

La autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): más un ideal que una vivencia institucional*

Autonomy of health care facilities: it is more an ideal than an institutional reality

César Augusto Carrioni.

Odontólogo, magíster en salud pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Martha Liliana Hernández

Optómetra, Magíster en salud pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Gloria Molina M.

Ph.D. in health service management. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Cibercorreo: molinag@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 8 Febrero 2007 Aprobado: 29 Mayo 2007

Carrioni CA, Hernández ML, Molina G. La autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): más un ideal que una vivencia institucional. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007; 25 (2): 75-84

Resumen

La autonomía hospitalaria ha cobrado gran interés en la última década, específicamente en las instituciones públicas, debido a los procesos de descentralización del Estado y a reformas en el sector salud.

Objetivos: comprender cómo se expresa la autonomía en los procesos claves de gestión en las instituciones hospitalarias de mediana complejidad en el municipio de Medellín y su área metropolitana, así como los factores políticos, administrativos y económicos que influyen en ella.

Metodología: se empleó la teoría fundada. La información se recolectó por medio de entrevistas en profundidad de los directivos en seis instituciones.

Resultados: los hallazgos sugieren que la autonomía se percibe como un ideal para llevar a las instituciones a un adecuado desarrollo, tomar decisiones sin condicionantes y ofrecer servicios donde las ganancias permitan el autosostenimiento. Sin embargo, en la práctica el ejercicio de la autonomía está coartado por factores internos y externos a las instituciones y por la posición dominante de las aseguradoras, lo que condiciona fuertemente la posibilidad de transformarse en entidades competitivas, verdaderamente autónomas administrativa y financieramente.

----- *Palabras clave:* autonomía, gestión, procesos de gestión, desarrollo

Summary

The issue of hospital autonomy has aroused considerable international interest since the mid-1990's, especially with regard to its linkage to governmental decentralization processes and reform of the health field. Non-profit hospitals have increasingly been obliged to become more autonomous as they compete for funding with private institutions.

Objective: to understand how autonomy expresses itself through key management processes in non-profit and for-profit hospitals both in Medellín, the second largest city of Colombia, and its metropolitan area. Different institutional factors—political, administrative and economic—influencing autonomy are examined.

Methods: a grounded theory method was used, consisting of semi-structured interviews with managers in six hospitals.

Results: findings suggest that autonomy is perceived more as an ideal to aspire to, which would enable the hospital management to make free decisions, providing services in a manner that ensures financial sustainability. In practical terms, however, the degree of administrative and financial autonomy is circumscribed by both internal organizational factors associated with hospitals characteristics and external factors associated with institutional environment.

----- *Key words:* autonomy, administration, administration processes, development

* Este artículo es producto de la investigación realizada por los dos primeros autores para optar el título de magíster en salud pública, bajo la asesoría de la doctora Gloria Molina

Introducción

En el contexto de los procesos de descentralización y reformas del Estado se encuentra una gran variedad de cambios en los distintos ámbitos económicos, políticos y sociales de los países latinoamericanos.¹ En Colombia, la descentralización del sector salud ha significado la reorganización de los ámbitos territoriales para asumir las funciones de planeación, organización, dirección, asistencia técnica, evaluación y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De igual manera, ha implicado la transformación de las instituciones prestadoras de servicios de carácter público en empresas sociales del estado (ESE), con patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera,² todo esto con el propósito de lograr en ellas autofinanciación y autosostenibilidad, desarrollando estrategias gerenciales que les permitiera crecer,³ además de poder competir con calidad y eficiencia con instituciones privadas con experiencia en el mercado y con ánimo de rentabilidad financiera.

El cambio de hospitales a ESE les ha implicado entrar en un modelo de desarrollo que las lleve a construir autonomía administrativa y financiera respaldada en mayor capacidad de gestión.⁴ Si bien tradicionalmente las clínicas privadas han tenido mayor autonomía para su desenvolvimiento, el proceso de descentralización y la Ley 100 de 1993 otorgan autonomía a las instituciones públicas, con lo cual instituciones tanto públicas como privadas entran en un mercado competitivo en que se pretende que la calidad sea el eje fundamental de la prestación de los servicios que motiva la preferencia de los usuarios.⁵ Por lo anterior, se hizo necesario explorar cómo se expresa la autonomía en los procesos claves de gestión de las IPS, tanto públicas como privadas, en un ambiente de mercado, así como identificar aquellos factores internos o externos a la institución que inciden en ella, para lo cual se realizó un estudio cualitativo utilizando la teoría fundada.⁶ Los hallazgos sugieren que es difuso el conocimiento que tienen las personas comprometidas en la toma de decisiones acerca de los factores que han incidido en la construcción de la autonomía.

Método

Como se mencionó previamente, este estudio se abordó con el enfoque cualitativo de la teoría fundada. La investigación cualitativa apunta hacia la comprensión de la realidad, entendida esta última como resultado de un proceso histórico de construcción a partir de la interacción de los diversos actores de la sociedad.⁷ El interaccionismo simbólico, base filosófica de la teoría fundada, ayuda a entender los significados que se construyen en las interacciones sociales⁸ y se apoya en tres premisas básicas: los seres humanos actúan según el significado que las cosas tienen para ellos, los sig-

nificados se derivan de la interacción social y estos significados se establecen y modifican.⁹

La pertinencia con la teoría fundada radica en que a través de ella es posible explorar y comprender las expresiones de la autonomía en la gestión de las instituciones, encontrar lo que la gente piensa y hace con esos significados y cómo los aplica y, en ese mismo sentido, poder enunciarlos teóricamente.¹⁰

En el estudio participaron seis hospitales de Medellín (Colombia) y otros municipios del área metropolitana. Se seleccionaron 27 funcionarios del área administrativa y asistencial. Luego de haberles explicado los objetivos, alcances de la investigación y el manejo confidencial que se daría de la información, se les solicitó el consentimiento informado para ser entrevistados. Es de anotar que esta investigación está catalogada como investigación sin riesgo.¹¹

Con el objeto de asegurar la validez y confiabilidad de la información, se realizó una prueba piloto en instituciones de similares características, estableciendo criterios para la selección de las instituciones e informantes. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, se mantuvo el anonimato de los informantes y los resultados fueron validados con los entrevistados.

El análisis de los datos se realizó de manera concurrente con su recolección, siguiendo los principios y procedimientos de la teoría fundada. Este análisis incluyó tres niveles: descriptivo, analítico e interpretativo. El momento descriptivo se inició al hacer la codificación abierta y asignar códigos sustantivos, o en vivo, al texto transcrito de cada una de las entrevistas. Se hizo un listado de los códigos, luego se agruparon y conceptualizaron de manera más abstracta y de allí se fueron formando las categorías descriptivas iniciales.¹² En el momento analítico se compararon y relacionaron las categorías mediante el proceso de codificación axial, de donde surgen unas nuevas categorías, que permiten la explicación del fenómeno con sus respectivas condiciones causales, su contexto y sus influencias y consecuencias, dando paso al modelo paradigmático.¹³ En el momento interpretativo se llevó a cabo la codificación selectiva, lo cual permitió el surgimiento de la línea de argumentación y dar cuenta de las expresiones de la autonomía en los procesos de gestión.

Resultados y discusión

Del proceso de análisis emergió como categoría central: “La autonomía de las IPS: más un ideal que una vivencia institucional”, sustentada en tres subcategorías (figura 1).

En líneas generales, la autonomía de los hospitales se refiere a la mayor independencia para formular políticas propias referentes al campo gerencial, administrativo, técnico y financiero, lo cual conlleva a una toma libre de decisiones. Tal libertad, por otro lado, impli-

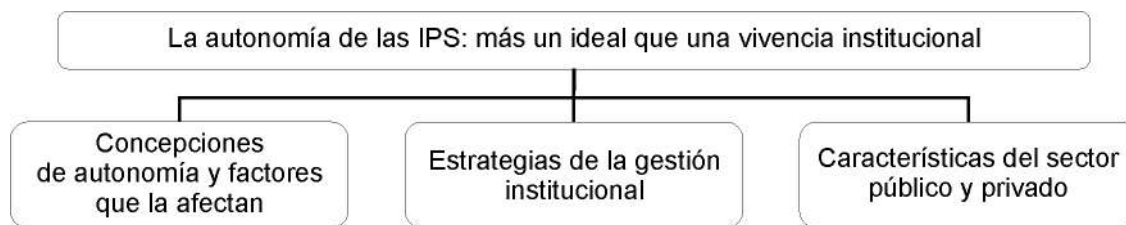


Figura 1. Categorías que surgieron durante el proceso de investigación

ca la responsabilidad que deben tener las instituciones para el cumplimiento de sus propios objetivos, así, la autonomía se constituye en un medio para alcanzar un fin y no un fin en sí mismo.

Algunos entrevistados definen la autonomía como la capacidad para hacer, responsablemente, lo que se desea, con los recursos que se tiene y sin depender de ayudas externas: tomar decisiones por sí mismo, respetando y escuchando las diferencias. Ser autónomo es ser libre para hacer las cosas, poder ejercer funciones desde ciertos parámetros respetando y conociendo los límites.

Autonomía significa que puedo hacer lo que yo quiero. Que pueda ser como yo pienso, hacia dónde debo ir, sin ninguna injerencia política ni personal ni nada de esas cosas; o sea, la autonomía se logra cuando vos tenés libertad para plasmar lo que usted pretende. (B2Cu)

Estas concepciones son acordes con Rosellón,¹⁴ quien define la autonomía desde el punto de vista psicológico como el hecho de dirigir y controlar las propias acciones con mínimas injerencias externas. Kant¹⁵ define la autonomía como la independencia de todo ser racional para actuar bajo sus propias leyes; al existir la razón, esta implica un verdadero conocimiento de las consecuencias de determinadas acciones, de allí su relación con el concepto de responsabilidad. Gideens¹⁶ considera que la libertad y la responsabilidad están en una especie de equilibrio: el individuo es liberado de constreñimientos sobre su comportamiento, pero no es dejado en libertad en sentido absoluto. En este orden de ideas, es claro que, si bien la autonomía es la capacidad de valerse por sí mismo y pensar con las propias ideas, no se puede desligar a esa independencia del sentido de responsabilidad que trae consigo.

Según Meymen,¹⁷ el concepto de autonomía debe considerarse como un continuo multidimensional en vez de una condición particular; es un concepto flexible y dinámico, cuyas expresiones van variando y modificándose. Es por esto por lo que se debe tener en cuenta el contexto para el desarrollo de la autonomía porque este es un condicionante. Así, en el ámbito hospitalario, la autonomía en las instituciones se encuentra dentro

de un mar de condicionantes externos y de cambios de reglas de juego que de una u otra forma pueden viabilizarla o frenarla.

Según Chawla,¹⁸ las iniciativas de la autonomía hospitalaria en los países en vía de desarrollo se han propuesto como un componente importante en las reformas al sector salud, impulsadas por los objetivos de estimular la competencia, lograr una división entre proveedores y compradores de servicios de salud, recuperar costos, descentralizar y promover la participación de la comunidad en el manejo de la salud. Estos objetivos se dieron como solución debido a que los hospitales constituían grandes gastos en los presupuestos públicos, presentando dificultades en el funcionamiento eficiente y efectivo bajo un control de gobierno centralizado. De esta manera, la autonomía permitiría en los hospitales movilizar sus ingresos y, a la vez, disminuir costos en el presupuesto de los gobiernos centrales.

Colombia no ha sido ajena a las distintas reformas que han impactado el sector salud; especialmente a escala hospitalaria,⁴ la autonomía de las IPS ha cobrado mayor importancia desde los lineamientos propuestos por la Ley 100 de 1993, en que se plantea plena independencia gerencial. El objetivo de dicha transformación busca que los prestadores públicos sean participantes eficientes y competitivos, teniendo más flexibilidad y agilidad en la gestión y comportándose como empresas, definiendo políticas de alcance financiero, administrativo y técnico.

Los anteriores planteamientos coinciden con los hallazgos en que los participantes del estudio definen la autonomía de los hospitales relacionándola con una gestión autosuficiente; son empresas autosostenibles, con buenas posibilidades de desarrollarse así como con el poder para llevar a cabo planes estratégicos sin tantas limitaciones. Implica, como ya se dijo, el sentido de responsabilidad por el presente y futuro de las instituciones para sacarlas adelante con servicios de calidad. La autonomía se expresa en la gran capacidad para manejar una IPS siguiendo objetivos propios y tomando decisiones libremente —sin burocracia ni interferencia

clientelista y en beneficio del usuario— y sin que estén sujetas al medio ni dejándose afectar por influencias externas. Una institución autónoma implica tener unas directrices claras y poder prestar servicios sin dejar de ser rentable.

Estos conceptos se ajustan a lo planteado por Uribe,¹⁹ quien define la autonomía como el esfuerzo continuo de permanente aprendizaje y cambio que promueve la responsabilidad en la gestión institucional, optimizando la calidad en los servicios y teniendo plena responsabilidad e independencia gerencial y financiera que permita a las IPS —tanto públicas como privadas— liderar su propio desarrollo.

Los participantes del estudio reconocen que para poder llegar a esa autonomía es necesario llevar a cabo un adecuado y responsable manejo institucional; sin embargo, y de acuerdo con Chawla,¹⁹ la autonomía, en ausencia de una adecuada regulación, vigilancia y control, puede llevar a abusos de poder trayendo como consecuencia un inadecuado desempeño hospitalario. La forma como esta se interprete puede condicionar el funcionamiento y gestión institucional:

Ahora la autonomía es libertinaje; se volvió entropía, desorden en muchas instituciones y eso no es así. Antes todo era centralizado y ahora con la autonomía, como la han interpretado muchos es hacer lo que les da la gana. (A1Sc)

También perciben que la autonomía se limita a cumplir con la ley que las caracteriza como instituciones descentralizadas con denominación de ESE, con decisiones centradas en la junta directiva y el que se rijan bajo normas del derecho público y privado. En las clínicas privadas se percibe que tal autonomía se expresa en los estatutos empresariales y que, por el solo hecho de no tener injerencias políticas, ya son autónomas. La autonomía en las instituciones se percibe como un ideal, pero está condicionada por los factores que se detallan a continuación, los cuales no permiten un total desenvolvimiento e independencia institucional ni gerencial, lo que afecta su desarrollo.

Clientelismo político

Los hallazgos de la investigación muestran que uno de los factores que afectan la autonomía es la injerencia del clientelismo político, ya que está inmerso de manera directa o indirecta en la institución pública y aún en la privada. Lo público no puede desligarse de este aspecto; es inherente en su funcionamiento, dado por la dinámica del Estado colombiano y su nexa con los partidos políticos. Este factor político puede ser ventajoso siempre y cuando ayude a gestionar proyectos a favor de las instituciones, cuando se orienta a una participación activa en función del equilibrio y la equidad en la gestión y cuando es proactivo en el desarrollo y no está

influyendo por decisiones según la conveniencia. Sin embargo, el clientelismo político afecta el desempeño institucional si quien dirige la institución cae bajo la manipulación de grupos políticos, perjudicando la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios y afectando negativamente el desarrollo hospitalario.

Los partidos políticos tienen su bondad, su beneficio, siempre y cuando orienten su quehacer a la gestión de las instituciones a una participación activa, a una legislación en torno al equilibrio y a la equidad de las personas. (A2sa1)

El hecho de tener denominación como ESE obliga necesariamente a las instituciones públicas a relacionarse con los gobiernos departamental y municipal que por mandato legal debe incluirse en la conformación de sus juntas directivas. De esta manera, es importante tener en cuenta que las relaciones del gerente de la IPS son de vital importancia porque en muchas ocasiones si este es del partido político contrario al de la clase dirigente, el alcalde o el gobernador se le dificulta su actuar y se le bloquea su gestión.

Acá hubo una época en que el gerente era azul y la Dirección Seccional era de otro color y hubo bloqueo, entonces, eso depende mucho de la gente que esté de turno y de los que estén tanto allá como acá. (A1 Cad)

Se reconoce que el intervencionismo político, en algunas instituciones, ha permitido el flujo de recursos; sin embargo, en la mayoría de casos se dan influencias para la contratación del recurso humano con la vinculación de personas con perfiles profesionales inadecuados para la planta de cargos, lo cual lleva a un desequilibrio financiero por aumento de costos y porque es personal que no se necesita o no sirve para las funciones propias de la institución. Esto coincide con el estudio realizado por Chawla¹⁹ sobre la autonomía en hospitales en países en vía de desarrollo, donde esta se ha limitado en el manejo del recurso humano. Los gobiernos (representado en grupos políticos) han mantenido el poder de contratar y despedir personal, restringiendo así la habilidad de los hospitales para definir sus necesidades en la planta de cargos.

La variable política de alguna forma ha impedido que se seleccionen adecuadamente los perfiles propios de cada cargo y eso lo que ha hecho es *enlentecearla* y, muy posiblemente, desequilibrarla desde lo financiero. (A3Ge2)

Las IPS privadas, por el hecho de tener tal denominación, manifiestan no tener ningún tipo de injerencia política y consideran la legislación como un componente que influye en el quehacer institucional. Sin embargo, los hallazgos también señalan que los intereses de los socios condicionan el funcionamiento de las instituciones; se reconocen ciertas presiones políticas a las gerencias para la contratación del recurso humano y presión de determinados grupos médicos dentro de la organiza-

ción, lo cual puede traer como consecuencia limitaciones para la adecuada toma de decisiones, lo que afecta la autonomía administrativa.

Ausencia de acción efectiva de los organismos de vigilancia y control

Su falta ha permitido que las aseguradoras públicas y privadas lleven a los prestadores a la quiebra por la evasión de los pagos. Tanto para las IPS públicas como privadas, las limitaciones presupuestales, la ausencia de recursos económicos y la demora en el pago por la prestación de sus servicios son factores que limitan la autonomía. Muchas instituciones presentan dineros de glosas de mucho tiempo que no han sido pagados, cartera y estados financieros castigados por la cultura del no pago de las aseguradoras, lo que ocasiona demoras en el pago a proveedores y demás obligaciones y trae como consecuencia el cese de provisión de insumos y aumento de los costos de los procedimientos, todo lo cual va en detrimento de la calidad en la prestación de los servicios. “Aquí hay carteras muy viejas porque en el medio hay una cultura del no pago, hay gente que definitivamente el gobierno no ha controlado y gozan no pagando, ganándose la platica de nosotros. (A1Ge)”

A pesar de que algunas instituciones han logrado punto de equilibrio y recuperación financiera, traducida en la existencia de superávit, existen obstáculos en la gestión económica de las IPS públicas, que no pueden tener un manejo autónomo de los recursos por las exigencias de la contraloría en el cumplimiento de la destinación de los dineros del presupuesto. Algunas IPS no poseen sistemas de costos que den cuenta del valor de cada procedimiento, lo cual hace que las EPS se aprovechen de esta debilidad en el momento de realizar las negociaciones; de acuerdo con Chawla,¹⁹ la ausencia de planes financieros es un factor que contribuye al limitado éxito de la autonomía.

Esta clínica no tiene sistemas de costos, entonces no sabemos que cirugía está perdiendo o qué unidad de servicio está apalancando a la otra. Aparte de todo eso, las EPS, como saben que hay una gran debilidad, ellos abusan y se aprovechan. (B1Cont8)

Dependencia estatal

Según los hallazgos del estudio, se percibe que se limita la autonomía en las instituciones públicas por estar sujetas a las directrices y normas del Estado central; tal afirmación es contradictoria con el estudio de Chawla,¹⁹ pues considera que un hospital puede funcionar autónomamente, bien sea bajo propiedad privada o gubernamental. Lo importante es tener unas estructuras y sistemas de dirección eficientes, así como procesos de gestión claros y eficientes.

Intermediación

El hecho de que los dineros sean manejados por las aseguradoras antes de llegar al hospital no propicia un flujo rápido de los recursos que les permitan a las IPS un adecuado funcionamiento financiero, es decir, pago oportuno a proveedores, nómina y demás obligaciones. Obstáculos a este nivel han hecho que algunas instituciones acudan al cobro jurídico para que se les garantice el pago por los servicios prestados. La intermediación generó altos costos en el sistema.

El problema de la Ley 100 es la intermediación, donde ellos necesitan ganar mucho, ¿a costa de quién? De los médicos y de las IPS. (B1Curg6)

La intermediación es una causa que hace que la autonomía de las IPS se encuentre condicionada y sea un factor que aumente la dependencia con las aseguradoras, lo que constituye una limitante para su adecuado ejercicio y funcionamiento sostenible. Además de demoras en el pago, se corren grandes riesgos financieros cuando el asegurador decide terminar el contrato con las IPS y se deben ceñir a sus políticas de restringir servicios y atención a los pacientes.

Para nosotros, ser autónomos es complicado. Entonces yo digo: nosotros dependemos de los aseguradores y yo no te puedo ir a cuestionar, así a mí no me guste lo que estés haciendo, porque entonces yo no puedo ir a patear la lonchera. (B1Sad15)

Se reconoce que las relaciones entre aseguradores y prestadores son una necesidad mutua y están reguladas por el mercado; se deben dar en buenos términos, pues de allí se desprenden todas las operaciones institucionales que permitan un beneficio para el usuario. Son relaciones de tipo comercial expresadas en la negociación de tarifas, el portafolio de servicios y las condiciones de operación del contrato. Sin embargo, se hacen difíciles porque las EPS imponen sus tarifas, muchas veces por debajo de los verdaderos costos de los procedimientos, generando pérdidas para las IPS. Lo anterior coincide con Uribe,²⁰ quien reconoce que el proceso de autonomía en Colombia ha estado influido significativamente por la posibilidad de definir tarifas y formas de contratación con las aseguradoras, garantizando condiciones que favorezcan a las IPS con tarifas justas que correspondan a los costos de los servicios. Mientras el Estado permanezca ausente, se mantenga la intermediación y las aseguradoras continúen en posición dominante, la dependencia de las aseguradoras será constante.

Relaciones mediadas por un mercado imperfecto

Esta situación deja al sector prestador en desequilibrio con el sector asegurador, debido a que las entidades territoriales definen el mercado seleccionando a los beneficiarios; son los propietarios de la oferta de los servicios que atienden a la población subsidiada, financian la demanda

y en algunas ocasiones administran los recursos o contratan con aseguradoras que ellos eligen, restringiendo el principio de la libre escogencia por parte de la población subsidiada. La imperfección del mercado hace complejo el manejo del sector salud golpeando a las IPS que se ven obligadas a disminuir tarifas, vendiendo servicios a bajos precios por la necesidad de mantenerse en el mercado. Estas situaciones se agravan aún más porque el mercado de las aseguradoras es restringido e imponen sus condiciones, quedando las IPS en manos de un monopolio, lo que pone en riesgo su continuidad en el mercado.

Uno quisiera tener una diversidad de clientes, de compradores, de manera que desde el punto de vista de la empresa permitiera dispersar el riesgo. (B3Ge10)

Ellos compran —hay que decirlo— donde realmente sea más barato y lógicamente también imponen sus condiciones. (A2Curg4)

Estrategias de gestión institucional

Si bien los anteriores factores han condicionado el logro de la autonomía, los hallazgos de la investigación revelan que para afrontar los nuevos retos que les implica mantenerse en el medio, las instituciones han implementado estrategias de gestión para lograr su supervivencia.¹⁸

Adecuadas relaciones interinstitucionales

Las IPS buscan mantener buenas relaciones con los diferentes actores del sistema, pues les permite beneficios a corto y largo plazo. Estas relaciones se deben dar también bajo los términos de apoyo y cuidado mutuo; de esta manera, es necesario que estas relaciones sean cordiales, pues parte de los problemas financieros de las instituciones también se han dado por el antagonismo entre los diferentes actores.

Para que el usuario tenga un excelente servicio, se debe dar más que una relación proveedor-prestado; es una alianza donde yo le cuido sus usuarios y le cuido el bolsillo a las EPS. (A2Ge2)

Según Uribe,¹⁸ los hospitales colombianos públicos y privados deben levantar la cabeza y construir alianzas.

Quisiera propiciar reuniones donde empecemos a conversar dentro de todo el panorama, dentro de todo el escenario. Cuáles son las posibles áreas en las cuales podemos formar alianzas para el beneficio de todos. (B2Ge)

Reestructuración de la organización interna

Si bien es cierto que la generación de recursos económicos se da por la venta de los servicios, se requiere mayor número de contratos para vender en volumen, generar más utilidades y permitirles a las instituciones

mayor autofinanciación. Además, algunas instituciones públicas, a raíz de la crisis financiera por la cual pasaron, tuvieron que reestructurarse para alcanzar la supervivencia y lograr viabilidad financiera. Por su parte, las IPS privadas tienen que realizar préstamos bancarios para financiar sus proyectos, siendo difícil acceder a créditos de bancos del Estado. Esto crea un ambiente de incertidumbre, debido a que el mercado es cambiante y las aseguradoras pueden decidir sobre la continuación de un contrato, lo que constituye un alto riesgo de endeudamiento.

Todos estos planteamientos concuerdan con el estudio de McPake,²¹ quien afirma que si bien las políticas de reforma dieron autonomía a las instituciones, algunas de estas se tornaron eficientes y productivas y, en otros casos, estos factores estuvieron totalmente ausentes. Es decir, que la autonomía *per se* no es condición para aumentar la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios y no es posible desconocer los factores externos y el contexto en que se desarrollan las instituciones, porque de una u otra manera inciden en su desarrollo.

Por otra parte, el interés por el mejoramiento de la imagen institucional se traduce en la implementación de nuevos procesos. Para tal labor es clara la preocupación de las instituciones por buscar un mejor desarrollo del recurso físico y tecnológico que permita apoyar los procesos de calidad en la atención, mejorar la competencia en el mercado, conseguir más contratos e incrementar la producción para responder a las demandas de las aseguradoras.

Para el desarrollo de la plataforma estratégica, se hace necesario incorporar la planeación para lograr la misión y la visión institucionales. En el antiguo sistema de salud, las instituciones no presentaban procesos claros de planeación ni planes de desarrollo porque el mercado no lo exigía. Los hallazgos del estudio permiten deducir que para mantenerse en el medio, las IPS son más conscientes de la importancia de la planeación, lo que permite dirigir las empresas, a la vez que se observa una clara tendencia a fundamentar acciones desde lo preventivo.

Aquí posiblemente planeación no se tenía; hemos empezado a trabajar en planeación. (A1Ge10)

Contratación con terceros

Se efectúa con el fin de disminuir los costos de funcionamiento, pudiendo así definir prioridades y subsistir en un medio afectado cada vez más por los factores antes mencionados. Sin embargo, esta situación ha generado flexibilización laboral, bajos salarios y en algunos casos poco sentido de pertenencia en los trabajadores. Los anteriores hallazgos concuerdan con el estudio de Sharif,²² que establece que en un mercado con sobreoferta de mano de obra

y con escasa capacidad de negociación de los salarios, estos tienden a ser bajos. Esta marcada tendencia, sumada al aumento en las exigencias laborales y la flexibilidad en las formas de contratación como mecanismo de contención de costos, hacen que de una u otra manera se afecte el sentido de pertenencia.²³

El otro personal es contratado por cooperativas o por grupos asociados de trabajo y eso nos ha logrado impactar mucho los costos. (A1Ge5)

Implementación de sistemas de calidad

Las instituciones son conscientes de que se debe tomar la calidad como vivencia y filosofía de trabajo, la cual se traduce en la definición y retroalimentación de todos los procesos institucionales para permitir el mejoramiento continuo; esto constituye un pilar fundamental de las acciones diarias y se debe introyectar como un valor agregado a la prestación de los servicios. Para cumplir con los objetivos de la calidad, algunas instituciones cuentan con personal idóneo y con experiencia en ella y que lideren los procesos. De esta manera, el usuario se convierte en el eje central y la razón de ser de las IPS para lo cual los procesos de acreditación y certificación se encuentran en marcha.

La calidad no es un papel ni un decreto, es una vivencia diaria traducida en documentar, medir, evaluar; en retroalimentar; que le vaya ayudando a la institución el mejoramiento continuo. (A3Ge9)

Relaciones con la comunidad

Siguiendo los lineamientos legales, las instituciones públicas han apoyado los mecanismos de participación comunitaria, que se refleja en dar una mayor importancia a la conformación de las asociaciones de usuarios al reconocer que su participación constituye una herramienta que garantiza la transparencia en la gestión, la identificación de fallas en los servicios y que, a la vez, permite un adecuado proceso de planeación que tenga en cuenta las verdaderas necesidades de la comunidad.

Nosotros le hemos dado una participación directa porque ya todos nuestros procesos les enviamos invitación para que evalúen el proceso, participen de él, no solamente como un principio de transparencia. (A2Ge11)

Lo anterior concuerda con Chawla,¹⁹ quien reitera que se espera que los hospitales, al ser autónomos, puedan responder a las necesidades de la comunidad y que, al hacerlo, aumenten la participación y apoyo de la población en la toma de decisiones de las instituciones. De esta manera, las asociaciones de usuarios constituyen una herramienta de veeduría que permite garantizar un verdadero cumplimiento del objetivo institucional, como responsables de la salud del colectivo, a la vez que garantizan la satisfacción de los usuarios.

A pesar de estas concepciones teóricas sobre las bondades de la participación comunitaria en salud, en las IPS partícipes de la investigación existe una escasa participación de las asociaciones de usuarios. Al parecer, la población está poco motivada y con deficientes canales de comunicación y retroalimentación; algunas de las instituciones constituyen este tipo de grupos solo por cumplir el requisito legal, pero sin ninguna participación efectiva de los usuarios en las decisiones.

La comunidad en las instituciones no pasan de ser simplemente convidados de piedra sin ninguna participación real en las decisiones. (A2Cur4)

En el caso de las instituciones privadas, algunas de ellas no tienen implementados mecanismos de comunicación con la comunidad ni cuentan con ligas de usuarios, lo que lleva a que las relaciones con estos se limiten a la queja, el reclamo o las sugerencias. La implementación de la liga de usuarios se ha dado más por requerimientos de algunas EPS y han empezado a crearse mecanismos para hacerlos partícipes de su institución; a pesar de ello, se reconocen grandes dificultades para su implementación.

Apenas estamos intentando montar la liga de usuarios, aunque es algo de todas maneras muy complicado. (B1Sa2)

Características del sector público y sector privado en salud

La Ley 100 de 1993 pretendió que las IPS públicas buscaran la eficiencia; a consecuencia de ella, están generando instrumentos que les permitan avanzar dentro de las exigencias del mercado, expresados en el mejoramiento de sus procesos administrativos, lo que posibilita una mejor gestión; sin embargo, los hallazgos del estudio permiten sugerir cierto desequilibrio entre los sectores público y privado en salud.

Las aseguradoras aprendieron a generar más utilidades; basta mirar los balances de fin de año de las empresas más grandes y de las cien empresas más grandes del país: vos encontrás que la mayor parte de las EPS están. (B2Ge23)

Este desequilibrio, esencialmente entre prestadores y aseguradores, se acrecienta por el exceso de intermediación en el flujo de los recursos, los cambios normativos que tienden a favorecer más al sector privado asegurador y la ausencia del Estado en cuanto a su función de vigilancia y control —aspectos ya mencionados—, debido a que existen mayores exigencias para el prestador, especialmente las IPS públicas, así como también los monopolios creados por las EPS privadas, que entran a regular aun más el mercado imponiendo tarifas. Todo esto trae como consecuencia un desequilibrio hacia las IPS en que realmente el afectado es el usuario, pues se vulnera la calidad y el sentido humano en la prestación de los servicios.

No están las reglas claras: no es lo mismo allá que acá. El desbalance es hacia nosotros, esa es mi conclusión. Falta Estado para que intervenga en esto a todo nivel. (B3Scien3)

Según Chawla,¹⁹ el ambiente regulador en la mayoría de los países en vía de desarrollo es tal que parece improbable que se puedan imponer controles efectivos al sector privado. Así, las diferencias fundamentales entre IPS públicas y privadas, según los hallazgos de la investigación, se centran principalmente en cuanto a sus objetivos institucionales, debido a que las privadas tienen como fin la rentabilidad financiera del manejo de sus recursos y son más estrictas en la recuperación del dinero, pues este es su fin fundamental.

El privado tiene que responderles a los intereses de los dueños y, por consiguiente, tiene que estar entregando resultados con ética o sin ética a los dueños, y estos resultados tienen que ser positivos, si no, termina desapareciendo la empresa. (BBGe6)

Por otro lado, las instituciones públicas tienen como objetivo, además del autosostenimiento, la ganancia social, es decir, “son los instrumentos del Estado para atenuar ciertas expresiones de la desigualdad, de ahí su papel clave en la legitimidad y el control social y los requerimientos que se les formulan en cuanto al alcance social y la efectividad de sus acciones”.²⁴ El entorno de las IPS privadas es el mercado, representado en las leyes de la oferta y la demanda, cuyo objetivo y razón de ser son el crecimiento y la expansión del capital. El entorno de las IPS públicas es la sociedad diferenciada que tiene necesidades, demandas, intereses y aspiraciones relativas a la búsqueda del bienestar y conservación de la salud de las personas y no el mercado.

De esta manera se derivan otra serie de diferencias entre este tipo de instituciones. Las privadas se perciben más ágiles en la toma de decisiones, lo cual les permite mayor libertad en el manejo de sus procesos internos, más facilidad para la destinación de sus recursos y capacidad de acción en cuanto a la contratación, con mejores posibilidades de abrirse al entorno. Presentan estabilidad gerencial, lo cual hace que las políticas institucionales puedan implementarse a más largo plazo, así como con el recurso humano, debido a que su vinculación no depende tanto del grupo político de turno y así resultan más autónomas en el manejo del personal.

Como son recursos propios, hay más facilidad para su destinación, para decidir si se destina a una cosa u otra. (B3Ge17)

El estereotipo de Estado colombiano hace que la gestión de las IPS públicas se perciba con mayores limitantes, dada la influencia política, pues en la mayoría de los casos el recurso humano es impuesto, el presupuesto se maneja desde afuera y el gerente del hospital debe ser, preferiblemente, de la corriente política del alcalde para que se le permita su gestión. La planeación a largo plazo no es posible, lo que impide la estabilidad en las políticas

institucionales y afecta el desarrollo de la ESE. Todo esto hace que los hospitales públicos sean más frágiles ante los problemas del mercado porque la continua generación de normatividad desorienta lo ya establecido.

En las instituciones públicas la rotación es muy alta: usted puede encontrar un gerente cada dos años —por decir una cifra—. Cada que cambia de alcalde o cada que cambia la aparición del concejo, en una institución privada, usted va a encontrar gerentes de diez, quince años, y esa estabilidad es buena administrativamente. (B3Ge17)

Si bien la gestión entre IPS públicas y privadas se ha concebido con diferencias —como ya se ha dicho—, estas instituciones se encuentran igualmente bajo ciertos condicionamientos que, de una u otra forma, no les permiten un adecuado desempeño. Son consecuencias de este fenómeno las dificultades en la contratación y la negociación de tarifas con aseguradoras, así como sus trabas y demoras en los pagos, lo que favorece la iliquidez de las instituciones, la intervención política y el manejo según los intereses propios de los socios, en el caso de las instituciones privadas.

La gestión desde el área mía, por ejemplo, la limitan siempre los socios, que son los que dicen si se hace o no se hace de esta otra manera; y que no son gente que está viviendo el día a día, pero vienen y cuestionan lo que estamos haciendo. (B1Dadm15)

A pesar de las diferencias enunciadas, es importante tener en cuenta que las condiciones generadas para el desempeño de las instituciones —particularmente de las empresas estatales—, al convertirlas en ESE se les facilitó comportarse como se comporta el esquema privado; sin embargo, según Uribe,¹⁸ a los hospitales públicos prácticamente se les exige autofinanciación por la venta de sus servicios por vía de subsidios a la demanda; además, presionar ante múltiples entidades gubernamentales por mayor financiación —por vía de subsidios a la oferta— para cubrir los costos de la población pobre no asegurada que atienden; así se generan aún más diferencias en la gestión entre hospitales públicos y privados.

Conclusiones

Los hallazgos de la investigación permiten concluir que no existe autonomía en las IPS públicas ni privadas en términos de autosostenimiento, autofinanciamiento y autodeterminación. Los hospitales se alejan cada vez más de la forma tradicional de administración y se están enmarcando en nuevos procesos de gestión que les permita el autofinanciamiento y autosostenimiento. Avanzan más en la implementación de estrategias gerenciales que les permitan un mejor desempeño.

La tendencia de las organizaciones es hacia la descentralización y flexibilidad en su organización interna, con implementación de mejores técnicas e instrumentos gerenciales y marcado énfasis en el desarrollo del recurso

humano. Sin embargo, los factores externos ya descritos —especialmente la posición dominante de las aseguradoras y las influencias políticas— han afectado su posibilidad de desarrollo y autonomía para su gestión.

La considerable interferencia política que existe sobre el sector, especialmente en las IPS públicas, ha influido de manera negativa sobre el manejo del recurso humano, debido en gran parte a los grupos políticos que buscan favores y privilegios en las instituciones sin tener en cuenta sus verdaderas necesidades. Si bien el establecimiento de hospitales autónomos busca liberar estas instituciones de dichas presiones y darles la responsabilidad de adoptar estructuras más racionales —que redunden en un entorno laboral más conducente al logro de objetivos y de la calidad de los servicios y que permitan que los trabajadores perciban que son capaces de lograr metas específicas—, esto no ha sido lo más acorde con la realidad en las IPS estudiadas, pues el recuso humano ha sido vulnerado por una forma de contratación más flexible, bajos salarios y condiciones laborales deficientes.

Con el fin de lograr el autosostenimiento, los procesos de gestión en las instituciones estudiadas se han dirigido a establecer plataformas estratégicas que les permitan fijar metas, trabajar bajo sistemas de calidad hacia el logro de mayor competitividad e implementar planes de mercadeo, programas de capacitación y fortalecimiento de habilidades en el recurso humano que favorezcan el clima organizacional.

De igual manera, en el seno de las instituciones se dan graves impedimentos al desarrollo de mayor autonomía, expresados en presiones de socios y grupos médicos y en limitaciones presupuestales que, de una forma u otra, vulneran su capacidad de gestión clínica, administrativa y financiera.

Por todo lo anterior, la autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentra condicionada por el mercado, las formas de contratación, la política, lo económico y la capacidad de gestión y, sobre todo, por el poder de las aseguradoras privadas. Son todos estos los factores más relevantes que se ven más afectados durante el desarrollo de los procesos de gestión.

Reconocimientos

Los investigadores agradecen a los directivos de las instituciones que participaron en el estudio porque, sin su apoyo, colaboración y valioso tiempo, hubiese sido imposible realizar la investigación. A la Facultad Nacional de Salud Pública por el apoyo académico y financiero para la realización de este estudio.

Referencias

1 Armada F, Muner C, Navarro V. Reformas en salud y seguridad social en América latina: la convergen-

cia de la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y las Corporaciones Transnacionales. En: *Diario Internacional de Servicios de Salud*. Ene. – Feb. 2000;31(4): 729-68.

- 2 Sistema De Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. *Diario Oficial*, No. 41.148, (23 de diciembre de 1993).
- 3 HHRAA/DDM East/Southern Africa Regional Workshop Proceedings. Initiatives in health care financing: Lessons Learned. [Internet] Harare, Zimbabwe: HHRAA/DDM East/Southern Africa Regional Workshop Proceedings; May 26-29, 1997 [Consulta: 28 de marzo de 2006]. Disponible en: www.hsph.harvard.edu/ihsph/publications/pdf/No-55.PDF
- 4 Saenz L. Modernización de la gestión hospitalaria colombiana: lecciones aprendidas de la transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado. [monografía en Internet] Bogotá: Iniciativa Reforma Sector Salud; 2001. [consulta: 28 de marzo de 2006] Disponible en: <http://209.85.165.104/search?q=cache:WbN72WTQphYJ:geosalud.com/Reforma%2520Sector%2520Salud/Hospitalescolombianos-edicionpublicada-pdf%255B1%255D.pdf+Saenz+L.+Modernizaci%C3%B3n+de+la+gesti%C3%B3n+hospitalaria+colombiana&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co>
- 5 Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud de Colombia (15 de Octubre de 2002).
- 6 Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded Theory procedures and techniques. Thousand Oaks: Sage; 1990. p 67-8.
- 7 Galeano M. Estrategias de investigación social cualitativa. Medellín: La carreta; 2004. p.20
- 8 Schwandt T. (2000) Three epistemological stances for qualitative inquiry: interpretivism, hermeneutics, and constructionism. En: Denzin N, Lincoln Y, editores. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, p. 189-213.
- 9 Ritzer G. Teoría sociológica moderna. 5ª ed. Madrid: Mac Graw-Hill; 1998. p.247-300
- 10 Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002. p 9.
- 11 Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de salud de Colombia. (4 de Octubre de 1993).
- 12 Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.

- 13 Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002. p. 135
- 14 Rosllón G. Diccionario de Psicología. 3ª ed. Barcelona: Elicien; 1980. 382 p.
- 15 Abbagnano N. Diccionario de filosofía. 2ª ed. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 1989. 3689 p.
- 16 Giddens C. Conceptualizando la autonomía. Revista Trans. 1997; 2 (3): 45.
- 17 Meymen V. La Autonomía como estrategia. Revista Mujeres en acción. 1992; (4): 32-8
- 18 Uribe JP. Autonomía Hospitalaria, Reflexiones sobre la experiencia Colombiana. Revista Hospitalaria. May. – Jun. 2000; 2(11): 3-10.
- 19 Chawla M, Govindaraj R. Improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy, Methodological guidelines [artículo de internet] <http://www.hsph.harvard.edu/publications/pdf>. [Consulta 20 de abril de 2005].
- 20 Shawn J. Los gerentes de hospitales del futuro. ¿Cuáles son sus necesidades? Revista hospitalaria. May. – Jun. 2001; 317 (17): 3.
- 21 McPake B, et al. Is the Colombian Health System reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? Health Policy and Planning. 2003; 18 (2): 182–94.
- 22 Sharif M. La función neoclásica completa de la oferta de trabajo: una S girada. Revista internacional del trabajo. 2000 ; 119 (4): 451-80
- 23 Colombia, Ministerio de la salud. Recursos humanos en salud en Colombia. 1961-2005. Bogotá: El Ministerio, 2003. p. 170.
- 24 Viniegra L. Las gestiones de las instituciones privadas y públicas de salud, ¿porqué deben ser distintas? Rev. Méd. Inst. Mex. Seguro Soc. 2004; 42 (1): 38