



La salud
es de todos

Minsalud

Incidencia del Plan de Intervenciones Colectivas en la evolución financiera y en la operación de los hospitales públicos en Colombia

Bogotá D.C. Marzo de 2020



La salud
es de todos

Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Fernando Ruiz Gómez
Ministro de Salud y Protección Social

Iván Darío González Ortiz
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Diana Isabel Cárdenas Gamboa
Viceministra de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Wilson Fernando Melo Velandia
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Agradecimiento especial:

Al Doctor Juan Pablo Uribe Restrepo, que durante su administración fue desarrollado el estudio.



**La salud
es de todos**

Minsalud

Dirección y elaboración del documento:

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública

Wilson Fernando Melo Velandia

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Maritza Silva Vargas

Coordinadora Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública

Elaboración del documento:

Oscar Sánchez Jiménez- Investigador

David Gómez Lizarazu-Investigador

Patricia Rozo Lesmes- Investigadora

Jairo Betancourt Maldonado-Investigador

Nicolle Cárdenas García –Investigadora



Contenido

INTRODUCCIÓN.....	10
1. OBJETIVOS	12
1.1 General	12
1.2 Específicos	12
2. PREGUNTAS ORIENTADORAS	12
3. MARCO DE REFERENCIA	13
3.1 Elementos conceptuales asociados al alcance del estudio	13
3.2 Normas y aspectos contextuales en relación con los hospitales públicos.....	16
3.3 Normas y conceptos en relación con el PIC	18
4. METODOLOGÍA.....	20
4.1 Generalidades	20
4.2 Datos y fuentes de información	21
4.3 Caracterización del contexto.....	23
4.4 Taller de expertos.....	23
4.5 Prueba piloto.....	24
4.6 Trabajo de campo.....	24
5. HALLAZGOS Y ANÁLISIS	24
5.1 Evolución Financiera	24
5.1.1 Ingresos	25
5.1.2 Ejecución Presupuestal	30
5.1.3 Facturación y Contratación	30
5.1.4 Cartera por Deudor	33
5.2 Evolución Operativa	35
5.2.1 Formulación.....	35
5.2.2 Contratación.....	40
5.2.3 Ejecución	48
5.2.4 Seguimiento y evaluación	54
6. RESULTADOS	60



La salud
es de todos

Minsalud

6.1 Incidencia de la Resolución 518 sobre la sostenibilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado.....	60
6.2 Factores intrínsecos de los hospitales asociados a su quehacer en el PIC que explican sus resultados financieros.....	60
6.3 Factores derivados del contexto situacional y de mercado asociados con el PIC que explican resultados financieros de las ESE.....	62
7. CONCLUSIONES.....	67
8. RECOMENDACIONES.....	71
BIBLIOGRAFÍA.....	74



La salud
es de todos

Minsalud

Siglas

ACITAM Asociación de Cabildos Indígenas del Trapecio Amazónico

ANLVS Aportes no ligados a Venta de Servicios

APS Atención Primaria en Salud

ASIS Análisis de Situación de Salud

AZCAITA Asociación Zonal de Concejos de Autoridades Indígenas de Tradición Autóctono

CTSS Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud

EAPB Entidad Administradora de Planes de Beneficios

EPS Entidad Promotora de Salud

ESE Empresa Social del Estado

ET Entidad Territorial

ETV Enfermedades Transmitidas por Vectores

GESEPP Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública

IPSI Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena

MSPS Ministerio de Salud y Protección Social

OAPES Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización No gubernamental

OPS Organización Panamericana de la Salud

PAB Plan de Atención Básica

PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones

PDSP Plan Decenal de Salud Pública

PIC Plan de Intervenciones Colectivas

POS Plan Obligatorio de Salud

PTS Plan Territorial de Salud

SGP Sistema General de Participaciones

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPI Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural

SIHO Sistema de Información Hospitalaria

SNS Superintendencia Nacional de Salud



La salud
es de todos

Minsalud

Tablas

Tabla 1. Estructura de los Ingresos Presupuestales

Tabla 2. Participación del PIC en el Total de Ingresos de las ESE por rango y nivel de complejidad. (2007-2018)

Tabla 3. Participación del PIC en el Total de Ingresos de las ESE por Departamento y nivel de complejidad. (2007-2018)

Tabla 4. Porcentaje de facturación PIC con respecto a la facturación total por venta de servicios de salud

Tabla 5. Porcentaje de contratación PIC con respecto a la contratación total por venta de servicios de salud (2007-2018)



Gráficos

Gráfica 1. Esquema de Teoría fundamentada

Gráfica 2. Participación del PIC en los Ingresos Totales de las Empresas Sociales del Estado. Por Nivel de Complejidad y Total Nacional (2007-2018)

Gráfica 3. Participación del PIC en los Ingresos Totales de las Empresas Sociales del Estado. Por Nivel de Complejidad y Total Nacional- Sin Bogotá (2007-2018)

Gráfica 4. Comportamiento de contratación y facturación total por venta de servicios de salud (2007-2018)

Gráfica 5. Comportamiento de contratación y facturación por concepto Plan De Intervenciones Colectivas (2007-2018)

Gráfica 6. Participación de la Contratación y la Facturación PIC en la Contratación y Facturación Total de las ESE (2007-2018)

Gráfica 7. Participación de la cartera reconocida (2007-2018)

Gráfica 8. Cartera y cartera reconocida por subconcepto Plan De Intervenciones Colectivas (2007-2018)

Gráfica 9. Proceso Formulación, Contratación, Ejecución y Seguimiento y Evaluación. Resolución 518 de 2015



La salud
es de todos

Minsalud

Anexos¹

Anexo 1. Referentes normativos

Anexo 2. Muestreo cualitativo.

Anexo 3. Guías de entrevista

Anexo 4. Inventario bibliografía estudio Hospitales.

Anexo 5. Mapa de actores y responsabilidades.

Anexo 6. Matriz de consistencia.

Anexo 7. Fichas de caracterización.

Anexo 8. Matriz Taller de expertos.

Anexo 9. Directorio final de trabajo de campo

Anexo 10. Tablas financieras

¹ Para consultar los anexos, la solicitud puede hacerse al correo electrónico de la Coordinadora del GESEPP:
msilvav@Minsalud.gov.co



INTRODUCCIÓN

El Plan de Intervenciones Colectivas –PIC- se define en la Resolución 518 de 2015² como “*un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud -POS y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud..., desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP*” (Art. 8). Constituye una herramienta de política pública dirigido a que las personas, familias y comunidades puedan recibir intervenciones colectivas sin barreras económicas, geográficas, culturales o sociales, partiendo del reconocimiento de las condiciones diferenciales de la población y su realidad territorial. Las acciones previstas en este plan deben ser continuas e integrales y se deben ajustar a los resultados del ASIS y de las prioridades en salud de los territorios.

Para la ejecución de las acciones del PIC, la Resolución en mención previó que las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad allí enmarcadas estarán a cargo de las entidades territoriales y serán contratadas y ejecutadas, *prioritariamente* con las Empresas Sociales del Estado –ESE. Hecho que se asocia con una de las fuentes de recursos de las ESE y contribuye al desarrollo de su capacidad operativa e incidencia en la salud local.

De otra parte, dados los resultados de la “Evaluación de procesos e institucional del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021”³, en la cual se señalaron algunos aspectos críticos respecto del diseño y financiamiento institucional alrededor del gasto en salud pública, particularmente en la operación del PIC que involucra la gestión y el entorno de las ESE, entre los que destacan: i) la percepción de una alta variabilidad en la participación que tienen las ESE respecto de los ingresos del PIC y una baja incidencia en los resultados financieros; y ii) la estimación, en principio, de que los recursos del PIC no son relevantes ni rentables para la ESE y que al parecer sólo alivian en parte su liquidez; el Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública –GESEPP-⁴, determinó la realización del estudio “Incidencia del PIC en la evolución financiera y en la operación de los hospitales públicos”, a través del cual se busca identificar relaciones e incidencias en las condiciones financieras y operativas de las ESE tras la asunción de responsabilidades como operadores de acciones enmarcadas en el PIC, según lo establecido en la Resolución 518 de 2015.

² “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC-”

³ Realizada en 2018 por el Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública –GESEPP- de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales –OAPES-

⁴ Dentro de las competencias del Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Políticas Públicas de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales –OAPES- se encuentra la de “... desarrollar estudios técnicos e investigaciones” (numeral 3, Art. 3, de la Resolución 4547 de 2015).



La salud
es de todos

Minsalud

El propósito asociado al conocimiento que se deriva de este estudio es: 1) identificar cuál es la situación de las ESE en su papel de ejecutores del PIC, pues se previó que las ESE, a partir del 2007 con la expedición de la Ley 1122⁵, pasarían a ser contratadas prioritariamente para la ejecución de las actividades del Plan de Atención Básica –PAB– (hoy Plan de Intervenciones Colectivas), lo que fue enfatizado en la Resolución 518 de 2015; y 2) generar recomendaciones para aportar al desarrollo de normativas, lineamientos o políticas relacionadas con el fortalecimiento de los hospitales públicos en temas de financiación y capacidad operativa y funcional en relación con su quehacer en la ejecución el PIC.

Así, el presente texto es producto de la realización del estudio propuesto y por tanto da cuenta, entre otros, de los alcances, abordajes y procesos seguidos, así como de los resultados obtenidos y las recomendaciones derivadas del proceso investigativo respecto al papel de las ESE en la ejecución del PIC y la incidencia de éste en los aspectos financieros y operativos de los hospitales públicos⁶.

En tal sentido, en el documento se encuentran los siguientes contenidos: i. Objetivos; ii. Preguntas orientadoras; iii. Marco de referencia; iv. Proceso metodológico; v. Hallazgos y análisis en cuanto a la incidencia de la Resolución 518 en la evolución financiera y operativa de los hospitales; vi. Resultados; vii. Conclusiones y viii. Recomendaciones.

Finalmente, se incluye la bibliografía referida en el documento y los anexos complementarios a lo presentado en el texto.

⁵ “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

⁶ A lo largo del texto se encontrarán referencias a ESE u hospitales públicos, los cuales se utilizan como sinónimos.



La salud
es de todos

Minsalud

1. OBJETIVOS

1.1 General

Determinar la incidencia del Plan de Intervenciones Colectivas en la evolución financiera y en la operación de los hospitales públicos colombianos, con el propósito de generar recomendaciones de política pública.

1.2 Específicos

- Determinar la incidencia de la Resolución 518 de 2015 (Componente Plan de Intervenciones Colectivas) en relación con el auto sostenimiento de los hospitales públicos colombianos.
- Establecer la participación del PIC en las finanzas de los hospitales públicos.
- Identificar los agentes y factores de mercado que afectan la contratación y ejecución del PIC del hospital público (oferta de mercado, IPS-I, nivel de atención, red de prestación).
- Relacionar la incidencia del contexto situacional (poblacional y epidemiológico) en la formulación y en la contratación y ejecución del PIC con los hospitales públicos.
- Establecer cómo se organiza el hospital para la ejecución del PIC y su incidencia en la dinámica operativa y en el resultado financiero de los hospitales públicos colombianos (facturación, cartera, ejecución presupuestal, contratación, talento humano y salarios, elección de gerente, insumos y equipos).
- Derivar recomendaciones de política para el fortalecimiento de la operación y financiamiento de los hospitales públicos en relación con el PIC.

2. PREGUNTAS ORIENTADORAS

- Dado el énfasis en la contratación con las ESE ¿Cuál es la incidencia de la expedición de la Resolución 518 de 2015 (componente PIC) sobre la sostenibilidad financiera y operación de los hospitales públicos colombianos?
- ¿Qué factores intrínsecos de los hospitales públicos, asociados a su quehacer en el PIC, explican sus resultados financieros?
- ¿Qué factores derivados del contexto situacional y de mercado, asociados con el PIC, explican los resultados financieros de los hospitales públicos?



3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Elementos conceptuales asociados al alcance del estudio

El Estado mediante acciones de buen gobierno debe realizar una gestión pública que aporte beneficios para la sociedad, esto a través de la generación de valor público. Como lo plantea Moore (1995), uno de los autores que ha resaltado la importancia de la función de los gobiernos, las organizaciones públicas tienen como finalidad crear “*valor público*” mediante la prestación de bienes, servicios, transacciones, legislación y regulaciones para la resolución de problemas y la satisfacción de las necesidades de la población en general. Por esta razón, a lo largo de la historia, la salud ha sido un tema prioritario para los países, pues siendo está un derecho fundamental, los gobiernos realizan esfuerzos para que el desempeño de los hospitales, como institución fundamental, se vea reflejado en el cumplimiento de indicadores o metas sanitarias a través de la eficiencia de estas organizaciones y, por su supuesto en la calidad de vida de las poblaciones.

Conforme a la definición referida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Hospital “*es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar*”⁷. De esta manera, el hospital entendido como un organismo de salud que dirige sus acciones a la prestación de atención médica debe llevar a cabo también actividades de promoción y protección a la salud de la población. Lo anterior, coincide con lo planteado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata⁸, en la cual se definió la Atención Primaria en Salud -APS- como la clave para alcanzar la salud para todos.

El hospital entonces debería promover la salud de toda la población, inclusive la de quienes no concurren a la prestación de su servicio. Así pues,

“el éxito de este planteamiento se define no solo por la calidad de la atención individual sino también por el mejoramiento de la situación sanitaria de las poblaciones, así como en la función de un empleo más equitativo de los recursos de salud disponibles, una cobertura más amplia de la población y una mayor responsabilidad personal en materia de salud, los principales problemas que se plantean son los resultados de la interacción entre los sistemas de salud y la poblaciones, así como de la asignación de fondos” (Organización Mundial de la Salud, 1987, pág. 16).

⁷ Organización Mundial de la Salud: Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. Ser. Informe técnico 122,4, 1957.

⁸ Realizada en Kazajistán en el año 1978.



La salud
es de todos

Minsalud

Para el caso de Colombia, en la década de los noventa, dada la inequidad de un sistema de salud que se caracterizaba por la falta de acceso y la mala prestación de servicios de salud por parte de los hospitales públicos, y en el marco de la nueva Constitución Política y de escenarios de posicionamiento de paradigmas sobre el papel del mercado, el gobierno impulsa una reforma al sistema de salud del país, la cual se concreta en la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema de Seguridad Social Integral y en la cual los hospitales públicos pasaron a ser empresas autónomas, específicamente Empresas Sociales del Estado (ESE), inmersas en la competencia de mercado, *auto sostenibles* y con la prioridad de la prestación de servicios de salud con calidad. El Artículo 194 de la Ley en mención establece que:

“La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.”

De acuerdo con lo expuesto y como dicta la norma, los hospitales privados y públicos, entendidos estos últimos como ESE, son el organismo responsable de la prestación de los servicios de salud. Al definirlos como una empresa de servicios de salud se comportan como una empresa productora, cuyo producto son los servicios hospitalarios. Se tiene entonces que las ESE, para ser sostenibles, deben actuar bajo el principio de eficiencia, a través de la óptima utilización de los recursos (técnicos, humanos y financieros); pero también deben actuar con calidad, garantizando que la atención sea efectiva, oportuna, personalizada y continua, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud establecidos en las normas vigentes sobre la materia.

Lo anterior hizo evidente que los cambios en la regulación colombiana, referente al sistema de salud, generaron la necesidad de medir la eficiencia en la operación de las ESE teniendo en cuenta que se transformaron en organismos auto sostenibles; por ello se requiere introducir de manera aclaratoria el término de *eficiencia*, para hacer claridad en la incidencia de la normatividad en el desarrollo de las actividades de acuerdo con el quehacer de las ESE.

En economía cuando se atañe al concepto de *“eficiencia”* se hace referencia a la relación de insumos y producción de bienes y servicios, esto conlleva a la valoración de la capacidad de una empresa de aprovechar sus recursos de manera óptima. De acuerdo con Koopmans (1951) una combinación de insumos y productos es eficiente si se logran hacer reducciones importantes en los insumos utilizados para producir un bien. Posteriormente, se incluyen los precios en el concepto de eficiencia al buscar minimizar costos, esto a través de buscar un óptimo en la combinación de insumos y productos (Farrell, 1957, págs. 253-290).



La salud
es de todos

Minsalud

De otra parte, Kotler (1998) señala que un producto es algo que puede satisfacer la necesidad o deseo de un cliente, sin importar si este es un objeto o servicio. En este orden de ideas, se entendería al paciente como el cliente (aspecto que es objeto de discusión desde diferentes perspectivas) que necesita satisfacer la necesidad de atención en salud; por lo cual el producto final del hospital sería la satisfacción del paciente. Así pues, el hospital como empresa o en este caso Empresa Social del Estado, debe brindar servicios de salud con calidad sin dejar al lado el principio de eficiencia para así lograr ser auto sostenible.

Ahora bien, los hospitales no tienen *"solamente la función del servicio asistencial. Puede desarrollar también funciones de promoción de salud, campañas de donación de órganos y prevención de enfermedades, como también tareas de investigación y docencia."* (Chacón, 2005, pág. 36). Es claro que el hospital, debe tener la capacidad instalada para la prestación de los servicios de salud de manera intramural, es decir dentro de las instalaciones del hospital; pero es allí donde se hace el cuestionamiento de la capacidad de atención extramural, pues esto requiere de un despliegue de recursos, medios tecnológicos y gran cantidad de profesionales con los que en ocasiones y para el caso colombiano, no cuenta.

Lo anterior va de la mano con la teoría económica de la división del trabajo propuesta por Adam Smith (1776), ya que la especialización incrementa la eficiencia y por lo tanto la productividad de los trabajadores. En este caso *"el efecto de la especialización podría tener un efecto positivo sobre la eficiencia, pues los hospitales tenderían a especializarse en aquellos servicios en los que tienen ventajas comparativas de producción. Aun si no existiese esa especialización autónoma, el solo hecho de que un hospital se dedique a hacer prestaciones específicas, puede que incremente de forma importante el "learning by doing" del área de especialidad."* (Santelices, y otros, 2013, pág. 459). Teniendo en cuenta que la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios de salud, genera resultados positivos en el estado de la salud de la población. Los hospitales deberían promover la eficiencia, generando atenciones y procesos más expeditos, con el fin de minimizar el uso innecesario de recursos y disminuyendo la capacidad ociosa a través de la especialización.

En Colombia, las ESE bajo la premisa de autonomía económica deben lograr el punto de equilibrio en su funcionamiento, logrando que sus ingresos económicos por venta de servicios de salud sean iguales a sus costos y gastos, en pocas palabras, lograr auto sostenibilidad. Sin embargo, las ESE, no sólo deben prepararse para prestar servicios intramurales para la población, sino que debe prestar servicios extramurales a través del PIC de promoción y prevención de la salud; lo cual implica el fortalecimiento de sus capacidades técnicas y operativas.



3.2 Normas y aspectos contextuales en relación con los hospitales públicos

Las consideraciones normativas y de contexto que aquí se presentan se centran en el marco de la gestión y desempeño de los hospitales públicos. La prestación de servicios de salud en Colombia tiene un cambio radical con la reforma al sistema de seguridad social integral adoptada mediante la Ley 100 de 1993⁹; específicamente en lo establecido en el Libro II que trata sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, diseñado para hacer frente a un sistema de atención en salud inequitativo, con serios problemas de acceso y calidad para la mayor parte de la población colombiana. Entre las falencias relevantes que motivaron la reforma en salud, se encuentran: Hospitales en crisis permanente con un porcentaje promedio de ocupación que no alcanzaba 50%; una gran proporción de la población sin posibilidades de acceso a los servicios; profesionales de la salud insatisfechos; y usuarios mal atendidos.¹⁰

En relación con el acceso a los servicios de salud de la población pobre y vulnerable, la inequidad se traducía en una menor posibilidad de recibir atención y en un mayor esfuerzo financiero por parte de las familias para utilizar los servicios de salud. Según la Encuesta Nacional de Hogares, en 1992 el 33,2% de la población más pobre no recibió atención médica cuando se sintió enferma y lo solicitó, comparado con un 7,3% de la población con mayores ingresos (Gaviria, 2013, Pág. 2); igualmente, para ese mismo año los gastos en consultas, medicamentos y laboratorios de los hogares más pobres representaban el 28,2% de su ingreso total en el año, mientras que para los de mayores ingresos era del 6,5%; y los gastos en hospitalización representaban un 64% para los más pobres y 17% para los más ricos¹¹.

En la reforma integral a la seguridad social en salud, los hospitales públicos son sujetos a una profunda revisión y cambios en su funcionalidad y en la estructura con las que venían operando en sus procesos administrativos, gerenciales, logísticos y asistenciales establecidos con el anterior Sistema Nacional de Salud (Ley 10 de 1990, Decreto 1762 de 1990). Aquí, la transformación de los hospitales públicos¹² dispone que las entidades descentralizadas del orden nacional cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud se transformen en empresas sociales de salud¹³; en tanto que, para las entidades descentralizadas de prestación de servicios de salud del orden territorial, establece que en un tiempo de seis meses a la vigencia de la Ley¹⁴ deberán adecuarse en empresas sociales de salud de carácter territorial. Dichas empresas de salud, de

⁹ "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

¹⁰ Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 1: Antecedentes y resultados. Bogotá, 1994.

¹¹ *Ibidem*, Pg. 2.

¹² Establecida en el Capítulo III del Libro II de la Ley 100 de 1993, "Régimen de las Empresas Sociales del Estado" (Artículos 194 a 197).

¹³ Artículo 196 de la Ley 100 de 1993.

¹⁴ Artículo 197 de 1993.



La salud
es de todos

Minsalud

acuerdo con el régimen jurídico, según lo señala la Ley 100, se denominan “Empresa Social de Estado” (Art. 195).

El referido aparte normativo igualmente les establece su naturaleza, constituyéndolas en una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa¹⁵⁻¹⁶ y cuyo régimen jurídico, entre otros aspectos, contempla que las personas vinculadas tendrán el carácter de empleados públicos¹⁷ y trabajadores oficiales.

El modelo de prestación de servicios de salud adoptado por la reforma condujo a los hospitales públicos a iniciar dinámicas de modernización orientadas al desarrollo y control de los procesos relacionados con la planeación y la organización de la oferta de servicios de salud, la gestión administrativa y financiera y, al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, basados en una cultura de la calidad, servicios adecuados en salud y competencia, entre otras transformaciones¹⁸. Además, la competencia entre las prestadoras de servicios de salud públicas con las instituciones privadas obligó a las nuevas ESE del momento, a desarrollar estrategias de competitividad, mejorar el acceso y la cobertura de servicios en condiciones favorables mediante la nueva función de mercadeo, con el propósito de obtener un mayor número de contratos, incrementar los volúmenes de producción y consecuentemente, obtener mayores ingresos.

De igual manera, llevó a las ESE y aseguradoras a implementar procesos administrativos centrados en satisfacer las necesidades y expectativas de los “clientes” (acepción que incursionó en el sector salud modificando el término “paciente”).

Posteriormente, ante la dinámica de mercado en el sector salud implementada 14 años atrás y la persistente crisis del sector hospitalario público con ocasión de la lenta transformación institucional, la Ley 1122 de 2007¹⁹ reforzó la preeminencia de lo público, indicando que: “*La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas sólo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE’s) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud*” (Art.

¹⁵ En su interpretación se debe contemplar lo dispuesto en el Artículo 26 de la Ley 1122 de 2007 que trata sobre la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.

¹⁶ Artículo 194 de la Ley 100 de 1993. <Concordancias> Ley 1474 de 2011; Art. 22; Art. 44 Inc. 3.; Ley 1438 de 2011; Art. 59; Ley 1122 de 2007; Art. 27; Ley 734 de 2002; Art. 53 Inc. 3o; Ley 599 de 2000; Art. 325B; Ley 80 de 1993; Art. 2; Decreto 4690 de 2011; Decreto 2993 de 2011; Decreto 1893 de 1994; Art. 9; Decreto 1876 de 1994; Art. 1; Art. 2; Art. 3; Art. 4; Art. 6; Art. 8; Art. 12; Art. 17; Art. 19; Art. 20; Art. 21; Art. 22; Art. 23; Art. 24; decretos incorporados en el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

¹⁷ Capítulo IV de la Ley 10 de 1990. Estatuto de Personal - <Concordancias> (Ley 443 de 1998, Decreto ley 1567 de 1998, Decreto ley 1586 de 1998, Decreto 1569 de 1998, Decreto 1570 de 1998, Decreto 1571 de 1998, Decreto 1572 de 1998, decretos incorporados en el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social; acuerdo 38 de 1998 y acuerdo 39 de 1998 y circular 5000-42 de la Comisión Nacional del Servicio Civil).

¹⁸ Re-crear - la prestación de servicios de salud en las empresas sociales del estado en el sistema de seguridad social en salud. 2000. Dirección General para el Desarrollo de la Prestación de los Servicios de Salud - Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud. vii y viii.

¹⁹ “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud...”.



La salud
es de todos

Minsalud

26). Estando obligadas a cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS establecido en el Decreto 1101 de 2006.

Apuestas que con el pasar del tiempo, y sin que riñan con la exigencia de ser entidades eficientes, autosostenibles o rentables; invitan a reflexionar sobre esta conjugación de responsabilidades institucionales en relación con lo establecido en el Artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 que regula el derecho fundamental a la salud, donde se indica que *“La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social”*, en complemento con la responsabilidad del Estado de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional. Así, las ESE son entidades que deben garantizar la prestación de un servicio de salud ágil, oportuno y de calidad, que propenda por su auto sostenimiento, y que a la vez respondan al compromiso de la función social a la cual están obligadas como entidades del Estado.

3.3 Normas y conceptos en relación con el PIC²⁰

En los desarrollos que ha tenido el sistema de salud en Colombia, en diferentes mandatos se encuentran referencias al abordaje del Plan de Atención Básica (PAB) el cual posteriormente se denominó Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Al respecto, se tiene:

En el Artículo 165 de la Ley 100 de 1993 se incluyeron alcances y lineamientos respecto del Plan de Atención Básica (PAB); al respecto se señala que *“El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental”*, así mismo que *“Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades...”*, y por último, que *“La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales”*.

Dado el mandato del financiamiento estatal, en la Ley 715 de 2001²¹ se hacen diferentes referencias al respecto. De manera general y teniendo en cuenta la diversidad de competencias asociadas y la interacción con la salud pública, entre otras, se destaca que el nivel nacional tiene que *“Definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB),...”* (Art.: 42); que a los departamentos compete *“Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental”* (Art. 43); que los municipios tienen la responsabilidad de *“Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica*

²⁰ Ver anexo 1. Referentes normativos

²¹ “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias... y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”



La salud
es de todos

Minsalud

municipal" (Art. 44); y que en los distritos se conjugan las competencias de los municipios y departamentos (Art. 45).

Igualmente, y de manera complementaria, se señala un referente importante de elaboración de los PAB que determina que *"Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud"* (Art. 46).

En cuanto al financiamiento, esta ley señala que entre otras destinaciones de los recursos del Sistema General de Participaciones -SGP- están las *"Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud"* (Art. 47).

Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 planteó que: *"Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud"* y que *"El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica."* (Art.32).

En este nuevo marco el MSPS expidió la Resolución 425 de 2008 "Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales", que en el Título IV señaló que:

"El Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud" (Art. 16).

La anterior, fue derogada mediante la Resolución 518 de 2015, en la cual se define el PIC como *"un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud POS y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas en la presente resolución, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP-"* (Art. 8).



4. METODOLOGÍA

4.1 Generalidades

Con el propósito de dar respuesta a las preguntas orientadoras ya mencionadas, el presente estudio hace uso de un enfoque de métodos mixtos, en donde lo cuantitativo y lo cualitativo serán empleados de manera complementaria, pues el primero permitirá vislumbrar las generalidades y tendencias de la situación financiera de los hospitales públicos y el segundo buscará ahondar en las particularidades de dichas organizaciones y su relación con el PIC²².

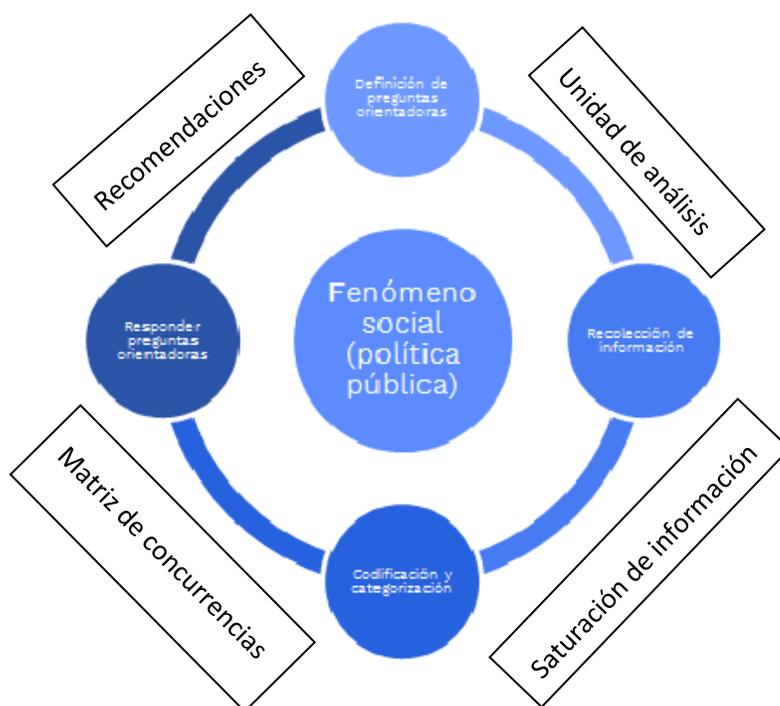
Respecto a la metodología cuantitativa, esta consistió en el uso de estadísticas descriptivas para la identificación de patrones a partir de medidas como promedios, sumatorias y medianas. Por su parte, la estrategia analítica utilizada fue la de Teoría Fundamentada, propuesta por Glaser y Strauss, y definida por Guillemette (2006) como una “aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre un fenómeno” (Paramo, 2015).

Frente a este último aspecto, es importante anotar que la Teoría Fundamentada exige la identificación de categorías teóricas que son derivadas de los datos mediante la utilización del método de la comparación constante, como lo mencionan Glaser & Strauss (1967) y Hammersley (1989), lo que lleva a que el investigador compare los contenidos obtenidos en las entrevistas con los contenidos teóricos, a la luz de las preguntas orientadoras; y como lo mencionan Glaser & Strauss (1967) de ésta manera identificar diferencias y similitudes en los datos, lo que conlleva a la construcción teórica que ayuda a comprender el fenómeno del estudio (Paramo, 2015). (Ver Gráfica 1).

²² Con el propósito de avanzar en la triangulación de la información se tomaron los resultados del análisis de la información de las bases de datos y los hallazgos encontrados en las entrevistas semiestructuradas. Se realizó un cruce de la información de tal forma que se buscó dar respuesta a las preguntas orientadoras planteadas en el estudio, lo anterior se presenta en el capítulo de resultados del estudio.



Gráfica 1. Esquema Teoría Fundamentada



Fuente: Grupo investigador, 2019

4.2 Datos y fuentes de información

La aproximación cuantitativa se cimentó en la base de datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO)²³ del Ministerio de Salud y Protección Social²⁴. Esta herramienta dispone de información periódica y sistemática para la realización del seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, y brinda datos coherentes, consistentes y confiables por cuanto, además de ser certificados por el gerente o director de la IPS pública y el director

²³ El SIHO cuenta con veintiséis (26) consultas detalladas denominadas: Instituciones Prestadoras, Sedes de Prestadores, Ingresos, Gastos, Facturación, Cartera por Deudor, Pasivos, Mecanismos de Pago, Balance General, Estado de Resultados, Producción, Calidad, Capacidad Instalada, Recursos Humanos, Clasificación Empleos, Vacantes, Servicios Indirectos, Pasivo Prestacional, Ejecución Presupuestal, Contratación Externa, Infraestructura, Procesos Judiciales, Entidades Gerentes, Entidades Medidas Especiales, Entidades Plan de Gestión y Entidades Evaluación Plan.

²⁴ Aunque otras fuentes a las que el estudio recurrió fueron: Análisis de situación de salud (ASIS) departamentales y municipales; Datos DANE (Proyección de población); Información demográfica y poblacional (Departamento Nacional de Planeación- DNP); Información en salud (Perfil epidemiológico, aseguramiento) y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).



La salud
es de todos

Minsalud

departamental, municipal o distrital de salud, en el proceso de calidad de la información se surten diversas validaciones en sus diferentes niveles.

En consideración a los periodos disponibles de información y que estos incluyen la vigencia en que entró a regir la Resolución 518 de 2015, se determinó realizar el análisis para la serie 2007 a 2018. En la revisión de las variables contenidas en la base de datos de cada Consulta Especializada, se hizo una selección de los archivos así: De las 26 consultas detalladas del SIHO se seleccionaron cuatro: Ingresos, ejecución presupuestal, facturación y cartera por deudor ²⁵⁻²⁶⁻²⁷.

En relación con lo cualitativo, las fuentes de información fueron de carácter primario en su mayoría, pues hacen referencia a entrevistas con representantes de: 11 Empresas Sociales del Estado, 6 secretarías departamentales de salud, 3 secretarías distritales, 9 secretarías municipales de salud, 2 IPS indígenas, 1 autoridad indígena y 2 del Ministerio de Salud y Protección Social. Los criterios de selección se mencionan en el Anexo 2 y las guías para las respectivas entrevistas se incorporan en el Anexo 3.

De estas entrevistas, se realizó la transcripción y se procedió al diligenciamiento de una matriz de extracción²⁸ que fue previamente construida por el equipo investigador y que contiene cinco grandes categorías ordenadoras, relacionadas con el Plan de Intervenciones Colectivas: i) Formulación, ii) Contratación, iii) Ejecución, iv) Seguimiento y Evaluación, y adicionalmente se incluyó una categoría relacionada con v) Recomendaciones generales; estas a su vez cuentan con una serie de subcategorías.

²⁵ En el ámbito presupuestal se seleccionó la información relacionada con Ingresos y Ejecución Presupuestal: En la consulta detallada de ingresos se discriminaron los ingresos por venta de servicios del PIC de los ingresos totales de las ESE, lo anterior, con el propósito de establecer las proporciones de participación; y la consulta detallada de ejecución presupuestal, la cual se aborda desde el resultado de ejecución final para determinar el superávit o déficit y posteriormente restarle el rubro de "Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)", como un ejercicio complementario para observar la magnitud de recursos en aras del auto-sostenimiento pleno por su propia gestión. La consulta detallada de gastos no se contempló, en razón que esta no registra de manera detallada gastos asociados a la gestión del PIC. De las consultas detalladas del ámbito contable, ninguna fue seleccionada para el análisis en razón a que las cuentas contables del Balance General, El Estado de Resultados y los Pasivos establecidas para el registro de información, no discriminan cifras específicas relacionadas con el PIC. Finalmente, en el ámbito de gestión, se seleccionaron las consultas de Facturación y Cartera por Deudor.

²⁶ Con el fin de conservar unificado el lenguaje usado en el SIHO, precisar conceptos y seleccionar las variables pertinentes para el estudio, se consultó el Manual de Usuario de la Aplicación WEB elaborado por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria Ministerio de Salud y Protección Social en su versión actualizada a octubre 5 de 2018. En la fase de aprestamiento para el análisis de información se tomó el mes denominado "cero (0)", el cual corresponde al agregado anual del registro.

²⁷ Con el fin de garantizar la consistencia de la información la base de datos consultada fue depurada y estandarizada, se intervinieron códigos de departamento particularmente los casos de Antioquia (Código 5 o 05) y Atlántico (Código 8 o 08); se identificó y verificó mediante consulta SIHO que San Andrés y Providencia no registra datos; Se estandarizó el formato y nombre de algunas ESE de Boyacá y de Charalá Santander; adicionalmente, se identificaron los Hospitales Públicos que no reportaron durante todos los años de la serie 2007-2018, optando eliminarlos de la serie.

²⁸ La matriz tuvo como propósito integrar las percepciones y comentarios presentados por los actores consultados en cada una de las categorías y subcategorías establecidas en el estudio; los resultados de dicha consolidación fueron el insumo para la triangulación de la información, así como para la generación de conclusiones y recomendaciones.



Paralelamente, se realizó la revisión de diferentes documentos relacionados, con el fin de complementar y contextualizar las visiones de los actores entrevistados y del equipo del estudio. (Ver Anexo 4).

4.3 Caracterización del contexto

Con el fin de contar con una caracterización del contexto, se construyeron los siguientes instrumentos:

- i) **Mapa de actores y matriz de responsabilidades:** Se fundamentó en la revisión normativa relacionada con hospitales públicos y el PIC; su propósito fue identificar los actores y sus responsabilidades en el marco de la Resolución 518 de 2015, bajo las categorías o procesos de formulación, contratación, ejecución, seguimiento y evaluación (rendición de cuentas). (Ver Anexo 5).
- ii) **Matriz de consistencia:** Permitió relacionar las preguntas orientadoras, los objetivos específicos, componentes, preguntas de investigación, fuentes de información y actores involucrados. Una vez se contó con esta matriz consolidada, se procedió a la definición de las preguntas del instrumento de recolección de información (entrevista semi-estructurada) según actores. (Ver Anexo 6).
- iii) **Fichas de caracterización:** Herramienta que permitió conocer el contexto de cada entidad territorial visitada, así como las características de la ESE seleccionada para la entrevista; para su construcción se tomaron diversas fuentes de información mencionadas en el ítem de enfoque cuantitativo. A las anteriores, por departamento, se les incorporó información sobre la diversidad étnica existente en la entidad territorial. (Ver Anexo 7).

4.4 Taller de expertos

La presente metodología implementó un taller de expertos, cuyo propósito fue el de acopiar las consideraciones y aportes de conocedores del tema objeto de investigación, respecto al objetivo general, los objetivos específicos y las preguntas orientadoras del estudio, con el fin de contar con elementos de juicio para revisar su pertinencia y consistencia.

El taller de expertos se llevó a cabo el 30 de abril de 2019, en el participaron profesionales de las Direcciones de Financiamiento Sectorial, Prestación de Servicios y Atención Primaria; Promoción y Prevención y, Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social. Como resultado del taller se construyó una matriz que consolidó los aportes y consideraciones planteadas por los participantes, y se establecieron conclusiones grupales por cada una de las preguntas orientadoras. (Ver Anexo 8).



4.5 Prueba piloto

Con el propósito de verificar si los instrumentos de recolección de información eran óptimos para el trabajo de campo y si el tiempo de aplicación era el adecuado, se llevó a cabo una prueba piloto que consistió en una entrevista a una secretaría departamental (Boyacá), dos entrevistas a secretarías municipales (Tenjo y Tunja) y dos entrevistas a ESE ubicadas en los municipios referidos. Estas pruebas se realizaron entre el 2 y el 3 de septiembre de 2019. Posterior a esto, los instrumentos fueron ajustados para el desarrollo del trabajo de campo.

4.6 Trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 10 y el 27 de septiembre de 2019 (alrededor de 3 semanas), las dos entrevistas de Bogotá tuvieron lugar en octubre, y las entrevistas del nivel nacional se llevaron a cabo el 5 de noviembre. Todas las entrevistas fueron grabadas previa firma de consentimiento informado y de confidencialidad, además se complementaron con las notas de los investigadores. Para mayor detalle del trabajo de campo realizado, ver el Anexo 9.

En el momento de cada uno de los encuentros para las entrevistas se hizo entrega física de una carta de presentación del estudio y de los investigadores, dirigida por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES); y de manera previa a la grabación, se dio a conocer para lectura y firma el formato de consentimiento informado y de confidencialidad.

5. HALLAZGOS Y ANÁLISIS

5.1 Evolución Financiera²⁹

Se presenta aquí, el análisis de la información financiera de las Empresas Sociales del Estado-ESE-, previa revisión del contenido de las Consultas Detalladas disponibles en el Sistema de Información Hospitalaria –SIHO- para el periodo 2007-2018. Para esta revisión se seleccionaron las consultas que registran específicamente aspectos relacionados con el PIC. Las Consultas Detalladas de Gastos y Balance General, fueron descartadas en razón a que no presentan registros discriminados asociados a la prestación de servicios PIC.

²⁹ Para los hallazgos y análisis de la evolución financiera basados en las consultas detalladas del SIHO, ver Anexo 10. Tablas financieras.



La salud
es de todos

Minsalud

5.1.1 Ingresos

Las instituciones prestadoras de servicios de salud pública reportan la información de ingresos reconocidos y recaudados de cada vigencia mediante la siguiente estructura: Disponibilidad inicial; Ingresos Corrientes, conformados por Venta de servicios de salud, Ingresos por venta de PIC, Aportes No ligados a venta de servicios y otros ingresos corrientes; igualmente hacen parte; los Ingresos de Capital, Otros Ingresos y Cuentas por Cobrar Otras Vigencias. (Ver Tabla N° 1).

Tabla N° 1.
Estructura de los Ingresos Presupuestales

conc_codigo	concepto
1	Disponibilidad inicial
2	Ingresos corrientes
4	...Venta de servicios de salud
5	.....Régimen Subsidiado
6	.....Régimen Contributivo
7	.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda
9	.....Población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado
17	.....SOAT (diferentes a ECAT)
407	.....ADRES (Antes FOSYGA)
18	.....Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)
19	.....Otras ventas de servicios de Salud
729	.....Cuotas de recuperación (Vinculados)
730	.....Cuotas moderadoras y copagos
731	.....Otras ventas de servicios de salud
732	...Total Aportes (No ligados a la venta de servicios)
20	.....Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios
2684	.....Aportes de la Nación para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Excluye FONSAET)
2685	.....FONSAET -Fondo de Salvamento y Garantía del Sector Salud-
2686	.....Otros Aportes de la Nación no ligados a la venta de servicios de salud
21	.....Aportes del departamento/distrito No ligados a la venta de servicios
2688	.....Aportes del Departamento/Distrito para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
2689	.....Otros aportes del Departamento/Distrito no ligados a la venta de servicios de salud
22	.....Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios
2691	.....Aportes del Municipio para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
2692	.....Otros aportes del Municipio no ligados a la venta de servicios de salud
23	...Otros ingresos corrientes
24	Ingresos de capital
25	Otros ingresos
26	Cuentas por cobrar Otras vigencias
27	Total de ingresos

Fuente: SIHO, 2019



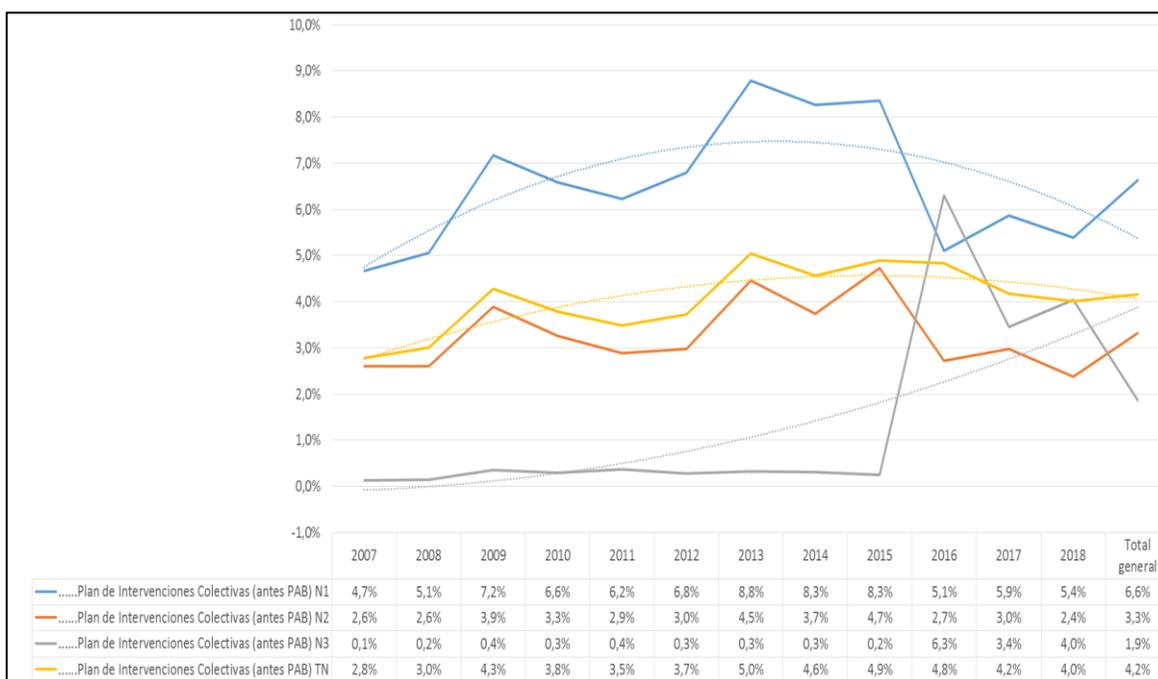
La salud
es de todos

Minsalud

Esta consulta presenta 331.449 registros los cuales permiten establecer la participación del PIC en el ingreso total de los hospitales públicos, recursos que son objeto de análisis del presente estudio, donde se contemplaron los ingresos reconocidos³⁰.

Los ingresos totales de las 1.046 ESE que reportaron SIHO en el año 2018 ascendieron a \$14.8 billones de los cuales el 4.0% (\$593.4 mm) correspondieron a venta de servicios por PIC, coincidente con el 4.2% de la serie del total nacional 2007-2018. (Ver Gráfica N° 2 y Anexo N° 1. Tablas financieras).

Gráfica N° 2. Participación del PIC en los Ingresos Totales de las Empresas Sociales del Estado. Por Nivel de Complejidad y Total Nacional (2007-2018)



Fuente: SIHO
Elaboración: Grupo investigador, 2019

Para el primer nivel (887 ESE), los ingresos totales en esta misma vigencia ascendieron a \$5.2 billones, de los cuales el 5.4% (\$282.3 mm) corresponde a ingresos por venta de PIC, inferior al promedio presentado en la serie de estudio para este nivel, que alcanza el 6.6%. En esta serie, se encuentra que en el 2013 se da un crecimiento

³⁰ Se entiende como ingreso reconocido cuando una Institución adquiere el derecho a exigirlo, ya sea por la prestación de un servicio, entrega de un bien o por los beneficios derivados del uso de recursos. - También se registra como reconocimientos, los ingresos recaudados por anticipado y los recaudos sin situación de fondos. - Aplicación Web Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. (octubre 5 de 2018). Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria Ministerio de Salud y Protección Social. p. 26.



La salud
es de todos

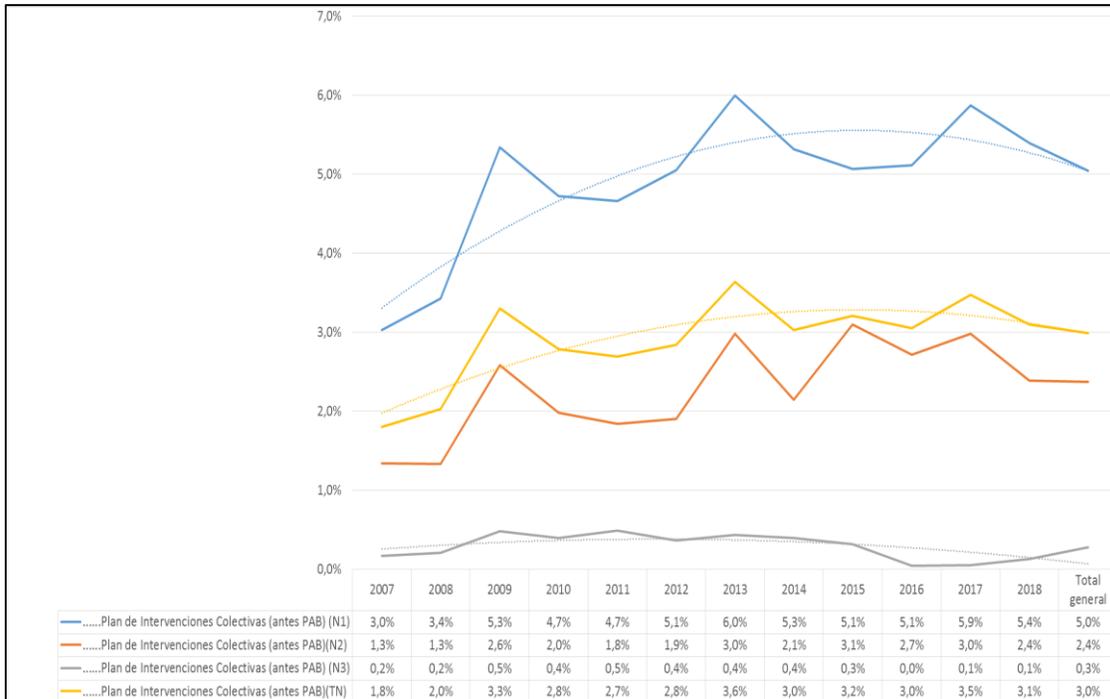
Minsalud

importante, año en que se llega al 8.8% por ingresos PIC, para luego caer en el año 2016 al 5.1%, presentando una leve recuperación en el 2017, tendencia contraria a la observada en el tercer nivel de complejidad.

En el tercer nivel se observa un incremento por ingresos PIC, pasando del 0.2% en el 2015 al 6.3% en el 2016; los años siguientes fueron del orden del 3.4% y 4.0% respectivamente. Esta dinámica fue ocasionada por la integración de las 22 ESE de los tres niveles de Bogotá D.C., en cuatro subredes que reportan información en SIHO como tercer nivel; dinámica que coincide con el periodo de expedición de la Resolución 518 de 2015 más no es un efecto de su implementación.

En el caso del Distrito Capital, en el 2018, los recursos PIC ascendieron a \$187 mil millones que correspondieron al 33.8% del total de ingresos de las ESE a nivel nacional. Éste hecho afecta la participación de este rubro en los ingresos totales de las ESE en toda la serie y particularmente a partir de 2016 en las ESE de primer y tercer nivel. (Ver Gráfica N° 3 y Anexo N°1 Tablas financieras).

Gráfica N° 3. Participación del PIC en los Ingresos Totales de las Empresas Sociales del Estado. Por Nivel de Complejidad y Total Nacional– Sin Bogotá (2007-2018)



Fuente: SIHO

Elaboración: Grupo investigador, 2019



La salud
es de todos

Minsalud

Con el fin de corregir la distorsión presentada en los ingresos por PIC con la conformación de las cuatro (4) Subredes de servicios en Bogotá D.C., se hizo el ejercicio de eliminar el registro de las ESE del Distrito Capital en la serie de análisis. Sin Bogotá, los ingresos totales de las ESE que reportaron SIHO en el 2018 ascendieron a \$12.7 billones de los cuales el 3.1% correspondieron a venta de servicios por PIC, coincidiendo con el 3.0% del promedio de la serie 2007-2018.

Con este ejercicio, para el año referido, los ingresos de las ESE del primer nivel por venta de servicios PIC, se mantienen en \$ 5.2 billones, conservando la participación en 5.4%; por encima del promedio de toda la serie, mostrando una tendencia cíclica ascendente de cada dos (2) años. Para el tercer nivel, sin las ESE del Distrito Capital, la participación promedio se normaliza en 0.3%, presentando el pico más alto de 0.5% en los años 2009 y 2011; esto, debido a que los servicios del PIC en su complementariedad se asimilan a los servicios de promoción y prevención a cargo de las EAPB (11.2.1. Res 518-14) los cuales se ofrecen prioritariamente en el primer nivel de atención, característica que no corresponde en su naturaleza, al tercer nivel. Con el fin de determinar la concentración de las ESE por nivel de complejidad en relación con la participación de ingresos por venta del PIC en el Total de Ingresos, se hizo una clasificación por rangos de 3%, hasta un tope de 18% y más, y uno adicional de las ESE que reportan no haber obtenido ingresos por este concepto (Ver Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Participación del PIC en el Total de Ingresos de las ESE
por rango y nivel de complejidad (2007-2018)

Rangos - Tasa PIC / Ingresos Totales	Nº de ESE	Part % por Rango y Nivel de Complejidad	
De 18% y Más	1	6	0,7%
De 15% a 17,9%	1	6	0,7%
De 12% a 14,9%	S-T	10	1,2%
	1	8	0,9%
	2	2	0,2%
De 9% a 11,9%	1	23	2,7%
De 6% y 8,9%	S-T	130	15,0%
	1	128	14,8%
	2	2	0,2%
De 3% a 5,9%	S-T	396	45,8%
	1	382	44,2%
	2	13	1,5%
	3	1	0,1%
Hasta 2,9%	S-T	250	28,9%
	1	184	21,3%
	2	61	7,1%
	3	5	0,6%
Sin participación del PIC en IT		43	5,0%
	1	1	0,1%
	2	28	3,2%
	3	14	1,6%
Total General		864	100,0%

Fuente: SIHO
Elaboración: Grupo investigador, 2019



La salud
es de todos

Minsalud

Ochocientos sesenta y cuatro (864) ESE reportaron ingresos totales en toda la serie bajo la misma razón social y el mismo nivel de complejidad³¹.

De acuerdo al análisis realizado, las ESE que obtuvieron ingresos por PIC superior al 18%, fueron seis, que corresponden al primer nivel de atención: Hospital Local de Tauramena, Casanare (24,3%); ESE Centro de Salud de Ricaurte, Cundinamarca (24,2%); ESE Hospital San Juan de Dios de Betulia, Santander (23,5%); Hospital Juan Hernando Urrego ESE de Aguazul, Casanare (20,0%); ESE Centro De Salud Betéitiva, Boyacá (19,6%) y la ESE Hospital Santa Margarita de Copacabana Antioquia (18,9%),(ésta última hizo parte de la prueba piloto).

Las ESE que obtuvieron ingresos por PIC entre el 15% y el 17.9%; también fueron seis y corresponden al primer nivel, y son: Hospital San Juan Crisóstomo del municipio de González, Cesar (17.6%); ESE Salud de Yopal, Casanare (17.6%); ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen de Hato nuevo, La Guajira (17.6%); Hospital San Roque ESE de Alvarado, Tolima (17.0); Centro de Salud de Coello, Tolima(16.2%) y el Hospital Santa Rosa de Lima del municipio de Suárez, Tolima(15.6%).

Las ESE que obtuvieron ingresos por PIC por debajo de 5.9%, 566 correspondieron al primer nivel de atención.

De la información presentada anteriormente, en la cual se hacen descripciones a nivel general para las ESE y específicos según niveles de estas, se encuentra: 1) Para una amplia mayoría de ESE, el peso porcentual de los ingresos por PIC son bajos en relación con el conjunto de los ingresos de las ESE, aunque con algunas excepciones, son las ESE del primer nivel donde hay un mayor peso; y 2) con la expedición e implementación de la Resolución 518 de 2015, no hubo cambios trascendentales en los ingresos de los hospitales originados en la ejecución del PIC, que marquen una diferencia entre el antes y el después, teniendo en cuenta que la norma preveía que la ET contrataría prioritariamente con las ESE que tuvieran capacidad técnica y operativa ubicadas en el territorio, incluyendo las IPS indígenas³² para ejecutar las acciones PIC; y a falta de esta, estipuló la implementación de desarrollo de capacidades en las IPS públicas por parte de las ET, para contratarlas a posterioridad³³. En este sentido, las variaciones asociadas a aumento o disminución de lo contratado pueden estar originadas en decisiones del tipo y cantidad de actividades o del valor de lo contratado; lo cual está ligado a factores identificados en lo cualitativo de esta investigación (voluntad política, concertaciones con organizaciones indígenas, no contratación por incumplimientos, decisiones de fortalecer el hospital, etc.).

³¹ De las 1046 ESE que reportaron ingresos SIHO, durante el periodo de análisis 182 cambiaron de razón social, de nivel de complejidad, fueron liquidadas o no reportaron ingresos durante toda la serie. Este aparte del análisis contempla las ESE que registraron un mismo nombre o razón social y reportaron en el mismo nivel de complejidad durante todo el periodo 2007-2018.

³² Numeral 14.1. del artículo 14 de la Resolución 518 de 2015.

³³ Artículo 17 de la Resolución 518 de 2015.



5.1.2 Ejecución Presupuestal

Con la información general de la Consulta Especializada de Ejecución Presupuestal del SIHO, en la cual se identifican resultados respecto del superávit o déficit de las ESE, no se pueden extraer datos específicos que den cuenta del peso que pueden tener los recursos PIC en la situación financiera. Lo anterior corrobora lo planteado en el abordaje cualitativo de este estudio, en cuanto a que no hay evidencia (datos) que permitan cruzar ingresos y egresos por PIC que detallen si las ESE están o no incurriendo en gastos adicionales o en ahorros, que tengan incidencia en el resultado del ejercicio.

5.1.3 Facturación y Contratación

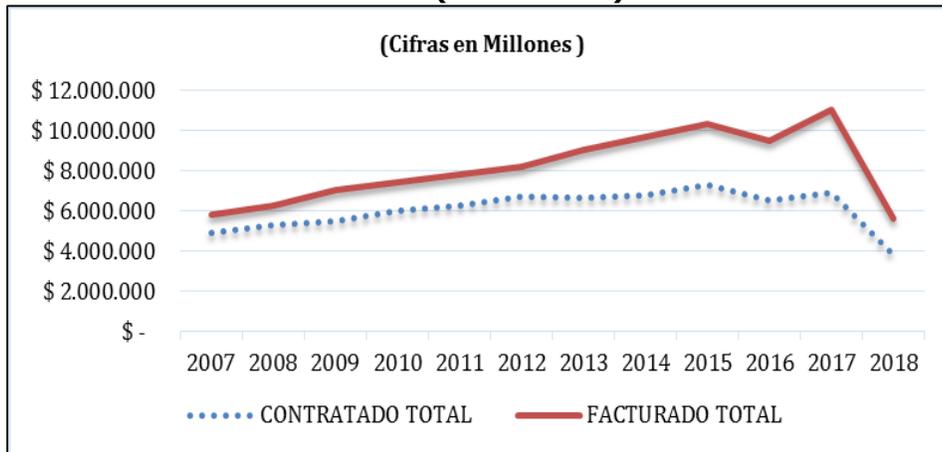
La consulta especializada de facturación contiene información correspondiente al valor de ingresos generados por cada ESE durante una vigencia específica; al realizar la consolidación de los datos del periodo de estudio (2007-2018) se obtiene un reporte anual de 978 ESE.

Posteriormente, se llevó a cabo un reconocimiento de las variables y se definieron aquellas de interés para el estudio teniendo en cuenta el valor significativo de las mismas y la posibilidad que ofrecen para llevar a cabo un análisis de fondo de acuerdo con el tema de interés, dichas variables son: Contratado, facturado, recaudado, recaudo anterior y total recaudado.

En este punto del estudio se analizaron las variables facturado y contratado a fin de identificar el comportamiento por venta de servicios de salud en general durante el periodo de estudio (2007-2018). Según se muestra en la Gráfica 4, estas dos variables tienen comportamientos similares mostrando una constante de proporcionalidad, pues del 2007 al 2015 hay un comportamiento ascendente, mientras que para el año 2016 se presenta una disminución importante, quiebre que puede ser objeto de análisis en estudios posteriores, pues esta caída coincide con la expedición de la Resolución 518 de 2015 pero independiente del PIC. Se destaca que, en cifras absolutas, la facturación total supera de forma creciente el valor del total de la contratación, denotando una gestión favorable por venta de servicios, mostrando que para el 2018, esta dinámica se pierde.



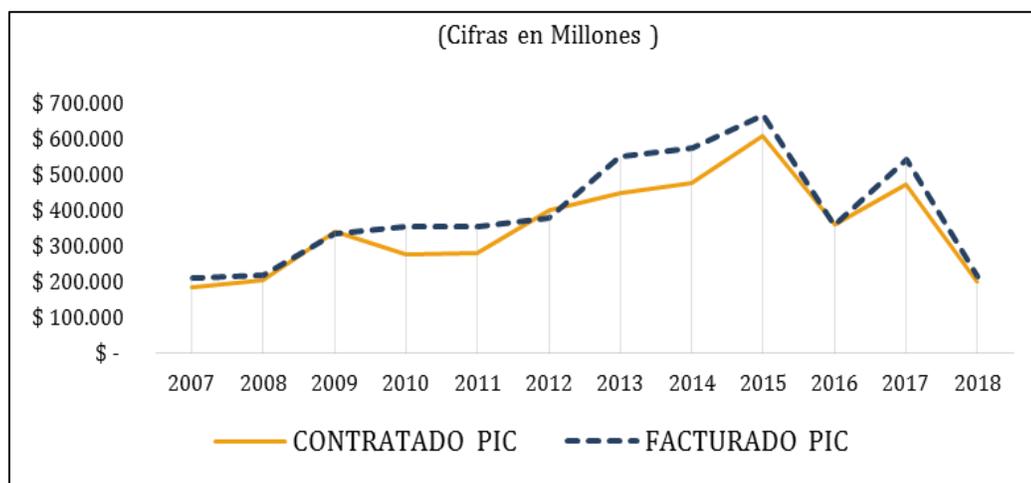
Gráfica 4.
Comportamiento de contratación y facturación total por venta de servicios de salud (2007-2018)



Fuente: SIHO
Elaboración: Grupo investigador, 2019

Al analizar el comportamiento de las mismas variables por concepto de venta de servicios PIC, se puede contrastar que también existe una constante de proporcionalidad entre las dos variables, aunque algo más ajustado. En la Gráfica 5 se muestra un comportamiento más dinámico durante la serie de tiempo que de igual manera presenta una caída significativa tanto de la facturación como de la contratación en el año 2016.

Gráfica 5.
Comportamiento de contratación y facturación por concepto Plan De Intervenciones Colectivas (2007-2018)

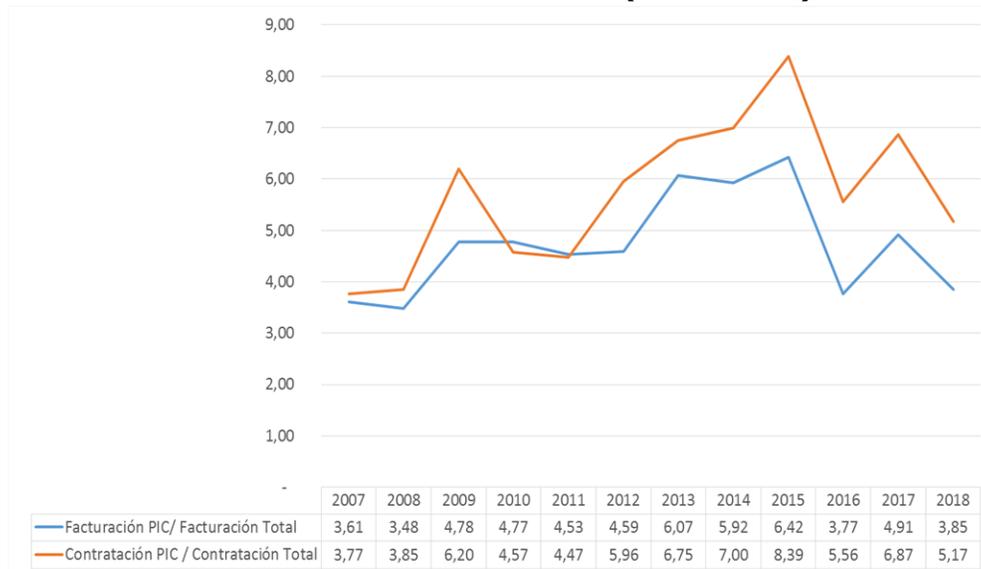


Fuente: SIHO
Elaboración: Grupo investigador, 2019



Con el fin de detallar el comportamiento de las variables de análisis en términos porcentuales, se establece que la participación de la contratación del PIC en promedio corresponde al 5.7% de total de contratación por venta de servicios; en tanto que la participación de la facturación PIC baja en 0.99 en relación con la facturación total, esta corresponde al 4.7%. Se puede inferir que esta diferencia se presenta a partir de las actividades no ejecutadas (Ver grafica 6).

Gráfica 6.
Participación de la Contratación y la Facturación PIC en la Contratación y Facturación Total de las ESE (2007-2018)



Fuente: SIHO
Elaboración: Grupo investigador, 2019

De lo presentado en este apartado, se concluye que el comportamiento de la contratación y facturación del PIC, tenía una dinámica ascendente desde antes de la Resolución 518 de 2015 y tiene su pico más alto en el año de su expedición; sin embargo, la tendencia cambia en el 2016. Este comportamiento permite establecer que no existe relación directa, ni se presenta un impacto en cuanto a un crecimiento de recursos contratados y facturados debido a la incidencia hipotéticamente esperada con origen en la implementación de la norma citada.



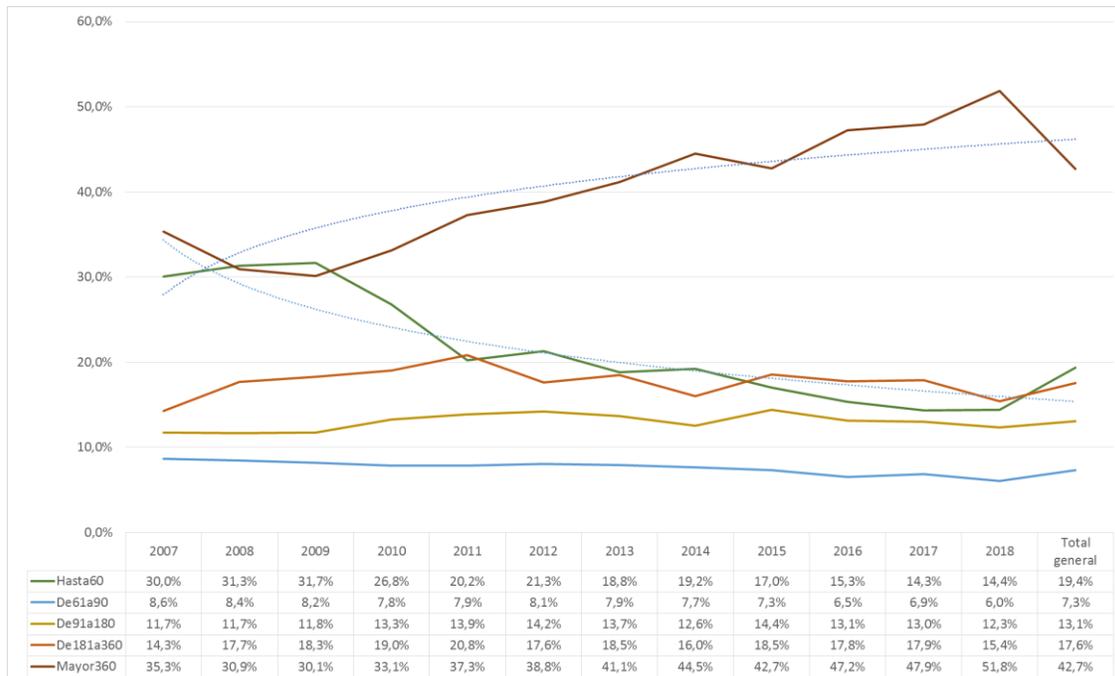
5.1.4 Cartera por Deudor

La consulta detallada de Cartera por deudor provee la información de las cuentas por cobrar con facturación radicada, incluidas en el balance general de las ESE con corte al último día del periodo que está reportando, desagregadas por deudor.

Luego de haber realizado un reconocimiento de las variables, se definieron aquellas de interés para el estudio, teniendo en cuenta el valor significativo de las mismas y la posibilidad que ofrecen para llevar a cabo un análisis de fondo de acuerdo con el tema de interés, dichas variables son: total cartera y cartera reconocida.

Durante el periodo en análisis, el estado de cartera total por deudores de las ESE ha empeorado, pues la cartera mayor a 360 días pasó de del 35.3% -que es alta- en el 2007 a 51.8% en 2018, (Ver gráfico N° 7) comportamiento que corrobora la disminución en el flujo de recursos hacia los prestadores de servicios de salud que periódicamente han denunciado los gremios de las IPS tanto públicas como privadas. La cartera PIC participa del 1.3% de la cartera total de las ESE, cifra que responde a la exigencia de su ejecución dentro de la misma vigencia fiscal, dado que los recursos son de carácter público y se rigen por la contratación estatal.

Gráfica 7
Participación de la cartera reconocida (2007-2018)

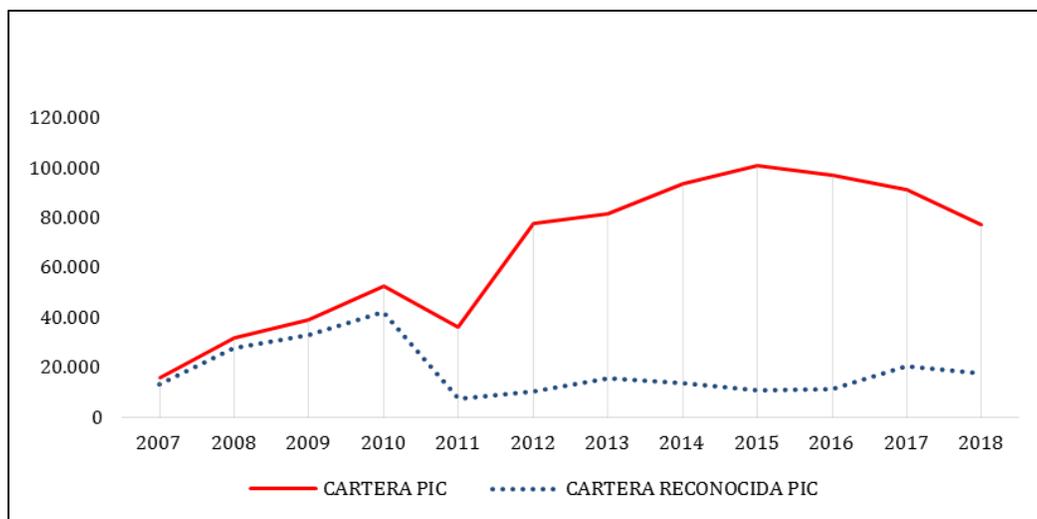


Fuente: SIHO
Elaboración: Grupo investigador, 2019



Independientemente de la magnitud de la cartera específica del PIC con respecto al total de esta según la suma de conceptos, en la gráfica anterior se encuentran datos que son preocupantes, ya que, en especial desde el 2010 hasta el 2018, se identifican afectaciones al cobro de lo contratado, al equilibrio financiero en las ESE además puede estar señalando que hay una mala gestión en este concepto, pues se observa un amplio distanciamiento entre la cartera PIC y la reconocida(Ver gráfico N° 8).

Gráfica 8.
Cartera y cartera reconocida por subconcepto Plan De Intervenciones Colectivas (2007-2018)



Fuente: SIHO

Elaboración: Grupo investigador, 2019

Lo anterior, puede estar asociado a glosas, incumplimientos de las ESE, contradicciones o inconformidades con la prestación de servicios de salud facturados incumplimiento de pagos de las ET, etc. Este hecho, en términos de sanidad financiera se puede calificar de negativo, pues para los eventos PIC, las ESE están dejando de percibir recursos y las ET están acumulando cuentas por pagar y pasivos exigibles.



La salud
es de todos

Minsalud

5.2 Evolución Operativa

5.2.1 Formulación

La formulación constituye el punto de partida del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC-, en esta etapa las entidades territoriales proyectan las intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud a realizar en los territorios, teniendo en cuenta sus particularidades, necesidades y problemáticas, los resultados en salud, las estrategias del Plan Territorial de Salud-PTS-, las competencias establecidas por ley y los lineamientos señalados en el Anexo Técnico de la Resolución 518 de 2015; por ende, conforme a los recursos disponibles y con la participación de diferentes actores como los departamentos, los distritos, los municipios, y el Ministerio de Salud y Protección Social.

En la mayoría de las entidades territoriales, la formulación del PIC parte de las necesidades identificadas en el PTS, el cual tiene como insumo estratégico para su elaboración el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Plan de Desarrollo Territorial, el PTS inmediatamente anterior y el Plan de Ordenamiento Territorial, de acuerdo con lo planteado en la Resolución 1536 de 2015. Cabe mencionar que dentro de los contenidos del PTS se encuentra el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la priorización en salud pública, ésta última utiliza para su formulación la Estrategia PASE a la Equidad.

De acuerdo con lo anterior, las entidades territoriales (ET) planean la formulación de su PIC basado en las necesidades de su población, partiendo de las prioridades establecidas en el marco del PDSP:

"La formulación del PIC obedece a lo que se priorizó con la estrategia Pase a la Equidad, donde se determinaron unas tensiones, unas prioridades para el municipio, en su momento se formularon, se diagnosticaron unas necesidades, y de ahí en adelante se ha trabajado partiendo de eso con PDSP, las metas, prioridades y demás; y de acuerdo al comportamiento que tiene el municipio, perfil epidemiológico, eventos de interés en salud pública...cuando se formula el Plan de Acción en Salud Pública, se formulan los dos componentes, el de Gestión de Salud Pública y el de Plan de Intervenciones Colectivas" (DTS).

De otra parte, los diálogos con las ET de carácter departamental, distrital y municipal dejaron entrever una serie de factores que intervienen en el proceso de formulación, tales como: i) la conformación de *equipos multidisciplinarios* para apoyar la propuesta de contenidos a desarrollar tomando como marco las dimensiones del PDSP, priorizando aquellas que son más relevantes de acuerdo a la dinámica epidemiológica del territorio; ii) la *participación social*, la cual es percibida por algunos como una fortaleza, donde la comunidad tiene la posibilidad de plantear sus necesidades y puntos de vista; y por otros como una debilidad, en lugares donde su ausencia ha sido evidente o en donde tiende a confundirse con la socialización de las actividades a desarrollar en el PIC ya establecidas por la entidad territorial; iii) la *participación institucional*, la cual está dirigida a otros actores del SGSSS, como por ejemplo las EAPB, y en pocas ocasiones



al CTSSS. Pero como se ha destacado, la participación social se confunde o limita a la socialización de lo definido.

Respecto a la definición de los contenidos del PIC, estos parten por lo general de las dimensiones del PDSP, sobre todo de aquellas establecidas como prioritarias en el territorio y en lo planteado en el Anexo Técnico de la Resolución 518 de 2015; aunque en ocasiones, desde el nivel territorial se percibe que hay una visión reduccionista en estas directrices.

"Se recoge todo lo que dentro de la 518 se nos permite ejecutar para PIC, como son campañas de sensibilización, campañas de promoción, de prevención, en esa dinámica es que se hace la programación de las actividades dentro del contrato, y obviamente pasando por todas las dimensiones que establece el PDSP y que tenemos dentro de nuestro plan de desarrollo como programas..." (DTS).

"El PIC trae promoción de la salud con una mirada muy reduccionista... sobre todo en la 518 ves por ejemplo que desarrollo de capacidades está en un proceso de gestión, entonces lo sacan de promoción de la salud; prevención de la salud en el PIC se reduce a información y comunicación, ni siquiera educación, porque para uno decir que hay educación es porque usted hace cambios en conductas... nosotros en salud no tenemos metodologías pedagógicas... a nosotros nos lanzaron al ruedo a hacer "educación", que lo que se ha convertido el PIC es en charlas y talleres..." (DTS).

De igual forma, los contenidos del PIC van de la mano con los recursos disponibles, es así como algunas de las ET mencionaron la importancia de hacer un ejercicio de planificación o un estudio de costos, esto con el fin de establecer hasta donde el recurso disponible permite el desarrollo de ciertos contenidos, y en donde al no ser posible abarcar todas las dimensiones del PDSP, se hace necesario solamente avanzar en actividades de mayor prioridad para la entidad. Este ejercicio también se hace indispensable en lugares donde es necesario desplazarse a grandes distancias para el desarrollo de actividades propias del PIC.

"En ese ejercicio de planificación más que de planeación, nos metemos en un ejercicio más administrativo de ver qué presupuesto tenemos, que porcentajes debemos cumplir, nos ha tocado revertir decisiones porque vemos que nos pasamos de un porcentaje entonces toca volver a mirar cómo se redistribuyen los recursos. Después de la planificación somos muy cuidadosos con el ejercicio presupuestal para no cometer errores..."

"Se inicia con estudio de costos donde se debe tener contemplado todos los aspectos, el departamento cuenta con una situación geográfica bastante amplia, entonces es algo que no sólo depende de las acciones... sino de los aspectos financieros, la logística para realizar, una vez revisado el estudio de costos, una proyección que hacemos nosotros con valores de la gobernación iniciamos por valores de cada componente y vienen las actividades..." (DTS).

En cuanto a la articulación de los departamentos con los municipios para la formulación del PIC, se evidenció que para la mayoría esa articulación se concreta a través de tres aspectos: i) *la asistencia técnica* que presta el departamento a sus municipios, en la que brinda línea técnica respecto a cómo debe darse el proceso y los



La salud
es de todos

Minsalud

contenidos a tener en cuenta, entre otros; ii) *la armonización de acciones*, en donde el departamento comparte su plan de acción con los municipios y plantean un trabajo conjunto para evitar duplicidad de acciones en el territorio; y finalmente, iii) *la concurrencia en las actividades a desarrollar*, teniendo en cuenta que algunas entidades, debido a que son categoría 5 o 6, no tienen la capacidad para llevar a cabo ciertas acciones, y es allí donde el departamento realiza su apoyo.

En ese sentido, en primera instancia una herramienta fundamental para avanzar en la articulación es la asistencia técnica, la cual desde el año 2014 empezó a tener una mirada diferente, pues pasó de ser una trasmisión de información de arriba hacia abajo, a ser un diálogo donde se comparten experiencias entre los actores, no obstante, se presentan dificultades al tratar de hacer un cambio frente a lo ya establecido; por tanto, es fundamental avanzar en el ajuste de la forma en que se brinda esa asistencia técnica

"...en general si tiene que revisarse, la asistencia técnica en esta mirada tiene tres componentes: uno es la capacitación y eso sí se tiene que dar, el que tiene más conocimiento va y le transmite a través de una capacitación, pero tiene que ser una capacitación organizada, una capacitación con preevaluación y post evaluación que tenga aprendizajes significativos... El segundo componente es el del acompañamiento, listo vamos a hacer tal cosa, yo los acompaño en lo que ellos quieren hacer, y el tercero si es la asistencia técnica como tal que es la especificidad de temas concretos que es la experticia pero que igual tiene que pensar e interactuar, eso no se cumple..." (Nivel nacional).

De acuerdo a lo planteado por actores del nivel nacional, las orientaciones brindadas por el MSPS respecto a la formulación del PIC han tenido eco en los entes territoriales, y eso ha hecho que se esté contribuyendo desde lo territorial a las metas del nivel nacional, proceso que se ha dado gracias a la generación de conocimiento por parte de las ET en cuanto a su situación de salud.

"Cuando uno mira entonces si responde a las necesidades, yo diría que sí, porque responde a necesidades que ningún otro actor del sistema le va a dar respuesta, por decir algo, acción específica, vacunar perros y gatos para evitar la rabia, a eso ningún otro actor del sistema le va a dar respuesta; la vigilancia en salud pública... siempre ha estado inmersa dentro del PIC... en ultimas es una acción estatal que parte de los actores del sistema también la hacen pero el que dirige todo el SIVIGILA es el Estado y eso no lo hace nadie más...entonces yo pensaría que si responde a las necesidades en esos términos que es la mirada colectiva y general de cosas que se tienen que hacer en un territorio y que ningún otro actor lo va a hacer de la misma manera..." (Nivel nacional) Respecto a la armonización de acciones, desde el nivel nacional se manifiesta que hay articulación de los departamentos con los municipios, sin embargo, esto depende de la apropiación que tenga el departamento, es decir, en cuanto a lograr un objetivo común con los municipios. De forma que hay departamentos que planean de manera articulada, en tanto que hay otros que no tienen en cuenta las particularidades de sus municipios.



La salud
es de todos

Minsalud

De otro lado, se encuentran aquellas entidades que manifiestan no tener relación con el departamento para la formulación de actividades del PIC.

"Absolutamente nada, lo que hacen es enviar unos lineamientos, pero no hay concertación no hay nada, en lo único en lo que nos encontramos en la certificación de que nosotros sí elaboramos un PIC. No hay diálogo, ni retroalimentación ni nada. Hay que entender que en el departamento tienen gran limitación de recurso humano; hubo un intento en la administración saliente que quiso hacer un ejercicio que fue hacer un pre-Plan de manera articulada, pero eso no tuvo continuidad..." (DTS).

Otro de los aspectos evidenciados es la falta de complementariedad de acciones del PIC con las acciones de promoción y prevención a cargo de las EAPB, a pesar de los principios de complementariedad y concurrencia definidos en el numeral 3.16 del Art. 3 de la Ley 1438 de 2011; al respecto, se encontró que solo en dos ET se planteó la importancia de articularse con las EPS, desde el punto de vista de la formulación del PIC.

Respecto al papel de las ESE en la formulación del PIC, pese a que en la Resolución 518 de 2015 (Art.11. Numeral 11.4) no se establece la directriz de ser partícipe de este proceso y sí se plantea su *"responsabilidad frente a ejecutar y responder por las actividades contratadas, las condiciones técnicas, los lineamientos y metas definidas por la entidad contratante"*, se encontró que en la mayoría de las ET, la ESE no participó en la formulación del PIC, en ocasiones porque no fue invitada y en otras porque no respondió a la convocatoria o aún porque no hay claridad de sí debe participar por ser una de las partes en la futura contratación.

Al indagar al respecto, desde las ET se identifican dos posiciones frente a la participación de las ESE en la formulación del PIC: la primera referida a la importancia de que la ESE participe, pues como prestador primario es quien mejor conoce la problemática de salud de la población de la ET, de tal forma que podría brindar pautas y propuestas interesantes de las actividades y estrategias a desarrollar en el marco del PIC; y la segunda, que plantea que la ESE debe limitarse a ejecutar acciones pues para eso es contratada, y que sí debería participar pero en el ajuste que tenga lugar para la ejecución de las acciones. Por su parte el nivel nacional, considera que las ESE podrían tener un papel más activo en la formulación del PIC.

"Los hospitales somos los principales actores en la prestación de los servicios de servicios de salud, independientemente que haya otros prestadores en un municipio, las ESE son las que tienen la mayor cobertura de población para la atención... debería haber mayor articulación para la formulación del PIC, va de la mano tanto la prestación del servicio tanto individual como colectivo, debe ir de la mano, porque es el mismo sujeto..." (ESE).

"Se supone que la ESE debe sentarse con la Dirección Territorial, y presentar sus prioridades, quien más que la ESE para saber de qué se enferma su población, cuáles son sus causas de morbilidad, cuáles son sus causas de mortalidad, pero no se está llevando a cabo ese proceso de forma adecuada" (DTS).



La salud
es de todos

Minsalud

"La ESE se mira como un operador de lo que el departamento va a hacer, pero operador parcial. La ESE podría aportar como cualquier otro actor, pero no puede tener, no se le puede sobredimensionar su papel ahí, porque la ESE solamente me atiende cierto nivel, sujeto a la atención de enfermedad en general y lo de promoción de la salud lo hace, pero si puede ser mayor la participación..." (Nivel nacional).

Por otra parte, en aquellas ET con presencia de comunidades étnicas, respecto a la concertación para la formulación del PIC, lo encontrado hace referencia a concertación con autoridades indígenas en cuanto a los contenidos a desarrollar y basados en las necesidades de la población indígena, así como en el respeto de sus tradiciones. También se plantea que la concertación no es fácil, toma cierto tiempo; en cuanto a la población afro manifiestan dificultades para lograr un diálogo y llegar a puntos de acuerdo, debido a que no cuentan, en su mayoría, con una autoridad centralizada o representada en un líder.

Dentro de las dificultades encontradas para esta concertación, se tienen: a) ausencia de listados censales; b) falta de operativización del enfoque diferencial, pues no se han brindado lineamientos desde el nivel nacional para abordar las acciones del PIC en el territorio con dicho enfoque, en este caso particular, tomando en cuenta las necesidades y realidad de la población indígena; c) exigencia por parte de la población indígena, de prestación de servicios de salud además de las acciones de promoción y prevención.

"Inicialmente hemos tenido ciertas dificultad en el sentido de que hay un PIC nacional, si, la formulación de esos lineamientos general a tener en cuenta , pues no se caracterizó las particularidades de los pueblos indígenas, por ende, se está proyectando el desarrollo del capítulo indígena que va a ser muy importante, porque los entes territoriales se quedan sin lineamientos para efectos de formulación de acciones del PDSP, entonces lo novedoso en nuestros municipios y nuestro departamento ha sido que nosotros tenemos definido el modelo en el marco de ese modelo, pues hemos podido concertar con los municipios y esas acciones tienen que estar muy aterrizadas al contexto real de los pueblos indígenas" (IPS indígena).

"Hay unos consejos consultivos que son intersectoriales liderados por el alcalde y con la participación de todas las comunidades étnicas: indígenas, afro, Rom, raizales; con ellos se hicieron acuerdos de acciones afirmativas para restitución de derechos para los que son víctimas de conflicto o para la garantía de derechos. En ese marco intersectorial cada sector contribuye con lo que les corresponde, para el caso del PIC hay intervenciones específicas en donde ellos participan bastante; la concertación es muy compleja porque cuando hay cambios de representantes se cambian las opiniones y es bastante complejo..." (DTS).

"Las actividades que se realizan con los indígenas si son concertadas con ellos, es decir se establecen los proyectos o el marco de los proyectos y ya para el desarrollo como tal micro de la actividad si es concertado con los indígenas...se lleva a cabo con un enfoque diferencial."(ESE).

"Concertamos, pero ellos están muy renuentes desde hace 6 o 7 años en la entrada del PIC porque ellos piden prestación de servicios. En el momento de realizar la concertación con el hospital que es la única ESE pública del departamento y la única que tiene cobertura en los corregimientos y que pensamos nosotros se le



La salud
es de todos

Minsalud

facilita hacer el acompañamiento de prestación de servicios a la comisión del PIC. Pero hasta el momento no ha sido posible ese acompañamiento...” (DTS).

“Respecto a la comunidad afro, no se cuenta con un ASIS, no se pudo llegar a acuerdos, se esperan lineamientos del MSPS... se observa dificultad de concertación con ellos, su abordaje es complejo” (DTS).

5.2.2 Contratación

La contratación se configura como un proceso esencial del PIC, pues es allí donde se tiene la oportunidad de establecer las capacidades técnicas y operativas de las instituciones encargadas de ejecutarlo; así como la posibilidad de identificar las dificultades de la ESE en este proceso, lo que podría dar paso al establecimiento de estrategias para el ajuste respectivo en torno al desarrollo de capacidades.

Las entidades territoriales -ET- deben contratar el PIC prioritariamente con las instituciones que tengan capacidad técnica y operativa, de acuerdo con los criterios establecidos en el Art. 15 de la Resolución 518 de 2015.

En este sentido, se encontró que las ET hacen diferentes interpretaciones de la norma; por un lado, se tienen aquellas que asumen como obligatoria la contratación con la ESE para la ejecución del PIC, aunque ésta no cumpla con la capacidad técnica y operativa, lo que la lleva a demoras en la ejecución de las actividades y por ende a no cumplir las metas. De igual manera se ve afectada la evaluación técnica (que no contempla parámetros de medición ni una métrica específica de corte que indique el nivel de satisfacción) que realiza la ET, sin embargo, ésta debe persistir en contratar prioritariamente con la ESE, además de fortalecerla en concurrencia con la autoridad de salud departamental.

“ Desde mi perspectiva la 518 dice contratar prioritariamente con la ESE , pero hay una evaluación técnica , y si la evaluación técnica no es satisfactoria, entonces yo no estoy obligada a contratar con ellos, no contratar todo y fortalecerlos, que eso es lo que dice la norma, fortalecerlos, pero no sé, yo siento que la misma 518 tiene una parte ambigua, que no es tan fuerte y que no deja claro cuál es una evaluación satisfactoria, pues la evaluación satisfactoria es un tema muy amplio, si va de 1 a 50, de 1 a 70, de 1 a 100...” (DTS).

Por su parte las ESE argumentan la prioridad de contratación que les otorga la Resolución 518 de 2015, seguido de acciones interpuestas ante los organismos de control estatal como las Contralorías o la Procuraduría, las ESE exigen que les contraten el 100%, sin reconocer los incumplimientos que conllevaron a la determinación por parte de la ET de no hacer contratación con estas entidades.

De igual manera, las ET contratan directamente personal técnico y profesional para realizar algunas actividades de las cuales la ESE certifica no tener experiencia, como es el caso de zoonosis y vacunación canina, en algunos casos.

“El PIC se contrata con la ESE, el100% de los recursos y de las acciones del PIC contempladas, independientemente de la fuente de financiación, se contrata con la ESE... el susto, que si usted no contrata con la ESE lo sancionaron, es la de jurisdicción en el área, son los criterios establecidos en la 518 y capacidad



La salud
es de todos

Minsalud

operativa y financiera, así no la tenga es la única que hay y le toca hacerlo, sin embargo le hacemos la evaluación como lo determina la norma, pero esos son los criterios definidos...” (DTS).

“Yo pienso que esa 518 es como una camisa de fuerza, una camisa de fuerza que llevé a que finalmente con el tema del PIC se politizaran muchas situaciones en el tema de contratación; nosotros tenemos municipios donde esa contratación se está dando más para poder solucionar un tema político, usted contrata conmigo pero bajo estas condiciones, entonces me parece que a la 518 le faltó dar una línea menos ambigua... que se puede dar para interpretación de contratación desde cualquier punto de vista...” (DTS).

Por otro lado, están las ET que contratan la ejecución del PIC con otros actores, pues son estrictas en indicar que, si la ESE no cumple con las acciones PIC contratadas, conllevando a glosas, no se le contrata el siguiente periodo, siendo reemplazada por una ESE de municipio vecino, por una IPS privada o fundaciones; sólo en una ET se mencionó haber contratado con universidades.

“...la realidad es que ellos nunca nos cumplen, generalmente no cumplen con todas las actividades del contrato, y entonces en el 2015 no llegaron sino como al 70%... ya en el 2017 se contrató con otro, ya se contrataba aparte con la ESE; pero igual los incumplimientos continúan, siguen subcontratando... llevamos tres años de una sola pelea entre ellos, y por más de que nos reunimos, que hablamos, que el Alcalde en su momento hizo la junta directiva de la ESE, la hizo pública y dejaron claro que se les iba a dar contrato sólo de lo que habían cumplido...” (DTS).

Desde el nivel nacional se tiene un punto de vista diferente, en cuanto se manifiesta que lo establecido en la norma como “prioritario” no hace obligatorio que las ET tengan que contratar a las ESE, así estas no cumplan con la capacidad técnica y operativa requerida para el desarrollo del PIC.

“En la 518 se analizó que por ser las ESE entidades del Estado no necesariamente eran las mejores, había unas muy buenas otras no ...entonces decimos sí es importante seguir manteniendo cierta protección a lo público, porque en salud pública la prestación pública es súper importante, no solo aquí sino en cualquier parte del mundo, entonces hagamos protección pero en estos términos, se contratará prioritariamente con las ESE, si en igualdad de condiciones la ESE demuestra que tiene capacidad técnica financiera y todo eso y tengo otra competencia entonces se lo doy a la ESE, tiene un puntaje más en esas condiciones. Pero lograr que eso se entendiera ha sido muy difícil, entonces algunos dicen, lo prioritario es que es con ellas; que quiere decir que sea prioritario, que le estamos dando un punto adicional por ser ESE, pero si esa ESE es pésima como me van a poner a contratar si ese hospital no hace nada, nunca presenta informes, entonces listo no la contrate, no pero ahí dice, no lo contrate, usted documénteme, eso sí me lo documenta que eso no responde, si hay alguien que le ofrezca mejor lo puede hacer, eso si la interpretación es muy complicada...”

“Es muy importante la capacidad técnica y puede que no la tengan; existe una falsa idea y es que se considera que el PIC solo se contrata con la ESE, pero también es posible contratarlo con IPS-I, puede ir fraccionado en ciertas acciones; así sucede en una entidad territorial donde contratan con las acciones de comunicación con los canales regionales pues tiene la idoneidad, conocimiento y



La salud
es de todos

Minsalud

capacidad para poder llevar a cabo lo que se quiere desde educación y comunicación para la salud."(Nivel nacional).

Ahora, con el fin de evitar que las ESE subcontraten actividades que no hacen parte de su objeto social, tales como pautas, publicidad e impresos, las ET contratan con entidades especializadas estos servicios, preferiblemente públicas como los canales regionales y la imprenta departamental o distrital, según corresponda.

Se destaca que, en algunos casos, la Superintendencia Nacional de Salud -SNS- ha advertido a mandatarios locales la prioridad de contratar el PIC con las ESE; igualmente se evidencia que cuando se contrata el 100% del PIC con una ESE, dado su objeto social, misionalidad y especialidad, estas se ven obligada a subcontratar.

Respecto al mecanismo de pago bajo el cual se contrata el PIC se encuentra que la mayoría de ET lo hacen por actividades y/o por productos, no obstante, se encuentran ET que realizan pagos mensuales y solo en una ET se encontró la contratación capitada por tres pagos. Aunado a lo anterior, los contenidos que son contratados por las ESE se encuentran alrededor de las dimensiones del PDSP, siendo priorizados de acuerdo con lo planteado en los ASIS y en algunas ET armonizadas entre departamento y municipio.

Otro de los aspectos identificados en el proceso de contratación, es la discusión de cómo deben desarrollarse las actividades del PIC (estrategias) entre la ET y la ESE; mientras que con las IPSI se lleva a cabo una concertación de las actividades a realizar de acuerdo a las necesidades de la población indígena, la mayoría de actividades que realizan las ESE se desarrolla de acuerdo a lo planteado en el Anexo Técnico de la Resolución 518, que a su vez sirve de control y seguimiento para exigir las actividades contratadas, el valor unitario y total de cada actividad o línea operativa ya sea de promoción de la salud o por dimensiones del PIC. De igual forma su desarrollo se ve mediado por la disponibilidad de recursos, en ese sentido, cuando los recursos son escasos, en ocasiones no se pueden llevar a cabo la totalidad de las acciones, sino que deben ser priorizadas.

"Un factor que incide y eso se lo dice cualquier gerente es el factor plata, los alcaldes generalmente de los presupuestos sólo le meten plata del SGP y destinación específica, si pide sistema general de otro lado no se lo van a dar, menos para el PIC." (DTS).

"Los contenidos son los de la norma, lo único que se concerta con la ESE son los lugares donde se va a hacer porque a veces los recursos no alcanzan; por la extensión del territorio hay que validar que actividades se pueden hacer con el recurso y se tiene en cuenta hace cuánto no se hacen las actividades." (DTS).

De igual forma, el nivel nacional coincide con lo mencionado por el nivel territorial, en cuanto a que los contenidos del PIC se definen de acuerdo con el Anexo Técnico y se acuerdan las estrategias para el desarrollo de dichas actividades.

"Se concertan los contenidos, cronograma, cuanta gente y cuanto le va a costar, todo eso va en los estudios previos; en el anexo técnico del PIC deben ir una serie de variables que son las reglas del juego y se enmarca en la 3280. La Entidad Territorial tiene las actividades del PAS, tiene el PIC y la ESE presenta la propuesta de cómo y en qué sitio pueden hacer, la ET hace su estudio de costos y la ESE hace la contrapropuesta. Muchas veces negocian por el tema de costos y de frecuencia, la idea es que aborden los sitios que son prioritarios..."



La salud
es de todos

Minsalud

En relación con los periodos de contratación, se identifica que ninguna ET visitada garantiza la continuidad de la contratación para actividades PIC como lo establece la norma. En general, los periodos de contratación son entre 9, 6 y 4 meses que se corren hacia el final del año; y en la mayoría de las ET se da posterior al segundo trimestre. Esta demora impacta negativamente el cabal desarrollo de las actividades, de forma que este tipo de desfases, en muchos casos obliga a prorrogar los contratos para la vigencia siguiente, con el fin de que se logre cumplir las obligaciones contractuales y llevar la ejecución al 100%.

"En 2016 la contratación fue tarde, se abordó el problema de la nueva norma y cambio de gobierno. Los cambios de gobierno generan problemas en la contratación del PIC, porque hasta junio, hay un vacío el primer semestre, porque no hay posibilidad de tener vigencia futura en cambio de gobierno. Esos temas deben ser más expeditos en la ley" (DTS).

"Siempre se contrata en el segundo semestre, realmente ninguno de los contratos ha sido antes del segundo semestre... como se contrata tarde, las actividades que son en colectivo no se alcanzan a desarrollar porque cuando el personal ya quiere salir a trabajar en colegios ya prácticamente los colegios están en exámenes, entonces se vuelve dificultad..." (DTS).

"Desde Abril se radicó el primer PIC en la Alcaldía, lo echaron para atrás, como en Mayo lo volvimos a organizar porque ya habían entrado los recursos de la vigencia anterior..., vuelve y lo reorganizamos, vuelve y lo enviamos, entonces lo demoran para devolverlo... lo demás que se podía contratar eche pa tras eche pa delante... y de antemano uno sabe que hay actividades que aunque estén ahí se van a glosar porque no se van a poder desarrollar..." (DTS).

"Una cosa que pasa con el PIC es que se interrumpen procesos por los tiempos muertos de la contratación. Por ejemplo, la línea 01 8000, hay psicólogos orientando a los jóvenes, pero esa contratación llega hasta donde hay PIC, entonces los primeros meses del año esa actividad se paraliza...hay varias estrategias que se podrían seguir, pero por falta de recursos no se puede..." (ESE).

Desde el nivel nacional se perciben dificultades en cuanto a los trámites de la contratación del PIC en el nivel territorial, lo que genera demoras.

"...En la 518 dice que se hará en el menor tiempo posible y hay un principio que es el de la continuidad. Todo se lo saltan, la continuidad es que yo tengo que prever que yo voy a estar un tiempo, enero, sin dinero. Porque esa es la otra, dicen: no contratamos porque no llega la plata... no... los primeros 10 días de cada mes a todas las Entidades Territoriales les llega la plata, sino que lo van acumulando... yo creo que es desconocimiento o falta de capacidades, porque algunos decían que hasta que no tuviera toda la plata del adelanto no podía hacerlo, hace falta un poco de más herramientas en lo jurídico para que sea más fácil, la otra cosa que les decíamos era ustedes pueden hacer el trámite de vigencias futuras para que no quede el bache..."



La salud
es de todos

Minsalud

"Las Entidades Territoriales que son secretarías de salud, ellos dependen directamente de la gobernación... entonces si la gobernación tiene un retraso en cualquier procedimiento... pues la secretaría de salud es la misma cosa..."

"Para 2019 se hizo un trabajo muy fuerte y se estableció una fecha de compromiso para contratar antes del 30 de abril, aproximadamente el 95% de las ET cumplieron... este año de acuerdo al ejercicio que se ha hecho a nivel departamental, se alcanzó un nivel de compromiso más alto, pero si es necesario esforzarnos más para que se contrate en el primer trimestre. Esto para que los recursos se ejecuten durante toda la vigencia. ..."

De otro lado, al indagar sobre la importancia de los recursos del PIC para el auto sostenimiento de los hospitales públicos; desde el punto de vista de las ET, consideran que si bien los contratos del PIC financieramente no les representa de manera importante a las ESE, si les sirve de flujo de caja y estiman que les queda cierto margen de excedente, razón por la cual recomiendan que este margen debería estar reglamentado y ser explícito, ya sea vía tarifas o que se exprese en el contrato.

Por otra parte, las ESE coinciden en que los recursos generados por la contratación del PIC, no impactan en el auto sostenimiento, pues en la mayoría de los casos, dichos recursos no superan el 10%, 12% o en el mejor de los casos el 16% de los ingresos, todos coincidieron que esas actividades no generan excedentes. Respecto de esto, se dice que deben hacer algunas maniobras financieras para obtener un margen de rentabilidad, lo cual lo consideran riesgoso e indebido.

"Los recursos son significativos para la institución, complementan la prestación de servicios, por la escasez de recursos, por problemas con el giro de recursos de las EPS que están en problemas de liquidez. Ellos utilizan estos recursos para financiar algunas atenciones, fortalecer algunas acciones de carácter individual, la nómina está presupuestada y no influye, es para esas acciones como adicionales que se utilizan los recursos PIC para apalancar" (DTS).

"Para el auto sostenimiento no alcanza es imposible. Se negocia que haya una rentabilidad en las actividades. Estos recursos no solucionan el problema financiero de las ESE..." (DTS).

"Para el hospital de aquí que es pequeño es muy importante porque representa casi el 20% de su presupuesto y a él le permite con el PIC ir a hacer más actividades más aun teniendo en cuenta no tanto el costo sino la seguridad porque hay veces que no se puede ir; para el otro Hospital que tiene un presupuesto de 70 mil millones el PIC apenas es 1.200 millones entonces no es muy significativo...los recursos no logran cubrir, es bien difícil trabajar pero ahí vamos... El PIC es un apalancamiento porque les permite estructurar una logística para poder llegar a los sitios que están muy retirados y así prestar sus servicios." (DTS).

"...Los PIC tienen que ser tanto una intervención pública pero también deben permitir ser una unidad de negocio que le genere rentabilidad a la institución y esa si es una dificultad, porque a veces quienes construyen los proyectos los construyen en la parte financiera sin entender que esto también es una prestación y que hay que tener un margen de rentabilidad y de ganancia y de operación para quien lo ejecuta...por eso los proyectos deben tener un impacto en la salud pública"



La salud
es de todos

Minsalud

pero también en lo financiero en la institución, que permita tener un equilibrio financiero y para que el proyecto sea sostenible." (ESE).

Desde el nivel nacional se percibe que los recursos, aunque logran cubrir las actividades, no son suficientes para generar auto sostenibilidad; adicional a esto se plantea que la apuesta por las jornadas de salud es la de optimizar los recursos.

"...Creo que dejan excedentes cuando el gerente y las ESE logran comprender que todo lo pueden mezclar, que puede decir venga yo hago acciones acá, y es que de hecho la 518 le da esas herramientas. Las jornadas de salud...si yo voy a hacer algo sobre todo en territorios muy alejados, si yo me monto en una lancha con un una persona del PIC nada más, pero si yo monto al del POS, al que va a vacunar, a hacer citología, al médico, si monto a 4 o 5 de diferentes cosas, con un solo pago, estoy llevando y estoy recogiendo dinero de diferentes contratos... digámosle que si podemos pagar ahí, mejor dicho que el PIC asume el pago del transporte, que era lo álgido, nos vale una millonada gasolina... pero entonces no manden a un solo personaje, sino usted tiene contrato con estas EPS, tiene población allá, pues van allá y hacen lo de P y P lo que necesiten hacer, y eso les cubre."

"Si yo tengo claro que yo tengo una enfermera, 40 horas a la semana, esas 40 horas a la semana yo la voy a ocupar 30 horas de la semana para hacer cosas POS y 10 horas para hacer cosas PIC, yo perfectamente puedo hacer el pago de estas 10 horas por PIC. Pero cuál es el problema, que de pronto no todos los hospitales tienen esta diferenciación, o no la hacen, en la práctica pues no, yo soy la enfermera y estoy haciendo acá una cosa, se puede estar juntando, pero yo si puedo hacer eso..." (Nivel nacional).

Finalmente, en el proceso de contratación del PIC en algunos territorios del país con presencia de comunidades indígenas, se encuentra que las IPSI juegan un papel relevante.

La concertación para la contratación se da mediante mesas de trabajo con las IPSI, contemplando primordialmente ciertas aproximaciones a la adecuación sociocultural para actividades que responden a los factores de riesgo autorizados que se presentan en las comunidades indígenas; además, se registra que con este tipo de institución no hay dificultad, porque por lo general dan cumplimiento de sus actividades e intervenciones como lo pide la norma; muestran las actividades propias que son diferenciales; detallan el personal, incluyendo talento humano de las mismas comunidades indígenas y aún médicos y enfermeras indígenas, o los que hacen sus veces en el ámbito de lo propio; y con el reconocimiento de la comunidad, establecen como desarrollar las actividades, incluso en el idioma hablado por las comunidades y las trabajan con personal de ellos mismos.

Si bien en algunos casos se identifica que las IPSI si son competencia en el sentido de que asumen la ejecución de parte de los recursos; otros, desde la perspectiva del servicio no evidencian competencia entre las ESE y las IPSI, pues al indagar se percibe que quien mejor puede desempeñar las actividades en territorios con población indígena es la IPSI, entidad que cuenta con personal idóneo que entiende su lenguaje, sus costumbres y cosmovisión, estableciendo un diálogo más cercano y llevando a buen éxito las actividades, lo que hace que la ESE pierda interés en ésta población y se dedique a la ejecución del PIC en el resto de la población.



La salud
es de todos

Minsalud

"En el municipio nosotros sólo tenemos la presencia de una IPS pública que ella depende de la ESE central...con ellos hicimos la contratación 2 años, pero por inconvenientes en el incumplimiento total de las actividades se decidió cambiar la IPS, entonces nos enfocamos en una IPS indígena que hay en el departamento y con ellos se contrató los 2 últimos años el PIC del municipio..." (DTS).

"Se hizo por selección abreviada, el año pasado hubo una evaluación negativa para la ESE, se tuvieron criterios de tiempo, oportunidad de iniciar...tenían el personal, pero no prepararon la estrategia para salir a territorio, entonces hubo deserción de personal... también en lo complementario hubo una limitante que si no entraban a comunidades indígenas con prestación de servicios no podían entrar a hacer PIC...en muchas de las comunidades tuvieron que devolverse sin ejecutar absolutamente nada. Al hospital no lo quieren mucho en los territorios indígenas por todas las falencias que han tenido" (DTS).

En otra entidad territorial no existía una figura para hacer contratación con población indígena, ni se llevaba a cabo concertación de recursos o acciones, lo que implicaba que se contratara con los hospitales o con ONG aquellas acciones del PIC dirigidas a ésta población, generando dificultades en la ejecución de las intervenciones; no obstante, ya para esta vigencia 2019 se ha logrado suscribir un contrato entre la secretaría departamental y las IPS indígena, lo cual se plantea como un avance frente al relacionamiento con las organizaciones, a la salud pública y su impacto en la población de dicho territorio.

"La secretaría de salud contrataba era ONG, y la ONG como no tenía redes en el lugar..., buscaba a la IPS indígena una especie de subcontratación que está prohibido por la ley, pero le tocaba porque no había indígena que le hiciera ese trabajo, como iba a penetrar en las comunidades, entonces no señores IPS vengan acá un momentico, mire que tenemos que hacer programas de TBC, ayúdenos, y nosotros bueno por un lado lo que hacían era un subcontrato acá, sí, porque tuvimos con varias ONG, sí, entonces era un problema. Afortunadamente para esta vigencia si ya es la contratación directa de los indígenas con el departamento..." (IPS indígena).

De igual manera se destaca la importancia de la normativa desarrollada a nivel nacional, en particular la Circular 011 de 2018 que plantea directrices para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI- a nivel territorial en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud; en la cual se trazan los parámetros a tener en cuenta en el marco de la planeación territorial, de manera conjunta entre lo dispuesto en la Resoluciones 518 y 1536 de 2015 y la mencionada Circular; por supuesto incluyendo el abordaje del tema de salud pública, para el caso que interesa al estudio, el Plan de Intervenciones Colectivas.

En cuanto a las dificultades en el proceso de contratación se manifiestan dos elementos importantes: en primera instancia que no hay una comprensión de la legislación indígena, lo que lleva a inconvenientes en el momento de la contratación; y por otro lado, las dinámicas temporales son diferentes en el mundo occidental y el mundo indígena.



La salud
es de todos

Minsalud

"Es que en primer lugar hay municipios que no tienen como mucha claridad , por eso decía yo que hacía falta el ABC de la legislación indígena, la integración de las normas de salud indígena que tiene que ver con su territorio, con su gobernabilidad, con su autonomía, con su identidad...no si yo no puedo vacunar pero resulta que culturalmente no lo puede vacunar porque tienen que ser instituciones autorizadas; o sea quienes pueden hacer las acciones de salud pública en los territorios indígenas son los mismos indígenas y son las mismas instituciones de salud indígena. Entonces, en cuanto a la comprensión de eso, todavía no se ha dado, es la dificultad que se tiene para términos contractuales, si..."

"El mundo occidental tiene una dinámica y debería ser anual, pero la anual se traduce es final de año; entonces que pasa todo se deja para final de año y piensan que desarrollar acciones de salud pública es aquí a la vuelta de la esquina... y sugerencia que hemos hecho los indígenas de que tiene que ser desde comienzo de año, porque allá manejamos un calendario, si, donde se hacen las acciones de salud pública, si entonces hemos tenido esa dificultad porque todo se deja para el final. Ahora tengo una discusión con el Distrito porque no lo pudimos firmar antes de la Ley de garantías, si, nos cogió la Ley de garantías; ahora tengo que esperar el 28 de octubre para poder suscribir, y quedaría noviembre y diciembre, si, entonces no es igual la zona urbana y la zona rural..." (IPS, indígena).

Finalmente se hace referencia a que los recursos para el PIC son limitados, por tanto, no permiten auto sostenibilidad de la IPS Indígena que actúa como contratista.

"Los recursos de salud pública son limitados, uno ve hasta para el mismo ente territorial es limitado, porque nosotros tenemos estudios de costos, cuánto vale desarrollar acciones de salud pública indígenas en los territorios indígenas, igual también, creo que el ente territorial tiene estudios de costos, pero las asignaciones de los recursos es muy por debajo de los recursos que realmente necesita; entonces nosotros al desarrollar acciones de salud pública nos queda más es que esas acciones nos sirven es para evitar la enfermedad, si todo eso, más que capitalizar y quede recursos porque son recursos muy irrisorios..." (IPS, indígena).

Adicionalmente, dentro de los factores de contexto que inciden en el proceso de contratación, se encuentra lo relacionado con la voluntad política del mandatario de turno.

"Dificultades en la contratación del PIC, que hemos tenido nosotros es el tema político, la voluntad política, el beneficio o lo que pretenda el mandatario, en su momento no nos permitió trabajar en los años anteriores, pero todo depende de la voluntad política. Nosotros queríamos contratar desde el 2017, pero por temas políticos no nos permitieron... La dificultad que teníamos nosotros es que la 518 dice que se debía contratar prioritariamente con la ESE, obviamente que nos tocó mostrar más resultados, porque las administraciones tienen que seguir ese lineamiento, pero nosotros tenemos la documentación al día, estamos habilitados para trabajar y no vimos que haya alguna situación que no nos permita contratar el PIC..." (DTS).



5.2.3 Ejecución

Es el momento de la realización de acciones asociadas a la concreción de la o las alternativas frente a una situación dada. En el PIC, se da cuando el operador contratado por la entidad territorial (ET), lleva a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el marco de la afectación positiva de determinantes sociales para lograr resultados en la salud de individuos y colectivos.

De acuerdo con los criterios de contratación del PIC de la Resolución 518 de 2015, son las ESE y las IPS Indígenas (IPS-I) las entidades que prioritariamente ejecutan el PIC, lo que significa que estas tienen preferencia en la escogencia para desarrollar las actividades técnicas y operativas previstas. El Art. 14 de esta norma, señala que:

"14.1. La entidad territorial contratará prioritariamente con las Empresas Sociales del Estado ubicadas en el territorio (incluye las IPS indígenas), las acciones del PIC para las cuales tenga capacidad técnica y operativa".

"14.2. Cuando la IPS pública ubicada en el territorio no esté en capacidad de ejecutar algunas acciones del PIC, la entidad territorial podrá contratarlas con Empresas Sociales del Estado de municipios vecinos. Del mismo modo, podrá contratarlas cuando por su ubicación geográfica, estas IPS estén en mejor capacidad de garantizar el acceso de la población a dichas intervenciones".

Dicha preferencia se refuerza en el Art. 17 en donde se plantea que, si no se contrata con las ESE, estas se beneficiarán de un proceso de asistencia por parte de las ET para que en el siguiente año puedan ser contratadas:

"... En los casos en los que la entidad territorial no haya contratado el PIC con la IPS pública, en razón a que no cuenta con la capacidad técnica y operativa para su ejecución, las entidades territoriales distritales o municipales en concurrencia con el respectivo departamento, deben implementar estrategias para el desarrollo de las capacidades en las IPS públicas.

Lo anterior, con el fin de que estas puedan asumir la ejecución del PIC en la siguiente vigencia, garantizando que la prestación de las intervenciones colectivas a su cargo, puedan ejecutarse aprovechando y optimizando las capacidades de las IPS públicas".

Esta prioridad, cuando se trata de intervenciones en comunidades indígenas, es reiterada en la Circular 011 de 2018 en la cual el MSPS da directrices para la construcción e implementación del SISPI en el ámbito territorial.

En la información dada por actores, en relación con la ejecución del PIC, se encontró que en general las ET contratan y ejecutan buena parte de las acciones PIC con las ESE de su jurisdicción, lo que se corresponde con la prioridad que da la Resolución; igualmente, ven esta alianza como una posibilidad de apoyo al fortalecimiento de la capacidad de acción del hospital.

"Hay un interés en apoyar, fortalecer a las ESE, una forma de canalizar los recursos..." (IDS).

"... contratamos con los hospitales públicos desde que era el PAB, por decisión política siempre se contrata con hospitales públicos; son bastante importantes los recursos,... se representan en flujo de caja, liquidez". (SDS).



La salud
es de todos

Minsalud

No obstante, se encuentran situaciones donde no se está dando dicha ejecución con las ESE ante la existencia de falencias o incumplimientos por parte de estas y aún subcontrataciones que están prohibidas en la Resolución 518.

"Lo que pasa es que el hospital ha sido,... como incumplido, no han participado en este tipo de contratos porque han tenido una mala experiencia con PIC municipal, no ha habido cumplimiento..." (DMS).

"Con ellos hicimos la contratación 2 años, pero por inconvenientes en el incumplimiento total de las actividades se decidió cambiar la IPS" (DSM).

"...el problema de la ESE era que todos los años subcontrataba...Con otra empresa sí,... ellos contratan con una fundación" (DDS).

Siendo las ESE las principales ejecutoras del PIC, existen aspectos contractuales y de pago, asociadas a la ejecución, que se relacionan con la posibilidad de obtener ganancias por la gestión y acciones desarrolladas. Al respecto, en diferentes ET han adoptado maneras de reconocer un gasto de administración o una ganancia a la ESE, asunto que la norma no define; sobre este asunto, se reportan formas diferentes de realizar este reconocimiento a la ESE: i) estipular un gasto de administración, ii) prever un margen de ganancia, y iii) costear las acciones de manera tal que se generen excedentes.

Respecto de la organización del hospital no se encuentran transformaciones, aunque si se identifican incidencias en la organización de una entidad que, en el marco del SGSSS, se adecuó para la prestación de servicios de atención de la enfermedad y de carácter individual. Hay voces críticas frente a esta situación:

"... el hospital tiene que organizarse más para hacer la ejecución del PIC,... lo que pasa es que las Secretarías de Salud tenemos una orientación más hacia la salud pública y los hospitales más hacia la prestación del servicio... a veces no tienen ni siquiera la capacidad instalada para operar un PIC,..." (SMS).

En cuanto al talento humano, la implementación del PIC genera una nueva dinámica en el hospital, pues hay contratación de nuevo personal para las acciones extramurales y/o con comunidades, hay adición de funciones, reorganización de actividades y pagos nuevos para personal que ya estaba contratado para actividades de atención.

"...identificamos el talento humano y a veces elijo a unas personas directas del hospital para que pasen a coordinar los proyectos del PIC esto entonces conlleva a buscar personal para reemplazarlas, cuando puedo lo que se hace es adicionarle unas horas laborales y eso se reconoce..." (ESE).

"... invito a mi personal para ver si quieren colaborar con las acciones PIC, pues esto requiere dedicación y tiempo y a quienes aceptan se les hace un ajuste en los contratos... se requiere bastante contratación de personal... para ejecutar PIC" (ESE).



La salud
es de todos

Minsalud

"Se tiene los equipos extramurales que son los responsables de llevar a cabo las actividades, siempre hay que contratar talento humano por que la ESE no tiene la capacidad para cubrir a toda la población" (ESE).

Al asumir el PIC, la ESE tiene retos en la adecuación de la capacidad operativa. Se señalan mayores exigencias en lo administrativo, pues crece el volumen de tramites por contratación de personal y de servicios, supervisión, rendición de informes, manejo de cuentas, adecuación de espacios para trabajo del personal contratado y para actividades con comunidad; en el caso de grupos étnicos se requieren procesos de concertación. En algunos casos estas exigencias de reorganización son vistas como un problema o se dice que las ESE no están adecuadas para asumir el PIC y en otros se ven como algo que redundaría en el fortalecimiento institucional.

"Tenemos que hacer contratación y eso hace que la Subgerente Administrativa tenga que correr con contratos, la Subgerente Científica todos los meses reciba un montón de cuentas para revisar" (ESE).

"...incide porque es un equipo supremamente grande,...eso implica que el proceso de selección, de contratación, de certificación, consecución de talento humano, casi que absorbe a contratación por el tamaño del equipo,..." (ESE).

"Dado que hay que dar cumplimiento a las acciones del PIC por dimensiones, entonces eso tiene que ver con contratación de recurso humano,... entonces hay que no sólo desde lo financiero sino también desde lo administrativo hacer una organización para dar cumplimiento a lo que está ahí contratado..." (ESE).

"...los hospitales no tienen un espacio..., he tenido que revisar informes en un andén, en una capilla, los hospitales no tienen un espacio para recibir a los que toca contratar para las actividades extramurales,...". (ESE).

"Algunos proyectos requieren adecuaciones físicas, compra de insumos y elementos para poder arrancar." (ESE).

"...el hospital ha tenido que adecuarse... tuvieron que adecuar una casa para poder tener las oficinas para todo el personal que iba a operar el PIC, ...A veces utilizan su recurso humano, o a veces subcontratan para atender lo que se requiere". (ESE).

En cuanto a adecuaciones que tienen que asumir las ESE en el proceso de ejecución del PIC, en razón a las dinámicas poblacionales, socioculturales, epidemiológicas, económicas o políticas que se presentan en el territorio, se encuentra que en una mayoría no se generan exigencias que lleven a replanteamientos de fondo respecto de lo contratado; sin embargo, sí se han presentado ajustes operativos o alianzas con ONG, alcaldías, instituciones y EPS, para dar respuesta a situaciones específicas como en el caso de migrantes venezolanos y población indígena.

"...Con la población venezolana... Se han gestionado varias estrategias de modo que a ellos no se les niegue, por ejemplo, vacunación sin barreras... Ahorita no hay exclusión por ser migrante, es como si fuera de la misma población de acá..." (SDS).

"Son complejos, pero siempre están disponibles para recibir al personal... La población indígena, cuando uno va a hacer una brigada, ellos tienen muy bien vigilada su zona y uno no puede entrar así... entonces se hace un contacto con



el jefe del cabildo o el gobernador de ellos, la referente... les dice que vamos a ir, ...siempre se tiene que concertar con ellos." (ESE).

En la interacción con comunidades étnicas, sobresale la relación con grupos indígenas. Desde las ESE no se identifican adecuaciones para un abordaje diferencial e intercultural, lo que se reconoce como una falencia, dada la falta de conocimiento de cómo implementar este tipo de directrices normativas y metodológicas. Situación reiterada por hospitales y dependencias de salud de las ET.

"El enfoque diferencial se quedó en teoría, pretender que un hospital tenga enfoque diferencial, por lo menos con población indígena que es la que más se tiene..., que ni siquiera tiene en atención del usuario alguien que hable el dialecto de la comunidad... los hospitales no han hecho apropiación... para hacer ese enfoque diferencial de PIC a la comunidad". (SDS).

"Hay un vacío en la formulación del PIC... para la comunidad indígena, no hay un enfoque diferencial, todo se asume igual para toda la población". (ESE).

Algunas entidades plantean que se hacen ajustes operativos o el reconocimiento de estos grupos, pero no se identifican adecuaciones trascendentes de carácter intercultural.

"Si se hacen adecuaciones en el caso de la población indígena,... por ejemplo las estrategias a veces se cambian cuando uno se da cuenta que no da resultado...el tema indígena es muy complejo". (SMS).

"... le reconocemos a esta población un recurso adicional para que compren todos los insumos de hierbas y demás..., nos ha llegado población que no tenemos contratada..., nos tocó buscar el traductor..." (ESE).

Lo anterior indica que en la ejecución se carece de adecuaciones para estos grupos específicos de población. No obstante, cuando en el territorio hay presencia indígena, las ET recurren a la contratación prioritaria de acciones con IPS-I presentes, quienes tienen cierta facilidad para el diálogo y trabajo con sus mismas comunidades.

Sobre la falencia de enfoque diferencial, aún desde el nivel nacional, se reconoce:

"... nos rajamos como país,... desde la nación tampoco hay desarrollo operativo para decir como lo hago, en la teoría digo tienen que hacer adecuación sociocultural..., creo que nos hace falta dar herramientas; y en el territorio..., hasta ahora estamos empezando a identificar que somos una sociedad heterogénea, es decir planeamos como si todos fuéramos iguales y planeamos desde el poder; departamentos donde el 80% son indígenas planean los blancos o los colonos y para quién planean?... departamentos donde un gran porcentaje son afros y no se ven representados para nada en la planeación, entonces creo que en lo sociocultural si nos rajamos". (Nivel nacional).

Sobre la complementariedad entre las acciones que se desarrollan a través del PIC y las acciones que son responsabilidad del aseguramiento, tanto de promoción y prevención como de atención, se encuentra que hay diversidad de experiencias, unas positivas y otras negativas.



La salud
es de todos

Minsalud

Respecto de las primeras, se dan procesos de coordinación e interacción entre las dependencias de salud de las ET, las ESE y las EPS (aunque muchas veces coyuntural); diversos actores señalan que se da complementariedad porque es el mismo prestador y esto facilita la canalización, o porque hay acuerdos con EPS para apoyarse en cuanto a generar una demanda inducida vía procesos de canalización.

"Complementariedad sí,... el modelo de atención del hospital tiene su base en nuestras acciones extramurales..., entonces si podemos demostrar como a través de las acciones de demanda inducida, de caracterización poblacional y del riesgo traemos a la población a los programas de prevención y detección temprana,... incluso al ciclo de urgencias, muchos han reconocido al hospital como su institución prestadora... a través de las acciones extramurales... ahí la canalización frecuente... ese es el impacto y esa es la ganancia" (ESE).

"Hay receptividad en las EPS. Como resultado de la caracterización de la APS pudimos llegar a estas... Así se va rompiendo... el mito de que lo público y lo privado no pueden trabajar,..." (ESE).

"... hay articulación y se complementan cuando se va a ejecutar un proyecto... coordinan con las EPS para que hagan presencia, también pasa de manera contraria pues cuando ellos van a hacer una actividad masiva entonces nos avisan para que nosotros estemos y complementemos la atención" (ESE).

No obstante, es muy frecuente que se señale que es una debilidad, lo que se relaciona con la dificultad en la coordinación y articulación con las EPS, la diversidad de IPS y EPS, el incumplimiento de las EAPB, o de manera taxativa se dice que esta complementariedad no se da y que se desconoce este deber ser.

"Hay limitantes de la articulación entre la ESE y las EPS, pues... en las jornadas de salud deberían participar y no lo hacen, no se hacen presentes. Para muchas de las actividades formuladas que son en concertación con las EPS no encuentran apoyo para su desarrollo, le toca hacerlo solo al hospital" (ESE).

"...las EPS, ellas son demasiado desarticuladas y entonces así el municipio y el hospital estuvieran articulados, nos faltaría ese otro eslabón que es la EPS,... porque siempre se hacen muchos esfuerzos, pero cuando llegamos a la EPS ahí nos quedamos; porque la EPS no autoriza, no gestiona rápido... nos sentimos con una gobernabilidad... frente a la ESE, pero frente a las EPS a veces si nos quedamos cortos..." (SMS).

"Falta muchísimo...; el municipio tiene una estrategia implementada que es Salud para todos... prestamos la atención,... dentro de nuestra competencia hasta que la barrera del aseguramiento se nos presenta,... pero no es fácil entonces ahí falta complementariedad con la EPS" (ESE).

Desde en nivel nacional se mencionan preocupaciones por la complementariedad que debería existir y que es fundamental para poder obtener los logros que se requieren:

"Se esperaría que hubiese complementariedad, la verdad que ese es el tema álgido desde que surgen las acciones colectivas y las acciones de promoción y prevención... eso se quedó en el discurso". (Nivel nacional).



La salud
es de todos

Minsalud

Sobre estos desencuentros que afectan la integralidad de servicios y la coordinación, se ha señalado que es *"...difícil la coordinación entre las acciones de salud pública y promoción y prevención a cargo de las entidades territoriales con la prestación de servicios de salud; y favorecen un modelo curativo a costa de la prevención y la promoción de la salud"* (Gutiérrez Sourdis. 2018. Pág. 6). Igual, un documento del MSPS, citando a Guerrero et al, 2013, plantea que *"Desde la gestión de la salud pública se evidencia una baja capacidad técnica y de gestión por parte de las entidades territoriales para... coordinar la articulación de las acciones de salud pública con las actividades individuales realizadas por todos los agentes del Sistema"*. (2016. Pág.19).

En lo anterior se observa una gran debilidad en la articulación de acciones entre las EPS y las dependencias de salud de las ET, en las actividades de promoción y prevención que financia la UPC y las del PIC. Se menciona que no existe complementariedad entre acciones del PIC y acciones de promoción y prevención del PBS a cargo de las EAPB.

Además, se manifiestan problemas en asistencia técnica para el fortalecimiento de capacidades en las ESE para una mejor y adecuada ejecución de las acciones del PIC.

"En cuanto a la ESE, no ha recibido apoyo en el desarrollo de capacidades para la ejecución del PIC, las relaciones son más bien de interventoría" (ESE).

En ET abordadas, donde hay importante presencia de grupos indígenas y existen IPSI, el PIC es contratado con estas, lo que conlleva a que las ESE no participen de la ejecución del PIC en estas poblaciones. Diferentes actores, identificaron algunos aspectos positivos en la ejecución por parte de la IPSI, estos se relacionan con:

a) Son entidades, creadas por autoridades indígenas y sus organizaciones, que tienen dentro de su objeto desarrollar proyectos de salud, según lo establecido en el Decreto 1088 de 1993.

"Yo pienso que no tenemos más facilidades por tener IPSI de las organizaciones indígenas que son Asociaciones de Cabildos...Facilita el que nosotros podamos decirles que somos una IPS indígena y que es de las asociaciones y que sería bueno que todos ellos participaran". (IPSI).

b) Realizan concertación con autoridades de comunidades o resguardos y de organizaciones indígenas existentes en las respectivas jurisdicciones.

"Se hacen concertaciones previas para poder ingresar a las comunidades...si no nos dejan entrar nos comunicamos con los presidentes de las Asociaciones de Cabildos porque ellos se comprometieron y tenemos un certificado... para poder entrar al territorio de las Asociaciones". (IPSI).

c) Se vincula personal de las comunidades para las acciones del PIC como para la labor de comunicación y aún para acciones asociadas a medicina tradicional.

"... contratamos técnicos, auxiliares en salud, enfermeros de las comunidades para que ellos desarrollen las acciones. A las comunidades hay que tratarlas con



La salud
es de todos

Minsalud

mucho cuidado, hay abuelos que no entienden... y ahí se necesita personal de las mismas comunidades que hablen su idioma". (Autoridad indígena).

"Ellos tienen, dentro de su talento humano personal indígena de las Comunidades" (DMS).

"La IPSI, si tienen que hacer adecuaciones, pues nuestro PIC está enfocado en la parte etnocultural...trabajamos con los médicos tradicionales, las parteras y los profesores que hay en cada comunidad" (DSM).

d) Se procura una complementariedad vía canalización con los servicios incluidos en el aseguramiento.

"Lo que desarrollan los indígenas de PyP, si, que es lo esencial en lo indígena se complementa con algunas acciones que contrata la EPS,... en este caso coinciden, es que la población es la misma, la institución es uno solo, por eso es que tiene que hacer las acciones individuales y las acciones públicas tienen que estar juntas,... hay un mandato superior de las organizaciones,... en dónde está el cumplimiento del modelo de salud intercultural, en ese mandato del modelo está sujeto la salud individual y la salud pública,...". (IPSI).

e) Algunos destacaron que la participación de la IPSI en el PIC es positiva, porque contribuye al fortalecimiento de esta entidad propia de sectores indígenas.

"... va generando experiencia, que es una razón por las cuales se accede luego a contratar con la IPSI, por su experiencia". (DMS).

"... Crea capacidad, hecho de nosotros tener la posibilidad de planear, ejecutar,... de tener acceso a unas comunidades indígenas que son bastante cerradas, estrictas, tener que desarrollar un proceso logístico, la contratación, la ejecución, el seguimiento, la evaluación, trae mucho aprendizaje". (IPSI).

No obstante, un actor señaló algunos aspectos problemáticos, pues aun siendo una entidad de sectores indígenas tienen dificultades en la llegada a algunas comunidades debido a que tienen que enfrentar intereses particulares de algunos líderes.

"... entrar a las comunidades indígenas es complicado, independientemente de que los programas, las actividades sean a favor de las comunidades, los líderes quieren negociar..., entonces le ponen todas las trabas para entrar, aun siendo IPS indígena... a veces lo que quieren es beneficios personales,... el PIC es de la comunidad y la comunidad requiere el PIC,...." (IPSI).

5.2.4 Seguimiento y evaluación

Etapa crucial del ciclo de una política, programa o plan; con el seguimiento se identifica cómo se están desarrollando los procesos para el cumplimiento de metas, y con la evaluación se determinan los impactos logrados con la ejecución. Al respecto del monitoreo (aquí seguimiento) y evaluación, se dice en el texto *"Manual de análisis y diseño de políticas públicas"*, que *"se trata de ejercicios cruciales para garantizar el*



La salud
es de todos

Minsalud

mayor impacto en la dirección deseada y minimizar, en lo posible, efectos negativos no intencionados que puedan resultar de una intervención pública” y “deben ser concebidos como ejercicios objetivos, aleccionadores, útiles y constructivos,...” (Ordoñez-Matamoros. 2013. Págs. 234-235).

El seguimiento y la evaluación, para el caso que nos ocupa, sería la constatación de cómo se avanza en las acciones previstas y que incidencia se tiene en los determinantes sociales de la salud y en necesidades de salud de las poblaciones. Por lo anterior, el seguimiento y la evaluación conllevan la toma de decisiones en cuanto al desarrollo del PIC en ejecución y repercute en las próximas formulaciones de este.

La Resolución 518 de 2015, fija directrices respecto del seguimiento y evaluación del PIC; en primer lugar, se señala como responsabilidad del MSPS (Art. 11, Numeral 11.1.6), de los departamentos y distritos (11.2.6), de los municipios (11.3.5); y en segundo lugar, plantea más ampliamente que: *“El monitoreo y la evaluación del ...PIC deberá desarrollarse en el marco del proceso de evaluación del Plan Territorial de Salud, para lo cual se deberá tener en cuenta las directrices que para el efecto expida el Ministerio, lo definido en el Anexo técnico de la Resolución 1841, las competencias previstas en la Ley 715 de 2001, y las demás normas que las modifiquen o sustituyan. ...Los resultados del seguimiento y evaluación del PIC se tendrán en cuenta para la definición de proyectos de desarrollo de capacidades y planes de mejoramientos, a ser desarrollados por este Ministerio, los departamentos y distritos” (Art. 19).*

Vale señalar que lo planteado en la Resolución es confuso, pues cuando se habla de responsabilidades en el Art. 11, se está señalando un ejercicio de control técnico, financiero y administrativo; y cuando aborda el cómo se debe realizar (Art. 19), remite a otras normas de diferente alcance, entre las que se encuentran: la Resolución 1841 de 2013, la Ley 715 de 2001, y otras asociadas con los PTS, con lo cual se hace confusa y dispersa la intencionalidad de las acciones en mención para ese plan específico.

Relacionado con lo anterior, en las ET y en las ESE e IPSI, de manera generalizada, interpretan las funciones de seguimiento y evaluación como la acción de verificación de actividades en razón a compromisos, metas, alcances y fechas acordadas en lo contractual; es decir lo equivalente a la función de supervisión; dejando de lado el verdadero propósito del seguimiento y evaluación, en el sentido de medir la calidad de los servicios prestados y los resultados e impactos obtenidos con las acciones y con las intervenciones realizadas con el talento humano o servicios contratados.

En la información aportada por los diferentes actores entrevistados, respecto del monitoreo y evaluación hecho por las ESE y por las dependencias territoriales de salud, y las implicaciones de estas actividades, se encuentra:

“...la Secretaría pide que se le entreguen informes descriptivos de todas las actividades que se hacen, ese informe debe estar acompañado de evidencias fotográficas, listados de asistencia. ...entonces mes a mes se pasa un informe grande de la ejecución... del PIC, entonces se la pasa a la Secretaría de Salud y lo tienen ahí como evidencia del cumplimiento de esa contratación.” (ESE).

“Si hacemos seguimiento. Mensualmente recibimos los informes del mes anterior,... a cada hallazgo hacemos un plan de mejoramiento para que lo corrijan en las actividades de campo. Tengo un profesional para cada dimensión,... se encarga de hacer seguimiento a las actividades, somos muy rigurosos en ese seguimiento,...” (DMS).



La salud
es de todos

Minsalud

"Tenemos un sistema de información, el cual fue diseñado para hacerle seguimiento a todos los contratos con todos los operadores, el sistema capta toda la información: operador, contrato, número de productos, productos. Se recibe la información por parte del operador, se hace verificación de la información... todo es sistematizado y está atado con la supervisión o la interventoría. Se valida y se hacen las correcciones si es el caso,... Ahí está el seguimiento que se le hace para temas de pagos y de cumplimiento de las actividades o productos pactados en el PIC." (SMS).

"El referente del proyecto es el supervisor del contrato y hace seguimiento, hace una supervisión que debe ser desde lo técnico y lo administrativo, lo financiero,... creo que en eso si somos muy rigurosos, hay un manual de interventoría que te dice tienes que hacer la interventoría..." (DTS).

"Este monitoreo se hace de dos formas, es un monitoreo administrativo y un monitoreo técnico..., nosotros llevamos un monitoreo interno, el monitoreo administrativo es a través de unos instrumentos que la misma subred nos envía y a través de seguimiento de reuniones de avances, como van cada uno de los procesos, pero también el distrito determina unos seguimientos por parte de ellos mismos vienen y nos hacen el seguimiento..." (ESE).

"Tienen que estar en terreno haciéndole seguimiento a la actividad para verificar que la actividad se está llevando a cabo con los términos que se solicitaron; y después se hacen mesas de trabajo con ellos...ya al finalizar la contratación se hace un informe final donde se va a la totalidad de la ejecución por cada intervención o por cada dimensión". (SDS).

"El seguimiento se realiza mediante un cronograma, de dos a tres seguimientos en el año; se revisan los soportes de la ejecución de acciones, el contenido y mirar si se desarrolló de acuerdo a lo que se pretendía y si se hizo en el trimestre, y se va montando en la plataforma del MSPS". (SMS).

"Ellos nos están monitoreando de manera mensual y trimestral. ...nos reunimos con la secretaría para entregar el informe según lo que quedó en el contrato" (ESE).

Desde el ámbito nacional también se hacen planteamientos asociados con este ejercicio limitado del seguimiento y la evaluación:

"Hacen seguimiento en dos vías, financiera que es más fácil a través de los informes al FUR, información de cuanto han ejecutado y en la parte técnica sólo lo relacionado con porcentaje de cumplimiento, no se aborda lo de la calidad e impacto, para esto no hay instrumentos". (Nivel nacional).

Y se identifican falencias:

"El seguimiento y monitoreo es una debilidad grandísima y por eso es que también no funciona, la verdad si yo no lo hago pues no pasa nada y si lo hago diferente no pasa nada y si lo hago mal no pasa nada, porque tenemos una debilidad en esto, culpa de todos". (Nivel nacional).



La salud
es de todos

Minsalud

De igual manera, aparecen voces críticas desde los mismos hospitales:

"Lo triste es que la ejecución de esto es de números, de metas, haga 1000 visitas, 2 talleres, 24 sesiones educativas, pues el control es muy fácil,... cuente. El criterio de cumplimiento de logro es si se tienen las fichas, más no la calidad de la atención o la vinculación" (ESE).

"..., ahora no es ir a dictar una charla y tomar una lista de asistencia... ahora son procesos, Entonces se requiere fortalecer capacidad para hacer el monitoreo y seguimiento de los productos". (ESE).

En algunos casos se menciona un proceso más técnico y soportado en sistemas de información o aún en interventorías contratadas, aunque igualmente muy ligado a la acción de supervisión:

"A partir del desarrollo de cada actividad se hace una interventoría específica de la actividad desarrollada, pero también se hace la consolidación de esa ejecución y para eso tenemos una herramienta muy importante que es el SISPRO, la herramienta que el SISPRO desde la planeación operativa del plan territorial, del plan de acción en salud, del POAI; entonces a través de esta herramienta que tiene semaforizaciones..., nos apoyamos para hacer ese seguimiento al cumplimiento y monitoreo de lo establecido dentro del contrato del PIC. Además, que existe una planeación puntual de las actividades y esas actividades obviamente tienen indicador, de que ese indicador es de seguimiento, indicadores de producto...". (SMS).

"Hay niveles de seguimiento, primero pues se le hace seguimiento a cada contratista entonces de acuerdo con el cronograma de actividades y a la meta de cada proyecto... Ahora bien, en la globalidad del proyecto hacemos cada mes una reunión con todos los coordinadores para presentar en un informe cómo va la gestión de las actividades y en lo que se requiera se hace la acción de mejora. Este seguimiento interno se hace para darle cumplimiento al contrato... la Secretaría tiene contratadas empresas de interventoría, entonces hacen una interventoría continua y exhaustiva en campo y en la oficina; hace también visitas aleatorias entonces ellos hacen ese seguimiento muy bien. Adicionalmente nosotros tenemos comités de diálogos en donde participan las tres partes: la Secretaría, la interventoría y nosotros. ...se hacen los planes de mejoramiento..." (ESE).

Inclusive, se señala que en el Ministerio hay una labor técnica al respecto, la cual se menciona de la siguiente manera:

"El MSPS hace seguimiento a nivel territorial, tenemos dos herramientas oficiales: una es para la ejecución de recursos que es el reporte del FUT y otra es el cargue de información de ejecución en el Portal que se lleva a cabo de manera trimestral y se reporta lo planeado vs. lo ejecutado. El cargue en el portal ha tenido dificultades por el acceso a la herramienta tecnológica, pero entonces hicimos un formato en Excel para que llevaran a cabo el seguimiento. Se estaba trabajando para que el seguimiento del PIC fuera nominal. Pero las herramientas formales son el Portal Territorial y el Sistema chip, desde la Dirección de Promoción damos cumplimiento al Decreto 028 del 2008 para hacer seguimiento, monitoreo y



La salud
es de todos

Minsalud

control al gasto que hacen las ET de los recursos del SGP. Hay indicadores de PIC y Gestión para hacer seguimiento desde la Dirección,..." (Nivel nacional).

También, se detectan debilidades en la coordinación o en el acompañamiento en estos temas:

"No nos articulamos con el departamento para hacer el seguimiento, cada uno por su lado" (DMS).

"No hemos tenido acompañamiento ni asesoría u otro tipo de intervenciones...no" (ESE).

Igualmente, surgen propuestas para el mejoramiento del seguimiento y evaluación:

"Debería existir un sistema de información único para así darle buen uso a la información para la medición del impacto. Esa medición del impacto es muy difícil de hacerla, no se puede evidenciar muy fácil cómo impactan los proyectos al pasar de los años" (ESE).

"Contemplar hacer asistencia técnica y dirimir las falencias que se identifican en esa ejecución...No ha habido asistencia técnica. ...Pero ese acompañamiento nada" (ESE).

Se considera que el seguimiento y la evaluación es la constatación de que el contrato se está cumpliendo y que los recursos se están destinando a las actividades previstas en el marco del objeto contractual, a la vez que ésta sirve como recopilación de insumos para la rendición de cuentas al contratante. Lo anterior constituye una debilidad, pues la razón de ser del seguimiento y la evaluación, como etapa del ejercicio de planeación, es describir y explicar cómo se están desarrollando los procesos para el cumplimiento de las metas, en este caso la incidencia en determinantes sociales de la salud previamente definidos; lo que además conlleva la toma de decisiones respecto del desarrollo del PIC en ejecución y de las próximas formulaciones de este.

Vale destacar que en diferentes lugares se manifiesta la necesidad de asistencia técnica que de claridad y conocimiento de lo que es el seguimiento y la evaluación para hacer un monitoreo integral del PIC, del impacto de sus acciones, en relación con la calidad, logros e incidencia respecto de la salud pública; así mismo para una debida articulación y comunicación entre el departamento y los municipios, y para lo que se relaciona con la concreción del enfoque diferencial según especificidades.

Cuando los actores que han asumido el PIC son IPSI, también prima que estas acciones son de supervisión contractual. Es así, que se señala:

"La Secretaría nos hace la evaluación. De ahí es que dice el PIC este año tuvo un porcentaje de tanto". (Autoridad indígena).

"... de acuerdo al cronograma de la IPSI nos trasladamos al territorio, de los diferentes componentes envían a un técnico o un profesional con los formatos de evaluación y ellos llegan al territorio y hacen la verificación". (SDS).



La salud
es de todos

Minsalud

Por parte de autoridades indígenas, se tienen algunas consideraciones respecto de participación en ejercicios adicionales de control. Al respecto:

"Como organización si le hacemos monitoreo a la IPSI". (Autoridad indígena).

"En el monitoreo son las mismas autoridades indígenas, con ellos nos reunimos, socializamos resultados... y plan de trabajo... ¿Nosotros hacemos ese tipo de evaluación, preguntamos la IPSI cumplió? ¿Que fue a hacer?, que no hizo?, ¿que no les gustó?... la IPS misma va a presentar el resultado". (DSM).

"En... la Mesa de Participación Indígena también se hace evaluación". (DSM).

"... son acciones que ya mandataron nuestras autoridades, lo que hacemos es sentarnos... si esas acciones se hicieron conforme a ese mandato" (IPSI).

En este asunto se plantean falencias en cuanto a la claridad de un enfoque diferencial y adecuado a las particularidades socioculturales.

"No hay una medición diferencial con los indígenas. Los occidentales reconocen pero no validan..., el MSPS exige pero no lo hay". (IPSI).

Finalmente, se ve el seguimiento y la evaluación como una oportunidad:

"Los hallazgos pueden ayudarnos a que el PIC se mejore, que haya líneas directamente enfocados al pueblo indígena... Si contratamos un médico, un psicólogo, porque no contratar un abuelo, un sabedor, que también tiene su conocimiento; sería muy buena esa articulación". (Autoridad indígena).

"Esos resultados han servido para dos cosas: ... es que hemos afianzado el reconocimiento y la existencia de la salud pública indígena; también le estamos haciendo un aporte importante las acciones de la salud pública... en la población indígena,... porque está más en la parte preventiva, promoción, educación... eso hace que el indígena se enferme menos...". (IPSI).



6. RESULTADOS

De acuerdo con los hallazgos derivados de la aplicación de instrumentos con los diferentes actores que intervienen en el desarrollo del PIC, la revisión de información cuantitativa y cualitativa disponible, de los análisis asociados, y teniendo en cuenta las preguntas orientadoras que fueron planteadas en los referentes de este estudio, a continuación, se presentan los resultados obtenidos.

6.1 Incidencia de la Resolución 518 sobre la sostenibilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado.

En relación con los aspectos financieros que se derivan de la expedición de la Resolución 518 de 2015 en lo correspondiente a ejecución de las acciones PIC por parte de las ESE, se encuentra que: i) En general los ingresos derivados del PIC tienen un peso porcentual bajo con respecto al volumen de ingresos de las ESE, los cuales corresponden en promedio al 4.2%, no obstante, este porcentaje tiene un mayor peso promedio para el primer nivel de atención. ii) No se evidencia aumento de recursos contratados y facturados a partir de la expedición de la norma en mención; iii) en los procesos de interacción entre las ET y las ESE en materia de contratación y pagos por PIC, aunque no se dispone de información detallada de cartera por concepto PIC, se evidencia un deterioro creciente del estado de cartera, que afecta el flujo de recursos de las ESE y por ende su capacidad de auto sostenibilidad; iv) se identifica la ausencia de un registro contable de gasto por concepto PIC, que permita establecer objetivamente los costos y sostenibilidad asociados a las acciones ejecutadas en este rubro.

6.2 Factores intrínsecos de los hospitales asociados a su quehacer en el PIC que explican sus resultados financieros

A partir de la Resolución 518 de 2015, en la cual se plantea la contratación prioritaria del PIC con las ESE (incluyendo las IPSI), estas asumen procesos adicionales de contratación, ejecución, seguimiento y evaluación; de tal forma que deben incorporar actividades adicionales a la operación, que según la información obtenida se traducen en gastos financieros adicionales.

Estos procesos están relacionados con exigencias de adecuación para el abordaje de las actividades extramurales con intervenciones colectivas y con logística específica. Los factores más sobresalientes que se identificaron corresponden a:

a) Administrativo: De acuerdo con los testimonios e información suministrada por las ESE, la ejecución del PIC implica un esfuerzo adicional de personal y recursos para cubrir aspectos administrativos asociados a procesos de selección, contratación, planeación y seguimiento a la ejecución del Plan, así como, elaboración de contratos, pagos, entre otros. Dichos costos, no se encuentra explícitamente cubiertos por los recursos



La salud
es de todos

Minsalud

asignados al PIC. *Se evidenciaron diferencias en la interpretación* de la Resolución 518 de 2015 en este sentido, así como la necesidad reglamentar un porcentaje de los recursos PIC, para cubrir los gastos administrativos asociados a la ejecución de este.

b) Talento humano. La percepción general de la ESE, en el marco de la Resolución 518 de 2015, pone de manifiesto que la ejecución del PIC establece requerimientos particulares, lo que implica en ocasiones sobrecarga de trabajo para el personal existente o requerimiento adicional de personal profesional, asistencial, promotores de salud, etc., exigiendo nuevas contrataciones; sin embargo, no todas las ESE tienen claridad si alguno o varios componentes del PIC pueden ser realizados por el equipo de planta, de forma que se maximice la eficiencia del uso del talento humano e indirectamente se apalanquen recursos para la ESE. *Se evidencian diferentes interpretaciones* al respecto.

c) Logística: Para las actividades extramurales, generalmente en las áreas urbanas alejadas, de difícil acceso o en las rurales, se requiere de transporte, bien sea terrestre o fluvial y en algunos casos aéreo. Existiendo áreas donde estos últimos (fluvial y aéreo) tienen un alto costo, es el caso de las entidades territoriales de la Amazonía, Orinoquía y del Pacífico o aún en áreas geográficas específicas como la Sierra Nevada de Santa Marta donde para llegar a ciertos sitios se requiere de viajes por carretera, en helicóptero y con frecuencia en mula (acémila).

En materia de logística para la ejecución de actividades PIC se reporta que en muchos casos se generan pérdidas desde el punto de vista financiero, en razón a los altos costos de transporte (Fluvial, aéreo o terrestre); en especial, cuando se presentan dificultades adicionales de acceso a las comunidades o el volumen de personas atendidas no “cubre” los costos del desplazamiento. *Se evidencian diferentes interpretaciones de la norma* en cuanto a que la Resolución 518 limita el uso del mismo medio de transporte para la realización de actividades de prestación de servicios de salud e intervenciones PIC. Estos vacíos de interpretación, impacta directamente el uso eficiente de los recursos, la programación de actividades, y en los casos particulares de acciones con población indígenas limita la receptividad de la intervención PIC.

d) Infraestructura: En relación con este asunto, se señaló que muchos hospitales no cuentan con las condiciones de infraestructura para que el personal contratado pueda ubicarse cuando tienen que hacer trabajo de oficina (Preparación de actividades, trabajo en grupo, informes, gestión de diferente tipo, etc.). De ahí que muchas veces se hayan requerido adecuaciones o el arriendo de instalaciones (casas, locales) para poder cubrir esta necesidad. En otros casos, manifiestan que esto no se ha suplido y que el aumento del personal dentro de las instalaciones del hospital genera traumatismos de diferente índole. Se plantea que estas adecuaciones representan costos adicionales que afectan las finanzas del hospital.

En resumen, en el ámbito del estudio se encuentra que existe consenso en la percepción de costos adicionales asociados a trámites administrativos, consecución y adaptación del



talento humano, disposición logística y adecuación de infraestructura derivados de la ejecución del PIC, lo anterior, asociado a *diferentes interpretaciones de la Resolución 518* que sumados inciden en las finanzas de los hospitales y en el uso eficiente de los recursos asignados al PIC.

De otra parte, es importante señalar que en este estudio no se logró la cuantificación de los costos mencionados, en razón a que, si bien en los reportes SIHO existe la cuenta de ingresos por concepto PIC, no existe la cuenta de gasto que detalle la ejecución de egresos por concepto PIC.

6.3 Factores derivados del contexto situacional y de mercado asociados con el PIC que explican resultados financieros de las ESE

En el marco de una contratación preferente con las ESE, según lo estipulado en la Resolución 518 de 2015, se evidencia que sí existen algunos factores del contexto situacional y de mercado que se relacionan con el desarrollo del PIC y que tienen incidencia en los resultados financieros de las ESE.

Población Indígena

Según datos del Censo 2018, la población indígena en Colombia es de 1.905.617³⁴ y es representativa de cerca de 115 pueblos diferentes lo que significa que en esta se encuentra una amplia diversidad sociocultural. En casi todas las entidades territoriales departamentales del país se tiene presencia de población indígena y por tanto en un número importante de municipios, agrupada en comunidades dentro y fuera de territorios de resguardos. Este contexto situacional ha tenido diferentes tipos de incidencias en el desarrollo del PIC por parte de los hospitales públicos.

En primer lugar, en cuanto a las particularidades de ubicación y culturales, se encontró que muchos hospitales han tenido o tienen dificultades para el trabajo extramural con población indígena, el cual consideran compleja por cuanto en muchos lugares el acceso a las áreas geográficas que ellos habitan no es fácil y porque las diferencias culturales generan barreras de entendimiento o de lógicas en colisión, frente a las cuales las ESE mencionan no poseer los conocimientos para el trabajo con enfoques adecuados y fundados en lo diferencial e intercultural.

Así, entre otros asuntos, se señala que en las comunidades indígenas aparecen "barreras" relacionadas con acceso, requerimiento de contratación de personal propio, traductores, inclusión de agentes y manejos tradicionales en salud, y que se condiciona a que las acciones PIC vengan acompañadas de brigadas de atención en salud.

Los hospitales manifiestan que, a partir de la situación anterior, de contexto geográfico y sociocultural se generan afectaciones financieras, pues al no poder realizar la totalidad de las acciones contratadas, se producen incumplimientos que redundan en el no pago por parte de las entidades territoriales o en sobrecostos para poder cumplir con condiciones exigidas por las comunidades, dichas exigencias no están pactadas y por tanto no son reconocidas en las liquidaciones. Lo que puede ser de alto impacto en los

³⁴ Tomado de: <https://www.dinero.com/economia/articulo/cuanta-poblacion-indigena-hay-en-colombia/276894>).



La salud
es de todos

Minsalud

recursos, cuando hay que suplir transporte aéreo o fluvial porque en determinado momento no se pudo entrar a la comunidad y hay que regresar.

En segundo lugar, en lo referido a las dinámicas de mercado en cuanto a la realización de acciones de salud asociadas al PIC, en el país existen diferentes IPS indígenas creadas en virtud de la Ley 100 de 1993 y del Decreto 1088 de 1993, que prestan servicios relacionados con el PIC y que por decisión de las comunidades indígenas y sus autoridades pueden ser escogidas para el efecto, lo cual está explícito en la Resolución 518 de 2015 y en la Circular 011 de 2018³⁵.

En los departamentos, distritos y municipios con población indígena, de la muestra, se encontró que el ejecutor del PIC para la población indígena en sus territorios y aún por fuera de estas comunidades, son las IPSI.

Lo anterior, manifestado por las ESE y por los otros actores, en términos de los recursos que se destinan por parte de las ET al pago de estas actividades, sí constituye competencia directa, pues el porcentaje de recursos que se contrata con las IPS indígenas dejan de ingresar por este concepto a las ESE, siendo en el caso de algunas entidades una contratación que llega al 100% de los recursos para actividades extramurales en comunidades indígenas, lo que efectivamente tiene impacto en los resultados financieros de los hospitales.

Fenómeno migratorio

Dada la evolución de la crisis migratoria venezolana que se ha dado en los últimos años, se estima que el total de venezolanos radicados en Colombia es de 1.488.373, equivalente a un 39% más que en el año 2018; de éstos 750.918 son regulares y 737.455 son irregulares.

De acuerdo a lo encontrado en el estudio, el fenómeno migratorio no ha incidido en la ejecución del PIC en cuanto a adecuaciones de las ESE, no obstante, si ha generado ajustes operativos para dar cuenta de la atención a grupos de población no previstos inicialmente en la programación anual, lo que ha conllevado trabajo conjunto con las Alcaldías, EPS, diferentes instituciones gubernamentales y en ocasiones con ONG. En los lugares visitados, las dependencias territoriales de salud hicieron énfasis en que la población migrante tenía cobertura en salud, tanto de carácter individual como colectivo.

³⁵ Esta participación de las IPSI se soporta en los derechos en salud que tienen las poblaciones indígenas y que están enmarcadas en normas de carácter superior como el Convenio 169 de la OIT "Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes" (ratificado por la Ley 21 de 1991), en el cual se señala, entre otras disposiciones que: "1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. 3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. (Artículo 25).

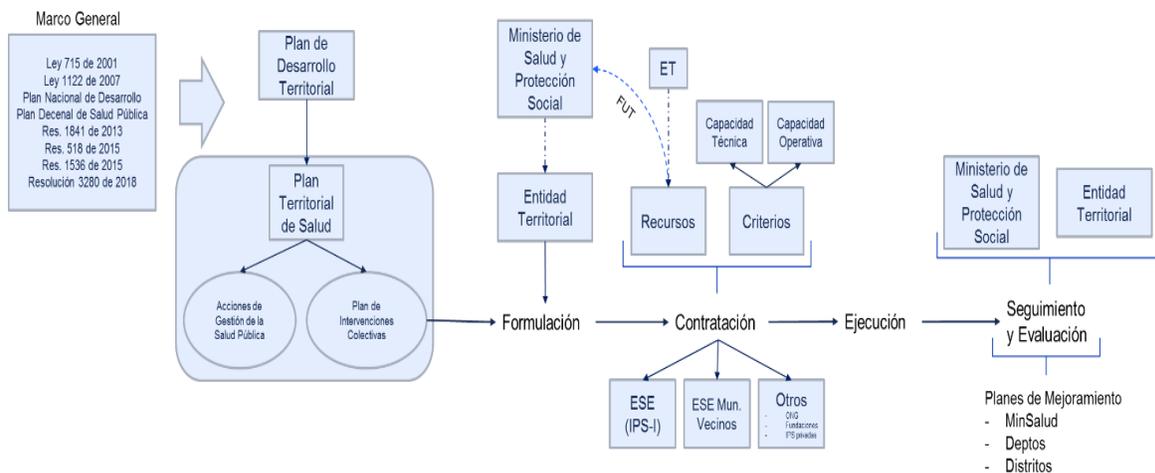


Complementariedad entre acciones PIC y el aseguramiento

El pluralismo estructurado plantea una separación por funciones del conjunto de actores del sistema de salud; de esta manera el Estado se encarga de la rectoría y administración del sistema, las EPS realizan los procesos asociados al aseguramiento y la garantía del derecho a la prestación de servicios de salud de los afiliados y los hospitales públicos, IPS y profesionales independientes realizan la prestación de los servicios de salud (Frenk y Londoño, 1997). En esta lógica, la Ley 1122 de 2007 en su Art. 31 expresamente estipula: "Prohibición en la prestación de servicios de salud: En ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales". Así, las ET quedan obligadas a priorizar la contratación de las acciones colectivas con la red pública local y salvo condiciones excepcionales pueden recurrir a otros actores para la realización de dichas acciones.

En este contexto, las ESE son centrales como ejecutores de las intervenciones diseñadas y contratadas por parte de las EPS y las ET. Particularmente, la Resolución 518 de 2015 brindó oportunidades de acción para que la ESE, en la prestación local, articule las acciones colectivas y la promoción y prevención individual, junto con una canalización hacia los servicios curativos cuando los diagnósticos así lo indiquen.

Gráfica 9.
Proceso Formulación, Contratación, Ejecución y Seguimiento y Evaluación
Resolución 518 de 2015



Elaboración: Grupo investigador, 2019

La Gráfica 9 muestra una interpretación del proceso que se sigue para la materialización de las acciones PIC que quedan consignadas en los PTS.

La complementariedad de los planes de beneficio y las intervenciones colectivas, la cual se reitera en las normas desde la Ley 100 de 1993, se debería insertar en el proceso que se estipula en la Resolución 518 de 2015. Sin embargo, se observa que existe poca articulación entre las acciones que se desarrollan por parte de las EPS, en el marco del aseguramiento y aquellas que se realizan desde el PIC.



La salud
es de todos

Minsalud

"Las EAPB no tienen el recurso humano para llevar a cabo las acciones de promoción, nosotros hemos llevado a cabo algunos llamamientos para que lleven a cabo esas actividades, pero ellos muchas veces tienen una sola persona para llevar a cabo visitas domiciliarias, atender, afiliar, hacer seguimiento, tienen horarios de atención limitados, pero ellos tienen sus propios manejos. Se ha hecho la gestión por parte de la secretaría de salud, pero no se ha logrado esos acompañamientos a las acciones que desarrolla la secretaría de salud" (DTS)

Sin embargo, se plantea como una oportunidad, para lograr una real complementariedad de acciones, la normatividad relacionada con las RIAS.

"La 3280 si nos articula a las EPS, va en la dirección correcta, ya está ese planteamiento, pero ahora falta que eso se realice en el terreno. Las rutas nos dan un camino para hacer eso, pero el mismo ministerio reconoce que hay que empezar porque las EPS contraten por rutas y no por la 412 que ya no estaría vigente, pero que ahí sigue" (DTS).

En cuanto a la ejecución de acciones, se observa que la ESE tiene posibilidades de realizar economías de escala, que no se están aprovechando, cuando es contratada tanto por la Entidad Territorial como por la EPS para la realización de intervenciones.

"Las acciones que nosotros hacemos para la ESE puede ser una ganancia porque por ejemplo si nosotros hacemos acciones educativas, digamos salud bucal digamos en algún lugar y resulta que ellos pueden complementar con alguna acción complementaria para ellos es una ganancia en el sentido en el que tienen a la gente concentrada e identificada y así pueden mejorar coberturas con la población que ellos tienen capitadas porque ellos a su vez son subcontratados por la EPS" (DTS).

Lo anterior se manifiesta también en el aspecto financiero pues la contratación entre ET y ESE no aprovecha la articulación que permite la norma entre acciones individuales y colectivas.

"Yo creo que dejan excedentes cuando el gerente y las ESE logran comprender que todo lo pueden mezclar, que puede decir venga yo hago acciones acá, y es que de hecho la 518 les da esas herramientas. (...) si yo me monto en una lancha con un una persona del PIC nada más, pero si yo monto al del POS, al que va a vacunar, a hacer citología, al médico, si monto a 4 o cinco de diferentes cosas, con un solo pago, estoy llevando y estoy recogiendo dinero de diferentes contratos, de hecho (...) si podemos pagar ahí, mejor dicho que el PIC asume el pago del transporte, que era lo álgido, nos vale una millonada, nos vale una millonada gasolina, listo del PIC paguen la gasolina, pero entonces no manden a un solo personaje, sino usted tiene contrato con estas EPS, tiene población allá, pues van allá y hacen lo de P y P lo que necesiten hacer, y eso les cubre". (Nivel nacional).

Adicionalmente, la oportunidad para las ESE no es solo por la articulación con las acciones de promoción y prevención que les contratan las EPS sino también por la canalización hacia actividades intramurales. Al respecto, se observan esfuerzos en las ET por aprovechar estas oportunidades.



La salud
es de todos

Minsalud

"Se logra integrar el proceso y es un ejercicio que parte de la integración de las acciones que nosotros hacemos desde el PIC con la continuidad de las acciones del Plan de Beneficios, (...) ese trabajo también lo favorece las [ESE]; el ejercicio es lograr garantizar una continuidad en las acciones. Con el resto de las EAPB, es el ejercicio que venimos trabajando no solamente ahorita sino de hace mucho atrás (...) empezó con la tecnología de canalización; (...) se diseñó una herramienta a través de un módulo que está en el Sistema de Referencia y Contrareferencia, ese módulo es de conocimiento y uso de las EAPB y allí se identifican a aquellas personas que son usuarias del PIC y que tienen una situación que requiere ser abordada desde la prestación de los servicios; a partir de eso se han generado unas alertas de acuerdo a la prioridad para que la atención sea lo más rápido posible" (DTS).

Voluntad Política en la formulación, contratación, ejecución y seguimiento del Plan de Intervenciones Colectivas en el ámbito territorial

En diversas entrevistas se señala que existen dificultades o renuencia de articulación y cooperación entre algunas administraciones territoriales e igualmente indican que esto sucede entre los contratantes del PIC y las directivas de las ESE. El principal problema se presenta en la dilación en la contratación y en menor incidencia en el acuerdo de los contenidos a contratar con sus respectivos precios. Este inconveniente se presenta con preponderancia, cuando los contratantes (sin contar con las pugnas personales) pertenecen a agrupaciones políticas diferentes, perturbando así el curso normal de esta contratación, con efectos en la ejecución de las acciones del PIC.

Al respecto, en el estudio "Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano", se plantea que: "... se han tenido experiencias de cooperación y articulación interinstitucional de corto plazo para llevar a cabo programas y proyectos puntuales, pero a su vez se dan conflictos y limitaciones de diversa índole para lograr un trabajo conjunto" y que "Los hallazgos permiten identificar diversos conceptos alrededor de la articulación y cooperación en salud pública tales como: La articulación y cooperación se entienden como procesos que se amalgaman mutuamente, que requieren apoyo técnico y voluntad política en todos los ámbitos y niveles de decisión, su construcción es paulatina a través de la gestión y ejecución de las acciones en salud pública" (Molina-Marín. 2018. Pág. 288).

En este sentido, en las relaciones entre los referidos agentes se revelan circunstancias que dejan al descubierto el fraccionamiento de acciones de armonización y articulación entre los gobiernos y entre estos y las ESE, que evidencia, en muchos casos, la falta de voluntad política.

Esto se manifiesta, entre otros, en: 1) limitación de los espacios de participación ciudadana y en una mayoría de casos se considera que la "socialización del PIC" agota el proceso constitucional y legal de la participación social, desconociendo que ésta debe partir de la construcción de la política pública con base en las necesidades de la comunidad. 2) dificultades frente al proceso de contratación lo que se refleja en la tardanza o fracaso en el perfeccionamiento del contrato PIC.



La salud
es de todos

Minsalud

"Dificultades en la contratación del PIC, que hemos tenido nosotros es el tema político, la voluntad política, el beneficio o lo que pretenda el mandatario en su momento no nos permitió trabajar en los años anteriores, pero todo depende de la voluntad política. Nosotros queríamos contratar desde el 2017, pero por temas políticos no nos permitieron..." (DTS).

Y también se refleja en la limitación de recursos:

"Un factor que incide y eso se lo dice cualquier gerente es el factor plata, los alcaldes generalmente de los presupuestos sólo le meten plata del SGP y destinación específica, si pide sistema general de otro lado no se lo van a dar, menos para el PIC." (DTS).

En resumen, los factores de contexto que inciden en lo financiero de las ESE, son los siguientes: 1. De lo poblacional se tiene que la presencia de población indígena, con frecuencia exige recursos adicionales y aún genera sobrecostos para la implementación de las acciones PIC. Lo anterior se da en razón a dificultades y barreras de acceso, al requerimiento de personal especializado conocedor de las culturas indígenas, y al no reconocimiento de estos sobrecostos en el marco de la contratación con la ET. 2. En cuanto a condiciones de mercado, la decisión de que el PIC en población indígena sea ejecutada por las IPSI, hace que estos recursos dejen de contratarse con la ESE. 3. De manera adicional, hay otros factores que tienen incidencia en la fluidez de recursos a las ESE, estos son: las contradicciones y desavenencias de carácter político entre quienes rigen entidades territoriales y entre estos y las ESE, y la falta de complementariedad entre las acciones del PIC y el aseguramiento. Se señala que si esto último se superara, se fortalecería la atención y con ello la facturación por parte de las ESE.

Al igual que en lo relacionado con lo operativo, para lo relacionado con estos factores de contexto, no hay una cuantificación de costos, lo que limita contar con evidencia que respalde este hallazgo de tipo cualitativo.

7. CONCLUSIONES

Generales

La información acumulada en este estudio, asociada al desarrollo del ciclo requerido para la implementación del PIC en las Entidades Territoriales a través de las ESE y en algunos casos de IPSI, ha permitido identificar, a nivel general, situaciones que se asocian con necesidades y requerimientos asociados, los cuales se retoman en las recomendaciones que posteriormente se presentan. Estos son:

- En las ET, ESE e IPSI, se identifican necesidades de asistencia técnica para generar o fortalecer conocimiento en temáticas fundamentales para el desarrollo del PIC, tales como: formulación, enfoque diferencial, seguimiento y evaluación para



La salud
es de todos

Minsalud

hacer un monitoreo integral del PIC y determinar el impacto de sus acciones en relación con la calidad, logros e incidencia respecto de la salud pública.

- Hay debilidades en la generación de procesos de participación social en la formulación del PIC, pues esta es bastante restringida y es confundida con la socialización de las actividades a desarrollar ya establecidas por la ET, pasando por alto que lo definido debe tener en cuenta las necesidades de la población y las prioridades establecidas en el PDSP.
- Se reclama una mayor presencia del nivel nacional para la apropiación efectiva del deber ser y la consolidación de procesos de articulación entre los departamentos y municipios en la formulación del PIC, con el fin de lograr la armonización y concurrencia de las intervenciones realizadas por los diferentes niveles, en consecuencia, con los establecido en la normatividad y el reto de lograr mayores impactos.
- La ejecución de procesos y acciones del PIC tiene afectaciones en su continuidad por no disponibilidad de recursos, demoras en la contratación, falta de voluntad política, entre otras; por lo cual las acciones PIC, en la mayoría de ET, se da con posterioridad al segundo trimestre, afectando negativamente el desarrollo de las actividades y reduciendo su impacto.
- Se identifica que la subcontratación de las actividades del PIC es un problema en diversas ET, a pesar de que la norma menciona que no es posible hacerlo, y que solo se podrá hacer en el caso de actividades de apoyo que permitan la ejecución de las intervenciones, procedimientos, actividades y adquisición de insumos, descritos en el Anexo Técnico de la Resolución 518 de 2015.
- No hay claridad en las ET y en las ESE en relación con los alcances e intencionalidad del proceso de seguimiento y evaluación, pues estas acciones se equiparán con la función de supervisión contractual, perdiéndose así su razón de ser, en cuanto a conocer los procesos y los impactos e incidir en la planeación futura.
- En las ET con presencia de comunidades étnicas indígenas se da la concertación de actividades para la formulación del PIC, aunque con algunas dificultades: i) ausencia de listados censales; ii) falta de operativización del enfoque diferencial; iii) falta de comprensión de la legislación indígena y de lo diferencial; iv) dinámicas temporales diferentes entre lo occidental y el indígena; v) solicitud de prestación de servicios de salud junto con las acciones de promoción y prevención.
- Desde las ESE no se identifican adecuaciones para un abordaje diferencial e intercultural en la ejecución de las actividades del PIC, lo que se reconoce como una falencia, originado en la falta de conocimiento de cómo implementar este



tipo de directrices normativas y metodológicas; lo cual es reiterado por hospitales y dependencias de salud.

- Las ESE en el proceso de ejecución del PIC han realizado ajustes operativos o alianzas con ONG, alcaldías, EPS e instituciones para dar respuesta a situaciones del contexto tales como el caso de población migrante venezolana y población indígena.

Incidencia de la Resolución 518 sobre la sostenibilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado

- El monto de los recursos que las entidades territoriales contratan con las ESE para las actividades del PIC, establecidas en la Resolución 518 de 2015, no tienen un gran peso e incidencia en los ingresos; esto se evidencia al observar de manera detallada la contratación y facturación en el conjunto de los hospitales públicos. En el análisis cuantitativo de la información financiera del SIHO (serie 2007-2018) se encontró que la participación promedio del PIC en los ingresos totales de las ESE a nivel nacional es de 4.2% y en las de primer nivel es de 6.6%. Lo anterior, indica que estos recursos no son una fuente de fortalecimiento financiero de las ESE ni son determinantes para la solvencia financiera de estas.
- Respecto a la importancia de los recursos del PIC para el auto sostenimiento de las ESE, el punto de vista de los actores entrevistados (ET y ESE) confluyen en que la contratación del PIC no genera excedentes, pero que en determinado momento sirven de flujo de caja. Las ESE precisan que estos recursos no inciden para el logro de su auto sostenibilidad.
- El mayor volumen de recursos PIC se ejecuta en las ESE de primer nivel, en razón que numéricamente son mayoría a lo largo del país (715 ESE); no obstante, identificado que estos no generan excedentes, en la información cualitativa, los agentes destacan logros sociales y epidemiológicos -en cuanto hace a las acciones de salud pública-, originados en su cobertura a nivel país y su posicionamiento ante las comunidades de sus áreas de influencia, lo que contribuye a que se conviertan en un actor fundamental de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aportando a la rentabilidad social señalada en la Ley Estatutaria (1751 de 2015).
- Independientemente que el peso porcentual de lo contratado entre los ET y las ESE es bajo, preocupa la cartera morosa creciente en general y la asociada al PIC, pues, además del incumplimiento de pago de las entidades obligadas a pagar los servicios de salud generalizado del SGSSS, para el caso PIC indica problemas de ejecución, mala gestión y de no pago de recursos provenientes principalmente del SGP, lo que impacta sobre las finanzas de las ESE
- La realización del conjunto de actividades del PIC está limitada a la disponibilidad de recursos, lo que afecta un abordaje integral de las necesidades de las



La salud
es de todos

Minsalud

comunidades y ET y en el cumplimiento de retos derivados del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP); ante esta limitación, algunas ET han adoptado maneras de reconocer un gasto de administración o margen de excedente a la ESE, pese a que en la norma no está previsto; tales como: i) estipulando un gasto de administración, ii) previendo un margen de ganancia, y/o iii) costeadando las acciones de manera tal que se genere algún excedente. No obstante, la información financiera del SIHO no permite establecer una evidencia asociada a excedentes, pues los formularios de gastos y de balance, no registran datos cuantitativos detallados de las erogaciones por dicho concepto.

- En las ET con presencia de comunidades indígenas, en las cuales el PIC para estos grupos es contratado con IPSI, las ESE dejan de contratar y percibir un porcentaje importante de recursos, lo que incide en una disminución de ingresos y en la no realización de acciones con un importante sector poblacional. No obstante, las IPSI están facultadas en la normatividad para estos efectos y tienen la posibilidad de desarrollar estas acciones con una mayor proximidad a las particularidades requeridas.

Factores intrínsecos de los hospitales asociados a su quehacer en el PIC que explican sus resultados financieros

La asunción del PIC por parte de las ESE, genera nuevas dinámicas internas asociadas a lo administrativo, operativo y de disposición del talento humano, entre otras, que implican erogaciones, no cuantificadas, de las cuales se informa impactan en los resultados financieros. Al respecto, se destaca que:

- La ejecución del PIC por parte de las ESE no implica una transformación en su organización, no obstante, se generan nuevas dinámicas en cuanto a dinámicas administrativas, contratación y organización del talento humano, preparación logística y adecuaciones institucionales, que generan costos a las ESE, frente a los cuales se señala que afectan los resultados financieros. No obstante, no hay cuantificación asociada que evidencie el nivel de impacto.
- La ejecución del PIC para las ESE implica una serie de dificultades en los aspectos de gestión, administrativos y financieros: en la liquidación de contratos; en la falta de cumplimiento de actividades por parte de las ESE; en definir el alcance de las intervenciones; en que no se establecen costos de administración; en que se presentan falencias en las bases de datos; en trámites con la Alcaldía en aquellas entidades territoriales centralizadas; no se presenta armonización de acciones del departamento con el municipio y se evidencia falta de capacidad operativa. De otro lado, financieramente se plantean dificultades en la contratación por parte de algunas entidades territoriales, quienes mencionan que no hay directrices del MSPS frente a qué hacer cuando se da ley de garantías, o en cambios de gobierno, cuando hay presencia de ESE liquidadas o en proceso de intervención, o que hacer respecto a aquellas ESE que se encuentran en riesgo financiero alto.



La salud
es de todos

Minsalud

Factores derivados del contexto situacional y de mercado asociados con el PIC que explican resultados financieros de las ESE

- Se encontraron diversas interpretaciones frente a la priorización de contratación del PIC con las ESE, dentro de las que se encuentran: i) Contratación obligatoria del PIC con las ESE, aunque no tengan capacidad operativa, esto con el fin de evitar sanciones; ii) presión de las ESE de que se les contrate el PIC, así hayan presentado incumplimientos; iii) contratación del PIC con otros actores, debido a que la ESE no cumple con la capacidad operativa.
- En general las ET contratan y ejecutan las actividades del PIC con las ESE de su jurisdicción, identifican esto como un apoyo al fortalecimiento de la capacidad del hospital; en aquellos lugares con presencia de comunidades indígenas quienes se encargan de la ejecución del PIC son las IPSI.
- La complementariedad de acciones del PIC con las acciones de promoción y prevención que realizan las EAPB, se ve desde dos puntos de vista: uno positivo, observando procesos de coordinación e interacción entre las ET, las ESE y las EPS, porque la ESE es el mismo prestador lo cual facilita la canalización, o por acuerdos con EPS para la generación de demanda inducida; y otro negativo, refiriéndose a dificultades en la coordinación y articulación con las EPS, el incumplimiento de las EAPB, y en ocasiones porque simplemente la complementariedad no se da, desconociéndose este deber ser.
- Dentro de los factores que inciden en la contratación del PIC se encuentra la voluntad política del mandatario de turno y sus relaciones con los gerentes de las ESE.
- En aquellas ET con comunidad étnica indígena las IPSI son priorizadas para ejecutar las acciones del PIC, pues generalmente tienen mayor identidad y facilidades para llegar a las comunidades y cumplen con sus responsabilidades a cabalidad, lo que hace que las IPSI capten recursos que en otras circunstancias serían contratados con las ESE.

8. RECOMENDACIONES

Generales

- Fortalecer y articular la asistencia técnica en los diferentes niveles de la administración que conduzca a mejorar el proceso de formulación, contratación, ejecución, seguimiento y evaluación del PIC, lo cual se hace más urgente en la actual coyuntura de cambios en las administraciones territoriales y de las ESE.



La salud
es de todos

Minsalud

- Fortalecer la participación social e institucional mediante asistencia técnica, con el fin de trascender de la socialización de acciones a escenarios de construcción colectiva, cualificando el proceso de formulación del PIC en consonancia con las necesidades sociales en salud, lo cual genera una mayor apropiación por parte de los diversos actores.
- Establecer una temporalidad límite de adjudicación del contrato PIC, con el propósito de lograr que las acciones de promoción y prevención colectivas tengan continuidad y se brinden de manera oportuna, para alcanzar una mayor incidencia en la población y en los resultados en salud.

Incidencia de la Resolución 518 sobre la sostenibilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado

- Explorar la ampliación de recursos para la ejecución de acciones de promoción y prevención que realizan las ESE, y que tienen externalidad positiva en las condiciones de salud de la población e incidencia en los determinantes sociales, a través de recursos de la nación y de las ET; y a su vez fortalecer su capacidad para gestionar y ejecutar el PIC a través del fortalecimiento de la asistencia técnica y el apoyo de programas como AI Hospital.
- Fortalecer la capacidad técnica de las ESE para la administración de los recursos destinados al PIC (uso eficiente y exclusivo de los recursos disponibles en la subcuenta de salud pública), de acuerdo con lo establecido en la Resolución 518 de 2015.
- Revisar las directrices normativas existentes en la Resolución 518 de 2015 en cuanto a los costos administrativos asociados a la ejecución del PIC y otros, a fin de formular, promover o implementar las modificaciones jurídicas y/o técnicas que contribuyan al uso eficiente de los recursos.
- Crear una cuenta contable para el registro de los Egresos por concepto PIC, que facilite la gestión y control de los recursos PIC.
- Fortalecer capacidades de gestión administrativa y financiera en las ET y ESE que conduzcan al saneamiento de la cartera, uso eficiente de recursos y auto sostenibilidad de las entidades y el sistema de salud.

Factores intrínsecos de los hospitales asociados a su quehacer en el PIC que explican sus resultados financieros

- Fortalecer capacidades técnicas, administrativas y operativas para el desarrollo del PIC a través de la concurrencia de las ESE, las entidades territoriales y el Ministerio de Salud y Protección Social.



La salud
es de todos

Minsalud

- Incluir aspectos de la legislación indígena en el marco de la asistencia técnica, a las ET, los municipios y las ESE, en aquellos lugares con presencia de dicha población, para una mayor comprensión de especificidades en los procesos de formulación, contratación, ejecución, seguimiento y evaluación de las actividades del PIC.

Factores derivados del contexto situacional y de mercado asociados con el PIC que explican resultados financieros de las ESE

- Precisar en los lineamientos y en la asistencia técnica, el alcance de la acepción “prioritariamente” para contratar con las ESE la ejecución del PIC, puesto que existe una diferencia interpretativa que ocasiona inconvenientes entre las dependencias de salud de las entidades territoriales y las ESE.
- Generar escenarios de trabajo conjunto entre ET-EPS-ESE para fomentar la articulación de las acciones de promoción y prevención que se hacen en el aseguramiento con las acciones colectivas y la identificación de requerimientos en salud vía tamizaje y canalización con el fin de fortalecer la prestación de servicios.
- Fortalecer la capacidad técnica de las ESE, a través de unidades especializadas en ejecución de actividades PIC, que compitan en calidad con otros actores locales.
- Precisar de la Resolución 518 de 2015 los alcances de las actividades de seguimiento y evaluación, y brindar lineamientos técnicos a las Entidades Territoriales y a las ESE para un ejercicio adecuado del seguimiento y evaluación que permita cualificar los procesos de planeación así como sistematizar información generada por las intervenciones e identificar los reales impactos de las acciones PIC en los determinantes sociales y en las condiciones de salud de la población incluyendo el abordaje de criterios de medición diferencial, (para el caso indígena referidas en el Numeral 2 de la Circular 011 de 2018).
- Fortalecer la capacidad de la ESE para la adecuación sociocultural de las intervenciones PIC para que estas sean más pertinentes y efectivas en los territorios, a través de la generación de lineamientos, acompañamiento y asistencia técnica en cuanto a la operativización del enfoque diferencial.
- Armonizar los diferentes instrumentos de política pública que intervienen en la planeación territorial, para este caso particular de la formulación del PIC deben tenerse en cuenta los lineamientos planteados por el CONPES 3950 de 2018, mediante el cual se establece la ruta para la atención de la población migrante desde Venezuela en el mediano plazo.



La salud
es de todos

Minsalud

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, G. (2008). Plan Nacional de Salud Pública: Avances y retos en el fortalecimiento de la Salud Pública en Colombia. Consultado en noviembre de 2019 en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20P%C3%ABlica%202007-%202010-AVANCES%20Y%20RETOS%20EN%20EL%20FORTALECIMIENTO%20DE%20SALUD%20PUBLICA%20EN%20COLOMBIA.pdf>

[AVANCES%20Y%20RETOS%20EN%20EL%20FORTALECIMIENTO%20DE%20SALUD%20PUBLICA%20EN%20COLOMBIA.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20P%C3%ABlica%202007-%202010-AVANCES%20Y%20RETOS%20EN%20EL%20FORTALECIMIENTO%20DE%20SALUD%20PUBLICA%20EN%20COLOMBIA.pdf)

Chacón, I. S. (2005). Gestión de servicios hospitalarios públicos: Estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña (Tesis Doctoral). Barcelona: Universito de Barcelona. Obtenido de <https://www.tdx.cat/handle/10803/1495#page=1>

Paramo Morales Dagoberto. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. En revista Pensamiento & Gestión, 39. Universidad del Norte, 119-146. Consultado el 25 de Junio de 2019 en <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>

Farrell, M. J. (1957). The Measurement of Productive Efficiency. Journal of the Royal Statistical Society: Series A (General) 120, 253-290.

Gaviria, Alejandro. (2013). Exposición de motivos del Proyecto de Ley "Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" Publicación página web: abril / 2013.

Gutiérrez Sourdis Catalina. (2018). El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: Cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Bogotá. Fedesarrollo.

Kotler, P. (1998). Dirección de mercadotecnia: análisis, planeación, implementación y control. México: Prentice-Hall hispanoamericana.

Ministerio de Salud. (1994). La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 1: Antecedentes y resultados. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud- Un sistema de salud al servicio de la gente.

MOLINA-Marín Gloria. (2018). Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016. Revista de Salud Pública. Volumen 20 (3), Junio.

Moore, M. H. (1995). Creating Public Value: Strategic management in government. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ordoñez-Matamoros, Gonzalo (Director). (2013). Manual de Análisis y diseño de políticas públicas. Bogotá. Universidad Externado de Colombia.

Organización Gonawindúa Tayrona - Gonawindúa Ette Ennaka IPS Indígena. (2009). Ley de Se Seyn Zare Shenbuta – Salud indígena en la Sierra Nevada de Santa Marta. Bogotá. Bogotá. Sirga Editor.



La salud
es de todos

Minsalud

Organización Mundial de la Salud. (1987). Los hospitales y la salud para todos. Informe de un comité de expertos de la OMS sobre la función de los hospitales en el primer nivel de envío de casos. Ginebra.

Orozco Africano, Julio Mario. (1996). Porqué reformar la reforma. Pg. 11.

Santelices, E., Ormeño, H., Delgado, M., Lui M., C., Valdés V., R., & Durán C., L. (2013). Análisis de los determinantes de la eficiencia hospitalaria: el caso de Chile. Revista médica de Chile 141(4), 457-463.

Smith, A. (1776). The wealth of nations. Londres.