



Archivos de Medicina (Col)

ISSN: 1657-320X

medicina@umanizales.edu.co

Universidad de Manizales

Colombia

GÓMEZ, JULIANA

Necesidad de una política pública hospitalaria más allá de la propuesta de reestructuración

Archivos de Medicina (Col), núm. 10, 2005, pp. 16-20

Universidad de Manizales

Caldas, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820325005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

HOSPITALES UNIVERSITARIOS

NECESIDAD DE UNA POLÍTICA PÚBLICA HOSPITALARIA
MÁS ALLÁ DE LA PROPUESTA DE REESTRUCTURACIÓN

JULIANA GÓMEZ *

Los hospitales públicos han jugado y siguen jugando un papel preponderante dentro de la red de prestadores de salud para garantizar el acceso a los servicios especializados a la población más pobre y necesitada del país.

Algunos de los postulados que motivaron la reforma del Sistema Nacional de Salud y que dieron lugar a la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud fueron la baja cobertura en seguridad social, difícil acceso a los servicios de salud para las personas más pobres y vulnerables, inequidad y distribución inequitativa de los recursos asignados a los entes hospitalarios. Las siguientes cifras tomadas del libro del doctor Iván Jaramillo Pérez, *La reforma de la seguridad social en salud*, sirven para ilustrar el panorama que antecedió a la reforma:

- 19% de la población nacional no accedió a los servicios de salud cuando se sintió enferma.
- El gasto en salud de los hogares más pobres era más alto que el de las familias con buenos recursos económicos (2.4% contra un 2.0%), lo que marcaba una inequidad social.
- Un alto porcentaje de recursos públicos eran canalizados mediante el sistema de subsidios a la oferta, hacia personas de estratos medios y altos, existiendo muchas personas pobres y vulnerables sin atención en salud.
- Gran parte del gasto hospitalario estaba enfocado a garantizar el sostenimiento de la



Dra. Juliana Gómez. Gerente del Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

red hospitalaria la cual contaba con niveles de ocupación bajos, principalmente en las entidades de baja complejidad.

- Altos costos de operación a expensas de reconocimientos elevados en gastos de personal.

Con el advenimiento de la Ley 100 de 1993 el panorama en términos generales no ha mejorado y, antes por el contrario, la situación de los hospitales públicos, principalmente los de mayor complejidad, es aún más crítica. Si bien el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud ha tenido un logro importante en la ampliación de las coberturas de aseguramiento, se estima que un 40% de la población colombiana no se encuentra aún afiliada, y entre los afiliados, el contar con el carné no es sinónimo de garantía de acceso a la prestación efectiva de los servicios, prueba de ello son el volumen creciente de tutelas que interponen las

* Gerente Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

personas afiliadas a la seguridad social para acceder a los servicios de salud y las difíciles situaciones que a diario se observan en los medios de comunicación de personas que fallecen por la falta de atención médica oportuna y de calidad. Con esto se puede concluir que el problema de acceso real a los servicios de salud no ha sido subsanado en los diez años que cumplió la reforma y que ante la falta de una política coherente sobre prestación de servicios de salud la red hospitalaria se encuentre en precarias condiciones.

La situación de los hospitales públicos universitarios tiene una connotación especial dentro de la red de servicios, pues la mayoría de ello se encuentra en situación de déficit presupuestal y varios de ellos han sido cerrados o se encuentran avocados a esta situación.

Son varios los motivos que ha hecho que cada vez la situación financiera de los hospitales universitarios sea más crítica:

- Falta de reconocimiento de los servicios prestados a la población pobre no afiliada, mal llamados «vinculados» al sistema de salud.
- Altas deudas laborales y pago directo a pensionados, como un problema heredado desde años atrás.
- Sustitución paulatina de subsidios de oferta a demanda que ha afectado en forma específica a los hospitales especializados, pues los recursos transformados para la ampliación de coberturas del régimen subsidiado se focalizan principalmente hacia las entidades intermediarias (ARS) y para las IPS del primero y cuarto nivel, que son los servicios cubiertos por el POS-S, mientras que se han quedado por fuera del régimen la mayoría de las atenciones que brindan las entidades de segundo y tercer nivel de atención.
- Deterioro de la planta física y del equipamiento que no puede ser objeto del mantenimiento

preventivo y correctivo oportuno por la falta de recursos. A esto se suma el atraso tecnológico, ya que los recursos que se captan, por lo general, solo alcanzan para cubrir el pago de las nóminas.

- Trámites excesivos para la gestión de cuentas a las A.R.S. y E.P.S. y competencia desleal en materia tarifaria.
- La estructura de prestación de servicios y la configuración de la red de atención para la región, exige disponer en forma permanente (las 24 horas al día de algunos servicios o profesionales, independiente de su productividad (pediatra, ginecoobstetra, laboratorio clínico, rayos X, banco de sangre, entre otros), sin que se haga un reconocimiento adicional por esta disponibilidad.

A lo anterior se suma los sobrecostos en que incurren los hospitales universitarios como parte de los procesos de formación del recurso humano en salud y para el desarrollo de proyectos de investigación, por aspectos como:

- Los grupos académicos (profesores-estudiantes), generan la utilización de más recursos directos para la atención de pacientes y gastos indirectos en papelería, servicios públicos, aseo, etc..
- Adicionalmente, se da un incremento en el número de días de estancia y uso de elementos de diagnóstico, lo que incrementa los costos de la atención hospitalaria.

Todos los hechos mencionados hacen que los costos de producción de servicios sean más elevados y que las condiciones de competitividad sean menores con respecto a la red privada.

La competencia en prestadores públicos y privados es uno de los componentes más importantes dentro del sistema de operación del actual sistema de salud, sin embargo, las condiciones actuales no permiten alcanzar niveles óptimos para brindar servicios de salud con oportunidad y calidad a los usuarios de los

hospitales públicos universitarios, siendo válido mencionar algunos aspectos como:

- Los hospitales universitarios –por lo general –son establecimientos de vieja data, creados en muchos casos por el esfuerzo de la comunidad y el apoyo de las entidades del estado, por lo que han sido considerados como patrimonio físico y social de las comunidades.
- Sus estructuras ameritan ser intervenidas para garantizar condiciones óptimas de sismorresistencia. En los últimos años es poco, o nada, lo que se ha podido realizar en materia de mantenimiento y mejoramiento de la planta física que permita brindar servicios con mejor calidez a los usuarios.
- La estructura de costos ha motivado el cierre de servicios no rentables y la venta de otros servicios a precios inferiores a los costos de producción, pues los precios del mercado así lo exigen.
- Hay desmotivación en el recurso humano, por los atrasos constantes en el pago de sus salarios. Ahora ante la expectativa de la reestructuración de las plantas de personal la situación es aún más crítica por lo que implicará la salida de un número elevado de trabajadores.

Ante todo esto la propuesta del Gobierno Nacional se centra en la inversión de recursos para financiar la reestructuración de los hospitales públicos mediante la suscripción de convenios de desempeño firmados con los entes territoriales. Esta medida, si bien disminuye el déficit por las deudas laborales que tienen las entidades, no garantiza la supervivencia de los hospitales universitarios, ya que no interviene las causas principales del déficit, como:

- No resuelve el pago de los servicios prestados a la población pobre no afiliada a la seguridad social.
- Para competir en igualdad de condiciones con el sector privado se requiere de mo-

dernización de la planta física y la actualización tecnológica de los hospitales, para lo cual no se tiene definidas líneas de financiación.

- No hay incentivos financieros para soportar los sobrecostos en que incurren los hospitales universitarios por las actividades académicas y de investigación, y las fuentes que han sido definidas (estampillas pro-hospitales) han sido insuficientes.
- Debe continuar la financiación vía oferta que permita a los hospitales universitarios continuar garantizando durante las 24 horas del día algunos servicios que son esenciales para la atención de pacientes, no siendo del todo productivos o rentables.
- En lo procesos de reestructuración se da la salida de personal al que las entidades han invertido altos recursos en capacitación y que cuentan con experiencia para abordar la atención de problemas complejos de salud. La entrada de otros nuevos implica nuevos gastos de inducción y entrenamiento o capacitación.

Situación del Hospital Universitario San Jorge

El Hospital Universitario San Jorge (HUSJ) no es ajeno a la crisis que afronta la red hospitalaria especializada del País, las siguientes cifras con corte a junio de 2004 sirven para ilustrar la situación que afronta la institución:

- Para el 2004 afronta un déficit operacional de \$4.000 millones (Ingresos esperados por \$34.000 y gastos en 38.000).
- Debe cancelar la pensión directa a 146 jubilados, lo que representa un costo anual de \$1.700 millones (4.4% de los gastos totales).
- La cartera total es de \$26.000, la mayor de difícil recuperación.

- Las deudas ascienden a \$26.000 millones. De ellas, \$13.000 millones son deudas laborales.
- En la estructura de ingresos, la atención a «vinculados» es el 63% y el Estado solo reconoce el 54% de la totalidad de los servicios facturados a ésta población. Durante el año 2003 el Hospital facturó servicios por \$29.071 millones a «vinculados» y solo recibió recursos por \$15.670 por este concepto.
- No se dispone de recursos para la inversión en tecnología, desarrollo institucional y mejoras funcionales de la edificación.

Lo anterior ha motivado la aplicación de medidas de choque con el objeto de garantizar la prestación de los servicios esenciales mediante:

- Fusión de algunos servicios.
- Redistribución de personal y no cubrimiento de vacantes o licencias.
- Adopción de un plan de austeridad para la disminución de costos.
- Creación de alianzas con entidades privadas para la prestación de algunos servicios de alto costo y de apoyo diagnóstico.
- Convenios con los municipios para el reconocimiento de los servicios que presta la entidad y que sean del primer nivel de atención.
- Contratos de «outsourcing» para la recuperación de cartera morosa.

Ante la crisis del Hospital se han propuesto medidas que permitan llevarlo a un punto de equilibrio y poder seguir operando, las cuales se centran en:

- Que exista un reconocimiento por parte del Estado (Departamento y Nación) de la totalidad de los servicios prestados a la población «vinculada».

- Disminución de costos laborales mediante la supresión de 90 cargos (esencialmente administrativos) y el traslado a los fondos de pensión de las personas jubiladas que paga la entidad.
- Aportes de la Nación para el pago de las deudas laborales y a proveedores.
- Aportes financieros de la Nación para inversión física y la recuperación tecnológica del hospital.

Sin embargo, las pretensiones no han sido consideradas ya que el eje central de la propuesta del Gobierno Nacional y el Ministerio de la Protección Social para la recuperación de los hospitales se basa en la reestructuración de las plantas de personal para disminuir los costos de operación, siendo esto insuficiente si no se tienen en cuenta los demás elementos que han motivado la crisis hospitalaria.

En la propuesta avalada por el Ministerio de la Protección Social se considera el retiro de 514 personas, quedando el hospital con una planta de personal de solo 276 empleados, 121 de ellos considerado como «personal blindado» (en proceso de jubilación, con fuero sindical e incapacitados). El valor de este ajuste es de \$26.500 millones aportados por la Nación (\$19.000 millones) y el Departamento (\$7.500 millones).

La propuesta de reestructuración en estas condiciones no es la solución definitiva que necesitan los hospitales públicos universitarios, y antes por el contrario, la situación puede empeorar en el corto mediano plazo con la caída en la producción de servicios con la salida del personal asistencial. Además, porque no se tienen en cuenta otras necesidades como el pago de las demás deudas laborales y no laborales que tiene la entidad y no hay inversión en tecnología para prestar más y mejores servicios.

Propuestas para garantizar la sostenibilidad de los hospitales universitarios

1. Reconocimiento especial como entes orientados a la prestación de servicios de salud, a la formación del talento humano y al desarrollo científico, y no solo como IPS que deben competir en el mercado en condiciones de desigualdad. Los hospitales universitarios cumplen una doble misión sobre dos principios que son de gran relevancia en nuestra constitución como son el de garantizar la salud y la educación a los ciudadanos.
2. Reconocimiento económico de todos los servicios facturados a la población pobre no afiliada a la seguridad social, siendo este un punto vital ya que gran parte del déficit se debe a esto.
3. Mientras se logra la afiliación universal de las personas pobres al régimen subsidiado, el Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deben focalizar más recursos en la ampliación de los beneficios de segundo y tercer nivel de atención para la población afiliada, favoreciendo con esto el flujo de recursos hacia los hospitales especializados.
4. Exigencia de un mínimo de contratación a las A.R.S. con las IPS públicas especializadas.
5. Financiación especial por parte de la Nación para cubrir los sobrecostos en que debe incurrir para cumplir con su misión:
 - Asignación de un porcentaje de los recursos que transfiere la Nación por concepto de SGP para la financiación de los hospitales universitarios que podría ser definido en función del volumen de servicios prestados (Egresos o procedimientos quirúrgicos) o por número de camas habilitadas y por el porcentaje ocupacional.
 - Asignación de recursos por parte del Ministerio de Educación para cubrir los costos de formación del personal de salud.
 - Asignación de un porcentaje de los recursos de ETESA, del 7% definido por la Ley 743 de 2001 para financiar los proyectos de investigación, con el objeto de fomentar este componente en los hospitales universitarios.
6. Asignación de recursos de la Nación, para la recuperación de la planta física de los hospitales y para la actualización tecnológica, lo que permita contar con entidades modernas que puedan competir con las IPS privadas.
7. En forma especial el Gobierno Nacional debe definir una política pública orientada a la consolidación de las redes regionales o departamentales de salud que permita la operación de los hospitales universitarios, dada su importancia dentro del Sistema de Salud, lo que permita garantizar a las personas más pobres y necesitadas el acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad, calidad y eficiencia. En forma especial, se debe tener en cuenta en esta política la planeación de los servicios teniendo en cuenta las necesidades reales de la población y no simplemente centrando las propuestas en solucionar el problema financiero de los hospitales, pues no debemos olvidar que **la salud de las personas es nuestra razón de ser.**