

**REFORMAS HOSPITALARIAS EN COLOMBIA Y MÉXICO: PUNTOS DE VISTA
DESDE SU PLANTEAMIENTO Y APLICACIÓN**

MARÍA ALEJANDRA BALLESTEROS SÁNCHEZ

MARÍA PAULA SOFÍA FUENTES ROJAS

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

PROGRAMA DE ODONTOLOGIA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

BOGOTÁ D.C.- 2020

HOJA DE IDENTIFICACION

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	Reformas Hospitalarias en Colombia y México: puntos de vista desde su planteamiento y aplicación
Grupo de investigación	Investigación en Salud Bucal Pública y Comunitaria - INVBOCA
Línea de investigación:	Comunitaria
Otra(s) institución(es) participante(s):	Hospital Juárez – CDMX, México Hospital Simón Bolívar – Bogotá, Colombia
Tipo de investigación:	Pregrado
Estudiantes:	María Alejandra Ballesteros Sánchez María Paula Sofía Fuentes Rojas
Director:	Alejandro Perdomo Rubio
Codirector/ Asesor metodológico:	Jenny Andrea Montoya Hernández

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

TIANA CIAN LEAL	Presidente del Claustro
CAMILO ALBERTO ESCOBAR JIMENEZ	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecer a Dios por cada una de sus bendiciones durante nuestra carrera y por ser el eje guía en cada uno de los momentos de nuestra vida.

A nuestros padres que gracias a su trabajo y esfuerzo nos dieron la oportunidad de estudiar en la Universidad El Bosque y por su apoyo y acompañamiento durante el desarrollo de este trabajo y en toda la carrera.

Al Doctor Alejandro Perdomo por darnos la oportunidad de hacer la continuidad de su tesis de doctorado y ser una ayuda incondicional. A la Doctora Jenny Montoya por ser la guía y coordinadora de nuestro proyecto de grado.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen	
Abstract	
	Pág.
Introducción	1
2. Marco teórico	5
3. Planteamiento del problema	25
4. Justificación	27
5. Objetivos	29
5.1 Objetivo general	29
5.2 Objetivos específicos	29
6. Metodología del Proyecto	30
6.1. Tipo de estudio	30
6.2. Población y muestra	30
6.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información	31
6.4 Plan de tabulación y análisis.	32
7. Resultados	33
8. Conclusiones	38
9. Referencias bibliográficas	41
10. Anexos	45

RESUMEN

Reformas hospitalarias en Colombia y México: puntos de vista desde su planteamiento y aplicación

Antecedentes: Este proyecto hace parte de un proceso de análisis de información, basado en la tesis: “Debates alrededor de las Reestructuraciones Productivas: La ideología en la planificación normativa y la modernización neoliberal: contextos y dispositivos de poder”, del Dr. Alejandro Perdomo Rubio. **Objetivo:** Identificar la perspectiva de los profesionales de la salud y de las personas del área administrativa de las entidades prestadoras de salud, respecto a las reformas hospitalarias y de salud, comparando Colombia y México, y los obstáculos que se presentan al momento de la implementación de las mismas. **Materiales y métodos:** Se entrevistaron 15 trabajadores de la salud; ocho de Colombia del hospital Simón Bolívar en Bogotá y siete de México Hospital Juárez, en la Ciudad de México, en relación a la percepción acerca del servicio y sistemas de salud, analizando las respuestas en cinco aspectos: calidad, eficiencia, financiación, accesibilidad y tecnología. **Resultados:** En relación a la financiación, los principales problemas se asocian al manejo de recursos dentro de los hospitales en los dos países; en cuanto a calidad, se encontraron inconformidades relacionadas con el recurso humano, ya que los médicos en oportunidades no están de acuerdo con los requerimientos para la prestación del servicio, identificando falencias tanto en México, y Colombia, en procesos de capacitación del personal para atender de manera correcta, en relación a la accesibilidad, se evidenció estrategias que facilitan identificar factores de riesgo, diagnóstico asertivo, tratamiento, entre otros; en cuanto a la eficiencia, se evidenció percepción de inconformidad en los entrevistados, dado que la misma se afecta por los bajos presupuestos asignados por los organismos gubernamentales en los dos países para realizar las reformas que permitan mejorar los servicios; y por último, acerca de la tecnología, se evidencia diferentes cambios en los equipos utilizados a nivel clínico en los dos hospitales, tales como el acceso a salas de cirugía, las diferentes plataformas donde se incluyen presupuestos, informes, trayectorias, etc. **Conclusiones:** En los dos hospitales referenciados, se maneja el mismo tipo de población, así como oferta de servicios desde tercer nivel, hasta de alta complejidad. En Colombia, la jerarquización del profesional es muy marcada de acuerdo a su nivel de estudio, es decir, pregrado, especialización, etc., y en México, el trato para cada profesional, es el mismo.

Palabras clave: Sistema de Salud, Reestructuración Hospitalaria

ABSTRACT

Hospital reform in Colombia and México: points of view of their planning and application

Background: this Project is part of an information analysis process based on the thesis: *Debates on Productive Re-structuring – The Ideology of Normative Planning and Neo-liberal Modernisation – Contexts and Power Devices* by Dr Alejandro Perdomo Rubio. **Objective:** to identify the point of view of health professionals and administrative personnel of health institutions regarding hospital and health reforms, comparing Colombia with Mexico and the hurdles present upon implementation of these. **Materials and methods:** Interview with 15 health workers, eight in Colombia from Simon Bolivar Hospital and seven in Mexico from Mexico Juarez Hospital regarding their perception of service and health systems. Answers were analysed regarding quality, efficiency, financing, accessibility and technology. **Results:** The main problem in both countries with financing is associated with resource management of hospitals. There were unconformities with quality and human resources because doctors on occasions do not agree with the requirements for service, identifying voids in personnel training. Strategies which help identify risk factors, assertive diagnosis and treatment were identified regarding accessibility. There was evidence of inconformity among those interviewed due to low budgets assigned by the governments for reforms allowing better services, thus affecting efficiency. There is evidence of technological changes regarding equipment in operating rooms, different platforms for budgets, reports and trajectories. **Conclusions:** Both hospitals attend the same type of population with services ranging from third level to high complexity. Professional hierarchy in Colombia is very notorious as per education level, while in Mexico there is a more even relation. **Key words:** health system, hospital restructuring.

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud han sido motivo de discusión alrededor del mundo, pues en todos los países, la incorporación de las diferentes formas de manejar este aspecto, lo hacen un tema muy controvertido y a la vez difícil de tratar.

La salud, a pesar de ser un servicio básico para cualquier persona, y, tal vez el más importante, es algo que aún, con el paso de los años, no se ha logrado brindar con toda la calidad necesaria en muchos países, sobre todo en los menos desarrollados y en los que están en el camino al desarrollo. (Perdomo, 2014)

Para entrar en contexto, es necesario aclarar el concepto de Reforma a la Salud, para pasar a explicar brevemente lo que se hablará en este proyecto. Las Reformas a la salud son cambios que se dan como resultado de un amplio proceso de participación y consulta con la comunidad y los principales actores del sector de la Salud, con proyectos que incorporan conclusiones de las mesas temáticas por la salud, aportes de la academia, la comunidad médica, los gremios y las regiones. El proyecto de centra en mejorar la calidad y acceso a los servicios, promoviendo la equidad en un marco de sostenibilidad. (Minsalud, 2010)

Es así, como las reformas a la salud en América Latina, entran en el rango de la salud en países subdesarrollados, a decir verdad, ya que no se cuenta, aún, con los sistemas necesarios y completos para ofertar el mejor servicio. (Medici, 2000)

La salud, pasó a ser parte del mercado. Se convirtió en una necesidad que se debe adquirir de cualquier manera; en un negocio, tal vez el más grande, que en América Latina se originó a través de la economía y las presiones sociales, desde que varios países pertenecientes a la misma, ingresaron al comercio mundial a finales del Siglo XIX y en el Siglo XX. A través del tiempo, fueron muchas las presiones económicas que condicionaron a los servicios de salud pública. Menciona el autor Medici que le atribuye un origen similar a las “medidas destinadas a proteger y regular el mercado del trabajo”. (Medici, 2000)

El autor Álvaro Franco, cita que varios autores indican que el sistema de salud en América Latina, antes de las reformas del final del siglo pasado, es un sistema segmentado, que estaba constituido por instituciones de seguridad social, por el asistencialismo público, por el lado de la beneficencia

y el lucro de las iglesias y por el sector privado. Después de distintas reformas desarrolladas con el paso del tiempo, la percepción de esos sistemas ha cambiado a partir de algunas condiciones que han sido interpuestas por el mercado, pero la evidencia señala, según Medici, que ha sido el sector privado el que se ha ido desarrollando con mayor fuerza, sin unos mecanismos de regulación adecuados, que permitan reducir el impacto negativo de las imperfecciones de mercado, que generalmente están asociados a los problemas de información. (Franco y Giraldo, 2014)

Para Franco y Giraldo, este modelo inspirado en el comercio mundial, tiene dificultades, pues indica que: “obvia la planeación, no da pie a la planificación sanitaria y responde solo a las necesidades específicas del mercado”. Aunque, según el mismo autor, lo anterior se argumenta a las partir de las reformas que se han realizado en el último cuarto de siglo, pues hay una integración de los segmentos por medio del mercado, pero que esos modelos caen en la ‘atomización institucional’, en la ‘anarquía por falta de reglas de juego’ y la regulación estatal, al no controlar las fallas del mercado en toda su dimensión. (Franco y Giraldo, 2014)

En Colombia y México, las reformas realizadas en los sistemas de salud, aunque muy distintos, tienen sus puntos de convergencia, sobre todo los obstáculos que se pueden presentar durante la ejecución de estas. Algo muy común en la región, es que en su gran mayoría los recursos destinados a la salud, son utilizados por los hospitales, pero también presentan un ineficiente e inefectivo uso de los mismos. (Perdomo, 2014)

En Colombia, muchos hospitales han logrado realizar cambios en cuanto su gestión y su modernización, dando un buen uso a los recursos que les son asignados, pero así mismo, se han presentado grandes obstáculos, sobre todo desde la última reforma de salud en el país y en comparación con el manejo hospitalario de unos años atrás.

La última reforma en la salud en nuestro país, comenzó con la descentralización, prácticamente, de todo el sector público, con la cual todo llegó a nivel municipal, convirtiéndose así, el municipio, en la célula fundamental de la estructura orgánica del Estado colombiano. Con base en lo anterior, el sector de la salud comenzó un proceso de descentralización territorial, con lo que se transfirieron los recursos del Ministerio de Salud a los departamentos y municipios. (Jaramillo, 1999)

Con la descentralización territorial, se incluyeron otras políticas para la descentralización institucional del Ministerio de Salud, es decir que se definió una naturaleza jurídica de las

entidades, la autonomía hospitalaria y contratación de servicios por parte de los hospitales públicos y de las direcciones del Ministerio de Salud, o sea, se otorgaron a los departamentos y municipios la capacidad de decisión en el ámbito de la organización de los servicios de salud, en cuanto a la contratación de servicios públicos y privados, la contratación de nuevos recursos humanos y el establecimiento de diferentes mecanismos de pago. (Bossert, 1998)

La nueva reforma en Colombia ha tenido varios puntos donde se muestra exitosa, pues el sector de la salud ha incrementado su cobertura, con mayor capacidad de acceso a los servicios y para más población, además, que ha aumentado la inversión en salud con relación al PIB. Aun así, como se mencionó anteriormente, todo nuevo sistema tiene fallas o problemas para realizarse y, es con este proyecto, que se pretende identificar esos obstáculos al momento de ejecutarse esas nuevas reformas en la salud. Pues en Colombia, en gran parte de los hospitales públicos, hay fallas en el trato a los pacientes, no por negligencia médica, sino por falta de recursos en las entidades, falta de camas, falta de personal, entre otros causantes que hacen ver que la salud en el país se ha ido degenerando.

Por otra parte, México cuenta con diferentes tipos de hospitales públicos, municipales, estatales, federales y una gran red de hospitales del IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social) y en menor proporción del ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Pemex (Petróleos Mexicanos) cuenta con su propia infraestructura hospitalaria, actualmente, subutilizada. Las Fuerzas Armadas disponen de hospitales propios. El número de hospitales privados es importante en México, pero la mayoría con muy pocas camas y poco nivel resolutivo. El Distrito Federal es el sitio donde más sanatorios y hospitales privados de capacidad resolutiva existen, pero las empresas que actualmente operan estos hospitales empiezan a instalarse en otras ciudades importantes. (Varela y Díaz, 2009)

Por otra parte, el nacimiento de nuevos modelos de atención ha hecho que cambie el perfil demográfico en México, presentando insuficiencia en las instalaciones públicas, porque la inversión actual se ha ido rezagando a los aspectos tecnológicos, con lo que se favorece más el desarrollo de las entidades privadas prestadoras de salud que de las públicas. (Varela y Díaz, 2009)

En este trabajo de investigación, se pretende identificar los problemas y obstáculos que se presentan para y durante la ejecución de las reformas y reestructuraciones hospitalarias en Colombia y México, como parte de un proceso de análisis de información, que inició con la tesis del Dr.

Alejandro Perdomo, desde el punto de vista de algunos profesionales de la salud y también del cuerpo administrativo que trabaja dentro de las instituciones prestadoras de salud.

Lo anterior, lleva a aclarar el sentido de este proyecto, ya que despierta un interés académico en las realizadoras del mismo, pues se permite ver y analizar los principales problemas y obstáculos de las Reformas a la Salud en estos dos países subdesarrollados, las cuales significan qué, en un futuro, como profesionales, se pueda contribuir a un cambio en lo que se ha venido presentando en las entidades e instituciones que prestan servicios de salud.

2. MARCO TEÓRICO

Para la realización de éste trabajo de investigación, se tomarán en cuenta diferentes conceptos claves a la hora de hablar sobre las Reformas Hospitalarias en Colombia y México.

Para empezar, cabe aclarar que las reformas hospitalarias que se han dado en los últimos tiempos en América Latina, se hacen con el fin de ver los cambios en la atención y el cuidado a los pacientes en las diferentes entidades públicas prestadoras de salud. Para poder hacer un análisis de lo anterior y con base en la pregunta de investigación, se tomarán como base las opiniones que tienen distintos funcionarios de algunos hospitales públicos de Colombia y México.

Por consiguiente, es necesario tener en cuenta algunos conceptos y descripciones que ayudarán a contextualizar este trabajo. Estarán divididos en: Sustento Legal Reestructuraciones Productivas en Salud y Sistemas de Seguridad Social.

Sustento legal

En este punto, es necesario aclarar los conceptos que se necesitan para entender todo lo que aplica al ámbito legal en la investigación. Por lo anterior es necesario describir y conceptualizar lo que es una reforma, una ley, una norma, un decreto, una resolución, y, además, las instituciones que rigen el funcionamiento de la salud en nuestro país.

- Reforma

“En sentido jurídico la reforma es sustituir un texto por otro que tenga un significado más claro o que establezca uno distinto”. (Diccionario Jurídico, 2018)

En este caso, el concepto más importante para el trabajo es este, ya que es el tema principal y, además, son las opiniones que se van a tratar. Es por esto, que ahora también, cabe aclarar el concepto de *reforma de salud* y cuáles son sus objetivos.

Una *reforma de salud* es un plan nacional que se basa en mejorar el estado general poblacional en cuestiones de salud, empleando bases políticas adecuadas, así también la economía necesaria para cubrir las necesidades generales poblacionales en salud pública, tratando de reformar el sector

salud, se apoya en mejorar este plan para poder mejorar la eficacia del mismo, velocidad, atención y, de esta manera, satisfacer las necesidades en salud pública. (Muñiz et al., 2015)

Las reformas de salud tienen como objetivo combatir las principales problemáticas en el sector salud en el país, con el fin principal, de la existencia de una igualdad para que todos los ciudadanos gocen de recibir atención médica. Es también de gran importancia, ampliar y mejorar la cobertura de los sistemas de salud, la infraestructura de las entidades prestadoras de salud, los equipos utilizados, el manejo de sus funcionarios y los planes de atención para los pacientes.

- Ley

Es una norma jurídica la cual es expedida o dictada por el legislador, en el caso de Colombia por el Congreso de la República, y debe cumplir con las siguientes características.

- i. Generalidad: La ley comprende a todos aquellos que se encuentran en las condiciones previstas por ella, sin excepciones de ninguna clase.
- ii. Obligatoriedad: Tiene carácter imperativo-atributivo, es decir, que por una parte establece obligaciones o deberes jurídicos y por la otra otorga derechos. Esto significa que siempre hay una voluntad que manda, que somete, y otra que obedece. La ley impone sus mandatos, incluso en contra de la voluntad de sus destinatarios. Su incumplimiento da lugar a una sanción, a un castigo impuesto por ella misma.
- iii. Permanencia: Se dictan con carácter indefinido, permanente, para un número indeterminado de casos y de hechos, y sólo dejará de tener vigencia mediante su abrogación, subrogación y derogación por leyes posteriores.
- iv. Abstracta e impersonal: Las leyes no se emiten para regular o resolver casos individuales, ni para personas o grupos determinados, su impersonalidad y abstracción las conducen a la generalidad.
- v. Se reputa conocida: Nadie puede invocar su desconocimiento o ignorancia para dejar de cumplirla.
- vi. Esta se debe realizar en consonancia con la justicia y si se incumple debe aplicársele una sanción al infractor. (Valencia, 2011)

- Norma

Esta puede llegar a ser dictada por cualquier autoridad según sea el caso, la cual intenta controlar el comportamiento humano, estableciendo derechos y deberes, en donde se le da un valor a esta y si se llegara a su incumplimiento se aplicará una sanción. (Valencia, 2011)

- Decreto

Es un acto administrativo el cual es expedido en la mayoría de ocasiones para situaciones de urgente necesidad es por el poder ejecutivo y, generalmente, posee un contenido normativo reglamentario, por lo que su rango es jerárquicamente inferior a las leyes. (Valencia, 2011)

- Resolución

Esta puede ser creada por un tribunal, jefe de un servicio y hasta por la misma ONU, tiene un carácter general, obligatorio y permanente. Esta sirve para reforzar las leyes en el sentido que se dictan para que se cumplan lo establecido en las leyes.

La resolución tiene un grado de flexibilidad, oportunidad e información que la ley no puede tener y es en este sentido que la complementa. (Valencia, 2011)

Con base en lo anterior, se debe tener en cuenta cuales son las entidades que se encargan de vigilar el cumplimiento de las normas en nuestro país, pues va a ser gracias a ellas que se dé un correcto funcionamiento, en este caso, de los sistemas de salud en Colombia.

Para lo anterior, las entidades a tener en cuenta para este trabajo, deben ser las encargadas de los temas de salud, en este caso, se deben tener claras las actuaciones del Ministerio de Protección Social. Es así, como a continuación se describirán las funciones de algunas entidades que se encargan de dar cumplimiento al ámbito legal en salud en nuestro país

Entidades

- Contraloría General de la República

La Contraloría General de la República realiza la vigilancia de la gestión fiscal y el control de los resultados de la administración del Ministerio de la Protección Social; lo anterior en cumplimiento a lo establecido en los artículos 117 y 119 de la Constitución Política de Colombia.

Artículo 117: El Ministerio Público y la Contraloría General de la República son órganos de control.

Artículo 119: La Contraloría General de la República tiene a su cargo la vigilancia de la gestión fiscal y el control del resultado de la administración. (Minsalud, 2010)

- Procuraduría General de la Nación

La Procuraduría General de la Nación vela por el debido cumplimiento de la función pública en las Entidades Estatales, entre ellas las de salud, a través de la acción disciplinaria sobre los funcionarios públicos en sus acciones u omisiones. (Minsalud, 2010)

La Procuraduría General de la Nación es la Entidad que representa a los ciudadanos ante el Estado. Es el máximo organismo del Ministerio Público, conformado además por la Defensoría del Pueblo y las personerías.

Conformada por cerca de 4 mil servidores, la Procuraduría tiene autonomía administrativa, financiera y presupuestal en los términos definidos por el Estatuto Orgánico del Presupuesto Nacional. Es su obligación velar por el correcto ejercicio de las funciones encomendadas en la Constitución y la Ley a servidores públicos y lo hace a través de sus tres funciones misionales principales:

i. La función preventiva

Considerada la principal responsabilidad de la Procuraduría que está empeñada en “prevenir antes que sancionar”, vigilar el actuar de los servidores públicos y advertir cualquier hecho que pueda ser violatorio de las normas vigentes, sin que ello implique coadministración o intromisión en la gestión de las entidades estatales.

ii. La función de intervención

En su calidad de sujeto procesal la Procuraduría General de la Nación interviene ante las jurisdicciones Contencioso Administrativa, Constitucional y ante las diferentes instancias de las jurisdicciones penal, penal militar, civil, ambiental y agraria, de familia, laboral, ante el Consejo Superior de la Judicatura y las autoridades administrativas y de policía. Su facultad de intervención

no es facultativa sino imperativa y se desarrolla de forma selectiva cuando el Procurador General de la Nación lo considere necesario y cobra trascendencia siempre que se desarrolle en defensa de los derechos y las garantías fundamentales.

iii. La función disciplinaria

La Procuraduría General de la Nación es la encargada de iniciar, adelantar y fallar las investigaciones que por faltas disciplinarias se adelanten contra los servidores públicos y contra los particulares que ejercen funciones públicas o manejan dineros del estado, de conformidad con lo establecido en el Código Único Disciplinario o Ley 734 de 2002. (Procuraduría, 2020)

- Ministerio de Salud y Protección Social

Es una entidad pública del nivel central del Gobierno Nacional y cabeza del sector salud, encargada de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud, mediante la formulación de políticas, planes y programas, la coordinación intersectorial y la articulación de actores de salud con el fin de mejorar la calidad, oportunidad, accesibilidad de los servicios de salud y sostenibilidad del sistema, incrementando los niveles de satisfacción de los pacientes, familias, comunidades y habitantes del territorio nacional. (Minsalud, 2005)

Dentro de los objetivos y las funciones de este Ministerio aplicables a este trabajo, se encuentran los siguientes:

a. Objetivos:

Tendrá como objetivos, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud. Además, dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social. (Minsalud, 2005)

b. Funciones:

Para este documento y lo que se quiere plantear y analizar se deben tener en cuenta las siguientes funciones de MINSALUD.

1. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
2. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección Social.
3. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
4. Formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles.
5. Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.
6. Formular, adoptar y coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.
7. Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales, en temas tales como cuidado, promoción, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida y prevención de las enfermedades.
8. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
9. Formular, adoptar y evaluar la política farmacéutica, de medicamentos, de dispositivos, de insumos y tecnología biomédica, y establecer y desarrollar mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de los mismos.

10. Establecer los mecanismos para adelantar negociaciones de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.
11. Formular y evaluar la política de talento humano en salud, en coordinación con las entidades competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones en salud.
12. Dirigir, organizar, coordinar y evaluar el servicio social obligatorio de los profesionales y ocupaciones del área de la salud.
13. Definir los requisitos que deben cumplir las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener la habilitación y acreditación.
14. Regular la oferta pública y privada de servicios de salud, la organización de redes de prestación de servicios y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de los mismos, de conformidad con la ley. (Minsalud, 2005)

Por otra parte, para continuar con el documento, es importante tener en cuenta la reforma a la salud en Colombia que se dio en el año 2007, con la Ley Número 1122, que tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. (Minsalud, 2018)

Con esa reforma a la salud en nuestro país, se buscó mejorar el funcionamiento de las entidades prestadoras de salud, así como el sistema de salud completo, pues se tenía como objetivo eliminar las fallas a las cuales habían estado expuestos los pacientes, los funcionarios y las entidades hospitalarias.

Desde esta reforma de salud en Colombia, se creó la CRES, que es la comisión de regulación en salud, la cual está inscrita al Ministerio de Salud y Protección Social y que nació con el fin de controlar y regular el funcionamiento de esta ley, definir y modificar el POS (Plan Obligatorio de Salud) para la correcta prestación de servicios a los afiliados, definir los pagos, definir el uso y beneficio de los medicamentos incluidos en el POS, definir los regímenes que se le deben aplicar a las EPS, entre otras. (Minsalud, 2018)

(La totalidad de la Ley 1122 de 2007, puede ser vista como anexo en este trabajo)

Prestadores de salud

- Entidades Promotoras de Salud EPS

Estas entidades son las encargadas de promover la afiliación al Sistema de Seguridad Social, en las cuales no se presenta servicio médico, sino solo administrativo y comercial. (El Colombiano, 2020)

Algunas de las funciones de las EPS según el Decreto 1485 de 1994 (26) y el Decreto 780 de 2016, son: (ver anexos)

a. Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

c. Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.

d. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

e. Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia.

f. Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza. (ver anexos: Decreto 760 de 2016)

- Instituciones Prestadoras de Salud IPS

Por IPS se refieren a todos los centros médicos, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, sea de consulta, hospitalarios y clínicos y de cuidados intensivos. (El Colombiano, 2020)

Las IPS generalmente son privadas, aunque no hay que confundirlas con las Empresas Sociales del Estado ESE, que son las clínicas y hospitales pertenecientes al sector público.

En estos casos, son las EPS quienes se encargan de cancelar los gastos médicos que sus pacientes generan a las IPS. (Minsalud, 2007)

Las IPS en Colombia operan dentro del Sistema general de Seguridad Social en Salud, que busca garantizar el acceso a la población a servicios de salud de calidad para impactar positivamente en las condiciones de vida, el bienestar y el desarrollo. (Encolombia, 2020)

Por otro lado, también es necesario nombrar las entidades que rigen los Sistemas de Salud en México, sus objetivos y funciones.

En México, el principal encargado de los temas de Salud, es el Gobierno, y su ente de control principal y todas las funciones se rigen por medio de la Secretaría de Salud del país, la cual a su

vez se subdivide en algunas áreas que se encargan de diferentes temas en específico. A continuación, la descripción de la misma.

- Secretaría de Salud del Gobierno de México

La Secretaría de Salud es la dependencia del Poder Ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población. Según el nuevo modelo del Gobierno Mexicano, se considera que se debe hacer un “fortalecimiento del Primer Nivel de Atención con un enfoque directo a la atención Primaria a la Salud, donde la estructura de las Redes Integradas de Servicios de Salud encontrará, con la reestructuración de las Jurisdicciones Sanitarias al convertirlas en Distritos de Salud, un ente coordinador de acciones en su territorio de responsabilidad, que garantizará la atención eficiente y continua de la población a su cargo. Todo esto, con la garantía de atención médica y medicamentos gratuitos, de la necesidad de fortalecer las actividades de acción comunitaria para mejorar las condiciones de salud de las personas, familias y comunidades”. (Secretaría de Salud MX, 2019)

En el caso del Sistema de Salud mexicano, las instituciones contienen prácticas, reglas, rutinas, burocracias, presupuestos, etc.; algunas garantizan su funcionamiento y otras lo dificultan. Como lo dictamina el Gobierno de México, entre lo anterior, “se presentan obstáculos serios como la corrupción extendida y un largo proceso de abandono; ausencia de planeación estratégica y profesionalismo; así como la falta creciente de financiamiento del sistema público”. El reto no es aplicar desde fuera y desde arriba modelos internamente coherentes pero que ignoran la realidad; el desafío es desentrañar las dificultades concretas para avanzar en el cumplimiento del compromiso de proporcionar Atención Médica y Medicamentos Gratuitos a todos los mexicanos. (Secretaría de Salud MX, 2019)

Las áreas adscritas a la Secretaría de Salud de México son las siguientes:

- [Dirección General de Promoción de la Salud.](#)
- [Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental.](#)
- [Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.](#)

- [Dirección General de Epidemiología.](#)
- [Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.](#)
- [Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.](#)
- [Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.](#)
- [Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida.](#) (Secretaría de Salud MX, 2019)

Ahora bien, hay entidades e instituciones, que al igual que en Colombia, se encargan de brindar servicios en salud para la comunidad y se dividen en los siguientes:

Entidades Federativas

El Sistema de Salud Mexicano, cuenta con estas entidades para prestar el servicio de salud en todo el Estado, las cuales a su vez se subdividen en tres:

- *IMSS* – Instituto Mexicano de Seguro Social

El IMSS, es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943, para ello, combina la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados, para brindar tranquilidad y estabilidad a los trabajadores y sus familias, ante cualquiera de los riesgos especificados en la Ley del Seguro Social. Hoy en día, más de la mitad de la población mexicana, tiene algo que ver con el Instituto, hasta ahora, la más grande en su género en América Latina. (IMSS, 2020)

- *ISEM* – Instituto de Salud del Estado de México

Es el organismo público encargado de proporcionar los servicios de [seguridad social](#) en el [Estado de México](#) para los servidores del estado. Su misión es proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México. (ISEM, 2020)

- *ISSSTE* – Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El ISSSTE es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Es una organización gubernamental del país azteca que administra el cuidado de la salud y la seguridad social, por lo que ofrece asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y defunción. (ISSSTE, 2020)

Por otra parte, y como una segunda categoría en el desarrollo de este trabajo, se debe tener en cuenta lo que concierne a las Reestructuraciones Productivas en Salud, y poder abordar sus principales características.

Reestructuraciones Productivas en Salud

Para iniciar esta categoría, es necesario definir que es una reestructuración productiva. La Reestructuración Productiva, según Merhy y Franco es el resultado de los cambios en el modo de producción o de cuidado, las funciones de gestión de los productos y los efectos de la producción, el impacto y el modo de fabricación de los productos, la forma de asistencia y el mantenimiento de la información. (Merhy y Franco, 2003)

Según Alejandro Perdomo en el campo de la salud los procesos de transformación de los hospitales han sido impulsados por instituciones comprometidas con los proyectos neoliberales. (Perdomo, 2014)

Además, el autor Perdomo añade que, Merhy señala que en el interior de los servicios de salud se presenta una disputa por el modo de producir el cuidado entre los diferentes agentes que participan en ellos y, que esta disputa, trae como consecuencia una articulación particular de los diferentes tipos de tecnologías en salud. (Merhy, 2000)

En resumen, los cambios en el conflicto cotidiano entre los agentes del hospital –trabajadores y directivas- y las formas de emplear las tecnologías en la producción de actos de salud –encuentro trabajador-usuario- definen las características de la reestructuración productiva en salud. Este conflicto ha sido abordado especialmente en el debate sobre el Proceso de Trabajo, mientras que

el uso de las tecnologías en la producción de actos de salud se ha abordado desde las propuestas acerca del Proceso de Trabajo en Salud. (Perdomo, 2014)

Por otro lado, Henry Mintzberg, habla sobre la importancia de la organización de las instituciones. En el Capítulo I de su libro ‘Diseño de organizaciones eficientes’, el autor dice: “cada actividad humana organizada –desde la fabricación de cacharros hasta poner un hombre en la luna- da origen a dos requerimientos fundamentales y opuestos: *la división de trabajo* entre varias tareas a desempeñar, y la *coordinación* de estas tareas para consumir la actividad”. (Mintzberg, 1991)

Con lo anterior, Mintzberg se refiere a que una institución funciona correctamente, si el trabajo es dividido de igual manera entre el equipo que tiene que desempeñar las tareas propuestas dentro de la misma, y que todos se pongan de acuerdo, es decir, que la coordinación para realizar esas tareas sea eficiente.

Es así, como el autor se refiere a la *coordinación*, tal vez como el aspecto más importante dentro de las instituciones y dice que existen cinco mecanismos que rigen la coordinación, que es por medio de ellos que las organizaciones coordinan su trabajo: ajuste mutuo, supervisión directa, estandarización de procesos de trabajo, estandarización de producciones de trabajo y estandarización de destreza de trabajadores. Estos 5 aspectos se definen de la siguiente manera:

- i. El ajuste mutuo, consigue la coordinación del trabajo mediante la simple comunicación informal. En este tipo de mecanismo, el control del trabajo corre a cargo de los que lo realizan.
- ii. La supervisión directa, indica que a medida que una organización supera su estado más sencillo suele recurrirse a un segundo mecanismo de coordinación, es así cómo consigue esa coordinación al responsabilizarse una persona del trabajo de los demás, dándoles instrucciones y controlando sus acciones.
- iii. La estandarización de procesos de trabajo, es decir, que se normalizan cuando el contenido del mismo queda especificado, es decir, programado.
- iv. La estandarización de las producciones de trabajo se refiere a que se normalizan los resultados al especificarse los mismos, como pueda darse con las dimensiones del producto o del rendimiento. Una vez normalizados, se predeterminan los nexos entre tareas.

- v. La estandarización de la destreza de los trabajadores, es decir, en algunas ocasiones resulta imposible normalizar tanto el trabajo como sus resultados, necesitándose, no obstante, algún tipo de coordinación. Las habilidades se normalizan cuando ha quedado especificado el tipo de preparación requerida para la realización del trabajo. (Mintzberg, 1991)

Para aplicar lo que dice el autor a este trabajo, se habla de la organización dentro de los hospitales, pues si se toman en cuenta estos 5 aspectos, es mucho más eficiente a la hora de organizar a los profesionales de la salud y los administrativos, dentro de las entidades prestadoras de salud, y, con base en eso, poder ahondar y analizar cuáles son los errores, los problemas o los obstáculos que se están presentando dentro de los hospitales.

Por consiguiente, el mismo autor en el capítulo 10 de su libro, habla acerca de la Burocracia Profesional, menciona que es algo común en las Universidades, Hospitales, sistemas educativos, entre otros. Mintzberg dice que estas entidades confían en las destrezas y el conocimiento de sus profesionales operativos para funcionar.

Indica el autor: *“la burocracia profesional confía para la coordinación en la estandarización de destrezas y su parámetro de diseño asociado, capacitación y enseñanza. Contrata especialistas debidamente capacitados y enseñados –profesionales- para el núcleo operativo, y luego les da considerable control sobre su propio trabajo”*. (Mintzberg, 1991)

Muchas veces, las organizaciones tienen la necesidad de construir y mantener categorías, a ese proceso se le llama *encasillamiento*, en el cual, según Mintzberg, el profesional tiene dos tareas básicas: 1. Clasificar la necesidad del cliente en términos de una contingencia, lo que indica qué programa estándar usar; una tarea conocida como *diagnostico*; y 2. Aplicar, o ejecutar, ese programa. Es decir, la gente es clasificada según sus experiencias, sus conocimientos, dentro de un vasto grupo de personas. (Mintzberg, 1991)

Con base en lo anterior y en relación con este trabajo, los profesionales, al no aplicárseles una burocracia profesional, sino que tienen jefes y subjefes que son los encargados de darles órdenes, sobretodo en Colombia y México, tienden a no rendir de la misma manera en sus labores. Aplicado al mundo de las entidades prestadoras de salud, en Colombia es necesario dejar más libertad de trabajo a los profesionales, pues ellos tienden a crear una relación más estrecha con sus pacientes

que con sus colegas, ya que esto les da mucho más grado de autonomía y el trabajo es mejor desempeñado.

Ahora, como una tercera parte de esta investigación, se deben tener en cuenta los sistemas de salud de Colombia y de México, pues son los que se van a estudiar en este trabajo de grado.

Reformas a los sistemas de salud en Colombia y México

- Sistema de Seguridad Social en Colombia

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGS-SS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. El paciente se afilia a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que prefiera, recibe su Carnet de Salud y entra a formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS), que como verá más adelante, le traerá muchos beneficios. (Minsalud, 2004)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. (Minsalud, 2004)

El POS o Plan obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios que todas las EPS, sin excepción, deben prestarles a todas las personas que estén afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por el régimen Contributivo. El POS, con los servicios de atención que presta, cubre todas las necesidades en salud de los colombianos, desde la atención de urgencias hospitalarias, hasta enfermedades graves como SIDA o cáncer.

- Sistema de Seguridad Social en México

La seguridad social es un tema al que se le debe prestar atención todo el tiempo, el cualquier lugar del mundo, es por esto que implica la protección que debe brindar el Estado al individuo perteneciente a una sociedad; ese fin debe estar soportado por una organización integral que coadyuve a cumplir con ello. Su financiación se da desde el pago que hacen los mexicanos a partir

de la obligación que establece el artículo 31, fracción IV de la Constitución Mexicana, recursos los cuales después son destinados al gasto público, dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación. (Ledezma, 2018)

De acuerdo a lo anterior, dice el periodista Sergio Ledezma que “el sistema de salud mexicano y sus servicios, se otorgan a todos los ciudadanos por medio de las instituciones del Estado a través de la asistencia social o la beneficencia pública, que atiende a personas que tienen cierta precariedad social o que se encuentran económicamente débiles, utilizando instrumentos como hospitales generales, albergues, instituciones de apoyo de familia, entre otros” ; todo ello por medio de organismos encargados por disposición de la Ley de Asistencia Social, entre las que se encuentran: La secretaría de salud, la secretaría de desarrollo social, la secretaría de educación pública, los sistemas nacional, estatales y municipales para el desarrollo integral de la familia. Además, los cambios en las formas de gestionar los servicios de salud son vividos y experimentados por los gerentes y los profesionales de salud de manera diversa. (Ledezma, 2018)

Finalmente, se debe decir que las reformas a los Sistemas de Salud orientados por Managed Care, han producido reestructuraciones productivas enfocados en cambios en la gestión de los servicios de salud. Estos cambios en la gestión parecieran dirigirse a una coordinación basada en la estandarización de destrezas aprendidas en la formación, capacitación, etc., y por tanto en la autonomía médica y el conocimiento biomédico, hacia una coordinación basada en la estandarización del proceso de trabajo, donde la gerencia aumenta su control sobre el trabajo médico, lo corporativiza, burocratiza, etc. (Ledezma 2018)

Por otra parte, y para finalizar, también es necesario definir los aspectos que serán tomados en cuenta en el análisis de datos, los cuales fueron planteados a través de unas preguntas base y que serán conceptualizados a continuación. Los aspectos a definir son: Financiación, accesibilidad, calidad y eficiencia.

Accesibilidad

La accesibilidad a los servicios de Salud, según el Diccionario de Gestión y Administración Sanitaria, es la forma en que se mide la oportunidad que tienen los ciudadanos de recibir los

servicios necesarios de acuerdo a su condición nosológica o su estado de salud, en el momento y lugar precisos, en la cantidad suficiente y por un costo razonable.

Ésta es una de las características por las que se determina la capacidad de respuesta de un sistema sanitario para facilitar la prestación de servicios de salud, y la cual mide el grado en que un sistema bloquea o proporciona el libre acceso al disfrute de las atenciones sanitarias a las personas.

Según los autores del Diccionario de Gestión y Administración Sanitaria, la accesibilidad a los Servicios de Salud, se trata de una condición vinculada a la equidad de distribución de los servicios sanitarios que integra aspectos:

- 1) Financieros o capacidad para pagarlos.
- 2) Geográficos o distancia a los centros, existencia de vías de comunicación y redes de transportes.
- 3) Legales o regulatorios, como facilidades de derecho a la atención.
- 4) Organizativos, como ausencia de barreras burocráticas, tiempos de acceso razonables, horarios adecuados o coordinación entre servicios.
- 5) Culturales o garantía de disfrutar de niveles educativos mínimos, que hagan posible la comprensión, la concienciación y la práctica de hábitos saludables.

El acceso efectivo se identifica con la circunstancia de que los individuos sean atendidos en los servicios sanitarios en el momento en el que lo necesiten, sin obstáculos y de forma equitativa. (Rubio, et al., 2018)

Calidad

La calidad en salud es el conjunto de características, propiedades y atributos inherentes a un bien o servicio, y que permite que los consumidores o usuarios puedan compararlos con los de las demás personas.

En este aspecto se mide el grado en que un producto o servicio satisface las necesidades, expectativas, exigencias y objetivos de lo que un individuo requiere. Dentro del marco de calidad

se pueden tener en cuenta aspectos como las funciones, características, tales como las deficiencias o imperfecciones, o los comportamientos de un bien o de un servicio prestado que llegue a satisfacer las necesidades de los consumidores. Siendo así, se pueden identificar cuatro atributos de la calidad:

1. La efectividad.
2. La eficiencia.
3. La adecuación.
4. La calidad científicotécnica.

El enfoque que tiene el usuario sobre la calidad, es que éste da una apreciación sobre el servicio o el producto que está recibiendo. Y por parte de los profesionales o empleados de una organización, se recibe el nombre de “círculo de calidad”, el que está fundamentado en: la formación, la participación, la creatividad, la autonomía, la motivación, el voluntariado y el trabajo solidario. (Rubio, et al., 2018)

Eficiencia

Este es un principio normativo de la economía, que se refiere a la producción de los bienes y servicios que la sociedad les da más valor, al menor costo social posible. Esto se da por la relación entre fines y medios, y determina su valor por la relación entre los resultados obtenidos y los recursos empleados.

La eficiencia invita a que los recursos sean preferentemente empleados en la producción de aquellos bienes y en la prestación de servicios que produzcan el máximo beneficio en relación a sus respectivos costos.

En este caso, podemos distinguir tres principales tipos de eficiencia:

1. Eficiencia Asignativa: es por la cual se trata de determinar la mejor finalidad, en qué proporción y con qué orden de prioridad deberían aplicarse los recursos para satisfacer diferentes necesidades sociales.
2. Eficiencia Productiva: por la que se trata de optimizar la relación entre medios y resultados en el proceso productivo. Dentro de esta, se diferencia entre: 2.1) *eficiencia económica*, que

se mide siempre en unidades monetarias, de forma que un método de producción se considera económicamente eficiente cuando emplea menos costos que otros para obtener un nivel de producción dado; 2.2) *eficiencia técnica*, que se mide siempre en unidades físicas, de forma que un método de producción es técnicamente eficiente cuando minimiza las cantidades de factores productivos, necesarios para alcanzar un resultado determinado; y 2.3) *eficiencia de gestión*, de forma que un método de producción es gestionado con eficiencia cuando se maximiza la producción que se obtiene en función de los costos de los recursos utilizados.

3. Eficiencia Distributiva: Que considera cómo los bienes y servicios son distribuidos entre los usuarios para maximizar su bienestar y garantizar la más equitativa adjudicación del esfuerzo productivo. (Rubio, et al., 2018)

Financiación

Es el proceso por el cual se obtienen los recursos necesarios para el buen funcionamiento de una institución o proyecto, ya sea para la ejecución de un gasto o para realizar una inversión para un objetivo específico.

En el ámbito de la salud, se refiere al conjunto de recursos monetarios que provienen de las familias o empresas y se canalizan directa o indirectamente hacia los proveedores de recursos, como consecuencia de la prestación de servicios en salud. La financiación es una función del sistema sanitario que tiene que ver con la provisión, movilización y acumulación de medios de pago con los que se atienden las necesidades de salud de los individuos.

La financiación sanitaria puede ser:

- 1) Pública, que se caracteriza por ser coercitiva mediante impuestos y cotizaciones obligatorias a la Seguridad Social.
- 2) Privada, que permite al usuario ejercer su soberanía, a través de pagos directos a proveedores de servicios y primas de seguros voluntarios de asistencia sanitaria en favor de los aseguradores.

3) La financiación selectiva de prestaciones sanitarias hace referencia a aquellas para las que, de forma diferenciada, un asegurador garantiza su cobertura de costes; o aquellas que pueden ser prestadas sin cargo adicional alguno para el usuario en un sistema de aseguramiento.

4) La financiación compartida consiste en el reparto de las cargas de los productos sanitarios entre los asegurados y los aseguradores, con el objetivo de reducir los gastos del asegurador y/o reorientar el consumo hacia productos más efectivos o eficientes: No obstante, puede producir impactos negativos muy fuertes sobre la equidad al limitar el acceso a los servicios por razones económicas. (Rubio, et al., 2018)

Tecnología

La tecnología, según el Diccionario de Gestión y Administración Sanitaria, es el conjunto de bienes de capital, o conocimientos científicos, métodos de invención e innovación específicos y técnicas aplicadas de organización productiva y que son necesarias para generar bienes y servicios propios de una actividad mecánica o un arte industrial.

La tecnología se sustenta con los conocimientos que se proveen desde la ciencia, con el fin de crear, modificar o mejorar un producto existente. Lo que realmente se quiere lograr con la tecnología, es generar productividad a una empresa o institución, ya que se pueden hacer mejoras e incrementos en el producto o servicio, sin necesidad de aumentar el factor trabajo.

Ahora bien, el término “tecnología de punta”, se refiere a aquella que viene de una investigación innovadora, avanzada o adelantada, a procedimientos más efectivos o de mayor calidad.

Para hablar de tecnología médica, es la manera y el conocimiento de los sistemas de prestación de los servicios de salud, que tienen que ver con el conjunto de técnicas, procedimientos y procesos relacionados con dichos sistemas, que permiten que su ejecución sea más efectiva, es decir, los medicamentos, vacunas, equipamientos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas de soporte, información, administración y organización de las instituciones y los profesionales de la salud, para dar un correcto tratamiento, prevención y diagnóstico a las personas. (Rubio, et al., 2018)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una Reestructuración Productiva, es el resultado de los cambios en el modo de producción o de cuidado, las funciones de gestión de los productos y los efectos de la producción, el impacto y el modo de fabricación de los productos, la forma de asistencia y el mantenimiento de la información. (Minsalud, 2013)

Con base en lo anterior, las reestructuraciones o reformas hospitalarias, para autores como Franco, están inspiradas en el comercio y la economía mundial, pues cita que muchas de las entidades de salud ya ven esto como un negocio para crecer dentro del mercado, y dejan atrás las planificaciones y las necesidades reales de un sistema de salud, presentando así grandes fallas al momento de prestar el servicio. (Franco, 1999)

Varios autores, como Merhy, Perdomo y Franco, indican, además, que al interior de las entidades prestadoras de salud se presenta una disputa por el modo en el que producen el cuidado y eso, trae como consecuencia, más cambios tecnológicos dentro de los hospitales, que cambios para el bienestar real de las personas que están adquiriendo el servicio.

Resumiendo, los cambios en el conflicto en la actualidad al interior de los hospitales son las maneras en que emplean las tecnologías en la prestación del servicio de salud. Indica Perdomo que este conflicto ha sido abordado especialmente en el debate sobre el Proceso de Trabajo, mientras que el uso de las tecnologías en la producción de actos de salud se ha abordado desde las propuestas acerca del Proceso de Trabajo en Salud. (Perdomo, 2014)

Para Mintzberg, la organización de las instituciones tiene gran importancia, pues de eso depende que se pueda hacer la división entre dos requerimientos, que son la división del trabajo y la coordinación. Lo anterior es fundamental, ya que en cualquier empresa o entidad son necesarios esos requerimientos para que las actividades y tareas que se vayan a desempeñar sean consumadas de la manera correcta, pues para el autor si el trabajo está dividido correctamente y hay una coordinación entre los trabajadores, las actividades propuestas se realizan de manera eficiente. (Mintzberg, 1991)

Es por eso qué, para el autor, la coordinación dentro de una entidad es el aspecto más relevante, pues es gracias a ella que estas pueden funcionar de manera correcta.

Según la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud 2005, hay múltiples diagnósticos sobre los prestadores de servicios de salud en Colombia. Según ésta Política: “Estudios como el realizado sobre la problemática hospitalaria en 1988 por la Previsora SA, el estudio sectorial de salud, los trabajos del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, así como los del Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otros, han evidenciado la problemática de los prestadores de servicios de salud”. (Minsalud, 2005)

Con base en lo anterior, esa problemática se puede dividir en dos grupos, de una parte, *los problemas acumulados*, que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan vigentes, y *los problemas emergentes*, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios políticoadministrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población. (Minsalud, 2005)

Por otra parte, como se ha nombrado en algunos apartados de este trabajo, lo que se pretende es identificar los obstáculos que se presentan a la hora de implementar las reestructuraciones o las reformas en la salud en los hospitales.

Es así, como la intención de este proyecto es ver cuáles son los obstáculos presentados a la hora de implementar una reforma en la salud, desde el punto de vista de los trabajadores de los hospitales en México y Colombia, ya sean del departamento administrativo o los profesionales de la salud.

4. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realiza con el fin de prestar una información detallada y concisa sobre las reformas de salud en Colombia y México, pues en el caso de la odontología y la medicina, es importante conocer las opiniones que tienen algunos profesionales y administrativos de las entidades prestadoras de salud, y la forma en que estas reformas han ayudado a la prestación de ese servicio o, por el contrario, si ha hecho que se presenten más trabas y obstáculos al momento de la implementación de las políticas de funcionamiento en los hospitales de los dos países.

En este caso, se espera que el trabajo, al ser una continuación de otra tesis, pueda llegar a ser conocido y utilizado como un documento académico, para quienes presenten un interés por los movimientos y las reformas en la salud en América Latina, pero sobre todo en nuestro país y en México, los cuáles han tenido sistemas de salud similares en muchos aspectos, y, además, que son países en donde prima lo privado sobre lo público, y los recursos no son manejados a conciencia por los mandatarios de turno.

La investigación va más allá, de solo escuchar o documentar lo que dicen las personas que trabajan en los hospitales colombianos y mexicanos, sino que se espera que se aclaren algunos puntos sobre el funcionamiento interno de esas entidades. Es así, como por medio de entrevistas, que se han ido realizando tanto por el Dr. Perdomo, como por las desarrolladoras de este trabajo, se recopile la suficiente información, para entregar los resultados esperados y finalmente, identificar los obstáculos que se presentan a la hora de implementar las reformas en los sistemas de salud en los dos países, el cual es el principal objetivo de la investigación.

Por consiguiente, este trabajo tiene una gran relevancia, pues es una manera de mostrar cómo puede haber diferentes irregularidades en la prestación del servicio de la salud, con lo que además de ayudar a los profesionales de la salud, a ver los problemas que se presentan, también puede ayudar a los diferentes usuarios y pacientes de cada una de las entidades o de aquellos que buscan que se les dé el mejor servicio en los hospitales.

Respecto a lo anterior, cabe decir que se utilizará una forma de investigación recurriendo a la sistematización de experiencias, pues la información recolectada ha sido por medio de la observación y, también, por medio de la realización de entrevistas a los dos principales trabajadores

interesados y, sobre todo, afectados por las reformas en la salud, las personas pertenecientes al departamento administrativo de los hospitales y los profesionales de la salud.

Con este proyecto se busca que se realice un aporte teórico, educativo y práctico, en cuanto a las áreas del conocimiento que se encargan de estudiar el ser humano, en este caso, y, principalmente, la medicina y la odontología.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Identificar la perspectiva de los profesionales de la salud y de las personas del área administrativa de las entidades prestadoras de salud, respecto a las reformas hospitalarias y de salud, comparando Colombia y México, y los obstáculos que se presentan al momento de la implementación de las mismas.

5.2 Objetivos Específicos

5.2.1 Conocer a profundidad cada una de las entrevistas realizadas al personal administrativo y profesionales de la salud en los hospitales de Colombia y México.

5.2.2 Indagar sobre cuáles son los principales problemas y obstáculos que se presentan en la implementación de las reformas hospitalarias.

5.2.3 Identificar la información recolectada en las entrevistas que responda a las intenciones de la investigación actual.

6. METODOLOGÍA

Para este trabajo, la metodología de la investigación fue la cualitativa, que es por medio de la cual la información es recopilada por medio de la observación de comportamientos, discursos, respuestas, etc., las cuales están sujetas a ser estudiadas e interpretadas en búsqueda de su significado. Éste es un método de investigación social, en el cual el investigador es el instrumento de investigación por excelencia. (Merhy y Franco, 2003)

Es por esto, que se define el tipo de estudio como: “*descriptivo/cualitativo*”, pues lo que se quiere es describir los hechos como fueron observados, en este caso, describir la información que fue recogida en las entrevistas realizadas en los hospitales de Colombia y México.

Análisis de datos cualitativos

Con la apropiación de la necesidad de realizar todo tipo de estudios en la actualidad en el ámbito académico, la investigación cualitativa ha ido en crecimiento y ha formado un precedente convirtiéndose en un enfoque establecido y respetado en todas las disciplinas. En los últimos años, un buen número de estudiantes, profesionales, profesores y académicos, han utilizado la investigación cualitativa como una manera de analizar la información recogida durante su estudio.

Según los autores Rodríguez, Lorenzo y Herrera, se entiende por análisis de datos cualitativos al proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones; y se caracteriza por su forma cíclica y circular, al contrario de la posición lineal que toma el análisis de datos cuantitativos. (Rodríguez et al., 2005)

Gracias al proceso circular, nombrado anteriormente, el investigador va descubriendo diferentes categorías que serán tomadas en cuenta al cabo de la realización del trabajo, y que muchas veces obligan al mismo, a revisar continuamente su investigación para acoger las categorías que desde un principio de planteó y que den la posibilidad de recoger más datos para complementarlas.

Ahora bien, para tener más claridad en la conceptualización, es necesario hacer la definición de *dato cualitativo*, lo cual, según los autores ya nombrados, se convierte en un elemento dinámico, resultado de una serie de manipulaciones que transforman la realidad, pues este incluye elementos como el registro de la realidad, su plasmación material en algún tipo de expresión y su transformación mediante un proceso de elaboración conceptual. Lo anterior se refiere a que esa información debe ser registrada a través de algún tipo de estrategia manual o electrónica, además de la propia observación y las notas de campo, en una grabadora de video o de audio; y, una vez registrada la información debe materializarse en algún tipo de expresión, verbal (audio), escrita (transcripción) o icónico visual (video). (Rodríguez et al., 2005)

Por otra parte, para Graham Gibbs, el análisis cualitativo implica dos actividades; en primer lugar, desarrollar un conocimiento de las clases de datos que es posible examinar y del modo en que se pueden describir y explicar y, en segundo lugar, una cierta cantidad de actividades prácticas que sirvan de ayuda en el manejo del tipo de datos y en las grandes cantidades de ellos que es necesario examinar. (Gibbs, 2007)

Según Gibbs, también hay una gran variedad de modos de examinar los datos y diferentes metodologías, pues una de ellas se refiere a realizar una descripción bastante detallada para poder llegar a una comprensión del entorno estudiado. Sugiere el autor, quien nombra a Geertz, para hacer cabida al término de “descripción densa”, que es la que se debería utilizar como una de las fases de la investigación cualitativa, pues es aquella que demuestra la riqueza de lo que está sucediendo y le da importancia a la manera en que se involucran las estrategias e intenciones de las personas. (Gibbs, 2007))

Para seguir con la conceptualización sobre el análisis de datos cualitativos y para hacerlo útil para esta investigación es necesario hablar del análisis cualitativo en salud.

Los autores Francisco Javier Mercado y Teresa Margarita Torres, dicen que el tema del análisis cualitativo en los ámbitos de la salud es un tema olvidado. Para los autores el análisis cualitativo de los datos, incluso la misma investigación cualitativa en salud, dista de ser privativo por un profesional o especialidad, de un objeto de estudio o una orientación teórica. Para hablar de temas de salud, se hace referencia a tres grupos de países: aquellos con una producción sostenida, otros donde es esporádica y otros donde es casi inexistente. Colombia y México se encuentran entre los

primeros, pues son países en los cuales se realizan diferentes investigaciones en el ámbito de la salud. Es por eso, que, en los procesos de investigación, se dan varias fases, entre ellas el acercamiento y observación al objeto de estudio, luego la de organizar y clasificar los datos recogidos durante esa observación y analizar las categorías que se derivan de ese estudio. (Mercado y Torres, 2000)}

Preguntas base para el análisis de datos

- ¿Cuáles son los obstáculos y cambios financieros en Colombia y México desde el punto de vista de administrativos?
- ¿Cuáles son las problemáticas y cambios en cuanto a la accesibilidad que presentan los diferentes servicios de salud en Colombia y México?
- ¿Cómo se identifican los problemas y cambios en cuanto a calidad en prestación de servicios en los dos sistemas de salud?
- ¿Cuáles son los problemas y cambios en que tan eficientes son los servicios (Colombia - México) de salud desde diferentes puntos de vista?

Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, el análisis de datos se dividirá en cinco aspectos: Financiación, accesibilidad, calidad, eficiencia y tecnología.

El análisis de las entrevistas será realizado a través de la identificación de los cambios y problemas en cada aspecto, con los diferentes trabajadores de los hospitales de Colombia y México.

Las entrevistas transcritas, y en el análisis de las mismas se pueden ver en los anexos de este trabajo.

7. RESULTADOS

De acuerdo a la realización del análisis de datos, en el caso de este trabajo, de las entrevistas recopiladas, se evidenciaron los siguientes resultados en cada uno de los aspectos en los que se dividió este análisis.

De acuerdo a las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud en el Hospital Simón Bolívar, en Bogotá, Colombia, los cuales son la Directora de calidad, la directora de planeación, un farmacéutico, el subgerente financiero, la directora de hospitalización, el subgerente científico, la coordinadora de salas de salas de cirugía y la líder de instrumentadoras quirúrgicas. Por otra parte, los trabajadores entrevistados en México, en el Hospital Juárez de la ciudad de México, fueron el director general, asistente de dirección de calidad, cirujano adscrito de ortopedia, el asistente de dirección de calidad, el director de la división de cirugía, el asistente de la dirección de investigación, el director financiero y la directora de planeación del mismo.

Tomando en cuenta las opiniones de cada uno de los anteriores trabajadores mencionados en el párrafo anterior, tenemos lo siguiente.

- *Calidad*

Al hacer un análisis comparativo de los dos hospitales, tenemos que los trabajadores de estos tienen opiniones muy similares entre ellos, ya que, es de saberse que no se desconocen los grandes problemas y obstáculos al momento del manejo de las dos entidades de salud y la manera en que prestan sus servicios.

En Colombia, la calidad en el hospital Simón Bolívar se mide por medio de la certificación y la acreditación que recibió éste, de acuerdo a la prestación de sus servicios, sus implementos, instrumentos y el recurso humano, y la manera en que estos tratan y manejan a sus pacientes y usuarios.

En distintas ocasiones, el hospital recibe médicos en calidad de residentes, con los que se maneja una mejor trazabilidad y prestación en el servicio, en este caso, a poblaciones vulnerables o de estratos bajos, ya que es un hospital público. A estos profesionales de la salud, ya sean residentes

o médicos y especialistas titulados, se les exige que tengan una preparación más allá del pregrado, con lo cual la entidad se certifica y puede prestar un mejor servicio.

Algo interesante, es que tanto los administrativos, como los clínicos en los dos países, consideran que con los nuevos indicadores de calidad se deben realizar informes dispendiosos, y en muchos casos innecesarios, lo que para ellos genera un aumento en el trabajo, pero todos con el fin de mejora y certificación de los hospitales, y se ven saturados con su desarrollo en clínica, como también en la elaboración de esos informes, situación que afecta desde los residentes, hasta los directores y jefes de las diferentes áreas de los hospitales.

Tanto en México como en Colombia, los hospitales públicos prestan sus servicios de atención a la comunidad, según su acreditación, es decir, se acreditan los servicios que se deben atender, según su nivel de complejidad. En los dos hospitales, los médicos que tienen cierta antigüedad trabajando en los hospitales, son más respetados y tienen mayor credibilidad, debido a su experiencia y trayectoria profesional.

Un problema u obstáculo en la prestación del servicio que se genera en los dos hospitales es que los que tienen más trayectoria y son de mayor edad, hacen que se genere un problema en el servicio, debido a que es más difícil que se adapten a las nuevas leyes y requerimientos, pues están arraigados a la tradicionalidad.

Uno de los temas importantes en cuanto a calidad, es que en los dos hospitales, se firman convenios de los hospitales con las Instituciones Educativas Universitarias, tanto públicas, como privadas, de las cuales los alumnos realizan rotaciones de práctica clínica, o ven algunas clases en los hospitales y, estos a la vez, generan ingresos por las cuotas-partes de las matrículas de los estudiantes, y que estos, a la vez, aportan con la prestación de servicios, de los cuales el hospital factura y genera un ingreso adicional.

- *Eficiencia*

En este apartado, se puede decir que lo que se presenta mayormente son algunos obstáculos por parte de la parte médico-directiva, ya que, en muchas ocasiones, o no se les da el presupuesto

necesario para dar la mejor prestación de un servicio, o en algunos casos, los altos mandos no lo manejan de la manera correcta.

El presupuesto que se maneja en las entidades de salud mexicanas, se proyecta con base en las necesidades para el pago del recurso humano y compra de insumos, los cuales se condensan y son gestionados y solicitados por el hospital, ante coordinación, que la hace el gobierno; mientras que en Colombia, el presupuesto de la entidad se proyecta de acuerdo a la negociación que se haga de ventas de servicio de salud con las EPS que tengan usuarios afiliados en el área de la influencia de la IPS; el gobierno determina el valor del usuario para el régimen contributivo y subsidiado y, también, las IPS tienen una tarifa de los servicios que prestan a las EPS de acuerdo a la demanda de servicios.

En Colombia, aparte de la prestación de servicios de salud contratados por las EPS, los hospitales generan ingresos propios mediante la suscripción de convenios para la ejecución de programas sociales y políticas públicas que se pueden contratar con los entes territoriales, y, estos a su vez financian la salud, mediante convenios para el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, dotación de equipos biomédicos y mejoramiento de la tecnología, dotación de vehículos de transporte como ambulancias y unidades móviles, para la prestación de servicios, también por la venta de servicios habilitados diferentes al nivel de complejidad, los cuales se generan mediante la venta de estos a las EPS y a los usuarios de forma particular. En México, la prestación del servicio es financiada directamente por el gobierno federal sin intermediación, y, por otra parte, se financian con ingresos propios generados por convenios con empresas públicas y privadas, hospitales, el seguro popular, y la atención de personas remitidas por asociaciones, por ejemplo, la asociación contra el cáncer.

- *Financiación*

Este es un tema controvertido en los dos hospitales, ya que muchas veces los ingresos que tienen no son los suficientes para poder generar y manejar todo lo que se necesita dentro de las instituciones.

El problema presupuestal, es decir, la falta de presupuesto y la poca o nula ayuda por parte de los gobiernos de cada país, ha afectado enormemente a los hospitales, causando que algunos procesos de inversión necesarios no sean posibles.

Ahora, por el lado de los convenios con las entidades prestadoras de salud, muchas veces se ven obsoletos, o en se ven, en parte, afectados porque los pagos no son generados a tiempo, y en las cantidades que deben ser, causando inconvenientes financieros en el manejo de los hospitales.

En este caso, en México se creó un programa sistemático llamado SIAFFASPE, el cual es muy útil para saber cómo las entidades públicas en ese país pueden gastar el dinero, con cuanto cuentan y, en el caso de los hospitales, según una de las 32 enfermedades clasificadas epidemiológicamente de la población mexicana, con cuanto presupuesto se debe contar para el manejo de estas.

Por otro lado, una gran ayuda se ve por el lado de los convenios universitarios que se generan con los dos hospitales, pues los dos son hospital-escuela, es decir, que internos y residentes hacen rotaciones en cada uno, facilitando sus servicios y ayudando en la atención a diferentes pacientes de distintas especialidades.

- *Accesibilidad*

Uno de los puntos más importantes a la hora de prestar un servicio, sobre todo de salud, es la accesibilidad de los usuarios y pacientes a éste.

En los hospitales de México y Colombia, se hace lo posible por prestar el mejor servicio a los pacientes, desde que se haga un diagnóstico, se vean los factores de riesgo presentados, se le dé un tratamiento y este sea culminado, hasta la mejoría del paciente, o hasta donde sea necesario prestarle un servicio.

Ahora bien, en Colombia, con la ley 100, la prestación del servicio es integral, eso quiere decir que el usuario recibe todo de la IPS, a través del POS que está cubierto por la ley, ya que la IPS contrata con la EPS sus servicios, lo cual incluye talento humano, los insumos, procesos y procedimientos, que a la vez incluyen medicamentos. Por el contrario, en México, la prestación del servicio solo incluye el recurso humano, que es quien da las formulas e indica los procedimientos, y el paciente

o usuario, debe comprar el medicamento y los insumos necesarios para realizar esos procedimientos.

- *Tecnología*

En este aspecto, lo que se mide es la necesidad que han tenido las dos instituciones de salud para adquirir y manejar nuevos instrumentos u objetos necesarios, ya sea para hacer una operación, o hasta para administrar correctamente por parte de los directivos y jefes de las distintas áreas.

Algo muy interesante, es que en los hospitales se han integrado programas sistematizados para poder hacer más fácil el actuar a los médicos, lo cual muchas veces se ve truncado, pues los profesionales antiguos tiene mayor problemas en el manejo de esos sistemas, por ejemplo, en Colombia, al momento de llenar historias clínicas por medio de los computadores, y en México, con los programas que se plantean desde el gobierno para hacer un correcto uso de los presupuestos, coordinar montos y aclarar, a las juntas de gobierno, en qué y cómo fueron utilizados.

8. CONCLUSIONES

- Los hospitales Simón Bolívar, en Colombia, y el Hospital Juárez, en México, manejan el mismo tipo de población, es decir, personas de estratos bajos o pertenecientes a la seguridad social brindada por el gobierno de cada país.
- Tanto en México, como en Colombia, los hospitales públicos prestan sus servicios de atención a la comunidad, según su acreditación, es decir, se acreditan los servicios que se deben atender, según su nivel de complejidad.
- En los dos países, Colombia y México, los médicos que tienen cierta antigüedad trabajando en los hospitales, son más respetados y tienen mayor credibilidad, debido a su experiencia y trayectoria profesional.
- Los profesionales de la salud en los dos países, es decir, los que tienen más trayectoria y son de mayor edad, hacen que se genere un problema en el servicio, debido a que es más difícil que se adapten a las nuevas leyes y requerimientos, pues están arraigados a la tradición.
- Los sistemas de salud de Colombia y México tienen un punto en común muy marcado en lo que se refiere a los hospitales escuela, ya que se firman convenios de los hospitales con las Instituciones Educativas Universitarias, tanto públicas, como privadas, de las cuales los alumnos realizan rotaciones de práctica clínica, o ven algunas clases en los hospitales y, estos a la vez, generan ingresos por las cuotas-partes de las matrículas de los estudiantes, y que estos, a la vez, aportan con la prestación de servicios, de los cuales el hospital factura y genera un ingreso adicional.
- Los administrativos y los clínicos en los dos países, consideran que con los nuevos indicadores de calidad se deben realizar muchos informes, lo que para ellos genera un aumento en el trabajo, y se ven saturados con su desarrollo en clínica, como también en la elaboración de esos informes, situación que afecta desde los residentes, hasta los directores y jefes de las diferentes áreas de los hospitales.
- En México no hay una rivalidad entre las subespecialidades, pues generalmente han tenido su formación académica y de trabajo con las mismas personas; en cambio, en Colombia,

esta rivalidad es muy marcada, pues por el nivel educativo se jerarquiza a los profesionales, por ejemplo, es mucho más importante un especialista a un médico con solo el pregrado.

- En Colombia, con la ley 100, la prestación del servicio es integral, eso quiere decir que el usuario recibe todo de la IPS, a través del POS que está cubierto por la ley, ya que la IPS contrata con la EPS sus servicios, lo cual incluye talento humano, los insumos, procesos y procedimientos, que a la vez incluyen medicamentos. Por el contrario, en México, la prestación del servicio solo incluye el recurso humano, que es quien da las formulas e indica los procedimientos, y el paciente o usuario, debe comprar el medicamento y los insumos necesarios para realizar esos procedimientos.
- El presupuesto que se maneja en las entidades de salud mexicanas, se proyecta con base en las necesidades para el pago del recurso humano y compra de insumos, los cuales se condensan y son gestionados y solicitados por el hospital, ante coordinación, que la hace el gobierno; mientras que en Colombia, el presupuesto de la entidad se proyecta de acuerdo a la negociación que se haga de ventas de servicio de salud con las EPS que tengan usuarios afiliados en el área de la influencia de la IPS; el gobierno determina el valor del usuario para el régimen contributivo y subsidiado y, también, las IPS tienen una tarifas de los servicios que prestan a las EPS de acuerdo a la demanda de servicios.
- En Colombia, aparte de la prestación de servicios de salud contratados por las EPS, los hospitales generan ingresos propios mediante la suscripción de convenios para la ejecución de programas sociales y políticas públicas que se pueden contratar con los entes territoriales, y, estos a su vez financian la salud, mediante convenios para el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, dotación de equipos biomédicos y mejoramiento de la tecnología, dotación de vehículos de transporte como ambulancias y unidades móviles, para la prestación de servicios, también por la venta de servicios habilitados diferentes al nivel de complejidad, los cuales se generan mediante la venta de estos a las EPS y a los usuarios de forma particular. En México, la prestación del servicio es financiada directamente por el gobierno federal sin intermediación, y, por otra parte, se financian con ingresos propios generados por convenios con empresas públicas y privadas, hospitales, el seguro popular, y la atención de personas remitidas por asociaciones, por ejemplo, la asociación contra el cáncer.

- Los giros de recursos en México por parte de seguro popular son demorados, debido a las auditorías a la facturación radicada por cada uno de los servicios prestados en los hospitales; lo anterior es muy similar a Colombia, ya que los pagos de las EPS también son demorados, a pesar de la normatividad aplicada y los tiempos de respuesta de las mismas.
- En México se creó un programa sistemático llamado SIAFFASPE, el cual es muy útil para saber cómo las entidades públicas en ese país pueden gastar el dinero, con cuanto cuentan y, en el caso de los hospitales, según una de las 32 enfermedades clasificadas epidemiológicamente de la población mexicana, con cuanto presupuesto se debe contar para el manejo de estas.
- En el sistema de salud colombiano, lo que llega al hospital puede ser de tercer nivel o de alta especialidad, mientras que en el mexicano no se ha integrado una ruta debida para la prestación del servicio, pues manejan desde lo que llegue de tercer nivel hasta los servicios de alta complejidad.
- En México, a diferencia de Colombia, son subespecialistas las personas que no han hecho un posgrado académico, sino que han estudiado e investigado sobre un tema y han hecho publicaciones.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATLAS.Ti. Brochure. ¿Qué puede hacer Atlas.ti por usted?. Tomado de:
https://atlasti.com/wp-content/uploads/2014/07/atlas.ti6_brochure_2009_es.pdf
2. BOSSERT, T. Analysing the decentralisation of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine* 47 (1998). pp 53-57.
3. DECRETO 1485 DE 1994. Presidencia de la República de Colombia. Por el cual se regula la organización y el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Colombia. *Diario Oficial* No. 41.443, del 15 de julio de 1994.
4. EL COLOMBIANO. Glosario de la Salud: EPS, IPS, POS. Tomado de:
https://www.elcolombiano.com/historico/eps_ips_pos_el_glosario_de_la_salud-JVEC_95936 2020.
5. ENCOLOMBIA. Las IPS y la prestación de Servicios de Salud en Colombia. Tomado de:
<https://encolombia.com/economia/economiacolombiana/sector-salud/informe-sostenibilidad-andi/ips-prestacion-servicios-salud/> 2020.
6. FRANCO- GIRALDO, A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Rev: Fac. Nal. Salud Pública*. 2014.
7. GIBBS, Graham. El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa. Ediciones Morata. Colección Investigación Cualitativa. Londres. 2007.
8. GOBIERNO MX. Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Gobierno del Estado de México. Tomado de internet:
http://salud.edomex.gob.mx/seguropopular/paginageneral.html?pag_id=gm_redservicios 2020.
9. IMSS. Gobierno de México. Instituto Mexicano de Seguro Social. Tomado de Internet:
<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss> 2020
10. ISEM. Gobierno de México. Instituto de Salud del Estado de México. Tomado de internet: http://salud.edomex.gob.mx/ise/acerca_de 2020

11. ISSSTE. Gobierno de México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. <https://www.gob.mx/issste> 2020
12. JARAMILLO, I. La Ley 100/93 y los hospitales en Colombia: Coyuntura en 1998. Universidad Jorge Tadeo Lozano. 1999.
13. LEDEZMA, Sergio. La Seguridad Social en México. El Universal. Tomado de internet: <http://www.eluniversal.com.mx/cartera/la-seguridad-social-en-mexico> 2018.
14. MEDICI, A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez, H. Zuleta, G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID, Centro de Estudios, Salud y Futuro; 2000. pp. 9-10.
15. MERHY, Emerson. E. FRANCO, T. B. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec. Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde, 2003. Tese de Doutorado, São Paulo: Unicamp. 2003.
16. MUÑIZ, Obed; PÉREZ, Jaqueline; PÉREZ, Ronnie. BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA FACULTAD DE MEDICINA. Desarrollo de Habilidades en el uso de la Tecnología la Información y la Comunicación: “Conozcamos que futuro nos espera, con la nueva Reforma de Salud en México 2015”. Profesora: Liliana Gaona Osorio. Autores: Muñiz Castañeda Obed Amauri ꞯPérez Romero Jaqueline ꞯ Pérez Rosete Ronnie, Otoño 2015.
17. MINSALUD, 2010. Ministerio de Salud y Protección Social. Tomado de internet: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/Entidadesquenosregulan.aspx> Noviembre, 2010.
18. MINSALUD, 2018. Ministerio de Salud y Protección Social. Tomado de internet: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/Entidadesquenosregulan.aspx> Septiembre, 2018.
19. MINSALUD, 2007. Ministerio de Salud y Protección Social. Tomado de internet. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf> , LEY 1122 de 2007.
20. MINSALUD, 2013. Ministerio de Salud y Protección social. Tomado de internet. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Enlace-MinSalud%20-%20Reforma-a-la-Salud.pdf> 2013.

21. MERHY, Emerson E. La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Rio de Janeiro. 2000.
22. MINTZBERG, Henry. Diseño de organizaciones eficientes. McHill university. Editorial El Ateneo. 1991.
23. MINSALUD, 2004. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema de Seguridad Social en Salud: Régimen contributivo. Tomado de internet.
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf> 2004.
24. MERCADO, Francisco; TORRES, Teresa. Análisis Cualitativo en Salud: Teoría, método y práctica. Plaza y Valdes Editores. Universidad de Guadalajara, México. 2000.
25. MINSALUD, Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social. Arte Laser Publicidad Ltda. Edición 2005. Bogotá D.C.
26. MINSALUD. LEY 1122 DE 2007. Congreso de la República de Colombia. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 9 de 2007.
27. MINSALUD, 2020. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio. Tomado de internet: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/Entidadesquesenosregulan.aspx> Septiembre, 2020.
28. PERDOMO, Alejandro. Debates alrededor de las Reestructuraciones Productivas (resumen del documento original: La ideología en la planificación normativa y la modernización neoliberal: contextos y dispositivos de poder). 2014.
Información también utilizada y tomada de: PERDOMO, Alejandro; HERNÁNDEZ, Gilberto. La ideología en la planificación normativa y la modernización neoliberal: contextos y dispositivos de poder. *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.103, pp.840-852. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140076>. 2014.
29. PROCURADURÍA, 2020. Tomado de internet:
<https://www.procuraduria.gov.co/portal/objetivos-y-funciones.page> Abril, 2020.
30. QUINTERO, Jennifer. Boletín de posgrados: ATLAS.ti: una herramienta tecnológica para el análisis de datos de las investigaciones cualitativas. Universidad Privada Dr. Rafael Belloso Chacín, URBE. Tomado de <http://www11.urbe.edu/boletines/postgrado/?p=1401> visto el 09 de febrero de 2019.

31. REFORMA, 2018. Tomado de <http://www.diccionariojuridico.mx/definicion/reforma/>
32. RODRIGUEZ, Clemente; LORENZO Q, Oswaldo; HERRERA T, Lucía. Teoría y Práctica del Análisis de Datos Cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM [en línea]. 2005. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65415209> ISSN 1405-3543
33. RUBIO CEBRIÁN, S. REPULLO LABRADOR, J. R. RUBIO GONZÁLEZ, B. Diccionario de Gestión y Administración Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (En línea). Madrid, España, 2018.
34. SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO. Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa. Gobierno de México. 2019.
35. VARELA, M. DÍAZ, H. Hospitales en México. Artículo en línea. Visto en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2009/cc096o.pdf>. pp. 501-502. Volumen 77. 2009.
36. VALENCIA, Efrén. Producción más limpia. WORDPRESS. Ensayo: otro blog más de www.icesi.edu.co. 2011.
Datos también tomados de: MINISTERIO DE SALUD. Resolución N° 8430 de 1993 (octubre 4), Por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993.

10. ANEXOS

LEY 1122 DE 2007

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

DECRETO 1485 DE 1994

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=75979>

DECRETO 780 DE 2016

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf