacientes.

El mejoramiento de la productividad se ha logrado mediante la motivación del personal contratado por la modalidad tradicional, y con un incremento de la modalidad de contratos por servicios profesionales (llamados contratos por productividad). Comparativamente la modalidad tradicional, no incluye parámetros de medición de volumen de servicios, a diferencia de los contratos por productividad que establecen más claramente cuales son los parámetros para el pago de los honorarios a percibir en función del volumen de trabajo

⁸ Entrevista al Dr. Carlos Ariel Rodríguez, Gerente del Hospital El Tunal, Santa Fe de Bogotá.

desempeñado. Sin embargo en ambos grupos se ha observado un incremento en la producción.

5.1.2 Experiencias en manejar el proceso de transición

Estrategias

El proceso de transición interna del personal era un aspecto muy importante para garantizar el éxito del hospital porque el personal tenía que preocuparse más por la productividad y la calidad de servicios. Para que el hospital pudiera ganar clientes y sobrevivir financieramente se debía hacer cambiar al personal, lo que ha sido un proceso bastante difícil.

A partir del año 1997, un nuevo equipo de gestión, como parte del proceso de reforma, tomó medidas que “alteraron” el status quo de la organización y que llegaron a afectar intereses creados por gremios y algunos grupos sindicales. Esto generó un movimiento de huelga. Así que, las primeras estrategias de los gerentes para manejar el estado de huelga fueron:

- comunicar al personal los fines del proceso de modernización y las nuevas reglas de trabajo;
- dar a conocer que el hospital estaba en riesgo de ser cerrado dada su baja productividad,
- hacer evidente que había prácticas que estaban en contradicción con los principios del hospital y la buena calidad en la atención.;
- garantizar a los trabajadores del hospital estabilidad laboral al deponer el estado de huelga.
- establecer coordinación con los sindicatos del hospital; actualmente se realizan reuniones periódicas de coordinación con 6 sindicatos a lo interno del hospital.

Para definir sus estrategias de largo plazo, la gerencia del hospital tenían como metas ganarse la confianza del personal y su compromiso de trabajar para el futuro del hospital, y para que ellos se identificaran con los nuevos valores de la organización, a partir de la antigua cultura. Se identifican entonces, los valores y formas de trabajo que requerían modificarse, el surgimiento de nuevos valores y las estrategias a emplear para lograr el cambio de mentalidad. Por medio de un proceso participativo de planificación estratégica los gerentes en conjunto con el personal identificaron los aspectos de la vieja cultura que debían superarse, como lo eran: 1) el incumplimiento del horario de trabajo, 2) incapacidades excesivas, 3) la apatía hacia el trabajo y el hospital, 4) la barrera que se antepone al usuario de los servicios, 5) la pereza ante la dedicación al trabajo, 6) el aire de superioridad ante el paciente y los compañeros de trabajo, 7) la concentración de poder en las camas hospitalarias o en un grupo de profesionales, y 8) la falta de interés por las actividades del hospital.

Tomando esto en cuenta, se establecieron los nuevos valores del hospital que son: honestidad en el desempeño; dedicación a las tareas del hospital; secreto profesional; compromiso institucional; el ser humano como objetivo final. También, para lograr esto, se identificaron las nuevas formas de trabajo que son: trabajo en equipos; volverse más clínico, más práctico en la utilización de medios diagnósticos y terapéuticos, enfocarse en los problemas de los pacientes y así disminuir la estancia y los costos; descentralización en unidades de negocio; necesidad de establecer coordinación con otros servicios.

Para ayudar a que el personal dejara atrás la vieja cultura y aceptara e interiorizara los nuevos valores y formas de trabajo, la gerencia empleó cinco estrategias claves de: 1) Definir claramente y asegurar que el personal conozca la visión y la misión del hospital; 2) estandarizar los procesos; 3) incrementar la participación del personal; 4) capacitar al personal; 5) informar mejor al personal.

Las actividades se iniciaron mediante un proceso de planificación estratégica para definir la visión y la misión del hospital, involucrando a todos los trabajadores. Para definir una misión en la que se toma en cuenta el carácter público de la organización, su compromiso para dar soluciones especializadas a problemas de salud complejos, en los que se enfatiza el trato humanizado que reciben los pacientes.

Una premisa para el mejoramiento tanto de la calidad de la atención como del clima de la organización, ha sido el involucrar a los trabajadores en el análisis de su proceso de trabajo, y a partir de este análisis proponer modificaciones y mejoras. Ha sido un proceso participativo que fomenta el trabajo en equipo y es derivado de un estilo gerencial participativo. Para la mejora del clima de la organización se ha fomentado la interacción de los trabajadores independientemente de su status dentro de la organización, un procedimiento que ha dado resultados exitosos ha sido fomentar el saludarse por las mañanas tocando el hombro del compañero/a.

Se han desarrollado estrategias de capacitación en áreas específicas como son: mejorar las relaciones interpersonales, conformar equipos de trabajo, mercadeo de servicios de salud, técnicas de atención al cliente, trato al cliente difícil, técnicas para mejorar la comunicación con los compañeros de trabajo y con el cliente, formas para el uso del tiempo libre, conformación de ESE, manejo del estrés, negociación y resolución de conflictos y liderazgo. Esto ha permitido a los trabajadores, tanto obtener nuevos conocimientos, como generar una cohesión de equipo de trabajo. También ha promovido la identificación con el hospital y el resultado esperado ha sido la “fidelización del cliente”, hacia el hospital.

Para la comunicación con el cliente interno se han implementado diferentes medios gráficos y orales canalizados por medio de una oficina de información al personal. Se han distribuido 19 carteleros en todo el hospital, se edita un periódico mensual, se tienen parlantes en todo el hospital para dar a conocer noticias y mensajes al personal, así como avances en la implementación de los planes de cambio.

Resultados

Si bien no se preparó ningún plan específico para la transición, luego de varios años de transformaciones ha sido posible identificar al personal con nuevas formas de trabajo, y con el objetivo de hacer del El Tunal “el mejor hospital del país”. Los efectos observados han sido el aumento en productividad, la satisfacción del cliente, y haber colocado al hospital como uno de los centros de tercer nivel del país con mejores indicadores.

Fue posible observar durante el proceso de transición que los trabajadores reaccionaban negativamente ante la introducción de la nueva cultura, como por ejemplo las “6 eses” de la calidad y el sistema de costos. Eso causaba una reacción no tanto de molestia sino de estrés, que en algunos momentos les impidió seguir el ritmo de la implantación. Pero, a la vez, ha quedado claro para los trabajadores y profesionales, que hay que producir para poder contar con insumos y que el hospital funcione, el ejercicio clínico se ha adaptado a esta forma de trabajo y tiene claro que es gastando solo lo esencial, que se disminuyen costos y se garantiza la subsistencia del hospital.

Ha sido posible crear un lenguaje por medio de las carteleras. La información colocada allí se lee con avidez y se discute. Como consecuencia de ello no se da crédito al chisme. La comunicación informal se da ahora para analizar los problemas más que para hablar de chismes.

La posición de los médicos ante esos nuevos valores y la nueva forma de trabajar ha sido receptiva, los médicos se han vuelto más competitivos combinándolo con la mística tradicional en su interés por los pacientes. Además hay mayores posibilidades de que sus conocimientos aumentan por las facilidades que ofrece el hospital, tanto en actividades de capacitación como en la disponibilidad de protocolos y en un corto plazo en instrumentos de medicina basada en la evidencia.

La posición del personal de enfermería ante los nuevos valores y la nueva forma de trabajar se ha modificado, en primer lugar porque desapareció la estructura jerárquica tradicional de la jefatura de enfermería que coordinaba a todas las enfermeras del hospital. Actualmente las enfermeras pertenecen a cada unidad de negocio y es allí donde establecen su propia normativa y sus formas de trabajo y actividades de capacitación. Eso lleva al personal de enfermería a trabajar en un equipo interdisciplinario. Las enfermeras como las responsables del stock de insumos han notado beneficios en cuanto a los procedimientos de adquisiciones y a la disponibilidad de los mismos.

En resumen, las estrategias implantadas en El Tunal han ayudado mucho a que el personal internalice la nueva cultura y forma de trabajar en el hospital. Aunque el personal antiguo es el más resistente a los cambios en comparación con el personal contratado por honorarios, se observa un involucramiento homogéneo y ante una preocupación de la gerencia del hospital, por mantener una coherencia entre todos los trabajadores independientemente de las deferencias de contratación. Cabe señalar que no ha vuelto a presentarse ninguna huelga. Está claro de que las actitudes de la mayoría del personal ha cambiado y que la finalidad es mejorar la atención de los usuarios del hospital.

5.1.3 Experiencias en el manejo del entorno

Estrategias

El gerente de la empresa social del estado tiene un ámbito de acción definido por ley, con el fin de cumplir con el fin último de la empresa, que es la prestación de servicios efectivos a la población usuaria. Con este fin, los gerentes tienen presencia en el medio político nacional, departamental y distrital. El hospital sigue siendo de propiedad pública y la responsabilidad sobre su buena marcha es en gran medida del gerente. Mucha de esta buena marcha descansa en las buenas relaciones del gerente con las autoridades del sector público, ya sean las autoridades del Ministerio de Salud o de las Secretarías de Salud o con las entidades territoriales.

Con las instituciones del sector público se da una relación de coordinación con la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud, que si bien no es de una subordinación directa, si se da una relación de apoyo para la inversión de bienes de capital y el seguimiento de directrices técnicas y de políticas de salud.

Para el caso del hospital El Tunal las relaciones con este sector se ha concretado en el apoyo del Ministerio de Salud para adquirir un equipo de rayos X, mediante un convenio de crédito con el Gobierno de España. Por medio de la Secretaría se obtuvo financiamiento para la planta física para albergar el servicio de radiología. Con el Fondo Nacional de regalías se está solicitando la tomografía axial computarizada, un angiógrafo y un ecocardiógrafo.

La gerencia de El Tunal ha hecho un esfuerzo para establecer relaciones con diferentes organizaciones del sector privado. Primeramente, mediante la venta de sus servicios a grupos de aseguradores que se manejan en ambos regímenes, el subsidiado y el contributivo, según las reglas de operación del sistema. También, el hospital como empresa vende servicios a otras empresas prestadoras en las áreas de incineración, banco de sangre, farmacia, laboratorio, y alimentación parenteral.

Además, el hospital ha trabajado en establecer convenios con las universidades, tanto públicas como privadas. Eso se hace para proveer campos de práctica para la formación de recursos humanos en salud y para dar oportunidades de capacitación para su propio personal (el hospital da espacio para prácticas de estudiantes, internado y residencias, y la universidad retribuye al hospital mediante cursos al personal del hospital).

Con relación a la comunidad, el hospital como empresa ha dado mayor participación a la sociedad civil, ya que por ley se da la inclusión de sus delegados en la Junta Directiva para la administración del hospital.

También, la evaluación de calidad ha involucrado a la comunidad. En primer lugar mediante la participación de agentes ligados a organizaciones de la comunidad en aplicar las encuestas de opinión. Además, la Asociación de Usuarios participa en el seguimiento de las quejas a lo interno con el fin de que se les dé respuesta oportuna y satisfactoria. Esta participación hace que se dé una verdadera gestión de las listas de espera, en que la comunidad percibe la verdadera dimensión del problema y participa en la solución.

Se da también, la participación de la comunidad en diversos comités como por ejemplo

el de veedores. Los veedores verifican que los proyectos se desarrollen de acuerdo a las especificaciones y juegan un papel importante en los proyectos de infraestructura que se están desarrollando. También se incluye la participación de la comunidad en los siguientes comités:

- Comité de participación comunitaria.
- Comité de ética del Hospital con 4 miembros.
- Comité local con el fin de analizar las emergencias.

Resultados

Aparte de la coordinación habitual y propuesta por la ley se han observado ventajas que el hospital ha logrado tanto del Ministerio de Salud, como de la Secretaría de Salud de Bogotá. Cabe enumerar que el desempeño y la gestión del gerente han permitido que se hayan adquirido recursos para inversiones en infraestructura y equipamiento de alto costo.

Por otro lado, el hospital ha desarrollado mecanismos para relacionarse con el entorno privado y público y obtener beneficios y una interrelación transparente. Estas se han traducido en mayores ingresos, transferencia de tecnología especialmente el laboratorio clínico mediante convenios con empresas con las que adquieren la tecnología mediante un mecanismo de comodato y adquisición de insumos. Mediante convenios específicos se obtienen implementos y equipos médicos como ventiladores, electrocardiogramas, sillas de ruedas entre otros implementos. Esto ha hecho que el hospital se haya posicionado en el contexto de los hospitales del país como un centro de prestigio en que los trabajadores son vistos como competitivos en el nuevo ámbito del mercado de los servicios de salud.

5.2 HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA

El Hospital Universitario La Samaritana está ubicado en el Departamento de Cundinamarca, y depende de la Secretaría de Salud de dicho Departamento. Es el único hospital del tercer nivel de la zona. Aunque forma parte de la red de servicios de Cundinamarca, su localización está en el límite de la ciudad de Bogotá y mucha de su demanda proviene del Distrito de Santa Fe de Bogotá.

En el año 1995, el hospital estuvo a punto de ser cerrado debido a subutilización y al deterioro de la planta física y la obsolescencia de los equipos. Incluso llegó a proponerse su venta al sector privado. A raíz de esta situación, un nuevo equipo de dirección inicia la gestión hospitalaria con el fin de sacarlo adelante y transformarlo en una empresa social de estado, lo que se consolida en el mes de diciembre de ese mismo año.

Contando con el apoyo de la gobernación del Departamento de Cundinamarca, se inició un plan para la reactivación del hospital, abriendo nuevamente los servicios que habían sido clausurados, reactivando la actividad quirúrgica y de los pisos que habían sido clausurados, y dando un especial énfasis al Servicio de Urgencias, que representaba la puerta de entrada para más de la mitad de los pacientes ingresados al hospital.

5.2.1 Experiencias en implementar el nuevo enfoque en “el mercado”

Estrategias

El nuevo equipo gerencial se dio cuenta de que con la reforma hospitalaria, enfocarse en “el mercado” y ser competitivo iba a ser muy importante para la sobrevivencia del Hospital La Samaritana. El equipo empezó con un plan para tomar una serie de medidas de choque para la contención de los costos como parte de las estrategias de corto plazo para mejorar la eficiencia del hospital. Las estrategias de corto plazo se enfocaron en, por ejemplo, regular la utilización de insumos mediante el ajuste del cuadro básico de medicamentos, reduciendo la cantidad de medicamentos y por otro lado tomando las medidas para evitar el desperdicio. Además se elaboró un plan para reducir la utilización de papel, racionalización de los servicios generales como agua, electricidad y teléfono, especialmente los teléfonos celulares. En el área de recursos humanos, se propusieron medidas para la reducción de horas extras para el personal, reducción del número de trabajadores supernumerarios, la no-contratación de personal para tareas repetidas, aumentar el número de contratos por productividad, y efectuar “outsourcing” de las áreas de facturación y de algunas áreas clínicas como por ejemplo la Unidad de Diálisis Renal.

Paralelamente, para prepararse para el largo plazo, se realizó en un proceso de planificación estratégica, con el fin de identificar estrategias para incrementar los ingresos del hospital. Las estrategias claves en que se basó este plan fueron: 1) mejorar la productividad; 2) mejorar la facturación y control financiero; 3) promover los servicios del hospital; 4) diversificar las fuentes de financiamiento; y 5) mejorar la calidad de los servicios.

Para mejorar la producción, el equipo de dirección del hospital implantó la medida para el traslado progresivo de los servicios del hospital a la modalidad de contratos por productividad con el fin de que los profesionales involucrados, de manera individual o colectiva agrupados en empresas, vendieran sus servicios profesionales a la institución y así poder ser viables financieramente. Los servicios incluidos fueron: anestesia, cirugía plástica, gastrointestinal, imágenes diagnósticas, endocrinología, neurología, urología, ORL, neonatología, pediatría, ginecología/obstetricia, trabajo social, y fisioterapia. La ventaja de este tipo de contratación se basa en que se llega a mejorar la productividad del hospital, haciendo un mejor uso de la infraestructura y el equipamiento, además se cuenta con más tiempo y dedicación del personal médico. También, representa una posibilidad de mayor ingreso para el profesional debido a que se establece una relación directa entre el volumen de trabajo realizado y el ingreso económico. Otra medida fue la de establecer mínimos de producción para cada uno de los servicios, dándole un seguimiento estricto mediante compromisos de gestión entre el gerente del hospital y las jefaturas de los departamentos, esto se detalla más adelante.

Para mejorar la facturación y dar seguimiento a la venta y la posventa de los servicios, se creó una unidad para la facturación, el manejo de la cartera, y el control de glosas (facturas no pagadas por inconsistencias y defectos en su preparación). Para mejorar la facturación y la recuperación de costos era necesario establecer como norma de trabajo, que todo servicio fuera facturable, lo que requirió concientizar a los médicos para recolectar la información que se requiere para lograr así un adecuado proceso de facturación.

También en el hospital se definieron estrategias para vender servicios, incluyendo estudios de la demanda y la elaboración de planes para la promoción de los servicios entre las EPS, ARS y ARP. Al igual que en otros hospitales se creó una unidad de mercadeo para conocer la demanda y promover más eficientemente los servicios del hospital, específicamente el portafolio de servicios ya elaborado.

Además, se definieron unidades de negocio estableciendo la oferta potencial mediante un paquete de servicios para cada unidad. El esfuerzo para responder a la demanda se observa cuando se constata que el hospital está analizando la afiliación de los habitantes de los municipios de Cundinamarca con el fin de determinar sus necesidades de salud y proponer una adecuación de la oferta hospitalaria, para presentar a las EPS, ARS y ARP. Estas medidas tienen como fin diversificar las fuentes de financiamiento para disminuir los ingresos provenientes de la Secretaría de Salud de Cundinamarca en la forma de un subsidio a la oferta. En el estudio realizado se han analizado cuáles ARS y cuáles EPS, cubren la población de los 117 municipios del departamento de Cundinamarca. Con esto ha sido posible ubicar que la mayor EPS es el ISS, que cubre el 66% de la población que accede al régimen contributivo; y que 6 ARS cubren el 71% de la población del régimen subsidiado. Esto permitirá realizar una labor de mercadeo con mayor conocimiento y poder presentar a estas ARS, EPS, paquetes de ofertas de servicios que el hospital estaría dispuesto a dar a precios competitivos.

Además se llevaron a cabo actividades con ARS y EPS con el fin de conocer la percepción que tienen del hospital estas entidades y poder así mejorar las debilidades y limitaciones señaladas.

También la orientación hacia la venta de servicios requirió cambios en la hotelería, para mejorar el confort en las habitaciones haciéndolas de uno o dos pacientes y con servicios especiales como baño privado y televisión.

El prestar servicios de adecuada calidad representa uno de los retos más importantes para que el hospital aumentara sus ingresos, dado que las bases del sistema de salud colombiano impulsan la libertad de escogencia por parte del usuario. En ese sentido el hospital ha implementado una serie de estrategias. En cuanto a la calidad técnica, se está trabajando en la implementación de programas de garantía de calidad y en la implementación de los requisitos esenciales que ha diseñado el Ministerio de Salud, además se están elaborando guías de manejo de problemas de salud y procedimientos de auditoría.

Una estrategia novedosa que ha sido empleada en este hospital para mejorar el trato al paciente, como parte de las mejoras en la calidad es la evaluación de los “los momentos de verdad” que son las oportunidades en las que el paciente entra en contacto con los diferentes servicios del hospital. Esto permite determinar de una forma detallada, limitaciones y problemas en el contacto del paciente con los servicios y los trabajadores del hospital y a partir de allí diseñar mejoras en los procesos de trabajo, más adelante se presentan más detalles de esta experiencia.

El dar seguimiento diario a las actividades clínicas, administrativas y de operaciones del hospital mediante una “entrega de turno” permite tomar el pulso diario al hospital y es un ejemplo de la gerencia del día a día, que se ha implementado en este establecimiento. La entrega de turno es una reunión diaria que se realiza con la participación del gerente del hospital y de los jefes de departamento y servicio así como personal clave en el área de

suministros. Durante estas reuniones los encargados del hospital durante la noche dan cuentas, utilizando un formato estandarizado, de lo ocurrido durante la noche y en el acto se toman decisiones por parte de los encargados de los servicios para resolver los problemas encontrados. Los resultados de esta práctica han sido inmediatos, dado que ubica de manera rápida la problemática de mayor impacto y permite que las máximas autoridades del hospital participen en el análisis y se tomen las decisiones del caso.

La gerencia del hospital ha dado un lugar privilegiado al usuario del hospital mediante la creación de una Subgerencia de Atención al Usuario, con el fin de que se analicen las opiniones quejas y sugerencias al más alto nivel de la organización. Esta Subgerencia ha sido la responsable de diseñar un Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) con el fin de canalizar quejas y opiniones. Los pacientes que tienen alguna queja, reciben un formulario para que la presenten. Posteriormente, se analizan, se les da seguimiento y se les responde por escrito. Además se hace una incorporación a los planes estratégicos, de las medidas que se han tomado. Esta unidad es también la responsable de realizar encuestas en el área de Consulta Externa con el fin de analizar “los momentos de verdad”, como se mencionó anteriormente. Estas encuestas se llevan a cabo en los pisos, evaluando las opiniones vertidas en los cuatro buzones disponibles en puntos clave: Rayos X, entrada, segundo piso, cuarto piso. También de forma sistemática, se realizan encuestas generalizadas para la evaluación de la satisfacción del usuario.

Otras medidas implantadas han sido el poner a disposición del paciente una línea telefónica 9-800 para que reciban llamadas o llamen a sus familiares. También se da seguimiento a indicadores como el tiempo de espera, oportunidad de la consulta, estancia hospitalaria, servicios negados (que no son otorgados en el hospital). Otra iniciativa ha sido la de ofrecer un programa por parte de los médicos tratantes para informar a los familiares de los pacientes acerca su estado y de los tratamientos que se les siguen; este programa se lleva a cabo todos los días de 3 a 4 de la tarde en cada uno de los servicios.

Resultados

Los resultados para la contención de los costos han tenido limitaciones dado lo elevado del pasivo prestacional. Con las políticas implementadas se llega a un punto en que los costos no se pueden disminuir a menos que se modifiquen las formas de contratación, no solo con los profesionales, sino con los trabajadores en general. Este es el reto del hospital en este momento. En los estados financieros, la utilidad neta del hospital ha sido negativa en los últimos dos años; si bien el 1997 hubo resultados positivos, que fueron invertidos en mejoramiento de la infraestructura del hospital, en capacitación y en equipamiento. Una de las razones que explican este desbalance ha sido el aumento de pacientes en la categoría de “vinculados”, ya que su atención genera gasto con grandes dificultades para el cobro.

En cuanto a las medidas para mejorar la productividad, se han diseñado indicadores de estancia hospitalaria, cancelación de cirugías, índice de exámenes innecesarios. Se observa un mejoramiento paulatino en el comportamiento de estos indicadores. El uso de la cama se ha hecho más versátil. En la actualidad no hay camas asignadas a los servicios, sino que se asignan según la demanda del hospital. También se ha podido observar un incremento de la productividad tanto de los trabajadores de planta como los de contrato. Las motivaciones del personal del hospital han podido responder a la demanda, cumplir horarios, analizar la producción de cada servicio del hospital con el fin de tomar decisiones con la mejor

información disponible.

Los resultados de las estrategias para aumentar la venta de servicios han generado un incremento del número de contratos con algunas EPS y disminución con otras, lo que ha dado pie para que se hagan esfuerzos para la conformación de una mezcla de casos para hacer más atractivo al hospital ante las EPS y ARS. Sin embargo el saldo neto ha sido un aumento en la cantidad de pacientes, lo cual ha tenido que ver con los esfuerzos en la promoción del hospital.

Ha habido resultados positivos en cuanto al incremento de la satisfacción del usuario. Se ha observado una disminución en el número de quejas y un aumento en los índices de satisfacción. Este índice, en la actualidad es mayor al 90% en todas las áreas del hospital. En las encuestas que periódicamente se realizan entre los pacientes que visitan el hospital, se evalúan la amabilidad en la atención, la claridad en la información brindada, y la agilidad en la atención; para varios puntos de contacto entre el paciente y el hospital. Además se ejerce un mayor control y hay una mejor relación con los pacientes. El empleado reconoce que si un paciente se queja de él/ella, habrá una respuesta y eventualmente, si es del caso, una sanción.

5.2.2 Experiencias en manejar el proceso de transición

Cuando el nuevo equipo directivo entró en funciones, existía en La Samaritana una visión pesimista y una incapacidad de pensar y trabajar en una forma novedosa y creativa. Además, había una falta de comunicación y participación, y la información interna no bajaba hacia todos los estratos del hospital. Con el fin de dejar atrás la cultura anterior, y hacer que el personal asimilara los valores nuevos de la honestidad, el compromiso, la tolerancia, el profesionalismo y la puntualidad, se emprendieron varias estrategias.

Una estrategia fue la de mejorar la comunicación y participación de los trabajadores a lo interno del hospital, haciendo uso de diferentes medios como carteleras distribuidas en el hospital así como de boletines periódicos y videos explicativos del proceso de transformación. Por ejemplo cada servicio cuenta con indicadores, definidos por ellos mismos y la gerencia del hospital, y que se publican en carteleras ubicadas en un lugar visible de su servicio. Esto permite que los resultados del trabajo estén a la vista de todos y que sean tanto partícipes del éxito al tener buenos indicadores; y se vean motivados para hacer un esfuerzo cuando se tienen que mejorar indicadores deficientes.

La participación en la elaboración del plan estratégico y en la nueva visión y misión del hospital permitió identificar al personal con el proceso de cambio, así como con su problemática y las soluciones propuestas. A partir del análisis estratégico interno, identificando fortalezas y debilidades y del análisis externo, identificando oportunidades y amenazas, fue posible hacer un diagnóstico y formular unos objetivos del hospital y un plan detallado para superar las debilidades claves identificadas. Estas debilidades observadas eran: la baja capacidad científica y tecnológica del hospital, deficiencias en los sistemas de gestión financiera, limitaciones en la atención del usuario y en la calidad de los servicios prestados, así como la inexistencia de sistemas de información adecuados; la inoperancia de la red de servicios y el bajo desempeño de los trabajadores, así como el inadecuado aprovisionamiento de suministros.

Los planes propuestos para atender esta problemática, fueron desarrollados por las autoridades del hospital y estas mismas autoridades les daban un seguimiento de cerca. Así, fue posible crear programas que les permitiera desarrollar el talento humano, mejorar los procesos, especialmente aquellos relacionados con la prestación de los servicios en urgencias, internamiento y atención ambulatoria no urgente. Se fortaleció la gestión financiera y la capacidad docente, académica e investigativa del hospital. Este ejercicio permitió también tener claridad en cuanto a los retos futuros del hospital, para el mejoramiento de la calidad, la operación de la red de servicios y la necesidad de elaborar una política de estímulos a la productividad. El establecimiento de prioridades por medio del método de Pareto fue utilizado durante la etapa crítica de inicio de labores del nuevo equipo de trabajo. Con este enfoque cuantitativo fue posible identificar el 20% de las causas que eran responsables del 80% de los problemas en determinada situación o departamento, lo que sirvió para enfocar los esfuerzos en problemas prioritarios.

Otra estrategia implementada ha sido la de firmar una acta de compromiso de gestión entre el director del hospital y los Jefes de Departamento del hospital. Con el fin de establecer la responsabilidad del cumplimiento de los objetivos del plan estratégico y con la reglamentación que permite la ejecución de labores de programación, coordinación, supervisión de programas que garanticen la prestación de servicios de salud, así como la ejecución de la coordinación académica, asistencial, administrativa, investigativa y de gestión para alcanzar las metas de productividad del departamento a su cargo. Los compromisos de gestión tienen objetivos específicos en los que quedan claro la relevancia de participar en la evaluación de los servicios, fomentar el trabajo interdisciplinario, y la coordinación interinstitucional y a lo interno del hospital; en lo que se refiere a las actividades docentes, de investigación y comunitarias.

También incluye la obligación de promover la consecución oportuna de recursos y el velar por la actualización y difusión de los manuales de procesos, normas y procedimientos. A su vez el Jefe del Departamento presenta al personal de su Departamento los alcances del compromiso de gestión, para informar acerca de los resultados esperados, haciendo comprender a los trabajadores que su retribución debe estar relacionada a la obtención de resultados, creando así conciencia de que si no se produce, el hospital no podrá sobrevivir en el mediano plazo.

Cada servicio establece las metas para cada uno de los indicadores, a los cuales se les da seguimiento y se evalúa el final del período. A continuación se presentan los indicadores utilizados⁹:

⁹ Acta de Compromisos de Gestión con los Jefes de Departamento del Hospital La Samaritana, 1998.

Número de Egresos por Servicio.
Promedio día estancia por Servicio.
Número de Consultas Externas por Servicio.
Número de interconsultas por Servicio.
Numero de cirugías electivas programada.
Número de cirugías ambulatorias.
Número de cirugías de urgencias.
Días de oportunidad para consulta de primera vez.
Días de oportunidad para programación de cirugía.
Tasa de Mortalidad del Servicio.

Proporción de cirugías canceladas.
Prolongación de cirugía anterior.
Ausencia de cirujano a tiempo.
Cambio de diagnóstico
Preparación inadecuada de paciente para cirugía.
Prolongación de tiempo quirúrgico
Tasa de infección nosocomial
Número de quejas resueltas
Evaluación calidad de historias clínicas
Efectividad respuesta valoración urgencias
Efectividad respuesta interconsultas
Número de iatrogenias resuelta

El sistema de costos para las prestaciones, recién se está introduciendo en hospital. A la fecha del estudio se estaban efectuando pruebas y haciendo ejercicios con los diferentes involucrados con el fin de establecer comparaciones entre los departamentos, determinar la consistencia de la información y definir reglas básicas para introducir la cultura de los costos. Una vez que se conozcan las particularidades de cada departamento, y su ubicación en cuanto al punto de equilibrio de su producción, se irán introduciendo los respectivos ajustes, y la información de los costos llegará a ser útil en la toma de decisiones, y para la comparación (“benchmarking”) con otros servicios de otros establecimientos.

El hospital ha fomentado que todo el equipo directivo y los jefes de departamento estén capacitados en gestión. Para ello, se han dado facilidades para que sus directivos se formen en las universidades llevando los cursos que sean apropiados para las necesidades del hospital y en algunos casos mediante los programas de becas establecidos. Esta capacitación ha permitido mejorar la capacidad de gestión en el hospital ya que ante el mayor número de directivos formados, se crea una grupo de profesionales que domina el lenguaje, y entre quienes es más fácil introducir la nueva cultura. Un ejemplo de ello es la implantación de deferentes comités de gestión, en estos comités es donde se toman las decisiones y se administra verdaderamente el hospital. El Comité Directivo, se realiza los lunes y en él participan los jefes de departamento, servicios y los representantes de los contratados por productividad. En él, se resumen los problemas más importantes del hospital y se realizan actividades educativas en técnicas gerenciales, sistemas de información, calidad, costos y liderazgo entre otras. Así se llega a analizar los problemas por cada subgerencia, de esta reunión se derivan las tareas para desarrollar durante la semana.

Otra reunión que forma parte de las actividades de los comités de gestión del hospital, es la que se realiza a lo interno de cada subgerencia. En ella se buscan los mecanismos para resolver los problemas encontrados y se da seguimiento a las soluciones propuestas, en las que cada responsable rinde cuentas. En estas reuniones se aprovecha para recalcar los valores del hospital, especialmente cuando hay alguna dificultad, como por ejemplo aumento de las llegadas tardías o algún otro problema de disciplina. En todo momento se fomenta que los valores se cumplan con el ejemplo. También ha ido evitando progresivamente la cultura de la “gestión de asuntos urgentes”, en la que la actividad diaria era “apagar incendios”, y en la que se resuelven solo los problemas inmediatos o los que ya habían hecho crisis. Se ha dado paso

a que en las reuniones de trabajo se atiendan los temas sustantivos y trascendentales para hospital y que se postergaban anteriormente por falta de tiempo.

En el ámbito de la calidad se están tomando diferentes medidas; en lo que se refiere al trato al paciente, a la oportunidad de la atención y a la calidad técnica de la prestación del servicio. El trabajador es cada vez más consciente de que el futuro del hospital depende de la cantidad de usuarios que asistan a recibir atención. Está claro que un usuario maltratado no regresa ni recomienda al hospital. En la otra esfera de la calidad relacionada con la oportunidad de la atención, se cuenta con un sistema que ha agilizado el otorgamiento de citas tanto clínicas como de documentos. En cuanto a la calidad técnica se está en proceso de la implantación de los Requisitos Esenciales, solicitados por el Ministerio de Salud, aunque para lograr la implantación plena se requiera de una elevada cantidad de recursos, con la que el hospital todavía no cuenta. También mediante los compromisos de gestión, se fijan algunos parámetros de calidad, especialmente relacionados con infección nosocomial, mortalidad intrahospitalaria, complicaciones y oportunidad en los procedimientos quirúrgicos. El fomentar la cultura de calidad ha permitido al personal estar consciente de que principal compromiso es con el paciente, y esto ha traído como consecuencia un sentido de pertenencia hacia el hospital.

Resultados

En La Samaritana no se preparó ningún plan específico para guiar a los trabajadores del hospital hacia la transformación en empresa social del estado, durante la marcha se fueron implantando iniciativas que fueron útiles para atender las prioridades del cambio. Si bien los valores están escritos, y forman parte de los principios corporativos, el lograr que sean parte de la vivencia diaria llevará todavía un mayor tiempo, hasta que se cuente con mecanismos de incentivos más concretos y explícitos. Es claro que los trabajadores han comprendido la amenaza de la insolvencia y dedican su esfuerzo a facturar, a tratar a los pacientes con esmero y a propiciar una cultura de calidad en cuanto al trato al paciente y hacia los compañeros de trabajo.

Las estrategias para mejorar la productividad han creado una cultura dirigida hacia el uso de indicadores para la gestión. Los indicadores mayormente utilizados son los días de estancia, la oportunidad de la atención, funcionarios por cama, giro de cama, índice de mortalidad hospitalaria, porcentaje de ocupación. Esto permite efectuar comparaciones entre departamentos, buscar explicaciones a las diferencias y dar seguimiento a medidas correctivas. También se han llegado a mejorar los procesos de trabajo a lo interno del hospital, mediante procesos estandarizados y estableciendo protocolos clínicos que ayuden al personal en ser más productivo.

Simultáneamente, las estrategias para crear una cultura de costos han dado sus resultados al lograr que el personal se enfoque en facturar y evitar glosas; teniendo claro que el hospital vive de la venta de servicios. Cada trabajador está consciente de que las actividades deben ser facturadas sin descuidar al paciente. En el caso de la administración hay conciencia de que debe identificarse la fuente de pago para cada paciente.

La situación del hospital ha mejorado comparándola con la del año 1997. Aunque hay sindicatos activos en el hospital, no se han dado movimientos de huelga que involucren a todo el hospital, sino movimientos focalizados y por demandas muy concretas o algunas

veces, más en apoyo a causas ajenas al hospital. En general, el personal se siente comfortable trabajando en el hospital con las expectativas que se le ofrecen. Dada la situación laboral crítica del país, no se observa una movilidad de personal significativa y la rotación por despidos es muy baja. Para 1999, según datos oficiales tomados del Boletín de Indicadores de Gestión¹⁰, se observa que el hospital ha incrementado el número de egresos con relación a 1997 en un 10%, las consultas externas en un 16%, las cirugías en un 23%, las consultas de urgencias han disminuido en un 13%. Algunos indicadores de utilización de cama hospitalaria como el giro de cama ha aumentado en un 18%, el porcentaje de ocupación en un 1.4% y la estancia promedio ha disminuido en cerca del 18%.

5.2.3 Experiencias en el manejo del entorno

Estrategias

El Hospital La Samaritana ha hecho un esfuerzo para coordinar con el sector público, el sector privado y la comunidad. Con el sector público, se coordina en primera instancia con la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca. Este apoyo es básicamente mediante recursos económicos para la atención de pacientes con limitados recursos y que no tienen cobertura de aseguramiento. El segundo nivel de coordinación pública es con el Ministerio de Salud, que actúa como ente rector del sector y es el responsable de emitir políticas y normas para el tratamiento de pacientes. Así por ejemplo, de acuerdo a la situación epidemiológica se dictan pautas para el diagnóstico y el tratamiento de ciertas patologías, relevantes para la salud pública. También el Ministerio de Salud, es el que emite políticas generales para la regulación del sector, especialmente para la habilitación y la acreditación de establecimientos, tanto públicos como privados. Con el Ministerio de Energía se está en la implantación de un proyecto que tiene como finalidad el ahorro energético en el hospital. Este programa se desarrolla con equipo técnico del Ministerio y constituye un plan piloto que se espera de resultados positivos en cuanto a la mayor eficiencia en el uso de la energía.

Con el sector privado se realiza la coordinación en dos áreas. Aparte de la relación de venta de servicios con las empresas del régimen contributivo, se está en la implementación de un programa de venta de servicios de salud a empresas privadas. En este programa una determinada empresa, contrata al hospital con el fin de que se atienda a los pacientes de esta empresa. Este tipo de programas que se pueden denominar medicina de empresa, ha sido desarrollado hasta la fecha en tres empresas del área de Cundinamarca, con resultados positivos.

La otra área de coordinación es con el sector educativo universitario, tanto público como privado, que se lleva a cabo por medio de un Departamento de Educación ubicado en el hospital. El hospital ha firmado convenios para la formación de profesionales en salud tanto en grado como posgrado en medicina, enfermería, nutrición, administración y gerencia. De hecho el hospital es considerado uno de los pilares de la formación de profesionales de salud en la comunidad colombiana, tanto por su tradición como por el nivel de investigación y la calidad académica de muchos de sus especialistas. En la coordinación con universidades se

¹⁰ Ministerio de Salud de Colombia. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, Indicadores de Gestión 1997 – 1999. Hospitales de Tercer Nivel.

tiene como meta, que el hospital sea un campo de práctica, en el que al menos se cubran los costos que asume el hospital para la formación de profesionales.

En la actualidad se está en el diseño de un proyecto que se ha denominado “Ciudad Salud”. Este proyecto aprovecha la existencia de 8 hospitales que están ubicados en las cercanías de la Avenida Primera de la ciudad de Santa Fe de Bogotá. Algunos de los centros hospitalarios, además del Hospital Universitario La Samaritana, son el Hospital Oncológico y el hospital Dermatológico. Estos hospitales tienen un gran arraigo en la comunidad colombiana y también tienen proyección internacional. La idea central del proyecto consiste en conformar un portafolio en forma conjunta para ofrecer servicios tanto en el ámbito nacional como internacional. Algunos ejemplos de servicios son el tratamiento del cáncer como el de hueso y de la cirugía mínimamente invasiva. Este proyecto contempla también un componente urbanístico en el cual se tiene como fin el mejoramiento de las calles y la reorganización vial, la construcción de zonas verdes, la reconstrucción de patrimonio histórico y la construcción de nuevas viviendas.

Los mecanismos de coordinación entre La Samaritana y la comunidad se dan mediante la coordinación con la Asociación de usuarios de Cundinamarca. Esta asociación tiene su asiento en la Junta Directiva del Hospital y lleva a cabo las funciones que están definidas por ley para las empresas sociales del estado. También esta Asociación tiene su proyección en los 9 hospitales del Departamento de Cundinamarca. Por medio de un sistema de información se recogen opiniones, quejas, sugerencias, y situaciones sobre pacientes, de toda la red de servicios, que se analizan en las reuniones periódicas de la Asociación. Cada tres meses se lleva a cabo una reunión entre la Asociación y el Hospital en la que se discuten los aspectos que competen a La Samaritana y se toman las decisiones al respecto, por medio de la Subgerencia de Atención al Usuario; también la Asociación de Usuarios participa en los grandes temas que competen al hospital, por ejemplo tuvieron una activa participación en el año 1995 en el momento en que se quería vender el hospital.

También se cuenta con la participación de dos Asociaciones de damas voluntarias, la Asociación de Damas Rosadas que se encarga de apoyar a los pacientes que requieran alguna atención especial en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y cuidado. Por otra parte la Asociación de Damas Chilenas se ha encargado de remodelar y mantener un uno de los pabellones quirúrgicos del hospital.

Resultados

Si bien se coordina con la Secretaría de Salud de Cundinamarca y con el Ministerio de Salud, el hospital es una entidad autónoma y descentralizada del estado. Esto ha permitido, según apreciaciones de las autoridades del hospital, hacer que las decisiones queden en el campo técnico y no en el político como era anteriormente, lo que llega a beneficiar la operación del hospital de manera significativa.

Es claro el beneficio que obtiene el hospital al ser un centro académico de formación de profesionales del sector salud. Esto representa un estímulo a la investigación y a los profesionales y un centro de excelencia para los formandos. Sin embargo las estrategias propuestas para la cubrir los costos de esta actividad están todavía en un largo proceso de negociación e implementación, siendo hasta la fecha el intercambio de becas para el personal

del hospital el único beneficio obtenido.

La participación de la comunidad beneficia al hospital en el momento en que se tiene la capacidad de responder a necesidades expresadas por parte de la comunidad en cuanto a los servicios recibidos. La función “veedora” de la Asociación de Usuarios de Cundinamarca hace que se llegue a mejorar la calidad de los servicios y que se plasme de forma efectiva la participación comunitaria en la gestión del hospital.

5.3 HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR

El hospital Simón Bolívar es un hospital de alta complejidad en el tercer nivel de atención, que está ubicado en la zona nororiental de la ciudad de Santa Fe de Bogotá. Está cercano a barrios pobres y populosos, lo que hace que la población usuaria tenga la particularidad de pertenecer al grupo de los vinculados. También, dada su ubicación cercana a carreteras de gran circulación el hospital es utilizado para atender a pacientes accidentados.

Este centro representa más el prototipo de institución pública de gran tamaño que inicia su proceso de transformación a partir de una serie de cargas financieras fijas, debido a que la mayoría de los gastos corresponden a la planilla de trabajadores bajo la modalidad de contratación como empleados públicos. Este hospital ha tenido un proceso de transformación progresiva, sin cambios abruptos.

El hospital ha basado su estrategia de transformación en empresa social del estado, en fomentar el desarrollo de talento humano y en la cimentación de la base científica, tecnológica y de infraestructura. A partir del año 1998 inició el proceso de cambio hacia empresa social del estado orientados hacia la excelencia y encabezados por un nuevo equipo de dirección.

El equipo de dirección entrante inició la implantación de una serie de medidas para atender las nuevas reglas del juego que planteaba la reforma, y se tomaron medidas para prepararse para el largo plazo. Se realizó un proceso de planificación estratégica, con el fin de definir las políticas institucionales¹¹. Es así como se establecen las políticas de la gerencia en las que se hace referencia a la excelencia como el motor esencial para buscar la calidad y una cultura organizacional con valores de respeto y trato humanizado, en las que queda claro que la razón de ser del hospital es el paciente.

Se definen también las políticas asistenciales partiendo de los problemas de salud que son más frecuentemente atendidos en el hospital como los derivados de la violencia, dada la zona de alto riesgo en que se encuentra ubicado el hospital, los problemas cardiovasculares, las atenciones materno infantiles. Este conjunto de características llega a definir al hospital como un centro especializado del alto nivel resolutivo.

Las políticas docentes son la formación del recurso humano propio y en las que el hospital sirve como campo de práctica para la formación de profesionales.

¹¹ Redimensionamiento Estratégico, Plan de desarrollo 1988 – 2001. Hospital Simón Bolívar. Santa Fe de Bogotá. 1988.

Las políticas de gestión están orientadas hacia el autocontrol y el sentido de pertenencia de los trabajadores sobre el hospital.

Las políticas de calidad van dirigidas hacia el seguimiento de los requisitos esenciales propuestos por el Ministerio de Salud, el desarrollo de un sistema de atención de las quejas y sugerencias de los usuarios y la calidad de la documentación médica.

Las políticas de administración del talento humano están encaminadas hacia la motivación y capacitación del recurso humano.

Las políticas de salud ocupacional se dirigen para velar por la calidad de los sitios de trabajo y la prevención de accidentes y enfermedades laborales.

5.3.1 Experiencias en implementar el nuevo enfoque en “el mercado”

Estrategias

Para hacer frente a los nuevos retos que implicaba orientarse hacia el mercado, se promovieron estrategias para disminuir costos, mejorar los ingresos y ofrecer servicios de mejor calidad. Estas estrategias han ido paulatinamente implementándose y ha sido un motivante para el equipo de dirección del hospital. A continuación se describen con mayor detalle las políticas implementadas.

Con el fin de optimizar la estancia hospitalaria y disminuir los días innecesarios y consecuentemente los costos en hospitalización, se ha implementado un programa de auditoría médica. Este programa se centra en la evaluación de la historia clínica, las indicaciones de laboratorio y estudios de imágenes, los días de estancia y en vigilar que un paciente no prolongue su estancia debido a problemas administrativos. Es también parte de este programa conformar comisiones ad-hoc con el fin de atender casos en los que puede haber problemas de calidad técnica y eventual repercusión legal. También se fomenta la calidad en la práctica clínica utilizando protocolos para el manejo de los problemas más frecuentes y de mayor costo.

Otra estrategia ha sido la revisión de las plantillas con el fin de evaluar el desempeño del personal y de plantear objetivos para que los profesionales acordaran con sus respectivos jefes la carga de trabajo y las horas que dedicarán al hospital. Esto ha permitido determinar la capacidad potencial que los servicios pueden ofrecer. A partir de esta máxima capacidad se realiza un seguimiento con el fin de determinar las desviaciones y sus causas y poder así ir paulatinamente acercándose a los niveles de producción óptimos. Esto ha evitado la duplicación en la contratación de profesionales y ha impactado en los costos del hospital.

Al igual que en otros dos hospitales estudiados, se tomaron una serie de medidas iniciales en la gestión de los servicios generales que tuvieron efecto en los costos. En el caso del Hospital Simón Bolívar, se promovió el ahorro de electricidad, agua y teléfono obteniéndose resultados positivos observados mediante la disminución del consumo de estos servicios. Se efectuó la renovación de la flotilla de los vehículos por unos más eficientes, se restringió el horario de las calderas, y se promovió el uso racional de las ambulancias. Un

proyecto que dio resultado fue la diversificación de paquetes de instrumental quirúrgico incluyendo los instrumentos necesarios según el procedimiento.

Otro reto del hospital era el de incrementar los ingresos, para lo cual se implementaron varias estrategias clave con el fin de: 1) mejorar la productividad; 2) promover los servicios del hospital entre EPS y ARS con el fin de diversificar las fuentes de financiamiento; 3) mejorar la facturación y control financiero; y 4) mejorar la calidad de los servicios. Para el mejoramiento de la productividad de los servicios se han elaborado planes operativos para cada uno de ellos, con la identificación de los insumos y los recursos humanos que se requieren. Estos planes son evaluados por los mismos profesionales y los jefes respectivos, en quienes reside la responsabilidad del cumplimiento de las metas y de la ubicación de las limitaciones para la ejecución. Esta descentralización de la evaluación hacia los involucrados permite que el servicio actúe como centro independiente de ejecución presupuestaria o “centro de negocio”. Esto ha llevado a que entre cada profesional y el jefe del servicio se realice un “compromiso de trabajo” de acuerdo a las horas que tiene contratadas con el hospital. Si hay un cumplimiento satisfactorio de estos acuerdos los reconocimientos se traducen en créditos para actividades de capacitación y posibles ascensos.

La descentralización de los profesionales ha involucrado también a las enfermeras, que han pasado de pertenecer orgánicamente al departamento de enfermería central a ser parte de cada uno de los servicios que actúan a manera de centro de negocios. Como motivación para el mejoramiento de la productividad la gerencia del hospital fomenta la práctica de efectuar comparaciones de sus indicadores, con los de otros establecimientos, lo que ha permitido realizar procesos de “benchmarking” con hospitales de estándares elevados y poder así mejorar sus propias prácticas. Entre los indicadores que se utilizan para evaluar los servicios se encuentra una combinación de indicadores de calidad, utilización de servicios y gestión de los contratos. Entre los más importantes están: mortalidad, infección intrahospitalaria, cirugías canceladas, estancia, giro de cama, egresos, reingresos, indicadores financieros como cargos no facturados; glosas mensuales, procedimientos realizados, consultas, estancia promedio de pacientes, cancelaciones de cirugía y sus causas. Al igual que en los dos hospitales anteriores una prioridad ha sido la de emplear estrategias para crear la conciencia del costo entre los empleados.

La otra estrategia clave para mejorar los ingresos ha sido la de promover una nueva relación con las entidades financiadoras, con el fin de disminuir la dependencia de los fondos presupuestarios tradicionales de la Secretaría de Salud. Se han promovido medidas con el fin de incrementar la contratación con las EPS y ARS. Actualmente se ha pasado de tres a cuarenta contratos, especialmente con ARS. Para ello se ha trabajado en mejorar los mecanismos contractuales, para que estos sean más específicos en cuanto a las obligaciones de cada una de las partes. Más que incrementar el volumen de pacientes, el hospital se ha propuesto trabajar en mejorar la capacidad de facturación a los entes territoriales y a las ARS. Especialmente mediante la disminución de las glosas y el establecimiento de contratos para poder cubrir el grupo de los “vinculados” e identificar la fuente de financiamiento de cada paciente que ingresa al hospital. Con el fin de agilizar el pago con las ARS se ha llegado a un convenio para mantener en el hospital a dos auditores para evaluar la facturación en forma continua y así evitar la devolución de facturas por detalles administrativos.

Otra estrategia para mejorar ingresos ha sido la de mercadear los servicios en que el hospital es más competitivo, como los programas para la atención de quemados, la atención de pacientes con VIH+/SIDA, y los cuidados intensivos. Esta actividad de promoción se lleva

a cabo por cada uno de los servicios y departamentos. En los casos de los servicios de pacientes con SIDA y los quemados, se trabaja con la familia con el fin de explicarles los cuidados que requieren y las posibles complicaciones.

Para hacer más atractivo al hospital, se han implementado estrategias para mejorar la hotelería básica como la reparación de los techos, las paredes y los pisos, aunque existen limitaciones debido a la situación financiera que le impide hacer fuertes inversiones de capital.

Para mejorar la calidad de la atención el equipo de gestión del hospital ha establecido una serie de estrategias, tanto para trabajar con el factor humano en el trato al paciente como en la dimensión técnica de la calidad. Se ha conformado un comité de bioética con la finalidad de promover el trato humanizado en el hospital, este comité desarrolla actividades y programas con el fin de dar herramientas al personal para tratar bien al paciente adecuadamente, para entender la situación de estrés que vive el paciente y la familia en las condiciones de enfermedad. También se han diseñado programas para que el personal visite a un enfermo, durante su internamiento, a manera de apadrinamiento. El programa tiene el nombre de “Adopte un paciente: abre tu corazón y piensa que eres tu”. En él se ofrece al paciente la oportunidad de conversar con un funcionario del hospital, de recibir atención y consuelo sobre su condición de enfermo.

Con el fin de mejorar la oportunidad de la atención en el campo administrativo se han abierto ventanillas especiales para grupos específicos como ancianos, embarazadas y mujeres con niños. Tanto el equipo de dirección del hospital como los departamentos y servicios conformados como unidades de negocio, dan seguimiento a una serie de indicadores de calidad entre los que se destacan los la estancia hospitalaria, las infecciones y complicaciones intrahospitalarias y la cancelación de las cirugías y sus causas. También se ha solicitado la acreditación del hospital a la Secretaría de salud, con el fin de poder contar con una licencia para presentar a las EPS y ARS y conseguir más contratos para la atención de los pacientes del distrito de Santa Fe de Bogotá. También como parte de estas medidas para el mejoramiento de la excelencia, se está trabajando en los requisitos para solicitar a la Secretaría de Salud la certificación del hospital con el fin de poder vender los servicios a esta entidad en mejores condiciones y conformar parte de la red de los proveedores de servicios de la Secretaría.

Para mejorar la relación con el usuario se decidió implantar una Oficina de atención al Usuario, gestionada por profesionales en trabajo social. Su función es canalizar las quejas y las opiniones, ya sean por teléfono, por escrito, o dadas personalmente. Se tienen fórmulas cerca de los buzones de sugerencias y se trata de que el paciente vierta su opinión y sus quejas. Además se da seguimiento a las sugerencias y a los reclamos. Hay 8 buzones de sugerencias para recoger inquietudes que en un 95% son anónimas. La experiencia muestra que los comentarios recibidos son tanto positivos como negativos. Se hace una revisión quincenal con los representantes de la comunidad (por medio de la Asociación de Usuarios) para analizar los reclamos que son personalizados. Estos se estudian y se le da respuesta al paciente mediante una nota firmada por el director de la unidad de atención al usuario.

Resultados

En el hospital se han separado las funciones administrativas, financieras y técnicas con

el fin de enfatizar el proceso de facturación, atención de glosas y mercadeo y separarlo del proceso de la prestación de los servicios. Se cuenta con una Subgerencia Administrativa que se encarga de la administración de los recursos humanos, tecnológico, de planta física y de información. Por otro lado, la Subgerencia Financiera Comercial, se encarga de la relación con las entidades financieras y es la unidad responsable de la efectividad en la captación de los recursos.

Dado que el sistema de costos no está muy difundido y el sistema está todavía en proceso de ajuste, la información de costos no es muy tomada en cuenta para la toma de decisiones. En este campo de los costos, lo que se ha logrado es que el personal hable de costos y se involucre en una cultura de no desperdicio y participe en las actividades de facturación.

En la actualidad se depende de fondos de la Secretaría de Salud en un 65%, anteriormente dependía en un 80%¹². La idea es continuar esta tendencia con el fin de disminuir el financiamiento del presupuesto público. El incremento del 10% en la captación de pacientes, es producto más bien de una mejora en los sistemas de identificación de las fuentes pagadoras de los servicios. La función de la subgerencia financiera comercial se centra en dar seguimiento a lo que los servicios se han comprometido a vender y cobrar de forma efectiva. Se han obtenido resultados positivos ya que se ha mejorado el tiempo para presentar facturas, y a la vez se han disminuido las glosas. Se ha logrado concientizar al personal para registrar las prestaciones para cobrar.

Sin embargo, debido a la limitación en la disponibilidad de insumos no ha sido posible lograr la consecución plena de las metas propuestas en cuanto a la venta. A partir de la estimación de la capacidad potencial estimada por los servicios y departamentos sí se ha obtenido un incremento en la productividad del personal.

El subgerente científico hace una reunión con cada servicio para analizar la evolución de los indicadores, los reportes de la auditoría y el seguimiento de los planes operativos. Al encontrar las fallas en la productividad esperada, se evalúan los indicadores y se analizan “los porqués” de los problemas observados. Los problemas no quedan en el aire, se trata de buscar causas y de fomentar las soluciones con la participación de los involucrados. Es así como se ha podido lograr una disminución de la estancia y un incremento del giro de cama. En el año 1999¹³ se tuvieron 15080 egresos, disponiendo de 314 camas, lo que significó un aumento del 23% con relación al 1997. Las consultas se han incrementado en un 64%, las urgencias se han incrementado en un 28%, el número de cirugías en un 40%, el giro de cama se ha incrementado en un 18% y la estancia promedio ha descendido en un 8%.

Con los recursos disponibles ha sido posible mejorar alguna infraestructura como por ejemplo aumentar el número de baños corregir algunos daños en paredes y techos. En la organización del hospital se han establecido ventanillas selectivas mediante el uso del sistema del digiturno. Todo esto con el fin de que el paciente tenga que esperar lo menos posible.

¹² Entrevista con el Dr. Carlos Rada, Gerente del Hospital Simón Bolívar.

¹³ Ministerio de Salud de Colombia. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, Indicadores de Gestión 1997 – 1999. Hospitales de Tercer Nivel.

Además los trámites se han simplificado, tanto del paciente internado como del paciente ambulatorio. Se han modificado horarios de consulta y la opinión del usuario se incorpora a los planes del hospital y a la gestión del día a día. Se han obtenido resultados positivos ya que han disminuido el número de quejas y en las demandas hacia el hospital por motivos de maltrato. En la actualidad la insatisfacción que se observa es debida a los pagos que deben hacer los pacientes vinculados.

5.3.2 Experiencias en manejar el proceso de transición

Estrategias

El hospital ha establecido claramente los nuevos valores a promover entre los trabajadores, estos son el compromiso, la disciplina, el servicio, la calidad, la responsabilidad. Asimismo se complementa con los principios que son la lealtad, la ética, la honestidad, la justicia, la solidaridad, la humanización y la excelencia. Como los aspectos principales que debían dejarse atrás como parte de la cultura anterior se señalaron, el confundir los valores del hospital con sus propios intereses y el desconocer que un jefe y los compañeros de trabajo son necesarios para cumplir con las metas propuestas.

Las nuevas formas de trabajo que se promueve son el trabajar por la permanencia del hospital a largo plazo. Se ha enfatizado en que los trabajadores no solo piensen en aspectos inmediatos como la eventual pérdida del trabajo, sino la vigencia del hospital como parte de la comunidad, lo que conlleva comprender y adquirir conciencia de que el hospital tiene que vivir de lo que produce. El hacer que los problemas del hospital sean motivadores para que todo el personal este organizado para la búsqueda de soluciones ha sido uno de los objetivos propuestos por la gerencia. Esto se ha logrado mediante la conformación de los centros de negocio, en los que se ofrece la posibilidad de presentar soluciones a los propios problemas. Se han promovido pensar en los costos de la no-calidad y ligarlo al quehacer diario.

Las estrategias para dejar atrás a la cultura anterior se han implementado mediante el uso de indicadores de seguimiento por parte de todas las jefaturas del hospital. Estos indicadores se difunden para que la gente sepa lo que ocurre en el hospital.

Se ha contado con líderes de prestigio para que actúen como agentes de cambio comentando aspectos de la transformación del hospital entre los trabajadores en su trabajo diario, estos líderes han sido personas con gran prestigio en el país en el área clínica.

Se ha promovido que los trabajadores utilicen metodologías para analizar las causas de los problemas y la identificación de soluciones mediante la conformación de equipos de trabajo. Lograr que los jefes escuchen y apoyen a los trabajadores en sus quejas e inquietudes.

Una estrategia a la que se ha dado mucha importancia es no fallar al personal con el pago de los salarios, especialmente en estos momentos de crisis económica en los que frecuentemente se presentan problemas de liquidez.

Se ha enfatizado en que el paciente es el centro de la atención, con el fin de que el trabajador sepa que el paciente es libre de elegir venir o no al hospital. Por esta razón se debe hacer lo posible para tratarlo bien para que esté satisfecho con los servicios y el trato que

recibe en el hospital.

Se aprovecha cada momento de contacto entre el gerente y los subgerentes con el personal con el fin de dar información y fomentar la transparencia. El gerente dedica una sesión por mes para que los empleados pregunten acerca lo que les inquiete. En estas sesiones se discuten los avances y los problemas que aquejan al hospital y las medidas que se están tomando.

Resultados

Son patentes los cambios en el clima de la organización. Cada vez se observan menos trabajadores molestos con los cambios y con los mecanismos de medición de la actividad tanto de los profesionales como de los trabajadores. Los trabajadores se han incorporado a buscar soluciones a los problemas del hospital. Los sindicatos muestran una actitud de reconocimiento a las medidas que han tenido un resultado positivo. Los paros que se han dado, han sido por solidaridad con otros sindicatos externos al hospital y no por motivos internos. A diferencia de lo que ocurría hace unos años en que los paros eran frecuentes en el hospital. Se evidencia una cultura de respeto y agradecimiento entre los trabajadores.

Los trabajadores también saben lo que ocurre si se dan faltas, están claros de que existe la posibilidad de un proceso disciplinario abreviado y las sanciones pueden llegar a ser hasta el despido. Esto sucede especialmente cuando hay faltas o problemas relacionados con la atención directa al paciente. Sin embargo, se ha observado que la rotación de personal no es alta y debido a las pocas oportunidades de trabajo se da la tendencia a cuidar el trabajo mediante el mejor desempeño posible.

La opinión de los médicos es positiva hacia el cambio y hacia las medidas que se han implementado en la organización de los servicios, tendientes a dar cuentas a la jefatura y a los equipos de trabajo, sin embargo consideran que los trámites son excesivos y que esto tiende a dedicar mucho tiempo de los profesionales a llenar fórmulas en detrimento del tiempo que debe dedicarse a la atención de los pacientes.

Las enfermeras opinan que los cambios implantados han sido positivos para el paciente, especialmente en los esfuerzos para la humanización del trato. Se reconoce que se cuentan con más recursos. En el proceso de facturación las enfermeras juegan un papel muy importante ya que los controles de calidad recaen en dicho personal.

La descentralización del Departamento del Enfermería ha hecho que se trabaje de una manera diferente en cuanto a la organización de los turnos, la capacitación, las normas de trabajo. No existen así, supervisoras de enfermería, lo que se da es un/a líder de equipo de trabajo, por cada unidad de negocio.

5.3.3 Experiencias en el manejo del entorno

Estrategias

Con el sector privado se ha establecido una relación para la práctica docente asistencial con universidades con el fin de que estudiantes de los diferentes niveles de formación puedan asistir al hospital a hacer sus prácticas.

En este mismo campo de la coordinación con el sector privado se han realizado reuniones con los proveedores de suministros del hospital con el fin de analizar el proceso de compra y pago, para así agilizar el suministro y la cancelación de las facturas. Esto ha tenido como finalidad actuar bajo un principio de “ganar - ganar” y demostrar las ventajas de establecer una colaboración público-privada a base de mutua confianza y conocimiento.

Los mecanismos de coordinación con el sector público se basan en las interrelaciones habituales con la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud, establecidas por la ley, así como la interrelación con entes territoriales para el tratamiento de pacientes vinculados. Se ha coordinado con fundaciones para atención de niños agredidos y accidentados atendidos en el hospital y al igual que en el campo privado, se ha llegado a coordinar la participación de las universidades en los campos de práctica para la formación de profesionales en el área de la salud. Se ha innovado mediante el diseño de portafolios de prestaciones integrales en los que participan otros prestadores con los que el hospital se asocia para actuar a manera de red.

En cuanto a los mecanismos de coordinación con la comunidad se ha establecido la participación por ley en la Junta Directiva del hospital. Una de las prioridades de la Asociación de usuarios ha sido canalizar las quejas de los pacientes y atender las colas en algunos de los servicios del hospital. También se cuenta con la participación de grupos de damas voluntarias que se encargan de conseguir medicamentos para algunos pacientes, organizar actividades de apoyo al hospital para conseguir fondos.

Resultados

Se han logrado definir nuevas formas de interrelación entre el hospital y los proveedores de insumos, lo cual en un contexto de crisis económica, ha permitido crear condiciones favorables para que por un lado el hospital pueda contar con los insumos que se requieren en forma pronta y por otro lado, los proveedores reciban sus pagos oportunamente.

En cuanto a las relaciones con el Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud de Bogotá se han obtenido resultados positivos en apoyo técnico. La mayor preocupación de las entidades reguladoras es que el hospital esté en equilibrio financiero y que no genere inestabilidad en cuanto a conflictos y malas relaciones con la comunidad y entre las distintas fuerzas políticas.

Se han fomentado relaciones positivas con los diferentes grupos de la comunidad que coordinan con el hospital, por ejemplo su participación activa en problemas que afectan a los usuarios como las listas de espera, las dificultades para disponer medicamentos, y el apoyo para la introducción de programas de humanización.

6. CONCLUSIONES

La transformación de los hospitales públicos colombianos en empresas sociales del estado, es un proceso todavía en vías de consolidación. Este estudio presenta y describe algunas de las estrategias que se han utilizado con el fin de mejorar las condiciones de la gestión hospitalaria, describiendo cómo una empresa social del estado se transforma y basa su supervivencia en captar pacientes. Este es un estudio que ve al hospital desde dentro, valora y analiza los cambios en la organización para lograr los fines de la reforma hospitalaria. El estudio realizado permite afirmar que los hospitales estudiados alejan de la anterior realidad de hospitales públicos tradicionales. Por lo tanto, es posible aprender algunas lecciones que sirvan de ejemplo a los tomadores de decisiones, directores y gerentes de hospitales en el ámbito latinoamericano involucrados en la modernización hospitalaria.

Si bien, los tres hospitales estudiados no son una muestra representativa del total de los hospitales colombianos, sí son ejemplos válidos de establecimientos de salud que han implantado cambios trascendentales como parte de la gran reforma del Sistema de Salud que adquiere fuerza a partir de la ley 100, aprobada en el año 1993. La idea con el presente estudio es presentar experiencias de cambio en el universo hospitalario de los casi 1000 centros existentes en el país, sino más bien presentar experiencias en tres establecimientos que se han innovado la gestión hospitalaria y que se desenvuelven dentro de las nuevas reglas que propone la reforma del sistema de salud.

6.1 ESTRATEGIAS CLAVES EMPLEADAS PARA LA TRANSFORMACIÓN EN EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

En el cuadro 2 se presenta un resumen de las estrategias claves empleadas por los tres hospitales y que los caracterizan como empresas sociales del estado actuando en un marco de descentralización y con la modalidad de financiamiento mediante la venta de servicios.

CUADRO 2: RESUMEN DE LAS ESTRATEGIAS EMPLEADAS POR LOS TRES HOSPITALES ESTUDIADOS PARA LOGRAR TRANSFORMARSE EN EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.

ASPECTO	CAMBIOS REQUERIDOS	ESTRATEGIAS EMPLEADAS POR LOS HOSPITALES ESTUDIADOS	El Tunal	Simón Bolívar	La Samaritana
Gerencia enfocada en el mercado	Implementar mecanismos para la gestión y el financiamiento por venta de servicios.	Diseñar e implantar planes estratégicos ubicando los nichos de mercado, los servicios en que el hospital tiene ventajas.			
		Profesionalizar la gestión del hospital mediante la capacitación de las autoridades, los jefes de servicio y el personal clave en gestión hospitalaria.			
		Crear unidades de negocios que actúan como centros de costos para la evaluación financiera dentro de un organigrama de dos niveles jerárquicos y una orientación a resultados.			
		Utilizar de forma efectiva indicadores financieros, de producción de servicios y de calidad para tomar decisiones.			
		Efectuar compras conjuntas de medicamentos e insumos con otros hospitales creando economías de escala.			
	Reducir costos	Contener costos mediante la racionalización del uso de los servicios generales.			
		Externalizar servicios de lavandería, alimentación de pacientes y trabajadores, vigilancia, facturación y alguna áreas clínicas.			
		Mejorar el proceso de compra y pago de suministros para el hospital.			
		Contratar los servicios por paquetes de servicios a médicos y enfermeras, para cubrir las guardias y los fines de semana, como medida de choque para bajar costos durante una crisis financiera*.			
		Emplear técnicas de "benchmarking" para compararse con otros hospitales.			
	Aumentar la productividad y la calidad	Mejorar la calidad clínica mediante la aplicación de protocolos y la implantación de auditoría de servicios clínicos.			
		Contratar profesionales en medicina, enfermería y otros campos profesionales mediante la modalidad de honorarios profesionales vinculados a la productividad y los resultados en oportunidad y calidad.			
		Certificar los servicios claves del hospital por medio de normas internacionales de calidad como la ISO9000.			

* Esta medida se adoptó en el hospital El Tunal luego de conocer que los costos eran menores mediante esta contratación. En algunos casos pueda que comparativamente los costos sean mayores que las actuales formas de contratación por salario.

ASPECTO	CAMBIOS REQUERIDOS	ESTRATEGIAS EMPLEADAS POR LOS HOSPITALES ESTUDIADOS	El Tunal	Simón Bolívar	La Samaritana
		Invertir en el talento humano del hospital mediante programas de capacitación, mejorando el ambiente de trabajo, participación de los trabajadores en equipos de trabajo responsables de su servicio e incentivos.			
		Emplear la modalidad de compromisos de gestión entre el gerente, los jefes de servicios y los trabajadores para orientar las expectativas y los resultados en el trabajo y la dedicación horaria al hospital.			
		Crear unidades de mercadeo para la promoción del portafolio de servicios hospitalarios entre los usuarios y las agencias compradoras.			
	Orientar los servicios para atraer a los usuarios o los clientes a utilizar los servicios del hospital.	Transformar el concepto de hotelería creando diferentes tipos de habitaciones para mejor confort de los pacientes.			
		Crear e integrar mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario y dar respuesta oportuna y efectiva a las quejas y sugerencias tanto en el campo clínico como administrativo.			
		Crear la Subgerencia de Atención al Usuario con el fin de llevar a cabo evaluaciones periódicas y atender quejas y sugerencias de forma sistemática.			
		Comunicar de forma continua y sostenida y entendible las razones del cambio.			
Gerencia para manejar el proceso interno	Dejar a la anterior cultura de la organización y poder tras el pasado.	Establecer reglas claras para el personal: a) “hay consecuencias si se trate mal a un paciente”; b) “la permanencia del hospital depende del buen desempeño de los trabajadores para la venta de servicios.”			
		Divulgar continuamente los valores, principios y formas de trabajo del hospital en el marco de la transformación.			
		Utilizar múltiples medios (escritos, de vídeo, audio) para mantener continuamente informado a los trabajadores acerca de los cambios y del desempeño del hospital.			
	Manejar la confusión de estar entre dos realidades	Ofrecer espacios para el diálogo entre el gerente del hospital y los trabajadores mediante una “gerencia de puertas abiertas” y la realización de reuniones periódicas para el intercambio de opiniones acerca de la situación del hospital.			
		Publicar los indicadores de desempeño de en cada uno de los servicios para que cada trabajador se refleje como responsable de los logros y del esfuerzo que se requiere para mejorar el desempeño.			

ASPECTO	CAMBIOS REQUERIDOS	ESTRATEGIAS EMPLEADAS POR LOS HOSPITALES ESTUDIADOS	El Tunal	Simón Bolívar	La Samaritana
	Fomentar una nueva cultura en la organización.	Establecer reglas claras deslindando el papel del gerente como responsable del hospital y de las autoridades del Ministerio y de la Secretaría como responsables en la definición de políticas, evaluación y financiamiento.			
Manejo de entorno	Nuevas relaciones con el sector público	Participar como miembro de la red pública de los servicios de salud en conjunto con otros hospitales y establecimientos del primer nivel de atención.			
		Financiar proyectos de inversión en infraestructura y equipo de alto costo para el hospital con fuentes externas.			
		Establecer nexos con empresas para proyectos conjuntos en el uso de alta tecnología mediante modalidad de comodato y "leasing".			
	Nuevas relaciones con el sector privado	Establecer convenios con universidades públicas para la formación de personal de salud utilizando al hospital como campo de práctica.			
		Participar a las organizaciones comunitarias en la gestión del hospital en la Junta Directiva, Comité de ética, Comité de veedores, y en el control de la oportunidad de la atención y la evaluación de la opinión del usuario.			
	La comunidad colaborando con el hospital.	Lograr el apoyo de grupos de Damas Voluntarias que para conseguir tratamientos dar apoyo a los pacientes que lo requieran.			
		Invertir o participar en proyectos de mejoramiento de la comunidad			

6.2 LECCIONES APRENDIDAS DE LA REFORMA HOSPITALARIA

Los tres casos estudiados permiten complementar lecciones sobre las estrategias empleadas para la transformación de los hospitales en empresas sociales del estado. Más que una comparación del desempeño de cada hospital estudiado, la finalidad de este trabajo es aprender algunas lecciones con base en la variedad de las experiencias encontradas. Es claro que ha habido una transformación, los hospitales han pasado a ser establecimientos centrados en los usuarios; la supervivencia del hospital está orientada en captar pacientes, y ofrecerles servicios de buena calidad. Progresivamente, sus ingresos van dependiendo de la venta de servicios y cada vez menos de subsidios a la oferta por medio de partidas provenientes del situado fiscal.

La implantación de sistemas de costos y de unidades de negocio como las del Hospital El Tunal, muestran claramente la operación empresarial del establecimiento, en la que las

decisiones se toman a partir de información fidedigna y actualizada, en una estructura jerárquica plana en la que el gerente del hospital es un estratega y un evaluador de los grandes resultados del hospital. Otra iniciativa ha sido la profesionalización de la gerencia, las subgerencias y las jefaturas de servicios y otro personal clave, contratando personal que tenga formación en gestión hospitalaria. Los tres hospitales han implantado planes estratégicos para orientar la venta de los servicios apoyándose en sus ventajas comparativas.

Una experiencia relevante es la observada en el Hospital La Samaritana, donde se ha implementado una Subgerencia de Atención al Usuario con un efectivo sistema de información para evaluar lo que se da en llamar “los momentos de verdad” que ocurren cuando se dan los contactos del paciente con los servicios del hospital.

Por su parte el Hospital El Tunal, cuenta con una Unidad de Mercadeo que promociona los servicios entre los entes compradores, los que serán certificados próximamente con la norma ISO9000.

El Hospital Simón Bolívar ha desarrollado estrategias para identificar su capacidad potencial y poder así en un contexto de transformación más limitado que los otros dos hospitales establecer un compromiso con los profesionales con el fin de lograr metas de producción y poner al hospital en ruta para ofrecer servicios de alta calidad en los servicios que son su especialidad, para tratar casos de pacientes politraumatizados, quemados, pacientes con HIV+/SIDA, pacientes críticos, tanto adultos como niños, que requieran cuidados intensivos. También este hospital cuenta con un programa de auditoria de servicios que tiene dos fines, fomentar el mejor uso de los recursos y fomentar prácticas clínicas de calidad.

Los tres hospitales han desarrollado herramientas para conocer la opinión del usuario y poder también canalizar sus quejas y sugerencias, esta modalidad es fundamental en el hospital empresa, ya que los usuarios son los que dan vida al hospital cuando los seleccionan para recurrir a él, o cuando lo recomiendan a otros usuarios potenciales.

La participación de la comunidad se ha legitimado en los tres centros estudiados, por un lado basados en las obligaciones que la ley confiere en la conformación de la Junta Directiva y diferentes comités que supervisan la calidad y el buen uso de los recursos. La comunidad se ha involucrado en la solución de problemas críticos del hospital como lo es el de las listas de espera, esto ha permitido que se conozca en detalle la situación y sea posible la búsqueda de soluciones que comprometan a los profesionales y que den transparencia al proceso.

La experiencia de contratación con empresas privadas proveedoras de insumos establecen nuevas pautas y referencias, en las que hay un mutuo acuerdo para llevar a cabo “buenos negocios” bajo la fórmula de “ganar – ganar”. En el caso del Hospital Simón Bolívar se realizan actividades entre los proveedores y las autoridades de hospital con el fin de identificar mecanismos de pago de facturas por parte del hospital, y entrega oportuna por parte de los proveedores. En el caso de El Tunal, se han dado en comodato varios servicios y se utiliza la fórmula del leasing para los servicios de laboratorio clínico y el banco de sangre.

El personal de los hospitales se encuentra en una nueva práctica, inmerso en la nueva cultura de la subsistencia y sostenibilidad del hospital mediante la venta de servicios. Centrado en la atención a los pacientes y claro en que es la buena calidad técnica del servicio que brinda, y el adecuado trato al cliente, el que mantendrá vigente al hospital. Por su parte,

la administración, se preocupa de su “cliente interno” y es así como se han establecido instancias para el mejoramiento de la comunicación y espacios de diálogo entre las autoridades y los trabajadores, así como medios para la comunicación del avance del proceso de transformación y de evaluación continua del desempeño del personal. En general, hasta ahora, no se han dado despidos masivos de personal, más bien, y producto también de las limitaciones en el mercado laboral, para ubicar un nuevo trabajo, es que se ha dado una adaptación a la nueva cultura. En los tres hospitales analizados la rotación de personal es mínima, aunque no así de los gerentes de unidades de negocio (subgerentes) en el caso del hospital El Tunal y en el caso en que los profesionales se han pasado voluntariamente a la modalidad de contratos por servicios profesionales.

A manera de resumen, a fin de establecer cuáles han sido los cambios fundamentales que actuaron como disparadores del proceso de transformación de hospitales tradicionales en empresas sociales del estado, es posible anotar los siguientes:

- La existencia de la Ley 100, que define el marco conceptual de la transformación en un ámbito descentralizado; acompañada de los Acuerdos de los Consejos Distritales que operativizaron los cambios creando las Juntas Directivas, definiendo las potestades de los gerentes y la organización interna del hospital.
- La existencia en el país de un recurso humano capacitado en gestión de servicios de salud y gestión hospitalaria. Esto permitió que fuera posible nombrar equipos de dirección en los hospitales que entendieran la dimensión del cambio y pudieran implantar a lo interno las nuevas políticas.
- Dividir el hospital en unidades de negocio y diseñar planes estratégicos a mediano y largo plazo. Esto ha permitido visualizar al hospital en el tiempo y establecer estrategias para ir progresivamente dando respuesta a las limitaciones encontradas. La existencia de unidades de negocio ha permitido hacer factible la rendición de cuentas y la motivación del personal hacia una identificación con los servicios que presta y operar con una conciencia de los costos de las prestaciones.
- Centrar la organización del hospital alrededor de los requerimientos del paciente y usuarios de los servicios. Esto ha permitido que los gestores del hospital conozcan más de cerca las necesidades de los pacientes mediante los mecanismos de evaluación de satisfacción y de la opinión. También ha permitido proponer medidas preventivas antes de que los problemas hagan crisis. Esta medida ha motivado al trabajador hacia un mejor desempeño de sus tareas ya que según sea el trato hacia el paciente y la calidad de su trabajo, así se mantendrá el paciente como “cliente” del hospital. Esto fomenta una nueva cultura en la organización.
- Contar con sistemas de información que permitan cuantificar el desempeño del hospital en el tiempo y la posibilidad de efectuar mediciones y comparaciones de las actividades que se realizan en el establecimiento así como conocer los costos de las prestaciones.
- Que el equipo de dirección del hospital cuente con apoyo político para el desempeño de sus funciones con el fin de que el hospital sea un punto de referencia positivo políticamente y no un generador de descontento en la comunidad.

- La capacidad de liderazgo participativo del gerente, que ha permitido formular metas claras y empoderar a los trabajadores del hospital para el logro de los resultados esperados.

Otras experiencias innovadoras más específicas, que cabe mencionar, y que ubican a los hospitales estudiados, a la cabeza de la experimentación en gestión hospitalaria tienen que ver con:

- La implantación de sistemas de auditoria de los servicios en el hospital Simón Bolívar que está orientada hacia la evaluación de la estancia hospitalaria y la calidad de la atención. En la implantación de este sistema de auditoría ha sido posible incorporar a los médicos, enfermeras y demás personal relacionado con la atención al paciente en una lógica de calidad. Además ha llegado a que el grupo “auditor” trabajando en conjunto con la Universidad del Bosque haya desarrollado instrumentos de evaluación de elevada calidad técnica.
- En el Hospital Universitario La Samaritana se ha implantado un sistema de telemedicina con el fin de establecer una red de comunicaciones con los hospitales de niveles I y II del Departamento de Cundinamarca, el cual el HUS es el centro de referencia de III nivel. Esto ha permitido apoyar a los médicos de estos hospitales en el diagnóstico por imágenes y el tratamiento en el nivel local o mediante las indicaciones de traslado hacia el hospital de referencia. La operación del sistema se coordina desde el servicio de Radiología en el cual hay un equipo de computo para recibir por medio del teléfono estudios de imágenes realizados en los hospitales de referencia. Una vez recibido el estudio los especialistas lo analizan y comunican las indicaciones para la atención del paciente. Esto ha permitido mejorar la eficiencia en la referencia de los pacientes y disminuir la referencia innecesaria. También ha mejorado la capacidad diagnóstica del sistema y la seguridad para los pacientes en estado grave que se encuentran alejados del centro especializado.
- La utilización de compromisos de gestión y convenios de desempeño entre la Secretaría de Salud y los hospitales, especialmente los del Distrito de Santa Fe de Bogotá, son un medio para asegurar el cumplimiento de objetivos coherentes y armónicos entre todos los servicios de salud de la comunidad bogotana. A partir de un análisis de la situación económica y política se ha preparado un documento publicado en noviembre de 1999 conocido como “Hacia la Eficiencia Social en la inversión de recursos, la gestión transparente y la rendición de cuentas en su manejo en el sistema público de salud de Santa Fe de Bogotá: Lineamientos de política para el año 2000¹⁴”. En este documento, se dan directrices para la organización, la forma de financiamiento y los cambios esperados en las empresas sociales para el período del año 2000.

¹⁴ Secretaría de Salud de Santa Fe de Bogotá. Hacia la Eficiencia Social en la inversión de recursos, la gestión transparente y la rendición de cuentas en su manejo en el sistema público de salud de Santa Fe de Bogotá: Lineamientos de política para el año 2000. Bogotá: 1999.

6.3 RETOS DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA COLOMBIANA

La reforma del sistema de salud colombiano, al igual que otros procesos similares es de cambio continuo en el que progresivamente, de manera incremental se van haciendo ajustes y modificaciones mediante legislación, normativa y nuevas prácticas; paulatinamente se ha ido creando una cultura distinta a la que se observaba hace unos años, cuando se iniciaban los cambios. A partir de las entrevistas realizadas se pudieron identificar preocupaciones acerca del rumbo de las reformas, debidas tanto al propio entorno social, político y económico del país como a la situación propia de los servicios de salud. A continuación se resumen algunas de esas inquietudes a manera de corolario de la investigación realizada:

- Debido a la legislación vigente no es posible otorgar incentivos económicos por desempeño a los trabajadores que están en las categorías que se denominan trabajadores públicos y trabajadores oficiales. En este sentido, los hospitales utilizan como incentivos al desempeño, programas de capacitación y puntos para la calificación para el escalafón de puestos. Comparando con las formas más flexibles de contratación que se están implantando, como lo es la contratación por servicios basados en honorarios profesionales se establece una diferencia que podría llegar a tener repercusiones a futuro en el desempeño y la motivación.
- Si bien se hacen esfuerzos para introducir la cultura de la calidad en los hospitales estudiados, hay una continua preocupación por la cantidad de pacientes y el volumen de servicios; debido a que el modelo de financiamiento está basado en la facturación por actividad y consecuentemente la subsistencia del hospital está orientada hacia el volumen de actividades, en la que los profesionales deben dedicar una porción considerable del tiempo al proceso administrativo de la consignación y el llenado de fórmulas.
- El entorno en el que se desenvuelven los hospitales un año después de las giras de estudio se ha modificado, se pudo observar una gran presión por la introducción de nuevas reglas en lo que se refiere al financiamiento hospitalario en base a caso terminado, dejando de lado el pago por actividad. Además se da una gran presión para disminuir los costos fijos, especialmente el costo de la planilla. Esto hace que los gerentes estén a la búsqueda de nuevas estrategias para enfrentar estos nuevos retos, que parecen significar una segunda ola en la reforma hospitalaria, para lo cual deberán hacer nuevas propuestas para obtener el respaldo de los trabajadores y dejar atrás otra vez una cultura anterior.

Si bien la experiencia de los casos mostrada en este trabajo, es extraída de la realidad colombiana, y producto de las medidas que fueron tomadas en dicho contexto, ha sido posible presentar estrategias que pueden ser aplicables a otros contextos latinoamericanos de reforma de los hospitales, en que se quiera descentralizar, mejorar la productividad y la calidad e involucrar a los trabajadores y a la comunidad en la gestión participativa del hospital.

BIBLIOGRAFIA

- Bossert, T. Analysing the decentralisation of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance. *Social Science and Medicine* 47(1998) 53-57.
- Bueno, E. La planificación estratégica en hospitales: problemas y enfoques principales. Valencia: Papeles de gestión sanitaria, monografías de economía y gestión de la salud. 1994.
- Castrillón, C.C., ESE Hospital San Rafael de Girardota: Un hospital que demostró que sí se puede. *Vía Salud*, Setiembre 1997 12-16.
- Chawla, M. et al. Mejoramiento del desempeño de los hospitales a través de políticas para aumentar la autonomía hospitalaria: Directrices metodológicas. Boston. Data for Decision Making Project 1996.
- Cuervo, J. I., Varela, J., Belenes, R. Gestión de Hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Vicens Vives. 1994.
- Editorial. Revista SALUTAD Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. 4 (1998) 2-3.
- Giacometti, L. F. La reforma del Sector Salud en Colombia. Documento para la gira de estudios organizada por la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud/PHR. Santa Fe de Bogotá. 1999.
- Govindaraj, R. Chawla, M. Experiencias recientes de autonomía en hospitales de países en desarrollo- ¿qué podemos aprender? Boston. Data for Decision Making Project 1996.
- Jaramillo, I., Olano, G., Yepez, F.J., Ley 100 cuatro años de implementación. Informes técnicos 2. ASSALUD, FESCOL, Fundación Corona, Fundación FES – GTZ 1998.
- Jaramillo I., La Ley 100/93 y los hospitales en Colombia: Coyuntura en 1998. Universidad Jorge Tadeo Lozano. 1999.
- Jaramillo, I. El futuro de la salud en Colombia. Revista SALUTAD Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. 6 (1999) 14-17.
- Madrid, M. Análisis de la evolución de los ingresos de los hospitales públicos a partir de la expedición de la ley 100 y de la situación de los recursos del subsidio a la oferta por recursos de la demanda. Ministerio de Salud de Colombia. 1998.
- Maeda, A. Exploring the Impact of Autonomy on Hospitals Performance: Developing a Framework for Analysis. Draft. Human Development Department of The World Bank. 1996.
- Perez Calle, F. “La autofinanciación de los hospitales públicos”. *Vía Salud*, Setiembre 1997 4-10.

Vargas, J., Sarmiento, A. La descentralización de los servicios de salud en Colombia. Serie Reformas de Política Pública #51. CEPAL. 1997.

Vásquez, A. C., Información: el camino hacia el futuro. La experiencia de un sistema integral de atención financiera. Vía Salud, Primer trimestre 1999 17–24.

Walford, V., Grant, K. Mejorando la Eficiencia de los hospitales. Londres. IHSD 1998.

ANNEXO 1: NUEVAS FUNCIONES DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR SALUD

NOMBRE	PAPEL
Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS)	Formulación de políticas de salud en el ámbito nacional.
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	Administra y distribuye los recursos del sistema por medio de las subcuentas de compensación interna del régimen contributivo, solidaridad del régimen de subsidios en salud, promoción y prevención de la salud, y seguro de riesgos catastróficos y de accidentes de tránsito.
Ministerio de Salud	Ejecución de políticas, regulación apoyo técnico, supervisión del financiamiento público
Superintendencia de Servicios de Salud	Supervisión de las aseguradoras y los prestadores.
Unidades Territoriales: Departamentos y Municipios.	Administración local de la salud, vigilancia de las condiciones de salud y el aseguramiento, atención de la salud colectiva.
Régimen Contributivo	Régimen de Aseguramiento para la población con capacidad de pago. (Más de dos salarios mínimos).
Régimen Subsidiado	Régimen de seguro para la población pobre.
Instituto de Seguro Social (ISS)	La EPS más grande, a su vez tiene una red de prestadores que ofrece servicios tanto al régimen contributivo como al régimen subsidiado. Parte del ISS está conformada por empresas sociales del estado (que prestan servicios y contratan con el ISS).
Entidades Promotoras de Salud (EPS)	Las aseguradoras que, a través de contratos con empresas privadas, participan en el régimen contributivo. Se responsabilizan de afiliar a la población y de ofrecer los servicios de salud por medio de una red de prestadores de servicios propia o contratada.
Administradores del Régimen Subsidiado (ARS)	Las aseguradoras que participan por medio de contratos con el estado para cubrir los asegurados del régimen subsidiado. Como las más importantes están las Cajas de Compensación Familiar que diseñan programas para tal fin y las Empresas Solidarias de Salud.
Empresa Social del Estado (ESE)	Hospital público autónomo contratado por aseguradoras para prestar servicios a los asegurados de ambos regímenes, contributivo y subsidiado. También presta servicios a la población no asegurada y "vinculada" financiados con subsidios a la oferta.
Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)	Nombre genérico para los prestadores de servicios, tanto públicos como privados.
Cajas de compensación familiar	Organizaciones privadas sin ánimo de lucro para financiar y/o prestar servicios de salud a poblaciones pobres, que se originaron en los años setenta. Algunas se transformaron en EPS.
Empresas solidarias de salud	Organizaciones creadas por la ley 100 con el fin de atender a poblaciones pobres, con administración comunal para financiar y prestar servicios de salud.
Junta Directiva de la Empresa Social del Estado.	Cuerpo designado por la Ley 100 para formular las políticas y "gobernar" cada empresa social del estado (ESE)