

**MODELOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA BASADOS EN
ECONOMÍA SOLIDARIA:
¿Una respuesta a la crisis?**

**LUZ ESTELLA CÁCERES MORALES
ERICA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ BUSTOS
EDGARDO JOSE PINTO TOVAR**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY
Cartagena 2007**

**MODELOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA BASADOS EN
ECONOMÍA SOLIDARIA:
¿Una respuesta a la crisis?**

**LUZ ESTELLA CÁCERES MORALES
ERICA DE LAS MERCEDES MARTÍNEZ BUSTOS
EDGARDO JOSE PINTO TOVAR**

Tesis

Director

NELSON ALVIS GUZMÁN, PhD.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY
Cartagena 2007**

Cartagena de Indias, 30 de Mayo de 2007

Señores

JURADO COMITÉ EVALUADOR

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

Bucaramanga

Estimados señores:

Por medio de la presente certifico que he asesorado el trabajo de grado titulado **MODELOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA BASADOS EN ECONOMÍA SOLIDARIA: ¿una respuesta a la crisis?**, en toda la estructura metodológica, teórica y contenido, en el proceso de investigación al tiempo que he revisado el informe de transcripción elaborado por **ERICA MARTÍNEZ BUSTOS, LUZ ESTELA CÁCERES** y **EDGARDO PINTO TOVAR**.

Atentamente,

NELSON ALVIS GUZMÁN, PhD.

Director

Cartagena de Indias, D.T. y C., Mayo 30 de 2007

Señores

JURADO COMITÉ EVALUADOR

Att: Juan Carlos Hederich Martínez.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

Bucaramanga - Santander

Estimados señores:

La presente es con el fin de someter a consideración el trabajo de grado titulado: **MODELOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA BASADOS EN ECONOMÍA SOLIDARIA: ¿UNA RESPUESTA A LA CRISIS?**, para obtener el título de Magíster en Administración.

Cordialmente,

LUZ ESTELLA CACERES MORALES

ERICA MARTÍNEZ BUSTOS

EDGARDO PINTO TOVAR

Nota de aceptación

Firma del presidente de Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Cartagena de Indias, D.T. y C., Mayo 30 de 2007

DEDICATORIAS

A mis padres, Marina y Dairo, quienes con su ejemplo, paciencia e infinito amor, me han hecho la persona que soy hoy en día. Hago votos para que hoy mis logros los colme de dicha, y mañana los llene de orgullo. Tengan presente que la gloria más grande que tengo, es el ser hija de ustedes...

A mis hermanos, Guillermo y Marlene, quienes con todo su amor me han servido de ejemplo para cada momento de mi vida.

A mi sobrina, Alejandra, por ser la luz que ilumina nuestros días y la esperanza de un nuevo e inocente sonreír.

A Álvaro, mi confidente, por motivarme permanentemente a alcanzar mis sueños y metas, y por darme esa voz de aliento cada vez que estuve a punto de desfallecer.

Erica Martínez Bustos

A ti mi Dios y Salvador, dador de vida, por esa fuerza que me has infundido a través de estos años de existencia, gracias por la paz, fe y amor que has sembrado y cultivado en mi; tu hija.

A mis padres, Malvis y Javier, por el amor, calidez y comprensión que me han brindado siempre, y por esos hermosos valores que me han transmitido, en su dedicación por prepararme para enfrentar los afanes de la vida.

A mi hermano Jesús, por su amor y enseñanzas en este largo caminar, porque sin ti nada soy.

Al Michito y mis familiares, por sus consejos, amor y entrega, gracias por su acompañamiento permanente en mi vivir.

A mis compañeros de maestría, especialmente a Ingrid, Erickilla, y Edgardinho por todo ese temple y berraquera que poseen... más que compañeros mis amigos...

A mis amistades de toda la vida, por quienes emprendo muchos sueños y con los cuales se hacen realidad. Para todos besos y bendiciones.

Luz Estella Cáceres

A mi amado e inolvidable papá, Edgardo, gracias por guiarme y protegerme, estés donde estés. Tu presencia cada día crece más en mi alma. A ti te debo todo lo que soy!

A ti, insuperable, preciosa, bella y amorosa mamá, por darme tu cariño, paciencia, apoyo, consejos y por sobre todo, valor para seguir adelante. Que nunca me vayas a faltar.

A mi esposa, Mirna, por su apoyo incondicional y la paciencia durante mi ausencia en mi vida de estudio.

A mis hermanas, Bibiana y Dilia, a quienes quiero e incentivo a alcanzar sus metas.

A mis sobrinos, que son fuente de inspiración.

A todas las personas que confiaron en mí.

Edgardo Pinto Tovar

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracia a Dios, por estar con nosotros en cada paso que dimos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente, y por haber puesto en nuestros caminos a aquellas personas que han fueron nuestro soporte y compañía durante todo el período de estudio.

Al Doctor Nelson Alvis Guzmán, nuestro Director de Tesis, tutor y amigo.

Al Doctor Alvaro Moreno, por su permanente apoyo, consejos y motivaciones que permitieron construir esta investigación.

A los gerentes, personal administrativo y usuarios de las diferentes IPS y EPS de la ciudad, sin los cuales no hubiese sido posible la consecución de datos relevantes para el desarrollo del trabajo.

A nuestros compañeros de estudio, por la solidaridad, compañerismo y trabajo compartido durante la Maestría.

A Ingrid, nuestra compañera y amiga, alcahueta y apoyo invaluable en todos los tiempos.

A familiares y amigos, quienes nos motivaron y brindaron siempre muestras de interés por ver alcanzadas nuestras metas.

¡A todos, muchas gracias!

CONTENIDO

1. MARCO TEÓRICO.....	16
1.1 FUNDAMENTOS DE ECONOMÍA SOLIDARIA.....	18
1.1.1. Cooperativas.....	19
1.1.2. Precooperativas.....	20
1.1.3. Asociaciones Mutualistas.....	20
1.1.4. Fondos de Empleados.....	21
1.1.5. Cooperativas de Trabajo Asociado.....	21
1.1.6. Cooperativa de Trabajadores.....	28
1.2 GESTIÓN HOSPITALARIA BASADA EN ECONOMÍA SOLIDARIA .	29
1.3 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA.....	32
1.3.1 Macrogestión o gestión pública.....	33
1.3.2 Mesogestión o gestión institucional.....	34
1.3.3 Microgestión o gestión clínica.....	34
2. METODOLOGÍA.....	46
2.1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	46
2.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	51
2.3. OBJETIVO GENERAL.....	51

2.4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
2.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	52
2.6.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	52
2.7.	RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	53
3.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	57
3.1.	GESTIÓN HOSPITALARIA POR COOPERATIVA.....	57
3.1.1	CASO COSTA RICA.....	59
3.1.2	CASO DE JAPÓN	61
3.1.3	CASO BRASIL	63
3.1.4	CASO CHINA.....	64
3.1.5	CASO ARGENTINA	65
3.2.	GESTIÓN DE LA SALUD POR COOPERATIVAS EN COLOMBIA 66	
3.2.1	Cooperativa Médica del Valle y de los Profesionales de Colombia “COOMEVA”	69
3.2.2	SALUDCOOP.....	70
3.2.3	COOSALUD.....	71
3.2.4	MUTUAL SER.....	71
3.2.5	Caso Clínica Henrique De La Vega de la ESE José Prudencio Padilla del Seguro Social, y la Cooperativa de Trabajadores.....	72

3.3. DETERMINANTES DE LA SOSTENIBILIDAD DE GESTIÓN POR COOPERATIVAS.....	76
3.4. RESULTADOS EMPIRICOS COMPARATIVOS	86
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	117
BIBLIOGRAFÍA	120

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Comparativo de las empresas solidarias y otros tipos de empresas ...	26
Cuadro 2. Modelos de gestión en la nueva administración pública.....	35
Cuadro 3. Características de los modelos cooperativo y de lucro.....	39
Cuadro 4. Diferentes Modelos de Gestión para Hospitales.....	41
Cuadro 5. Variables de estudio	52
Cuadro 6. Bases de datos para búsqueda de información.....	54
Cuadro 7. Publicaciones indexadas y no indexadas revisadas	55
Cuadro 8. Centros de investigación revisados	56
Cuadro 9. Investigaciones que evalúan el sistema de salud regulado por la ley 100 de 1993	78
Cuadro 10. Comparativo de respuestas de Gerentes de IPS y EPS de Cartagena	87
Cuadro 11. Comparativo de respuestas del Personal de Cooperativas con Pabellones en las IPS de Cartagena.....	93
Cuadro 12. Valoración de la ATENCIÓN en ocho EPS de Cartagena	95
Cuadro 13. Valoración de las COMPETENCIAS en ocho EPS de Cartagena	96
Cuadro 14. Valoración de la EFICIENCIA en ocho EPS de Cartagena.....	97
Cuadro 15. Valoración del clima organizacional de la IPS según médicos encuestados en Hospitales de Cartagena de Indias	99

Cuadro 16. Valoración de la funcionalidad por parte de usuarios de Hospitales de Cartagena de Indias.....	108
Cuadro 17. Valoración de la atención al cliente por parte de usuarios de Hospitales de Cartagena de Indias	110
Cuadro 18. Valoración de las competencias por parte de usuarios de Hospitales de Cartagena de Indias.....	113
Cuadro 19. Percepción de los funcionarios administrativos respecto a la funcionalidad, clima organizacional y competencia en Hospitales de Cartagena de Indias.....	115

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1. Modelo de competencia de valores para el logro de la efectividad.....	37
Gráfica 2.. Valoración de la funcionalidad por parte de usuarios de IPS Y EPS de Cartagena de Indias.....	100
Gráfica 3. Valoración de la atención al cliente por parte de usuarios de IPS Y EPS de Cartagena de Indias.....	102
Gráfica 4. Valoración de la competencia por parte de usuarios de IPS Y EPS de Cartagena de Indias.....	105

ANEXOS

Anexo 1. Guión de la Entrevista Semiestructurada aplicada a los Gerentes de IPS's y EPS's de la ciudad de Cartagena

Anexo 2. Encuesta aplicada a los médicos de algunas IPS's y EPS's de la ciudad de Cartagena

Anexo 3. Encuesta aplicada a los usuarios de las IPS's y EPS's de la ciudad de Cartagena

Anexo 4. Guión de la entrevista semiestructurada efectuada a los trabajadores de IPS's y EPS's de la ciudad de Cartagena.

Anexo 5. Decreto 2505 de 2006

Anexo 6. Decreto 1750 de 2003

Anexo 7. Decreto 775 de 2006

Anexo 8. Guión de la entrevista semiestructurada realizada al Gerente y a un socio de la Cooperativa de Trabajo Asociado de Profesionales al Servicio de la Salud CGC CTA.

Anexo 9. Copias de las Disposiciones Generales (Capítulo I) y Disposiciones Finales (Capítulo XIII) de los Estatutos de la Cooperativa de Trabajo Asociado de Profesionales al Servicio de la Salud "CGC CTA" (primera y última hoja).

INTRODUCCIÓN

El instinto de cooperación y el espíritu solidario forman parte de la naturaleza de los seres humanos. Los primitivos habitantes de la tierra basaban su trabajo cotidiano en los valores de solidaridad y colaboración mutua.

Sabemos que el hombre, que en una primera instancia habitó el planeta tierra, comenzó a organizarse en tribus y clanes, y fundamentó el trabajo en la unión social y productiva para satisfacer sus necesidades. Los mercaderes de la Edad Media se agrupaban en caravanas para emprender largos viajes, en los que compraban y vendían en común sus mercancías, repartiendo las utilidades de acuerdo a la participación de cada uno.

De manera pues, que desde las primeras etapas de la civilización, los hombres han encauzado sus relaciones de trabajo agrupándose en asociaciones, debido a que siempre ha existido la necesidad suprema de organizar a la sociedad de manera justa y fraternal, eliminando diferencias de orden económico, por medio de las propiedades comunitarias y la labor colectiva. La Economía Solidaria ha estado allí, presente en las relaciones de las distintas sociedades, siempre como una alternativa que puede representar cambios importantes en los procesos económicos (Ministerio de Comunicación e Información, Venezuela).

1. MARCO TEÓRICO

El término economía social surgió en la primera mitad del siglo XIX, cuando empezó a ser utilizado por autores franceses como Charles Dunoyer, Frédéric Le Play, Charles Gide, Leon Walras (Bastidas-Delgado, O, Richer, Madeleine., 2001) En el siglo XIX, para muchos de sus defensores, el término economía social no designa sólo un tipo de organizaciones, las cooperativas y las mutuales, creadas por los trabajadores, sino también un cuestionamiento de la “economía de los economistas”, un enfoque que integra la problemática social al estudio de la economía.

En la exposición universal de 1900, en Paris, se presentó un “Palacio de la Economía Social” descrito por el economista francés Charles Gide como una catedral cuya nave central comprendía tres partes: los poderes públicos, es decir las intervenciones públicas que atienden las necesidades sociales no satisfechas por el mercado, las asociaciones (entendidas como las asociaciones obreras), y las obras sociales de los patronos, la filantropía. Incluye así las instituciones que contribuyen a mejorar las condiciones de trabajo y de vida de los obreros, asegurar contra los riesgos sociales, o permitir la independencia económica. Se trata entonces de las “instituciones del progreso social”, título de una obra de Gide publicada en 1912 (Vienney, 1994).

La economía social como enfoque alternativo a la economía de mercado se encuentra en autores pertenecientes a tradiciones intelectuales diversas, ya que el concepto de economía social se forjó en la encrucijada de las grandes corrientes ideológicas del siglo XIX (Defourny, 1992). En el mundo occidental, se pueden identificar dos grandes tradiciones de economía social.

Una tradición social-cristiana, llamada también solidarista, influenciada por la encíclica *Rerum Novarum*, sensible al enorme costo humano de la revolución industrial y que privilegia las dimensiones sociales y morales, y una tradición socialista, centrada en la capacidad de autoorganización de la clase obrera.

Se remontan al siglo XIX las “experiencias fundadoras” de la tradición cooperativa, inspiradas en parte por Robert Owen (1771-1858) y Charles Fourier (1772-1837).

- Los Equitativos Pioneros de Rochdale (Manchester, 1844), luego de haber proyectado una colonia autosuficiente, abren un almacén de víveres y otros artículos, antepasado de las cooperativas de consumo.
- Las Asociaciones obreras de producción francesas son promovidas por Jean Philippe Buchez (1796-1866), quien apoya igualmente las asociaciones sindicales en la industria.
- Las cooperativas rurales multifuncionales (ahorro, crédito y comercialización) se forman en Alemania impulsadas por Federico Raiffeisen (1818-1888). (Vienney, 1994).

La economía social se convirtió en un sector de la economía, formado por las organizaciones cuya especificidad es la de combinar dos estructuras: una asociación de personas y una empresa (o unidad de producción de bienes o servicios) cuya producción está destinada a satisfacer las necesidades del grupo de personas que son sus propietarias.

El concepto de economía social es entonces el resultado de una construcción social, y es tributario de las características del tercer sector, de su

relación con el Estado y también de las orientaciones de la comunidad científica. El tercer sector, a diferencia de los dos primeros, el sector privado lucrativo, y el sector público, no tiene una definición unívoca y universalmente aceptada.

1.1 FUNDAMENTOS DE ECONOMÍA SOLIDARIA

La Economía Solidaria es una búsqueda teórica y práctica de formas alternativas de hacer economía, basadas en la solidaridad y el trabajo; postula un nuevo tipo de desarrollo, alternativo, integral, a escala humana, sustentable, con énfasis en lo local.

Las empresas de economía solidaria son aquellas que se crean por un número determinado de personas, con el objetivo de crear y organizar una persona jurídica de derecho privado, cuyas actividades deben cumplirse con fines de interés social y sin ánimo de lucro (Ayala C., Barbosa D, Velásquez B.).

Su principio o fundamento es que la introducción de niveles crecientes de solidaridad en las actividades, organizaciones e instituciones económicas, incrementa la eficiencia, junto con generar un conjunto de beneficios sociales, económicos y culturales que favorezcan a toda la sociedad (Ley 454, 1998).

Desde el punto de vista micro, Dancoop definió la economía solidaria, como *“toda actividad productiva realizada por personas agrupadas en empresas asociativas que con una gestión democrática y espíritu de servicio, propenden por una acumulación económica y social mediante el retorno de beneficios a sus asociados”*.

La Economía Solidaria es un sistema socio-económico, cultural y ambiental conformado por las fuerzas sociales organizadas en formas asociativas

identificadas por prácticas autogestionarias solidarias, democráticas y humanistas, sin ánimo de lucro y que buscan el desarrollo integral del ser humano ((Ley 454, 1998).

Un elemento esencial de las formas asociativas de la economía solidaria es el de su carácter empresarial, en lo cual se diferencian de otras organizaciones e instituciones sin ánimo de lucro, como las ONG, las sociedades filantrópicas y de beneficencia. Como empresas, tienen, además la característica de ser el resultado de la libre asociación de personas naturales o jurídicas, que se integran para producir eficientemente bienes y servicios para satisfacer sus propias necesidades y/o de la comunidad (Credicoop).

Existen varios tipos de empresas de economía solidaria: Cooperativas, Precooperativas, Asociaciones Mutuales, Fondos de Empleados, Cooperativas de Trabajo Asociado, entre otras.

1.1.1. Cooperativas

Ley 79/88

ARTICULO 4o. "Es Cooperativa la empresa asociativa sin ánimo de lucro, en la cual los trabajadores o los usuarios, según el caso, son simultáneamente los aportantes y los gestores de la empresa, creada con el objeto de producir o distribuir conjunta y eficientemente bienes o servicios para satisfacer las necesidades de sus asociados y de la comunidad en general.

1.1.2. Precooperativas

Decreto 1333/89

Se consideran precooperativas los grupos que, bajo la orientación y con el concurso de una entidad promotora, se organicen para realizar actividades permitidas a las cooperativas y, que por carácter de capacidad económica, educativa, administrativa o técnica, no estén en la posibilidad inmediata de organizarse como cooperativas. Deberán evolucionar hacia cooperativas, en un término de cinco años prorrogables a juicio del organismo gubernamental de vigilancia.

1.1.3. Asociaciones Mutualistas

Decreto 1480/89

Se definen como personas jurídicas de derecho privado, sin ánimo de lucro, constituidas libre y democráticamente por personas naturales, inspiradas en la solidaridad, con el objeto de brindarse ayuda recíproca frente a riesgos eventuales y satisfacer sus necesidades de seguridad social. Al igual que casi todas las empresas solidarias, la ley les fija también, la condición de que el patrimonio y el número de asociados sean variables e ilimitados. Los asociados no realizan pago de aportes sociales sino que pagan cuotas de sostenimiento. Su objetivo principal es trabajar por el grupo familiar básico.

1.1.4. Fondos de Empleados

Decreto 1481/89

Son empresas asociativas conformadas por los trabajadores de una empresa o grupo económico empresarial, para prestar servicios y satisfacer las necesidades de sus asociados.

1.1.5. Cooperativas de Trabajo Asociado

Ley 79 de 1988. Artículo 70

Son aquellas que vinculan el trabajo personal de sus asociados para la producción de bienes, ejecución de obras o la prestación de servicios.

Con la intensificación de la crisis económica y el aumento del desempleo, estas empresas de economía solidaria han adquirido mayor relevancia, ya que se constituyen en el medio de organización propicio para que los trabajadores de manera democrática y solidaria puedan hacer surgir las fuentes de trabajo de las que se habían privado y/o iniciar múltiples actividades productivas, que les permitan ingresar en el sistema económico; desempeñándose como responsables de su propia fuente de trabajo, elevando de esta forma su autoestima, ya que superan graves problemas psicológicos y morales, propios de la ansiedad a la cual se enfrentan al no conseguir un trabajo digno que los haga mejorar su calidad de vida y les permita vivir tranquilamente y seguros.

Por su característica de propiedad colectiva, una empresa de economía solidaria constituye una entidad que se diferencia claramente de los otros tipos de organizaciones empresariales. Sin embargo, participa del mercado al igual que cualquier otra empresa, pero bajo un mecanismo organizativo basado en la responsabilidad social, la equidad y solidaridad de sus integrantes (Ministerio de Comunicación e Información de Venezuela, 2005).

Los valores de igualdad, honestidad, equidad, solidaridad y corresponsabilidad son fundamentales para el éxito de una empresa de economía solidaria, la cual presenta las siguientes características:

- Se constituye con un mínimo de diez asociados.
- Los asociados son dueños de la empresa, por lo tanto desaparece la relación patrón – asalariado.
- Todos los propietarios son trabajadores asociados; excepcionalmente se permiten no asociados de la cooperativa.
- Los asociados tienen igualdad de derechos de elegir y ser elegidos para los cargos directivos; igualmente, de participar en el reparto de excedentes y de prestación de servicios.
- Hay más producción y productividad porque al ser los asociados, al mismo tiempo codueños, trabajan con más interés y con más cuidado de los elementos de trabajo.

- El mismo trabajador participa en la elaboración de los objetivos y políticas de la empresa; decide sobre el qué hacer, el cómo y el para qué hacerlo.
- El trabajo es autodisciplinario, lo cual garantiza que cada trabajador asociado sea responsable de sus propios actos en la producción y la prestación del servicio.
- La compensación por el trabajo de cada asociado está ligada a lo que cada uno produzca en la empresa de acuerdo con la función del trabajo, la especialidad, el rendimiento y la cantidad.
- La cooperativa debe ser propietaria, poseedora o tenedora de los medios materiales de labor y organizar directamente las actividades de trabajo de sus asociados con autonomía administrativa.

Las cooperativas se distinguen por su estructura de los otros tipos de empresas: (Banco Interamericano de Desarrollo, 2002)

- La toma de decisiones se basa en el principio de “un asociado-un voto”.
- La contribución que hacen al patrimonio los asociados es equitativa.
- El reparto de beneficios es restringido y, generalmente, proporcional al uso de los servicios de la cooperativa.
- La acumulación de activos no se refleja en el valor de las cuotas cooperativas.

- Las cuotas cooperativas de capital no pueden ser objeto de transacción en los mercados de valores.
- La “Membresía abierta” implica e impone que la libertad de ingreso y retiro de las cooperativas está garantizada.
- Como resultado de los dos factores anteriores, el capital nominal no es fijo sino variable.

Estas características específicas representan para las cooperativas una serie de ventajas e inconvenientes con relación a las empresas que son propiedad de inversores. Entre las ventajas que ellas pueden ofrecer con respecto a las otras formas de empresa:

- Aprovechan el interés de un grupo amplio de interesados para introducir innovaciones.
- Aumentan la motivación de los empleados al ser éstos también propietarios.
- El carácter democrático de la toma de decisiones puede favorecer soluciones más sostenibles.
- La disminución del capital nominal no es determinante de insolvencia.
- En general, el desarrollo sostenible de las cooperativas es posible pese a la presencia de presiones externas en virtud de la fidelidad interna.

Entre las principales desventajas de las cooperativas figuran las siguientes:

- La necesidad de diversificar productos y servicios para aprovechar nuevas oportunidades puede verse dificultada en las cooperativas por los hábitos de sus miembros si esas oportunidades no se relacionan con los intereses de éstos; las decisiones de asignación de recursos pueden resultar entonces menos eficientes en las cooperativas.
- El limitado acceso a los fondos disponibles en los mercados de capital puede crear en las cooperativas una dependencia del capital en préstamo si los recursos propios de sus miembros son insuficientes.
- Las bases democráticas de la administración pueden demorar el proceso de toma de decisiones.
- En algunos casos, su gran número de miembros puede dificultar el conocimiento de las necesidades e intereses de éstos.
- En otros casos, las bajas inversiones que realizan los miembros determinan en ellos un escaso interés y empeño en el desarrollo de la empresa.
- La ausencia de educación, capacitación e información cooperativa.
- El acceso a las licitaciones públicas puede verse dificultado en los casos en que las cooperativas son consideradas por las autoridades como organizaciones no lucrativas y, por tanto, no aptas para presentar ofertas.

Las diferencias entre la Empresa Solidaria y otro tipo de empresas, se pueden resumir en el cuadro 1:

Cuadro 1. Comparativo de las empresas solidarias y otros tipos de empresas

EMPRESA	OBJETIVO	CAPITAL	EXCEDENTE	DIRECCIÓN
Individual	Lucro	Una persona	Para el propietario	La ejerce el dueño
Sociedad Colectiva	Lucro	Grupo	Distribución proporcional al capital aportado	Colegiala o delegada
Sociedad Anónima	Lucro	Limitado. Acciones negociables, número limitado, valor modificable	Reparto según el número de acciones	Una acción un voto
Pública	Servicio			Ejercida por el Estado
Solidaria	Servicio	Aportes Sociales	Acumulación social. Distribución proporcional al trabajo y/o las transacciones	

Fuente: Programa de Formación Solidaria.

http://www.credicoop.com.co/docs/doctrina_expresionessolidarias.doc

Lo que distingue a este tipo de empresas de las otras, es la autoorganización de todos sus miembros, la mutualidad para la consecución de beneficios sociales y económicos, basada en el esfuerzo propio y la ayuda mutua, organizando y prestando servicios en diferentes áreas. Los socios son los cimientos que apoyan la estructura de la cooperativa. Si no existe una base fuerte de socios dispuestos a usar la cooperativa y a trabajar para que sea un éxito, la cooperativa fracasará.

Estas empresas poseen características diferentes a las capitalistas y estatales, porque sus resultados económicos están representados en excedentes que destinan al beneficio social, al crecimiento de sus reservas y fondos, y a reintegrar a sus asociados parte de esos excedentes, en proporción al uso de los servicios o a la participación en el trabajo de la organización. En ellas se

privilegian los objetivos y las expectativas económicas y sociales de los asociados, y actúan como factores determinantes la comunidad y el trabajo.

Todas las empresas existen para atender a los intereses de sus principales partícipes. Pero, mientras en las empresas tradicionales esos intereses se identifican con los de los inversores, en el caso de las cooperativas los excedentes deben quedar subordinadas siempre a otros intereses. De hecho, las empresas tradicionales pueden considerarse una asociación de capitales anónimos, en tanto que las cooperativas constituyen una asociación de personas visibles.

Según el Informe V de la Organización Internacional del Trabajo (89ª reunión de junio de 2001), la mayor parte de las ventajas comparativas de las cooperativas sobre las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones empresariales convencionales pueden atribuirse a que tienen unos costos de transacciones inferiores que pueden explicarse por:

- Su forma de organización peculiar, que combina la jerarquía en la gestión ejecutiva y de aplicación con la adopción de decisiones democráticas y el sometimiento a las fuerzas del mercado;
- Su capacidad de dar información a menor costo, por ejemplo superando los sistemas asimétricos de información;
- Su capacidad de reducir los riesgos de producción y los demás riesgos de mercado para sus socios, y
- Su aptitud para llevar a cabo inversiones dependientes de las ayudas mutuas con preferencia a las inversiones unilaterales.

Las posibilidades de las cooperativas para contribuir en el desarrollo general – económico, social y societario – han quedado descritas en un informe presentado a la 49ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (*Papel de las Cooperativas en el progreso económico y social de los países en vías de desarrollo*). Desde entonces, las cooperativas han continuado desempeñando un papel importante en la creación de oportunidades de autoempleo, mejorando las condiciones de trabajo y de vida para millones de personas y ofreciendo infraestructuras y servicios fundamentales en zonas a las que no llegan ni el Estado ni las empresas inversoras (Organización Internacional del Trabajo, 2001).

1.1.6. Cooperativa de Trabajadores

Una cooperativa de trabajadores es una organización donde los trabajadores son los dueños. Se acepta a los trabajadores como asociados de la cooperativa de acuerdo con criterios fijados por la cooperativa, a través de su trabajo en la empresa y mediante los aportes para hacerse asociados. Cada asociado de la cooperativa de trabajadores se transforma en dueño con derechos y obligaciones, incluyendo la participación en decisiones del lugar de trabajo, la contribución de mano de obra y habilidades, y la participación en la porción equitativa de los beneficios. En una cooperativa de trabajadores, los trabajadores usan la cooperativa como un empleo (Hansen B., Gary; Coontz E. Kim, Malan Audrey., 1997).

Las cooperativas de trabajadores tienen características especiales como cooperativas y como empresas. Proporcionan a los asociados-trabajadores un empleo y un ingreso, pero al mismo tiempo los asociados son los dueños y

controlan la empresa, lo que les permite recibir una proporción justa de los beneficios y gozan de un ambiente democrático en su lugar de trabajo.

Cuando una cooperativa de trabajadores se organiza y se administra eficazmente, su estructura empresarial ofrece a los socios las siguientes ventajas:

- Empleo y la capacidad de generar ingresos
- Control sobre la forma de organizar, efectuar y administrar el trabajo.
- Estabilidad en el empleo, siempre que la empresa siga económicamente viable.
- Un interés financiero y como propietarios en la empresa donde trabajan.
- La oportunidad para practicar la democracia en el lugar de trabajo.

1.2 GESTIÓN HOSPITALARIA BASADA EN ECONOMÍA SOLIDARIA

La gestión es un proceso que se coloca al servicio de los aspectos operativos de la organización. Está referida a los diferentes procesos relacionados con las condiciones que propician la construcción permanente de la organización, así como la disposición de los recursos económicos, humanos, físicos y tecnológicos para la producción de bienes y la prestación eficiente y eficaz de los servicios, en la perspectiva del cumplimiento del objeto social de la organización.

La tarea de la gestión debe estar orientada a conservar la unidad organizacional, por lo cual, es generalmente confiada a personas investidas de la responsabilidad de asegurar la buena marcha de la organización, apoyados fundamentalmente en su filosofía y principios éticos.

Las nuevas tecnologías y la crisis económica han estructurado nuevos sistemas de producción que afectan a las empresas; se ha pasado de una sociedad industrial a una sociedad de servicios. La eficiencia y calidad constituyen el nuevo boom de estos años en los que competencia y atención al cliente es el lema. El cliente se ha convertido en el núcleo de la organización en torno al cual gira todo. Los clientes son lo más importante de la organización.

Estos cambios y reformas afectan a todas las organizaciones en general, entre las que, sin duda, se encuentran también las organizaciones sanitarias, las que se han visto obligadas a renovar de una forma radical su concepción y diseño. Ellas, al igual que todas las demás, deben afrontar el reto de la eficiencia y la calidad.

Los sistemas de salud y por ende, los modelos de prestación de servicios asistenciales, han venido sufriendo profundas transformaciones en las últimas dos décadas, fenómeno resultante en buena medida, del reordenamiento económico y político del mundo con la caída del bloque socialista y las políticas de internacionalización e interdependencia de los mercados financieros y la de la información, que desde mediados de la década de los 80, se han intensificado, dentro del tan conocido proceso denominado globalización (Giacometti Rojas, Luis F., 1999).

Dadas las actuales condiciones del mercado laboral, las cooperativas y demás asociaciones de economía solidaria, constituyen una opción válida para la

organización empresarial de los profesionales de la salud, alrededor de un gran interés común, el trabajo.

La falta de trabajo, el alza en los precios y tarifas de productos, bienes y servicios indispensables para satisfacer las necesidades básicas de las personas, están generando la creación de prácticas de economía solidaria que seguramente se irán cristalizando en nuevas cooperativas, mutuales y fondos.

Son cooperativas de salud, las empresas constituidas libremente, sin fines de lucro, por personas y profesionales que inspiradas en la solidaridad, en el esfuerzo propio y la ayuda mutua y con el objeto de brindarse ayuda recíproca, se organizan y se prestan servicios médico-asistenciales, desmercantilizados, frente a riesgos eventuales, reuniendo y ensamblando energías humanas y profesionales, encauzándolas hacia el bienestar tanto individual como al interés y compromiso por la comunidad, asegurando el junto ordenamiento de valores e intereses en la igualdad dignidad de las personas y centralmente en el respeto de su libertad y el cuidado de su vida (Fermín Bertossi, R.)

Estas cooperativas en las cuales los asociados son al mismo tiempo sus dueños y trabajadores, cuentan entre sus principales características, las siguientes: la Autonomía; ser una asociación de personas; el trabajo como base fundamental de la asociación; el carácter voluntario de la afiliación; su organización destinada fundamentalmente a atender las necesidades de sus miembros; su funcionamiento de acuerdo con el principio de la participación democrática; la aplicación de los principios y valores cooperativos como la solidaridad, cooperación, la igualdad, la equidad y la honestidad (Organización Scare).

Entre los beneficios que pueden generarse para los profesionales de la salud, de organizarse en cooperativas, se pueden señalar: la disminución de riesgos laborales por cuanto se rigen por sus propios regímenes internos autoaceptados y no pagan salarios ni honorarios, sino compensaciones; los pagos de compensaciones gozan de todos los beneficios de los asalariados en cuanto a retención en la fuente; pueden crear fondos especiales para beneficio de los asociados; entre muchas otras más.

Según un Informe de la OMS, publicado en un periódico español, países como Francia, Italia, Singapur, Omán, San Marino, Andorra, Malta, España, Austria y Japón cuentan con la mejor asistencia sanitaria del mundo (diez primeros lugares).

En el informe se destaca, *“al examinar todos estos países hemos descubierto que los sistemas que emplean mecanismos como las mutualidades, los seguros médicos o la financiación de la sanidad pública vía impuestos, obtienen mejores resultados”*. (Organización Mundial de la Salud, 2000)

1.3 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA

La necesidad de modernizar el sistema de salud y lograr resultados eficientes, eficaces, de calidad y con costos razonables y controlados, es el gran desafío de las administraciones de salud de todos los países tanto desarrollado como en aquellos de economía dependiente.

Los cambios en la gerencia de los sistemas de salud se han dado como parte de las reformas del sector público, las cuales han surgido como respuesta a

múltiples fuerzas políticas, sociales, económicas y técnico-científicas de carácter nacional e internacional. Estos cambios buscan conducir las organizaciones hacia la implementación de modelos de gestión capaces de responder eficiente y eficazmente a las necesidades cambiantes de la sociedad (MOLINA, G., 2001)

Un modelo de gestión es una forma de definir prioridades y tomar decisiones. La herramienta es una prolongación de las manos o los sentidos, mientras el modelo es una prolongación de la mente (TOBAR, F., 1999)

En función de esta definición es válido preguntarse en qué medida las reformas de salud implementadas en América Latina durante las décadas pasadas generaron auténticos cambios en los modelos de gestión. Para analizar esto resulta adecuada la taxonomía formulada por Vicente Ortún Rubio, que distingue tres niveles de gestión en el sector de la salud (ORTÚN RUBIO, V., 1996):

1.3.1 Macrogestión o gestión pública

Involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado y mejorar el bienestar social a través de la modificación de los estilos de vida y la regulación del medio ambiente, tecnología, recursos humanos y servicios sanitarios; la financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos, y la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.

1.3.2 Mesogestión o gestión institucional

Involucra a los centros, hospitales, mayoristas, aseguradoras y otros establecimientos de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos.

1.3.3 Microgestión o gestión clínica

La mayor responsabilidad cabe a los profesionales. Una particularidad del sector de la salud es que el médico es responsable de la asignación del 70% de los recursos a través de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, y para ello gestiona, coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo.

Algunos autores como Ferlie (2001) han identificado cuatro modelos de gestión que se han estado implementando en las organizaciones públicas (Cuadro 2). Estos modelos han influido en las organizaciones de salud y, según el contexto político, social y económico, además de la legislación vigente, el nivel de desarrollo sanitario, los objetivos del sistema y las necesidades de la comunidad en cada país, entre otros, cada organización tiende más hacia uno de los modelos, aunque incluyendo algunos componentes de los demás (FERLIE E. et al., 2001)

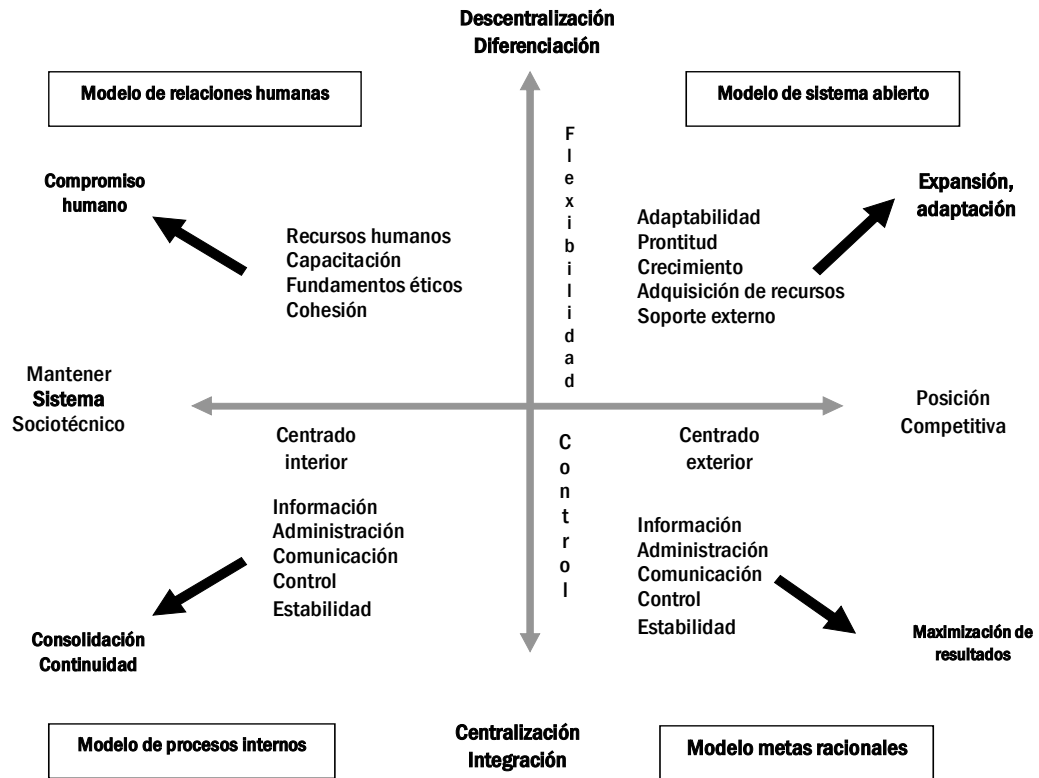
Cuadro 2. Modelos de gestión en la nueva administración pública

<p style="text-align: center;">Búsqueda de la eficiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del volumen de actividades con los mismos recursos. “Hacer más con menos”. • Control financiero • Control de gestión • Auditoría • Énfasis en la atención al cliente • Menos regulación • Pagos según desempeño • Menos influencia y poder de los grupos profesionales y sindicatos • Énfasis en la dirección y perfiles directivos 	<p style="text-align: center;">Descentralización y Flexibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en el mercadeo • Cambio de la administración jerárquica hacia la contratación y el desarrollo local. • Eliminación de niveles administrativos y reducción de recurso humano en los niveles centrales e intermedios de las organizaciones. • Separación de aseguradoras y productores de servicios. • Cambio de la dirección y control por nuevos estilos administrativos. • Estímulo a la formación de redes de organizaciones y alianzas estratégicas. • Flexibilidad de la gestión.
<p style="text-align: center;">Búsqueda de la excelencia (Human Relations School of Management)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gran importancia a la cultura y el desarrollo organizacional: valores, cultura, ritos y símbolos. • Énfasis en los procesos de aprendizaje. • Manejo del cambio basado en los valores culturales de los empleados y de la organización. • Enfoque humanístico que estimula el autodesarrollo y la participación. • Énfasis en el liderazgo carismático y transformacional más que en el liderazgo transaccional. 	<p style="text-align: center;">Orientación al servicio público</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fusión de estilos administrativos de los sectores públicos y privado. • Énfasis en la misión del sector público diferenciado del sector privado. • Elevar la calidad administrativa involucrando prácticas del sector privado. • Garantizar la responsabilidad social de los servicios. • Mayor preocupación por la calidad del servicio. • Énfasis en el usuario y en la relación con la ciudadanía. • Devolución del poder a la autoridad local. • Escepticismo en el mercado del sector público.

En Colombia, en algunas organizaciones de salud se ha dado una tendencia marcada hacia la eficiencia, aumentando el volumen de actividades con los mismos o menores recursos, con carencias al garantizar la calidad, tendencia motivada especialmente por el ánimo de lucro en el sector privado. Esto conlleva problemas éticos en la prestación de los servicios, lo cual repercute negativamente en los valores de los individuos, el sistema de salud y la comunidad.

Quinn (2001) propone otros modelos de gestión basados en el análisis de los valores en función de la efectividad y la cultura de las organizaciones. Este autor identifica cuatro estilos o modelos de gestión, que pueden ser aplicables a las organizaciones del sector público y que están relacionados con el desarrollo histórico de la administración. (Gráfica 1):

Gráfica 1. Modelo de competencia de valores para el logro de la efectividad



Fuente: Quinn RE. Beyond Racional Management; 1988, p.48

Modelo I

Basado en las relaciones humanas, que hace énfasis en la cohesión, la moral y el desarrollo de los recursos humanos, tendiente a lograr un alto compromiso humano.

Modelo II de sistema abierto

Se enfatizan la flexibilidad y la prontitud tanto como el crecimiento, la adquisición de recursos y el soporte externo, tendientes a la expansión y la adaptabilidad de la organización.

Modelo III de metas racionales

Involucra la planeación, el establecimiento de metas, la productividad y la eficiencia tendiente a la maximización de resultados.

Modelo IV de procesos internos

Basado en el manejo de la información, la comunicación, la estabilidad y el control tendientes a la consolidación y la continuidad.

La combinación de los valores de los Modelos I y II tienden a la descentralización y la diferenciación de las organizaciones. Los Modelos II y III tienden a lograr una posición competitiva, los Modelos III y IV tienden a la centralización y la integración y los Modelos I y IV tienden hacia el mantenimiento de un sistema socio-técnico.

Tanto el Modelo de Ferlie como el de Quinn tienen aspectos compatibles, aunque es difícil encontrar una organización con un modelo puro. Solo existe prevalencia de ciertas estrategias y valores en cada organización, de acuerdo con sus objetivos.

El panorama del sector salud en América Latina, básicamente está fundamentado en reducir el gasto y las funciones del sector público y promover la privatización del sector, favoreciendo de esta forma los seguros privados y las organizaciones que mantienen la salud, las cuales cada día están más

desprestigiadas debido a la corrupción, ineficiencia y la pobre calidad de sus servicios.

Por lo tanto, ante una necesidad de primer orden como es la salud, el modelo cooperativo es la opción y se contrapone al modelo de lucro: (Alianza Cooperativa Internacional)

Cuadro 3. Características de los modelos cooperativo y de lucro

Modelo Cooperativo	Modelo de Lucro
• Participación democrática de prestadores (as), usuarios (as) y promotores (as)	• Concentración de capitales
• La salud como derecho básico (población de menores ingresos, zonas rurales, marginales, etc.)	• En pocos dueños
• Vocación en el servicio	• La salud como mercancía
• Calidad de las prestaciones	• Foco en el lucro
• Mayor beneficio al menor costo	• Disminución de las prestaciones
• Reconocimiento del trabajo profesional	• La salud en manos privadas
• Mantención de principios solidarios	• Disminución de los ingresos médicos
• Promoción de la salud	• Quien más paga mejor salud tiene
• Protección de la propiedad solidaria	• Cobertura de la enfermedad
• Reinversión de los excedentes en servicios/Fortalecimiento Patrimonial	• Ganancias para el sector tecnológico y de medicamentos
• Conciencia de la actualización tecnológica	
• Reconocimiento del rol del Estado	

Fuente: Conclusiones Generales de la XIV Conferencia Regional titulada Competitividad y Posicionamiento Cooperativo: Retos y Oportunidades para el Desarrollo Económico Social.

Moreu (1998) y a Cuervo, Varela y Belenes (1994) en su texto “Gestión de Hospitales, nuevos instrumentos y tendencias”, se deben identificar claramente los pasos a seguir en la transformación del hospital público clásico (de tipo burocrático-funcionario), a uno de naturaleza más corporativa y autogestionable:(Giacometti Rojas, L.F .,1999)

- Creación por parte de la autoridad sanitaria correspondiente (Secretarías de Salud, Ministerios o a quién competa esta facultad), de los tres requerimientos básicos para el proceso de transformación, o sea: a) separación REAL de funciones entre la compra y provisión de servicios, b) sustitución de la presupuestación histórica, por la de contratos por resultados u objetivos de salud, y c) establecimiento progresivo de mecanismos de compra de servicios y desregulación vía oferta o demanda que establezca mecanismos de competencia entre prestadores.
- Acerca en la medida de lo posible y del marco normativo existente, el estatus de funcionamiento de los hospitales públicos a las normas de funcionamiento del derecho privado, dotándolos de personería jurídica propia, capacidad de manejo de recursos, esquemas organizativos y de funcionamiento mucho más flexibles (gestión del recurso humano, compras y suministros, renovación de tecnología, etc.).
- Fortalecer los órganos de gobierno de los hospitales (juntas directivas) de herramientas de gestión más eficaces y orientadas a la toma de decisiones, estimular la participación de personas ajenas al poder político y reorientando su conformación, con representantes de la sociedad civil (empresarios, líderes cívicos, etc.).
- Profesionalizar la alta y media dirección de las instituciones, basando su elección en concurso de méritos, tomando en consideración aspectos como: trayectoria administrativa, perfil empresarial, formación académica específica, entre otros aspectos.

- Creación de una cultura empresarial, con incorporación de instrumentos de gestión que puedan hacerla efectiva y perdurable en el tiempo, por ejemplo: contabilidad analítica, sistemas modernos de facturación, gestión orientada al usuario no al médico, búsqueda de ventajas competitivas, precios de costo y precios de venta, gestión del “partner interno” (empleado), marketing del cliente y de consumidor, gestión de suministros “just in time”, y product manager (jefes de servicios).

Cuadro 4. Diferentes Modelos de Gestión para Hospitales

HOSPITAL CON MODELO AUTOGESTIONADO	HOSPITAL CON GESTIÓN DESCENTRALIZADA	HOSPITAL CON DIRECCIÓN POR OBJETIVOS	HOSPITAL EN MODELO BUROCRÁTICO
Contabilidad Analítica, cuenta de resultados, facturación a precio de venta (gestión del costo)	Contabilidad analítica, centros de costo, cuenta de resultados (facturación a precio de costo)	Interfase entre control presupuestario y contabilidad general, centros de gasto	Administración de presupuestos (contabilidad presupuestaria)
Análisis del valor	Reingeniería de procesos, gestión clínica	Definición y estandarización de procesos	Normas de procedimientos administrativos
Competitividad regulada	Competencia y competitividad	Competencia	Burocracia
Orientado al cliente y al consumidor	Orientado al cliente externo (consumidor)	Orientado al cliente interno	Orientado al cumplimiento de la norma
Cuenta de resultados positiva = continuidad	Dirección por valores	Dirección por objetivos	Jerarquía, reglamentos
Empleados socios, “partners”	Gestión de RRHH	Administración de RRHH	Función Pública
Búsqueda de ventajas competitivas	Política de calidad	Control de calidad	Cumplimiento del procedimiento
Precios de costo y precios de venta	Costos por proceso	Costos por estructura	Presupuestos históricos
Marketing del cliente y el consumidor	Marketing de cliente externo (consumidor)	Marketing de producto	Marketing social (politics not policy)
Facturación “cash”	Facturación a terceros (precio de venta)	Facturación a terceros (tarifa)	Facturación sobre ejecución presupuestal
Beneficios objetivos y medibles	Incentivos según resultados	Incentivos según cumplimiento de objetivos	Salarios fijos por categorías y niveles
Just in time, materials management en mercado de oferta	Just in Time	Gestión de stocks, concurrencia pública	Centralización de compras, concursos públicos
Sentido de empresa	Gestión de “Negocio de negocios”	Gestión limitada a los recursos	Administración
Jefe de servicio “empresario”	Product Manager	Jefe del servicio como gerente	Jefe de servicio técnico-científico
CULTURA DE COMPETITIVIDAD Y RIESGO, INSTRUMENTOS DE GESTIÓN ORIENTADOS A CUENTAS DE RESULTADOS (3ª. GENERACIÓN)	CULTURA DE EMPRESA PÚBLICA, INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DE 2ª. GENERACIÓN	CULTURA DE COMPETENCIA, INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DE 1ª. GENERACIÓN	CULTURA BUROCRÁTICA, PATERNALISMO, ENFOQUE DE OFERTA

Fuente: MOREU, F./BANCO MUNDIAL, Memorias: Seminario Internacional Innovación y gestión del cambio en los sistemas de salud. En: Giacometti Rojas, L.F. Empresarización de Hospitales Públicos. La Experiencia Internacional.

En la actualidad y específicamente en el caso de sistemas sanitarios de financiamiento público, como el caso de España e Inglaterra como los ejemplos más notorios, desde hace poco menos de una década, los modelos de gestión hospitalaria han evolucionado tímida pero decididamente, desde modelos tradicionalmente burocráticos, hacia otros de carácter más competitivo (dirección por objetivos) o modelos de gestión descentralizada, hasta algunos muy poco ejemplos de hospitales autogestionados, sin que esto signifique pérdida de estatus, origen o vocación pública (Cuadro 4).

Algunos ejemplos de modelos de gestión verdaderamente innovadores y donde el sector público y privado deberán empezar a explotar alternativas, que garanticen su viabilidad a futuro, son entre otros (Giacometti Rojas, L.F.,1999)

Contratos de gestión (Management Contract): se constituye como una modalidad de compra de servicios, en la cual, el propietario o titular del centro o grupo de centros, adquiere externamente uno muy especial: la gestión global del mismo. Bajo esta modalidad, la empresa externa asume la dirección general del centro o grupo de centros, mediante la contratación de un directivo o grupo de ellos.

Lo que caracteriza a este servicio contratado, es el contrato mismo y su contenido, que básicamente especifica las responsabilidades delegadas por el titular del mismo al proveedor, así como las obligaciones de ambos, los medios legales, instrumentales y financieros a disposición del proveedor, la duración del contrato, la retribución y descripción de los objetivos a alcanzar a partir de un diagnóstico y un esquema de viabilidad (factibilidad) de la institución de salud.

Algunos de los aspectos más importantes del modelo de gestión basado en el *management contract*, son los siguientes:

Asegura un modelo de gestión con altos niveles de competencia y profesionalidad, difíciles de obtener en algunos casos, especialmente en centros de dimensiones pequeñas o medianas y/o alejadas de las grandes ciudades.

Introduce mayores niveles de estabilidad, objetividad e independencia en la gestión, separando eficazmente, la función de responsabilidad política (presente y muy fuerte en muchas instituciones, especialmente públicas), de las de dirección empresarial.

La capacidad de gestión (experiencia comprobada del proponente, experiencia de otros centros gestionados, estándares de productividad, eficiencia y calidad, etc.), facilita mayores niveles de eficacia y eficiencia, ya sea mediante el apoyo técnico calificado, ya sea por la ventajas obtenidas de las economías de escala y de formulas de coordinación y complementariedad de ciertos servicios asistenciales, como de apoyo.

Otra forma de contratos de gestión, es la Tercerización de servicios, también conocida como Outsourcing. Consiste en contratar los servicios de una empresa especializada, para la realización de actividades y funciones propias o inherentes a la empresa contratante, como: manejo de nóminas, servicios de aseo, proceso de compra y suministros, gestión tecnológica, entre otros.

Redes integradas de servicios de salud (RISS): conjunto de organizaciones que ofrece, directamente o a través de la compra, un continuo de servicio a una población definida, y se responsabiliza por los costos y resultados en salud de su población. El objetivo final de este modelo es la eficiencia global en

la provisión y de la continuidad de la atención, a través de un adjetivo intermedio: la mejora en la coordinación de los servicios o integración asistencial.

Se identifican distintas formas de integración de las RISS: *integraciones verticales u horizontales*, según agrupen servicios a lo largo del continuo asistencial en el mismo nivel de atención (por ejemplo: los sistemas multihospitalarios) con producción interna, de los servicios que ofrece, total o parcial, si algunos son subcontractados fuera de la red; *integraciones virtuales o reales en la propiedad*, según la forma de relación entre las organizaciones que constituyen la red.

En Colombia, las EPSs, las ARSs, y las ESEs corresponden a la definición de RISS.

Alianzas estratégicas: son acuerdos de cooperación, que van más allá de los tratos normales entre una institución y otra pero que no llegan a constituir una fusión o una sociedad total. Una alianza puede incluir esfuerzos comunes de investigación, intercambio de tecnología, uso conjunto de instalaciones, entre otros.

Las alianzas estratégicas constituyen una manera por medio de la cuál las instituciones de salud pueden fortalecer sus posiciones competitivas sin perder su independencia.

Gestión por “case mix”: se define como la gestión del hospital en función de la diversidad de pacientes o mezcla de casos. Es necesario: un sistema de agrupación de pacientes y uno de información que integre aspectos administrativos, clínicos y financieros.

El Case Mix Management aporta un nuevo estilo de gestión basado en la medida del producto hospitalario que se obtiene de la actividad asistencial sin abandonar la gestión por servicios o departamentos.

Permite conocer la naturaleza clínica, financiera y operativa de las actividades asistenciales y poder tomar decisiones operativas más acertadas y supervisar y controlar mejor el gasto.

2. METODOLOGÍA

2.1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a las investigaciones realizadas, se observa que en casi todos los países, incluidos los más desarrollados, el sector de la salud está en proceso de reestructuración; incluso en aquellos países donde el Estado debe suministrar o garantizar los servicios de salud, los presupuestos decrecientes y los costos cada vez más elevados, han obligado a reducir la parte costada por el Estado en la cobertura de seguro, abriendo así la vía al sector privado.

Los diferentes gobiernos se ven enfrentados a un complicado conjunto de factores que dificultan de un modo creciente el suministro de servicios de salud a sus poblaciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), si bien en todo el mundo parece haberse conseguido mejoras en el estado general de la salud, a la cobertura sanitaria y al acceso a esos servicios, estas no han beneficiado a todos; es más se observa, que en algunos países en desarrollo, el número de pobres ha aumentado.

Dada la escasez de recursos frente a las crecientes demandas de salud en todo el mundo, encontrar estrategias rentables y efectivas que permitan el fortalecimiento de los sistemas es una tarea apremiante. Esta crisis generalizada ha permitido que las alternativas solidarias y especialmente las formas cooperativas, y más recientemente las empresas solidarias, comunitarias y las Empresas Asociativas de Trabajo ganen terreno en forma significativa (Eduardo Manotas, Santiago). En muchos países, este tipo de empresas surgieron en el contexto de la crisis de los servicios de salud, y parecen constituir hoy día una vía

prometedora hacia el mejoramiento de los servicios y la democratización de las organizaciones del sector.

En países como Japón, Costa Rica, España, Suecia, Canadá, Estados Unidos, Italia, Reino Unido y Panamá, entre otros muchos, las cooperativas de asistencia médica suelen ser una respuesta de los consumidores al vertiginoso incremento de los costos de los sistemas de salud pública o a su decadencia, y a la falta de servicios preventivos y ambulatorios que se necesitan con urgencia, sobre todo pensando en las personas de la tercera edad y en los pacientes externos (Organización Internacional del trabajo, 2002) En China se han anunciado reformas que buscan establecer un sistema de cooperativas médicas que en el 2006 beneficiaría al 10% de los chinos y en el 2010 a la totalidad de la población. Brasil cuenta con la segunda mayor cooperativa de proveedores de servicios de asistencia médica.

Otras cooperativas médicas cuya titularidad se halla en manos de los proveedores se pueden encontrar en Alemania, Argentina, Benin, Bolivia, Filipinas, Malasia, Mongolia, Polonia y Portugal. Costa Rica también ha implementado el modelo cooperativo en la prestación de servicios de salud y lo utiliza en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), quien es el responsable de los servicios de salud, pero la administración y la prestación de estos se asignan a las cooperativas. (Cabezas Bolaños, Silvia., 2004)

Colombia inició en diciembre de 1993, con la expedición de la Ley 100, un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr, en una década, la cobertura en salud de todos sus ciudadanos. Dicha reforma pretendió transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de

Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos (Revista Salud Colombia). Hoy, doce años después, algunos sectores de la opinión nacional cuestionan profundamente los beneficios obtenidos por la reforma y se habla de una crisis general del sector; siendo motivo de alarma y preocupación, no sólo en los organismos nacionales sino internacionales, el progresivo deterioro del bienestar, el crecimiento de la marginalidad y la miseria en el país.

El desarrollo de la Seguridad Social en Colombia ha estado marcado por una fuerte diferenciación entre el sistema que cubre a los trabajadores privados, denominado seguridad social y el sistema de los servidores públicos, denominado previsión social. De esta manera, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (creado en 1946), que luego pasó a llamarse Instituto de Seguros Sociales (ISS), se convirtió en la única institución que, a parte de la medicina privada, en forma monopólica, cubrió durante mucho tiempo a los afiliados del sector privado (Rodríguez del Gallego, Avila Roa, Marcela). Sin embargo, con la expedición de la ley 100, el Instituto de los Seguros Sociales mantuvo, por mucho tiempo su condición de empresa integrada por el negocio de las pensiones, el seguro de salud y riesgos profesionales y la prestación de los servicios.

El 26 de junio de 2003, el gobierno nacional expidió el decreto 1750, por medio del cual el negocio de salud del seguro social se dividió en dos: el ISS quedó como aseguradora (administraría la EPS, pensiones y riesgos profesionales) y sus clínicas y centros de atención se distribuyeron en siete Empresas Sociales del Estado (ESEs), que dependen del Ministerio de protección social. Estas ESEs están integradas por 37 clínicas y 204 centros de atención

ambulatoria que continúan con la prestación de los servicios de salud a los 3.2 millones de afiliados a en todo el país.

Cada ESE está cuenta con una Junta Directiva, Gerencia general, oficina jurídica de planeación, de control disciplinario interno, subgerencia administrativa y financiera y subgerencia de los centros de atención ambulatoria.

Las siete Empresas Sociales del Estado atienden diferentes regiones del país así:

1. **Luis Carlos Galán Sarmiento:** Atiende los afiliados de todo el distrito capital
2. **Almirante José Prudencio Padilla:** Cubre los departamentos de Magdalena, Bolívar, Atlántico, Guajira, Sucre, Cesar y San Andrés.
3. **Rafael Uribe Uribe:** Cubre los departamentos de Antioquia, Chocó y Córdoba.
4. **Policarpa Salavarrieta:** Atiende los departamentos de Cundinamarca, Meta, Tolima, Huila Caquetá, Boyacá y Casanare.
5. **Francisco de Paula Santander:** le corresponden los departamentos de Santander, Norte de Santander y Arauca.
6. **Antonio Nariño:** Cubre los departamentos de Valle del Cauca, Nariño y Putumayo.

7. **Rita Arango Álvarez de Pino:** Cubre los departamentos de Risaralda, Quindío y Caldas (eje Cafetero).

El 24 de Febrero de 2005, el Gobierno Nacional declaró su intención de entregar la Clínica Henrique De La Vega del Instituto de Seguros Sociales a sus empleados, con el fin de que estos constituyan una cooperativa para su administración (Mendoza Perrián, Luis A., 2005).

Dicha Clínica cuenta con 324 trabajadores de planta y cerca de 160 contratistas. Existe un importante número de trabajadores que forma parte de la iniciativa de la conformación de una cooperativa y han sido convocados nuevos trabajadores para hacer realidad este proyecto (Presidencia de la República de Colombia, 2005). No todos están de acuerdo con esta decisión, solo 40 se han reunido con asesores del Ministerio de Protección Social y han constituido la Cooperativa de Trabajo Asociado de Profesionales al Servicio de la Salud “CGC CTA” para administrar la nueva Clínica General del Caribe (antigua Clínica Henrique De La Vega). Para ellos es un reto asumir esta responsabilidad, dadas sus limitaciones para realizar una planeación estratégica y la falta, al interior del grupo, de personas con conocimientos administrativos para lograrlo. En su mayoría son médicos, enfermeras y personal auxiliar. Sin embargo, desean hacer realidad este proyecto y convertir a la nueva institución de servicios de salud, en una empresa productiva y competitiva.

Tomando como base esta iniciativa, se pretende conocer si los modelos de gestión de hospitales basados en economía solidaria, son realmente más eficientes y efectivos en la prestación de servicios y más sostenibles financieramente.

2.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los modelos de gestión de hospitales basados en economía solidaria, son más eficientes y efectivos en la prestación de servicios y mas sostenibles financieramente

2.3. OBJETIVO GENERAL

Establecer las características y condiciones de aplicación de los modelos de gestión de hospitales bajo el Sistema de Cooperativas, en términos de su eficiencia, efectividad y sostenibilidad financiera, como respuesta a la crisis hospitalaria dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

2.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar las experiencias nacionales e internacionales de gestión de hospitales que han implementado modelos de gestión administrativo a través de cooperativas.
2. Analizar los tipos de sistemas de salud que favorecen el desarrollo de modelos de gestión de hospitales centrados en economías solidarias, analizando el caso del sistema de salud colombiano.
3. Identificar los factores críticos para la sostenibilidad financiera de la gestión de hospitales bajo el Sistema de Cooperativas.
4. Formular orientaciones y recomendaciones que permitan gestionar a la Clínica General del Caribe como un estudio de caso de este tipo de empresas.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro 5. Variables de estudio

Variable	Definición	Indicadores	Fuente
Modelos de Gestión Hospitalarios	Fundamentos para definir prioridades y tomar decisiones en materia de gestión de hospitales. <ul style="list-style-type: none"> • Gestión Institucional <ul style="list-style-type: none"> a. Economía Solidaria b. Nueva Administración Pública (Modelo de Ferlie) c. Basados en análisis de los valores (Quinn). d. Cooperativas de Servicio para la Salud. 	Coberturas, resolución Sostenibilidad financiera	1. Revisión de Documentos: a. Ministerio de protección social. b. OMS. 2. Entrevistas no Estructuradas. 3. Sitios web de organizaciones supranacionales, gubernamentales y civiles reconocidas nacional e internacionalmente.
Eficiencia	Determina cómo organizar los procesos de gestión en orden a alcanzar los productos más adecuados, evitando despilfarro, sobreutilización o la inadecuación de recursos.	Costos Productividad	
Efectividad	Se define a partir del logro de la misión hospitalaria	Satisfacción de necesidades de los demandantes	
Sostenibilidad Financiera	Condición que permite mantener el negocio seguro en una perspectiva de tiempo	Rentabilidad Liquidez Apalancamiento Endeudamiento	

Fuente: Elaborado por los autores.

2.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para efectos de la recolección de la información primaria se identificó la población gerentes de IPS y EPS además de los usuarios de las mismas y personal administrativo. De ellas se tomo una muestra no probabilística para los cual se establecieron criterios de conveniencia con base en los objetivos del estudio.

En Colombia, existen varias EPS, pero para efectos de esta investigación se ha seleccionado cuatro, las cuales son empresas de Economía Solidaria, tres son cooperativas, y la otra es una mutual. Ninguna de ellas está constituida por trabajadores, y tampoco administran una institución hospitalaria.

2.7. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El tipo de información identificada y seleccionada corresponde a:

Información que se genera de manera primaria por los investigadores mediante el uso de entrevistas individuales a profundidad de carácter semiestructurado, seleccionando informantes claves (médicos, personal administrativo, personal del área de la salud, trabajadores en general y usuarios) y apoyadas en guías temáticas, con el fin de reflejar las opiniones, percepciones y puntos de vista de los distintos actores relacionados con el tema investigado.

Información secundaria, que ha sido producida y/o divulgada por diversas agencias y personas, durante el periodo de estudio y que contienen algún tipo de evidencia expresada en datos y/o argumentos.

La pesquisa para localizar la información, se realiza a través de los diversos medios de divulgación disponibles y que se encuentran en los sitios identificados como posibles fuentes de información, los cuales se clasificaron en: En bases de datos bibliográficas especializadas, en publicaciones periódicas indexadas y no indexadas, en centros especializados de investigación, en páginas institucionales de Internet y en dependencias de instituciones diversas. La referencia específica

de los medios y fuentes de la pesquisa, se presenta en las tablas de las páginas siguientes.

Las consultas en bases de datos bibliográficas disponibles en internet o en buscadores institucionales de páginas web, se realizan a partir de búsquedas de palabras claves o “descriptores”, tanto en pesquisas básicas por palabra, como en búsquedas avanzadas con combinaciones de palabras, y tanto en idioma español como en inglés. Los descriptores más frecuentemente utilizados serán: *Gestión de Hospitales, Gestión Hospitalaria, Modelos de Gestión de Hospitales, Economía Solidaria en Hospitales.*

Cuadro 6. Bases de datos para búsqueda de información

Entidad.	Nombre de la Base de datos bibliográfica –BDB–.	Sitio en internet.
• Ministerio de la Protección Social.	• BDB MINSALUD de la Biblioteca Jorge Bejarano.	• www.col.ops-oms.org/iah/
• Organización Panamericana de la salud. OPS.	• BDB COLOPS.	• www.col.ops-oms.org/iah/
• Organización Panamericana de la salud. OPS.	• Biblioteca virtual en salud. Acceso a diferentes BBD.	• http://www.col.ops-oms.org/iah/
• Departamento Nacional de Planeación - DNP.	• BDD Biblioteca DNP.	• http://www.dnp.gov.co/03_PROD/biblioteca/webpages/bases.htm
• TECNOLÓGICO MONTERREY DE	• BDD Biblioteca Digital	• http://biblioteca.itesm.mx/
• UNIVERSIDAD JAVERIANA	• BDB BIBLOS de la biblioteca general.	• www.javeriana.edu.co/biblos/
• Proyecto FAPESP/BIREME	• BDB Scientific Electronic Library Online - SciELO	• http://scielo-co.bvs.br/scielo.php
• NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE – NLM	• BDB MEDLINE	• www.nlm.nih.gov/

Fuente: Elaborado por los autores.

Cuadro 7. Publicaciones indexadas y no indexadas revisadas

• Entidad.	• Nombre Publicación.	• Sitio en internet.
• UNIVERSIDAD JAVERIANA - FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS.	• Revista Gerencia y políticas de salud.	• www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/revgpsalud1.htm
• UNIVERSIDAD DEL VALLE.	• Revista Colombia Médica.	• www.colombiamedica.univalle.edu.co
• UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.	• Revista facultad nacional de salud pública.	• www.guajiros.udea.edu.co/revista/revista.htm
• UNIVERSIDAD NACIONAL - INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA.	• Revista de salud pública.	• www.revmed.unal.edu.co/revistas/index.html
• UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. Facultad de ciencias económicas y sociales.	• Revista desarrollo y sociedad.	• www.economia.uniandes.edu.co
• FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO - FEDESARROLLO.	• Revista Coyuntura económica y debates de coyuntura social.	• http://www.fedesarrollo.org/
• UNIVERSIDAD DEL ROSARIO. Facultad economía.	• Revista economía del Rosario.	• www.unirosario.edu.co
• ASOCIACION COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLINICAS.	• Revista Hospitalaria.	• www.achc.org.co
• CENTRO DE GESTION HOSPITALARIO.	• Revista Vía Salud.	• www.cgh.org.co/publicaciones/publicaciones.htm
• GRUPO SALUD COLOMBIA.	• Revista Salud Colombia.	• www.saludcolombia.com
• GRUPO ECOMEDIOS.	• Revista seguridad social al día.	• www.seguridadsocial.com.co
• UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Centro investigaciones económicas	• Boletines del CIE.	• http://agustinianos.udea.edu.co
• HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. Medellín.	• Periódico El Pulso.	• www.periodicoelpulso.com
• GRUPO LEGIS S.A.	• Periodico virtual Medilegis, Periodico ámbito médico.	• www.medilegis.com
• ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.	• Revista panamericana de salud pública.	• www.ops-oms.org
• Departamento Nacional de Planeación - DNP.	• Revista planeación y desarrollo.	• http://www.dnp.gov.co/
• CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA.	• Revista economía colombiana y coyuntura política.	• www.contraloriagen.gov.co
• UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO.	• Revista saludad.	•

Fuente: Elaborado por los autores.

Cuadro 8. Centros de investigación revisados

• Entidad	• Nombre centro de investigación	• Sitio en internet.
• UNIVERSIDAD JAVERIANA.	• Centro de proyectos para el desarrollo. CENDEX.	• www.cendex.org.co/Publicaciones_Principal.htm
• UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.	• Centro de estudios sobre desarrollo económico. CEDE.	• http://economia.uniandes.edu.co/
• UNIVERSIDAD NACIONAL	• Centro de investigaciones para el desarrollo. CID.	• www.cid.unal.edu.co/cidnuevo/control/publications_jel.php
• UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	• Grupo de economía de la salud. GES. Centro de investigaciones económicas. CIE.	• http://agustinianos.udea.edu.co/~wwwmgr/economia/ges/
• FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO.	• Centro de investigaciones económicas. FEDESARROLLO.	• http://www.fedesarrollo.org/publicaciones
• SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ.	• Grupo funcional de investigaciones.	• http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/navleft/investigaciones/resumeninvs.html
• FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR - FES SOCIAL.	• FES SALUD.	• http://www.fundacionfes.org/fessalud/proyectos/proyectos.php

Fuente: Elaborado por los autores.

Luego de realizar el proceso de indagación, localización e identificación de la información, se procederá a su análisis y generación de las tablas, graficas y argumentos que respalden las conclusiones del estudio.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. *GESTIÓN HOSPITALARIA POR COOPERATIVA.*

Las investigaciones realizadas evidencian que los procesos de privatización de los servicios de atención en salud constituyen una tendencia reciente a nivel mundial.

Esta tendencia se presenta como argumento en torno a resolver los problemas relacionados con el deterioro de la calidad de los servicios prestados, la inequidad en cuanto a su acceso, la utilización deficiente de los recursos humanos y financieros, los crecientes costos necesarios para la actualización y mantenimiento de los equipos, y de la ineficiencia e ineficacia de los diferentes organismos e instituciones del Estado responsables de velar por la salud de la población.

Ante la emergencia sanitaria en gran parte de Latinoamérica y el mundo entero, las cooperativas de servicios para la salud podrían participar complementando los sistemas públicos de salud con una puesta en común, solidaria, fraterna y recíproca de los que más saben, de los que más pueden y de los que más tienen con los que menos saben, menos pueden y menos saben, para que en una franca cooperación puedan satisfacer las necesidades básicas de modo más universal y más democrático, logrando con ello una calidad de vida mucho más digna y más acorde con la condición humana.

En Europa (por ejemplo, en España y Suecia), y América (especialmente en el Canadá, Estados Unidos y Panamá) las cooperativas de asistencia médica o las cooperativas ya establecidas que ofrecen servicios de asistencia médica suelen

ser una respuesta de los consumidores al vertiginoso incremento de los costos de los sistemas de salud o a su decadencia, y a la falta de servicios preventivos y ambulatorios.

En Canadá, 37 cooperativas sanitarias y 9 ambulatorios cooperativos ofrecen ya cobertura a 228.000 personas. En España, existen cooperativas de asistencia médica primaria en forma de servicios de propiedad de los usuarios (cooperativas de asistencia médica familiar) en las que se acepta por igual como socios a médicos, pacientes y fabricantes de material médico (Organización Internacional del Trabajo, 2002)

Las cooperativas de trabajadores que desempeñan una función activa en el sector sanitario se encuentran principalmente en los Estados Unidos y el Canadá. En Wisconsin, por ejemplo, la Rural Wisconsin Health Cooperative es propiedad de 20 hospitales rurales y de un hospital universitario urbano.

Las cooperativas médicas propiedad de los usuarios también están presentes en Bolivia, Brasil, Filipinas, India, República Unida de Tanzania, Senegal, Singapur, Sri Lanka, Sudáfrica y Suecia. Se estima que en toda Asia las cooperativas que ofrecen asistencia sanitaria son actualmente unas 465. De igual forma, las cooperativas médicas cuya titularidad se halla en mano de los proveedores, se pueden encontrar en Alemania, Argentina, Benin, Bolivia, España, Estados Unidos, Filipinas, Italia, Malasia, Mongolia, Polonia, Portugal, Reino Unido y Suecia (Organización Internacional del Trabajo, 2001).

3.1.1 CASO COSTA RICA

En 1988, Costa Rica afrontaba un momento de restricciones al empleo público y a la inversión. Se empezaba a hablar de reforma en salud y fue cuando se inició la prestación de servicios a cargo de cooperativas bajo la figura de un convenio y como proyecto nació la Cooperativa Autogestionaria de Pavas (Coopesalud). (Cabezas Bolaños, S., 2004)

Los cambios implementados, básicamente con el modelo de administración de bienes y servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), se originan a partir de la identificación de varios problemas calificados de relevantes en la organización de la atención ambulatoria. Estos problemas son: carencias de programas dirigidos a la instrumentación de políticas para la solución de los diferentes problemas de salud; falta de evaluación de la calidad y cantidad de los servicios prestados; falta de desconcentración de la autoridad a nivel central para lograr una adecuada administración de los recursos a nivel local y la presencia de poca flexibilidad del sistema para adaptarse a las variaciones de la demanda. (Revista Universidad Nacional Autónoma de México).

La CCSS funciona como ente financiador y evaluador de los servicios de salud que imparten a través de las cooperativas autogestionarias que funcionan como organizadores del servicio; las cuales según el Dr. Alexander Barrantes, Coordinador del Área Económica de la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la Caja, “lo interesante de este modelo cooperativo ha sido que se pudieron eliminar muchas de las ineficiencias de los proveedores públicos al tener un proveedor que no es parte del sector público, pero que tampoco es un proveedor privado” (Cabezas Bolaños, S., 2004).

Como cualquier empresa, los objetivos de las cooperativas de servicios de salud, son generar utilidades pero sin fines de lucro, cosa que logran siendo competitivas y ofreciendo un buen servicio.

Es importante detallar que el Seguro Social es el responsable de los servicios de Salud en Costa Rica, pero la administración y la prestación de estos se asignan a las cooperativas.

Mejores resultados

De acuerdo con un estudio presentado en septiembre de 2003 por la Dirección de Compras de Servicios de Salud de la CCSS, los resultados obtenidos por este modelo han sido positivos. Dicho estudio destaca la mayor percepción positiva de la calidad en la atención de los profesionales que forman parte de las cooperativas, en comparación con los que laboran en los establecimientos de atención primaria y las clínicas metropolitanas de la Caja.

El éxito que han logrado las cooperativas se debe a su gestión, ya que tienen controles más estructurados y un proceso de retroalimentación, así como sistemas informáticos más confiables, lo que les permite tomar mejores decisiones.

Otra de las fortalezas de este esquema, es el recurso humano con el que cuentan. Todas las cooperativas cuentan con personal muy capacitado, sus gerentes son elegidos por sus conocimientos y cualidades, a diferencia de las unidades internas de la Caja, donde pesan otras características – como antigüedad – para acceder a los puestos (Sánchez, Raúl).

De las cuatro cooperativas que brindan servicios de salud, tres de ellas tienen el Modelo Autogestionario, y una sola utiliza el Modelo de Cogestión, en que participan como socios y dueños los trabajadores asociados a la cooperativa y la comunidad que recibe los servicios, representada la última por doce organizaciones, como el Club de Leones, asociaciones deportivas, pensionados, el gobierno local, entre otros (Cabezas Bolaños, S., 2004).

La ventaja que se ha generado es que hay mayor participación ciudadana, la comunidad nombra miembros ante los órganos directores de la cooperativa y están muy de cerca administrando sus propios servicios de salud.

Otro beneficio alcanzado es la repartición de las utilidades entre todos sus miembros, y no en manos de una sola familia o grupo como ocurre en otro tipo de empresa no cooperativa. En el caso de las cooperativas costarricenses, un porcentaje de las ganancias se invierte en las comunidades.

3.1.2 CASO DE JAPÓN

El sistema de salud japonés, en general, presenta buenos resultados, en particular en lo relativo a la esperanza de vida y la mortalidad infantil, respectivamente la más larga y la más baja entre los países desarrollados. Sin embargo, a pesar de que sea ampliamente reconocida en Japón la necesidad de un acercamiento entre la educación para la salud, los tratamientos médicos y los servicios sociales, existen obstáculos institucionales y funcionales a su operación en red y a su integración. La disminución de los gastos en salud, o al menos la reducción de su ritmo de crecimiento, requiere la eliminación de estos obstáculos (Akira Kurimoto., 2004)

En el sistema de salud japonés, los servicios de salud son ofrecidos por un abanico de organizaciones que dependen esencialmente del sector público y de las organizaciones sin fines de lucro (sociedades médicas, sociedades públicas, entidades individuales, cooperativas de salud...).

Las Cooperativas de Salud

Según estadísticas de la Asociación de Cooperativas de Salud de 2001, 2.37 millones de japoneses son miembros de las 119 cooperativas de salud existentes en Japón. También incluyen entre sus socios a miembros del personal, como: médicos, enfermeras, etc.

Estas cooperativas quieren crear sinergias al reunir diferentes partes interesadas en torno a objetivos comunes que son la prevención y la promoción de la salud, así como una curación rápida de los enfermos. Los pacientes deben comprometerse en el proceso de curación al lado de los profesionales, y los profesionales de la salud deben, por su parte, ayudar a los pacientes a adoptar comportamientos constructivos para permanecer en buena salud.

Desde 1997, las cooperativas de salud hacen la promoción de un programa llamado “Siete Hábitos para gozar de buena salud”, que tiene como objetivo reducir los comportamientos de riesgo de sus miembros, modificando sus hábitos sanitarios y alimentarios.

En su conclusión, A. Kurimoto insiste en el hecho que las organizaciones de la economía social pueden tener una gran importancia cuando involucran a los consumidores como agentes de cambio en un determinado proceso. De igual forma, las prácticas y el saber-hacer de las cooperativas de salud japonesas, en particular la estructuración de grupos locales, podrían ser útiles a las

organizaciones de salud de otros países, para incrementar la participación y la responsabilidad de sus miembros.

3.1.3 CASO BRASIL

La atención de la salud en Brasil tiene características de heterogeneidad en el financiamiento y provisión de los servicios, tanto públicos como privados. En cuanto a los mercados relacionados con la prestación de los servicios de salud, están: a) el mercado médico; b) el mercado de establecimientos de salud; y c) aquellos mercados que tiene por objetivo financiar el consumo privado de los servicios.

El seguro privado es utilizado tanto por las empresas como por las familias. Sus principales formas son:

1. Las Instituciones de Medicina de Grupo.
2. Las Cooperativas Médicas.
3. Los Autoprogramas o Planes de Auto-gestión
4. Los seguros de salud propiamente dichos.
5. Los Planes de Administración.

Los estudios realizados con el objetivo de evaluar el mercado del seguro de salud privado, muestran que la tendencia hacia su crecimiento se mantiene, pero de forma diferenciada según las distintas modalidades. Así por ejemplo, se observa una paralización del crecimiento de la Medicina de Grupo. En cambio, se observa una gran expansión en las cooperativas médicas.

Brasil cuenta con la segunda mayor cooperativa de proveedores de servicios de asistencia médica, Unimed de Brasil. A mediados del decenio de 1960, los médicos tenían dificultades para encontrar empleo debido a la desatención de la infraestructura médica pública. Esto les incitó, en 1967, a unirse para formar cooperativas de servicios médicos a fin de incrementar sus oportunidades de empleo, limitar los costos fijos y salvaguardar los intereses generales de los profesionales de la salud.

El sistema cooperativo comprende también varios hospitales, laboratorios y servicios de rayos X, y satisface la demanda de 9 millones de personas. (Organización Internacional del Trabajo, 2001)

3.1.4 CASO CHINA

La mejora de las condiciones sanitarias en China se debe a dos notables iniciativas. Entre ellas, fue el establecimiento en las zonas rurales del sistema de asistencia médica cooperativo, que cubrían las necesidades sanitarias de casi el 90 por ciento de las aldeas. Los servicios médicos cooperativos – financiados por el gobierno central y los gobiernos locales, por la colectividad rural local y por las unidades familiares – reembolsaban a los participantes la mayoría de los gastos y ofrecían consultas médicas y servicios preventivos gratuitos.

El sistema de asistencia médica cooperativa es una forma eficaz de facilitar el acceso a la asistencia sanitaria. Una de las funciones de la asistencia médica cooperativa es redistribuir los recursos de los que tienen buena salud entre los que están enfermos. De esta forma, las personas se protegen a sí mismas y a los otros contra los altos costos del tratamiento de las enfermedades graves.

3.1.5 CASO ARGENTINA

En Argentina, las cooperativas de empleados son muy frecuentes, convirtiéndose en una excelente posibilidad para mantener el trabajo, cuando todo parecía estar perdido. Además en ese país, la única forma legal que existe para la recuperación de empresas, es por la forma jurídica de una cooperativa de trabajo. (Martí Juan Pablo, Bertullo Jorge)

Se conocen muchos casos en todo el territorio, como ejemplos: La Unión Papelera Platense (ex Papelera San Jorge), la Cooperativa Textil de Trabajo Limitada en Berisso (conocida desde siempre como “La Hilandería”), entre otras. (Neticoop).

En el campo de la salud, también son muy conocidos los ejemplos. Entre ellos están, el Hospital Israelita, el cual fue fundado hace unos cien años por la Asociación Israelita de Beneficiencia y Socorros Mutuos (entidad sin fines de lucro). Durante años recibió importantes donaciones que le permitieron mantener sus instalaciones con capacidad para 400 camas, con casi todos los servicios, incluyendo cirugías plásticas y microcirugías con láser. Pero en los últimos años, la crisis en el hospital se fue profundizando hasta cuando en septiembre de 2004 se presentaron en quiebra. Sus 400 trabajadores constituyeron la Cooperativa de

Trabajo Hospital Israelita Limitada, la cual representa a médicos, técnicos, enfermeros y personal de maestranza.

La cooperativa se hace cargo de todos los gastos del hospital y las ganancias son distribuidas en forma equitativa. Todos los socios-trabajadores han sido capaces de administrar el hospital. Su fortaleza, haber trabajado durante muchos años en el antiguo hospital, lo que les dio experiencia y conocimiento de lo que hacían (Seeger Maricel, 2004)

Otro ejemplo para mostrar, es el caso de El Hospital Vecinal de Llavallol se declaró en quiebra el 11 de marzo de 2004, y el 17 de marzo de ese mismo año, los enfermeros, personal de limpieza y doctores que trabajaban en la institución conformaron una cooperativa de trabajo para continuar brindando el servicio de salud para la comunidad de Llavallol y mantener las 40 fuentes de trabajo, la nueva empresa creada, se llama, Cooperativa de Trabajo Hospital de Llavallol Ltda. (Movimiento Nacional de Fábricas Recuperadas, Argentina).

3.2. GESTIÓN DE LA SALUD POR COOPERATIVAS EN COLOMBIA

Colombia inició en diciembre de 1993, con la expedición de la Ley 100, un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr, en una década, la cobertura en salud de todos sus ciudadanos. Dicha reforma pretendió transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en el aseguramiento, la competencia

de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos (Salud Colombia).

El SGSSS separó las funciones, colocando en la cúspide la Dirección (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, Ministerio de Protección Social, Secretarías Departamentales y Municipales). Las otras funciones del Sistema están relacionadas con el financiamiento (FOSYGA, Fondo de Solidaridad y Garantía), administración (EPS), prestación de servicios (IPS, ESE), así como vigilancia y control (Superintendencia de Salud) (Viloria, Joaquín., 2005).

Este Sistema estableció dos tipos de afiliados: régimen contributivo y régimen subsidiado. El primero, es la vinculación de los individuos y las familias al SGSSS a través del pago de una cotización; mientras que el segundo, la vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen se creó con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables.

Para la administración del régimen contributivo fueron creadas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y para el subsidiado, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Estas entidades, además de las Secretarías de Salud Municipal, contratan con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y las Empresas Sociales del Estado (ESE), los antiguos hospitales públicos, la prestación de los servicios de salud a sus asegurados.

La función básica de las EPS es garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a sus afiliados. Cada EPS debe ofrecer a sus afiliados varias alternativas de IPS, salvo cuando la restricción de la oferta lo impida. El SGSSS reconoce a cada EPS un valor per cápita por paciente atendido, que se

denomina Unidad de Pago por Captación – UPC. Las ARS cumplen una función similar, pero con los afiliados al régimen subsidiado, quienes cuentan con un Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) (Viloria, Joaquin., 2005).

En la Ley 100 de 1993, están contemplados varios artículos para la creación y regulación de empresas solidarias de salud, entre ellos se destacan:

Artículo 174, “...Las direcciones de salud en los entes territoriales organizarán, de acuerdo con las disposiciones de la presente ley, el sistema de subsidios a la población mas pobre y vulnerable, realizando contratos para la atención de los afiliados de salud con las Entidades Promotoras de Salud que funcionen en su territorio y **promoviendo la creación de empresas solidarias de salud...**”

Artículo 181. Tipos de Entidades Promotoras de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades: “...g. Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas...” “...PARÁGRAFO 2. Corresponde al Ministerio de Salud y a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud la promoción de Entidades Promotoras de Salud donde los usuarios tengan mayor participación y control, tales como las empresas solidarias de salud, las cooperativas y las microempresas médicas.”

Artículo 216. Reglas Básicas para la Administración del Régimen de Subsidios en Salud.

“1. La Dirección Seccional o local de Salud contratará preferencialmente la administración de los recursos del subsidio con Empresas Promotoras de Salud de carácter comunitario tales como las Empresas Solidarias de Salud.”

En tal sentido, en Colombia luego de promulgada esta Ley inician su funcionamiento como EPS algunas empresas del sector solidario, entre las que se encuentran: Coomeva, Saludcoop, Coosalud, entre otras.

3.2.1 Cooperativa Médica del Valle y de los Profesionales de Colombia “COOMEVA”

Fundada en 1964 por 27 médicos de la región de Cali, para satisfacer su necesidad de seguridad social. El término “médica” en el nombre de la cooperativa se refiere al hecho de que los miembros originales de la cooperativa fueron profesionales de la salud, pero crearon la cooperativa no con el objetivo de ofrecer sus servicios profesionales, sino de proveerse de un conjunto de servicios de seguridad social.

La cooperativa se inició con un servicio de ahorro y crédito, luego empezó a ofrecer a sus asociados un seguro de vida, y un seguro para vehículos. En 1969, la cooperativa se abrió a todos los profesionales y técnicos de la región de Cali. En

1973, se empezaron a ofrecer servicios de salud a los miembros, constituyéndose COOMEVA en el primer servicio de medicina prepagada en Colombia. En 1977 se añadieron servicios de vivienda y turismo educativo. A partir de finales de la década 1970, COOMEVA empezó su expansión a otras regiones del país hasta

alcanzar una cobertura nacional, con sedes en la mayor parte de las regiones de Colombia.

Para 1995, la cooperativa podía ser caracterizada como una cooperativa multifuncional propiedad de profesionales y diseñada para satisfacer sus necesidades socioeconómicas y culturales, incluyendo la seguridad social y el desarrollo profesional y empresarial. Sus 144.000 miembros son profesionales de nivel universitario o técnico, la membresía es abierta también a los empleados de la cooperativa, y a las personas jurídicas del sector público, cooperativo y sin fines de lucro.

COOMEVA es una cooperativa controlada por sus usuarios, pero los servicios de salud prepagados, que forman parte de los beneficios ofrecidos por la cooperativa, son prestados por profesionales de la salud que son también miembros de la cooperativa. Al convertirse en Entidad Promotora de Salud (EPS), en 1995 la cooperativa se consideraba también como una manera de enfrentar su desarrollo profesional en el contexto de un nuevo sistema público de seguridad social.

3.2.2 SALUDCOOP

Surge como EPS en 1994, por iniciativa de varias empresas pertenecientes al sector cooperativo, para prestar los servicios del Plan Obligatorio de Salud en el régimen contributivo. Desde sus inicios en el año 1995, mostró rapidez de crecimiento, expansión geográfica y posicionamiento nacional. En el 2002 adquirió a la empresa Cruz Blanca EPS y en el 2003 compró Cafesalud. Actualmente está presente en 25 departamentos del país, con presencia en 900 ciudades, dentro de su infraestructura posee 33 clínicas a nivel nacional.

3.2.3 COOSALUD

Una de las empresas con mayor cobertura en la Costa Atlántica es COOSALUD – ARS, una Empresa Solidaria de Salud, Administradora de los recursos del régimen Subsidiado, aprobada por la Superintendencia Nacional en 1.996 con una afiliación inicial de 22.981.

Para garantizar una mayor cobertura realizó alianzas estratégicas con empresas del valle, Santander, Antioquia y Cauca, además tiene presencia en otros departamentos como: Atlántico, Bolívar, Magdalena, Guajira, Córdoba, Magdalena, Sucre, Cesar, Cundinamarca, Boyacá y Chocó.

3.2.4 MUTUAL SER

Es una empresa solidaria de salud con presencia en varios departamentos tales como: Bolívar, Sucre, Cesar Magdalena, Guajira, Córdoba, Atlántico, Magdalena y Cundinamarca. Sus afiliados en la actualidad son 599.224.

La oficina principal está ubicada en Cartagena de Indias. En estudios del 2002 MUTUAL SER, proyecta una percepción positiva ante los operadores que la posicionan en cuarto lugar, pero es pobremente calificada en la valoración cuantitativa donde ocupa el sexto lugar, cabe anotar que este estudio fue adelantado en la ciudad de Bogotá (Peñuela Poveda Ana M; Charry Rojas Sandra P; Maillane Ramírez Hernan Dario)

3.2.5 Caso Clínica Enrique De La Vega de la ESE José Prudencio Padilla del Seguro Social, y la Cooperativa de Trabajadores.

El Instituto de Seguros Sociales (ISS), era antes de la implementación de la Ley 100 la entidad mejor dotada para prestarles atención en salud a los colombianos en razón al respaldo que recibía del Estado. Sin embargo, a raíz, de las desfasadas recetas del Consenso de Washington y el modelo neoliberal impuestas en el país, se procedió a la implementación de dicha Ley y consecuentemente a la desvertebración paulatina del ISS. La Superintendencia de Salud del año 2001, impidió nuevas afiliaciones al ISS y al mismo tiempo promovió la desbandada de los ya afiliados a los entes privados, los cuales de esa manera pasaron a engrosar los Fondos Privados de Pensiones (FPP) ocasionando el descalabro del ISS. El ISS al mismo tiempo quedó con la responsabilidad de los pensionados y la protección de las enfermedades catastróficas: cáncer, sida, etc. De otro lado, históricamente esos fondos fueron utilizados para subvencionar campañas políticas y pagar deudas ajenas a la seguridad social. (Morón Díaz, Dario., 2006)

Como consecuencia, el 26 de junio de 2003, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1750, por medio del cual el negocio de salud del Seguro Social se dividió en dos: el ISS quedó como aseguradora (administraría la EPS, pensiones y riesgos profesionales) y sus clínicas y centros de atención se distribuyeron en siete Empresas Sociales del Estado (ESEs), que dependen del Ministerio de Protección Social. Estas siete ESEs atienden diferentes regiones del país.

Estas reformas no han logrado mejorar la viabilidad financiera de las ESE, ni la calidad para atender a los usuarios. Las ESE nacieron con la herencia del

Seguro Social, y por disposición legal, todavía dependen de la contratación con el ISS, que por su situación financiera necesariamente demora en los pagos.

La crisis financiera de la ESE José Prudencio Padilla es de las más críticas a nivel nacional, la cual afectó no sólo a la Clínica Henrique De La Vega (Bolívar) sino a los centros de atención y clínicas en los Departamentos de Guajira, Atlántico, Magdalena, Sucre, Cesar y San Andrés.

Uno de los problemas consiste en que la ESE cuenta con un planta de personal de 1.560 empleados, pero ante la disminución de los afiliados a la EPS del Seguro Social, la nómina óptima debería ser 850 trabajadores, lo que genera gastos de funcionamiento innecesarios. A estos problemas se les agrega el que la ESE no cuenta con un software para facturar adecuadamente, por lo que venden servicios pero estos no se reflejan en el recaudo (Vitoria, Joaquin., 2005). Otro de los factores que llevó al descalabro de la entidad, fue la corrupción y maniobras irregulares del último Gerente de la ESE, quien fue separado del cargo porque la Procuraduría y el Ministerio de Protección Social lo encontraron responsable. (Revista Cambio., 2006).

Ante los malos resultados obtenidos con la creación de las ESE, el Gobierno Nacional inició un proceso para que los trabajadores de la Clínica Henrique De La Vega de Cartagena se asociaran en una cooperativa y pudieran administrar la entidad (Decreto Ley 1750 de 2003). Esta IPS perteneciente a la ESE José Prudencio Padilla, es una clínica de segundo y tercer nivel de atención., está dotada con 200 camas, tiene 324 trabajadores y cerca de 160 contratistas, y además cuenta con una adecuada infraestructura física y tecnológica; la cual antes de realizarse la escisión del ISS, era autosuficiente administrativa y financieramente, ocupó a nivel nacional en los años 1992, 1993 y 1994 el primer

puesto por el acertado manejo tanto administrativo como en salud de los pacientes (Morón Díaz, Dario., 2006)

De acuerdo con el Viceministro de Salud, Eduardo José Alvarado, el proceso de asociación no es obligatorio sino que representa una gran oportunidad para los trabajadores, en el marco de la transición del sindicalismo reivindicatorio al sindicalismo participativo, donde los trabajadores y los sindicatos tienen la posibilidad de ser empresarios de una de las instituciones de salud más importantes que tiene la Costa Atlántica. El propósito del Gobierno Nacional ha sido y será siempre emprender un diálogo constructivo con los trabajadores, que permita a Colombia ser competitiva y productiva para asumir las nuevas tendencias internacionales, a fin de generar desarrollo económico y social en la población (DANSOCIAL., 2005)

El Presidente de la República, Alvaro Uribe, en el Segundo Consultorio Empresarial realizado con empresarios y habitantes de Cartagena, ante la pregunta de uno de los participantes en el evento, “qué se va a hacer con la Clínica Henrique De La Vega del Instituto de los Seguros Sociales?”, respondió: *“está prácticamente listo un acuerdo con una cooperativa integrada por los mismos extrabajadores del Seguro, para entregárselas en administración, a fin de que se garantice con ellos el manejo más eficiente. La cooperativa estará integrada por 142 ex trabajadores. Sería un gran ejemplo, un hospital del Seguro Social manejado por una cooperativa de los trabajadores. Eso sí sería un gran ejemplo nacional y el Gobierno va a persistir en eso. Cómo no van a saber si toda la vida han estado allí, simplemente ahora asumirán una responsabilidad. Eso sí es hacer un manejo social de la red de salud” (Presidencia de la República de Colombia., 2005).*

La empresa asociativa creada por los ex trabajadores para administrar la Clínica Henrique De La Vega, es la Cooperativa de Trabajo Asociado de Profesionales al Servicio de la Salud “CGC CTA”, con Nit No. 9000371526, la cual cuenta con 347 socios, quienes durante 18 meses se prepararon para asumir el control de la IPS, recibiendo asesoría directa y asistencia técnica del Gobierno, a través del Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena), Dansocial, el Ministerio de Protección Social, del que recibieron expertos que llegaron de Bogotá para capacitarlos como empresarios. Fruto de esas capacitaciones, diseñaron el plan financiero, la estructura administrativa, orgánica, y la oferta de servicios de su futuro negocio: “Clínica General del Caribe”, nombre que recibiría la entidad que administraría la cooperativa. (Diario El Universal., 2006)

Sin embargo, para sorpresa no sólo de los trabajadores de la Clínica sino también de los habitantes de la ciudad de Cartagena, mediante el Decreto Ley 2505 del 29 de julio de 2006, el Gobierno Nacional decidió liquidar la ESE José Prudencio Padilla, el cual deberá concluir a más tardar en un año.

Con la liquidación de la ESE el Gobierno Nacional no cumplió con lo estipulado en el Decreto Ley 1750, y por el contrario, fueron liquidados todos los empleados públicos vinculados a la Clínica Henrique De La Vega través de Fidagraria (agente liquidador); quien a su vez, contrató a Caprecom para la administración de la IPS. Esta entidad a su vez, contrató a la Cooperativa Nacional de Anestesiólogos (Anestecoop), con domicilio en Bogotá, para operar los servicios médicos de la Clínica Henrique De La Vega. Anestecoop es una cooperativa conformada en el año 1995 por 24 anestesiólogos, que no cuenta con una sede en Cartagena, y de acuerdo con la investigación realizada, ninguno de los especialistas en Anestesiología de la ciudad, es socio de la Cooperativa.

Esta nueva decisión del Gobierno, ha generado una serie de comentarios y debates, a nivel Distrital, regional y nacional. Tal es el caso de los Representantes a la Cámara Miguel Angel Rangel y Elías Raad Hernández, ambos del Partido de la U, quienes manifestaron públicamente que *el presidente Alvaro Uribe Vélez engañó a los trabajadores del ISS en Cartagena, y de paso le mintió a los cartageneros, al prometerles que les daría por cooperativa el manejo de la entidad. El Ministerio de Protección Social se convirtió en un traficante de ilusiones. Capacitaron a los miembros de la cooperativa durante año y medio, se gastaron millones en asesores. Caprecom no tiene la capacidad científica para administrar esa Clínica (Diario El Universal., 2006).*

En entrevista con el gerente de la Cooperativa de Trabajo Asociado, califica la historia que vivieron desde el 24 de febrero del 2005 hasta el 29 de julio de 2006, como el itinerario de un engaño por parte del Gobierno Nacional, y confía en que el Presidente de la República o el Ministro de la Protección Social les den una respuesta de lo sucedido. Él, al igual que los demás miembros de la Cooperativa de Trabajadores, desconoce las razones que llevaron al Gobierno a cambiar de decisión, y entregar la administración de la Clínica Henrique De La Vega, a una cooperativa que no es de trabajadores, domiciliada en la ciudad de Bogotá.

3.3. DETERMINANTES DE LA SOSTENIBILIDAD DE GESTIÓN POR COOPERATIVAS

Los sistemas de salud reproducen y amplían los cambios sociales. En la última década, los países de América Latina han realizado un enorme esfuerzo por

incrementar su productividad económica y sanitaria. La gestión de las políticas, las instituciones y la práctica clínica ha sido, desde distintos ángulos, una preocupación central de las reformas sanitarias.

En toda América, las reformas y la gestión del sector de la salud se han convertido en los últimos años en un matrimonio. En algunas ocasiones la reforma sanitaria es correcta pero fracasa por la mala gestión, o por el contrario, no existe o se hace una gestión eficiente que pueda mejorar las reformas.

Los elementos que le darán mayor competitividad y posicionamiento a una gestión por cooperativas son, entre muchas: integración, desarrollo de las capacidades de liderazgo, responsabilidad social orgánica, gobierno corporativo y con integridad, la ética, ejercicio de los valores y principios corporativos (Alianza Cooperativa Internacional).

Para la sociedad colombiana en general ha sido trascendental los cambios que ha tenido el sistema de salud del país y esto se ve reflejado en el sinnúmero de investigaciones que a lo largo de muchos años se han realizado con el fin de conocer más a fondo los factores que inciden de una u otra forma en el desarrollo del sistema de salud. Uno de estos factores es el financiero, el cual indiscutiblemente ha despertado curiosidad en los investigadores y estos han logrado detectar los problemas financieros tanto en los prestadores de servicio como en el régimen contributivo y el subsidiado.

A continuación se expondrá el resumen de algunas investigaciones realizadas en Colombia desde el año 1995, dónde diferentes autores evalúan como ha sido el comportamiento financiero del sistema de salud con la regulación de la ley 100 de 1993, y presentan diversas propuestas para contrarrestar los

factores que afectan la viabilidad de los regímenes que conforman el sistema general de seguridad social en salud.

Cuadro 8. Investigaciones que evalúan el sistema de salud regulado por la ley 100 de 1993

Año	Autores y título Del estudio	Principal Tema Tratado	Suficiencia De recursos	Factores que más Amenazan la viabilidad Del régimen Contributivo	Factores que afectan la Viabilidad del régimen Subsidiado y de la red Hospitalaria	Propuestas
1995	Informe Harvard "Puesta en marcha del plan maestro colombiano para la reforma de la salud pública"	Todo el SGSSS	SI	Falta de políticas para afiliar a trabajadores no formales de altos y bajos ingresos. Problemas de diseño en el recaudo que permiten la subdeclaración de ingresos.	La focalización en los más pobres sólo cubre 27% cuando se estimaba la pobreza en 40%. Riesgos en la distribución regional de los recursos por las diferencias entre departamentos.	Fortalecer recursos del sistema mediante el diseño de políticas para el recaudo de impuestos y contribuciones para fortalecer los ingresos del sistema. Diseño de políticas para el recaudo de contribuciones de trabajadores independientes. Revisión progresiva del uso de subsidios por los hospitales.
1996	Giedion U y A Wüllner Asesora: Nelsy Paredes Fundación Corona Fundación Restrepo Barco Fundación FES "La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud"	Todo el SGSSS	SI	Captación de la población sin vínculos laborales formales. Control de la evasión y la elusión.	La capacidad del sector para convertir los subsidios de oferta dirigidos a los hospitales en recursos para el aseguramiento.	Transformación de los subsidios de los hospitales desarrollando un adecuado régimen de transición. Admitir en el grupo familiar personas que hoy no gozan de este beneficio.
1998	Giedion U y OL Acosta "Cómo reorientar el sector salud: retos y desafíos para los	Todo el SGSSS	SI	Control de la evasión y la elusión La poca adaptación del ISS a las nuevas reglas del SGSSS	Problemas de equidad y eficiencia con los recursos que se transfieren a las regiones	Garantizar la permanencia de estratos altos en el sistema. Creación de una central única de recaudo y

Año	Autores y título Del estudio	Principal Tema Tratado	Suficiencia De recursos	Factores que más Amenazan la viabilidad Del régimen Contributivo	Factores que afectan la Viabilidad del régimen Subsidiado y de la red Hospitalaria	Propuestas
	próximos años" Fedesarrollo					compensación y un sistema de retención en la fuente del aporte para salud. Acelerar la adopción por el ISS de las reglas del juego de la Reforma. Avanzar hacia sistemas de pago prospectivo a los hospitales. Desmonte de los regímenes especiales. Fortalecer la supervisión del sistema.
1998	Giedion U y LG Morales Evasión de contribuciones	Todo el SGSSS	NO	La evasión alcanza cerca de 30% del recaudo de Contribuciones potenciales		Retención automática en la fuente de contribuciones.
2000	Cárdenas Diana I "Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud". DNP.	Régimen subsidiado	NO		Vulnerabilidad de los recursos del régimen subsidiado a los resultados macroeconómicos. Carencia de una política hospitalaria.	Transformación de los recursos de oferta en subsidios a la demanda. Mayores recursos de la Nación para el régimen subsidiado y buscar esquema anticíclicos. Orientar los Excedentes financieros del Fosyga hacia el aseguramiento.
2001	Jaramillo Iván "Evaluación de la descentralización en salud en Colombia" DNP	Descentralización en el sector salud	NO		Duplicación de costos y gastos. De 44% de la población que era atendida por la red pública, 29% pasó a ser atendida por otras IPS con su afiliación al régimen subsidiado y sólo 15% permaneció demandando servicios a la red pública. Las IPS públicas de primer nivel	Reemplazar las certificaciones para la asunción de competencias por convenios que fijaran metas en cobertura y avances técnicos y administrativos. Diferenciar claramente las funciones de las direcciones locales de salud y las IPS, en cuanto a las

Año	Autores y título Del estudio	Principal Tema Tratado	Suficiencia De recursos	Factores que más Amenazan la viabilidad Del régimen Contributivo	Factores que afectan la Viabilidad del régimen Subsidiado y de la red Hospitalaria	Propuestas
					<p>aumentaron los gastos en personal, al tiempo que sus servicios eran sustituidos por IPS privadas contratadas por las ARS para atender a la población afiliada al régimen subsidiado. Problemas administrativos en la gestión de los recursos por la intervención de diferentes niveles de gobierno. Dispersión de los recursos.</p>	<p>competencias en salud pública y en prestación de servicios. Evitar retrasos en el giro de recursos estableciendo períodos máximos para el pago de las direcciones locales a las ARS y de éstas a las IPS.</p>
2001	Restrepo JH y V Salazar "El seguro obligatorio de Salud en Colombia: Evolución y determinantes de su cobertura". GES	Régimen contributivo y subsidiado		Imposibilidad de capturar a los empleados informales y asimilar al SGSSS otras tendencias del mercado laboral.	Escasez de recursos Alcances limitados por los criterios restrictivos de la definición de pobreza que dejan por fuera una amplia franja de la población.	Plantear otros mecanismos de afiliación, en particular formas novedosas de calcular el ingreso base de cotización y la financiación de los aportes. Cotizaciones diferenciales por tramo de ingresos y planes de beneficio inferiores para los vinculados por cuenta propia. Desgravación del salario y más aportes públicos para alentar la afiliación. Promover la incorporación de los independientes con un seguro familiar obligatorio
2001	Bitran y Asociados, Econometría y ESAP "Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y	Todo el sistema	NO	La clasificación de la población entre estructural o coyunturalmente pobre o no pobre, cruzada con su vinculación al sistema de salud permite precisar las	En el 2000 8,1 millones de personas requerían afiliación al régimen subsidiado, pues son estructuralmente pobres y no han sido aún afiliadas.	

Año	Autores y título Del estudio	Principal Tema Tratado	Suficiencia De recursos	Factores que más Amenazan la viabilidad Del régimen Contributivo	Factores que afectan la Viabilidad del régimen Subsidiado y de la red Hospitalaria	Propuestas
	organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudos de aportes al sistema". Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma.			características de la población potencial, los evasores y los colados. 2,5 millones de personas podrían afiliarse al régimen contributivo, porque no son ni estructural ni coyunturalmente pobres. 8,8 millones no son estructuralmente pobres, pero coyunturalmente no tienen ingresos.		
2001	Cendex, Fedesarrollo, Family Health Foundation. "Los recursos humanos de salud en Colombia: balance, competencias y perspectiva". Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma.	Recursos humanos Capítulo sobre proyecciones del SGSSS	NO	Destaca la alta dependencia entre los afiliados al régimen contributivo como cotizantes y la afiliación posible al régimen subsidiado. Baja respuesta del empleo formal al crecimiento del producto. La recuperación del crecimiento sólo permitiría alcanzar las coberturas logradas en 1997. Amplias diferencias regionales.	Lenta transformación de los recursos. Si los recursos que financian la oferta hospitalaria se hubieran transformado, según lo dispuesto en la Ley 344 de 1998, se hubiera logrado un aumento de 10 millones de personas en la afiliación del régimen subsidiado	
2001	Castaño R, R Granada, E Álvarez, CM Ramírez "Evaluación integral de equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud. Evaluación del Equilibrio financiero UPC/POS" Ministerio de Salud	Todo el sistema		Mayor densidad familiar y menor densidad salarial luego de la crisis. La evasión se concentra en empresas de 1 y 2 trabajadores y de prestación de servicios a terceros. Carencias del sistema de información. Mora en el pago de los aportes. Desde el lado de los gastos: (i) el reconocimiento de las UPC a EPS	Expansión de la cobertura truncada por menos aportes del gobierno	Revisar la UPC y ajustarla por factores de riesgo

Año	Autores y título Del estudio	Principal Tema Tratado	Suficiencia De recursos	Factores que más Amenazan la viabilidad Del régimen Contributivo	Factores que afectan la Viabilidad del régimen Subsidiado y de la red Hospitalaria	Propuestas
				deficitarias, (ii) La multifiliación y (iii) Falta de restricción presupuestal manifiesta en el reconocimiento de beneficios más allá del POS, por tutelas.		
2002	Peñaloza, Cendex, Fundación Corona, Programa de Apoyo a la iniciativa privada en el régimen subsidiado en salud en Colombia	Régimen Subsidiado	NO		No existe un adecuado sistema de recaudo que permita un financiamiento eficaz. Gestión local inadecuada de los recursos (municipios sin fondo local de salud sin planeación financiera)	Fortalecer las fuentes existentes y asignación de recursos adicionales. Fondos para el manejo de recursos. Focalizar por segmentos de población o en tipos de enfermedad. Programación de pagos y sanciones por mora.
2002	Contraloría General de la República	Red hospitalaria nacional	No aplica		Demoras en el flujo de los recursos. Segmentación en los mercados de oferta pública y privada. Corrupción. Costo de saneamiento de la red se estima en 1,5 billones	Reestructuración de los hospitales
2003	Escobar ML y P Panapoulou "Salud" Banco Mundial	Todo el sistema	si	Evasión del contributivo que afecta al régimen subsidiado. Esta evasión alcanzó en el 2000 un monto cercano a los 2 billones de pesos. Desequilibrio financiero del ISS y creciente necesidad de apoyo financiero. Extensión del plan de beneficios por la tutela. POS demasiado amplio, que se ha aumentado por la presión legal y por la acción de los	Lenta transformación impide la afiliación en el subsidiado y no genera incentivos para la transformación de los hospitales. Retrasos en los giros de recursos de entes territoriales a ARS y de éstas a IPS. Falta de presión de la población clasificada 1 y 2 del Sisben, para su afiliación por desconocimiento de sus derechos. Respecto a los hospitales: (i) estas ESE no han ajustado	Para enfrentar el tema de evasión, se propone en el corto plazo reforzar y mejorar el sistema de afiliación y de recaudo de las contribuciones. Entre ellas i) cruzar los sistemas de información de diferentes entidades (DIAN, ARP, AFP, Supersalud) hasta lograr una única base. (ii) Vincular el carné que entregan las EPS a sus miembros a otros

Año	Autores y título Del estudio	Principal Tema Tratado	Suficiencia De recursos	Factores que más Amenazan la viabilidad Del régimen Contributivo	Factores que afectan la Viabilidad del régimen Subsidiado y de la red Hospitalaria	Propuestas
				fallos de la Corte Constitucional.	su estructura de costo a los nuevos parámetros que impuso la Ley 100 a las IPS, por lo que son menos competitivos y menos atractivos para la contratación de servicios que realizan EPS y ARS. (ii) Los gastos laborales han crecido 40% real desde 1995, como resultado de negociaciones salariales (iii) Los hospitales tienen una deuda acumulada importante con los proveedores por su incapacidad de recuperar fondos de las aseguradores y principalmente de la población que atienden.	documentos oficiales (por ejemplo, para la obtención de un pasaporte o para servicios bancarios). (iii) Incorporar al sector las experiencias de otras entidades públicas que han combatido con éxito problemas de evasión, como la Superintendencia Bancaria o la Dian. En el más largo plazo se proponen cambios en el sistema de afiliación y recaudo de las contribuciones: (i) un sistema de autorretención de aportes en la fuente del aporte y (ii) crear un sistema único de recaudo que podría ser administrado por la Dian. Se propone la Ley Estatutaria
2003	Ministerio de la Protección Social "Suficiencia de la UPC para proporcionar los servicios incluidos en el POS"	Equilibrio UPC - POS	SI	Con representatividad entre 50% y 75% se encuentra suficiencia de la UPC para cubrir los servicios del POS. La relación total gasto/ingreso fue menor a 89,66% en el 2002 para el 75% de las EAPB, y menor a 109,87% en el primer trimestre de 2003. En términos per cápita esta relación fue menor a 96% para el 75% de las EAPB en el 2002 y menor a 88% en el 2003		
2004	Ramón Abel Castaño	Equilibrio financiero del régimen contributivo	NO	Existe un problema estructural en la financiación del régimen contributivo que se manifiesta en que la masa salarial está creciendo menos que los gastos en salud de la		Para hacer compatibles criterios de equidad y eficiencia se propone revisar de los beneficios del POS-C para lograr, con los recursos disponibles, un mayor impacto

Año	Autores y título Del estudio	Principal Tema Tratado	Suficiencia De recursos	Factores que más Amenazan la viabilidad Del régimen Contributivo	Factores que afectan la Viabilidad del régimen Subsidiado y de la red Hospitalaria	Propuestas
				<p>subcuenta y ante esto es necesario aumentar las contribuciones, reducir el POS o aumentar el gasto de bolsillo. Las políticas están establecidas por la legislación vigente, luego no hay lugar a incertidumbre importante en la decisión de valor de la UPC-S.</p>		<p>sobre la salud agregada, pero teniendo en cuenta las necesidades urgentes de los pacientes que requieren protección por su vulnerabilidad. Ley estatutaria, para lograr la eficiencia en la asignación de los recursos que privilegie el interés general sobre los derechos individuales, con un límite establecido de recursos (revisión del concepto constitucional del derecho a la salud). Para lograr eficiencia en la producción de servicios de salud, se proponen modelos virtuosos de atención, a través del estímulo a la competencia por calidad técnica en el mercado de aseguramiento. Esto podría lograrse mediante el desarrollo progresivo de un conjunto de indicadores de proceso y de resultados que permitan clasificar IPS y EPS. Vincular grupos de interés para generar un proceso de rendición de cuentas de mercado centrado en la calidad.</p>

Fuente: ACOSTA Olga Lucia; RAMIREZ Manuel; CAÑÓN Carlos Iván. La viabilidad del sistema de salud: que dicen los estudios. Universidad del Rosario – Fundación Corona. 2005 ISBN . 958-97632-1-9. Gente nueva editores Ltda: 57 – 60

Adicionalmente a estas propuestas, los expertos consultados en la mesa de trabajo (Acosta Olga L; Ramirez Manuel; Cañon Carlos I., 2005) de la Universidad del Rosario y la Fundación corona sugirieron:

- a) Revisar los contenidos del POS y su uso en los últimos años para examinar su correspondencia con la UPC.
- b) Complementar los recursos del régimen contributivo con un mayor énfasis en copagos y cuotas moderadoras para la población con capacidad de pago.
- c) Complementar la reestructuración de los hospitales con una política de recursos humanos.
- d) Simplificar el sistema para hacerlo más eficiente.

La gestión de hospitales bajo el sistema de cooperativas de trabajadores no sería ajena a la problemática que vive el país en su sistema general de seguridad social en salud y presentaría una problemática similar a la que están presentando las actuales instituciones de salud del país, ya que es una problemática reflejo de la rigidez del sistema que reglamentó la ley 100 de 1993.

3.4. RESULTADOS EMPIRICOS COMPARATIVOS

Dado que el objetivo de esta investigación es, conocer si el modelo de gestión hospitalaria basado en economía solidaria es una respuesta a la crisis del sistema sanitario actual, los investigadores aplicaron encuestas a los usuarios y empleados de cuatro EPS con modelo de Economía Solidaria, a 9 IPS's privadas y públicas de la ciudad de Cartagena; presentando al final un análisis comparativo de los tres modelos empresariales (economía solidaria, privado y público).

Las EPS (Economía Solidaria) investigadas, son empresas que han demostrado ser eficientes en el manejo administrativo, y se encuentran posicionadas en el mercado nacional como unas de las más rentables. Estas empresas de Economía Solidaria, son: Coomeva, Saludcoop, Coosalud, y Mutual SER. Vale la pena resaltar, que los socios que las conforman, no son socios trabajadores.

A continuación se presentan los resultados de la entrevista semi-estructurada aplicada a los Gerentes de las IPS de la ciudad de Cartagena.

Cuadro 9. Comparativo de respuestas de Gerentes de IPS y EPS de Cartagena

INSTITUCIÓN	EFICIENCIA	ATENCIÓN AL CLIENTE, Y CLIMA ORGANIZACIONAL	PRODUCTIVIDAD, NIVELES DE LIQUIDEZ Y NIVEL DE ENDEUDAMIENTO
<p>CLÍNICA AMI S.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •El grado obtenido por la empresa con la aplicación del modelo de gestión actual ha sido MUY eficiente •Las razones de esta calificación son: <ul style="list-style-type: none"> •Atención inmediata •Oportuna atención a pacientes hospitalizados y de urgencias •UCI con alta tecnología •Excelente personal tanto médico, administrativo y otras áreas. <p>Cuentan con infraestructura amplia y acorde con necesidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •La Atención al Cliente con la aplicación del modelo de gestión ha sido EXCELENTE. •Utiliza el Sistema de Buzón de Sugerencias para medir el nivel de satisfacción de sus clientes externos. •Tiene en cuenta las quejas y opiniones presentadas por sus clientes. •El motivo más común de las quejas presentadas por sus clientes son los TRÁMITES ADMINISTRATIVOS. •No utiliza ningún sistema para conocer las opiniones y conceptos de sus clientes internos. Sin embargo, cuenta con una Oficina de Personal de “puertas abiertas, siempre dispuestos a ayudarles”. <p>El Clima Organizacional con la aplicación de su modelo de gestión es EXCELENTE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Con el modelo de gestión actual, la productividad de la empresa ha sido TOTALMENTE PRODUCTIVA. •Los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son EXCELENTE. •Las razones para dar la anterior calificación, son: <ul style="list-style-type: none"> •Pagos oportunos, dentro del tiempo requerido por sus proveedores. De igual forma, los pagos de nómina se hacen oportunamente •“Los Estados financieros así lo demuestran”. <p>El nivel de endeudamiento de la empresa es BAJO.</p>

	EFICIENCIA	ATENCIÓN AL CLIENTE, Y CLIMA ORGANIZACIONAL	PRODUCTIVIDAD, NIVELES DE LIQUIDEZ Y NIVEL DE ENDEUDAMIENTO
COOMEVA EPS	<ul style="list-style-type: none"> • El grado obtenido por la empresa con la aplicación del modelo de gestión actual ha sido MUY eficiente • Las razones de esta calificación son: • Atención al cliente • Número de afiliados ha aumentado • Personal vinculado está contento • Existe un clima organizacional excelente. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Atención al Cliente con la aplicación del modelo de gestión ha sido EXCELENTE. • Utiliza el sistema de Buzón de Sugerencias y la Línea 018000 (gratuita) para conocer medir el nivel de satisfacción de sus clientes externos. • Tiene en cuenta quejas y opiniones presentadas por sus clientes. • El motivo más común de las quejas presentadas por sus clientes son los SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS, y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS. • Utiliza un Buzón de Sugerencias para conocer las opiniones y conceptos de sus clientes internos. • El Clima Organizacional con la aplicación de su modelo de gestión es EXCELENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con el modelo de gestión actual, la productividad de la empresa ha sido MUY PRODUCTIVA. • Los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son BUENOS, con tendencia a EXCELENTE. • Las razones para dar la anterior calificación, son: • Se cubren los gastos administrativos, como: nómina, pago a proveedores. • Pago de nómina de la empresa son OPORTUNOS. <p>El nivel de endeudamiento de la empresa es NORMAL.</p>
ESE HOSPITAL SAN PABLO	<ul style="list-style-type: none"> • El grado obtenido por la empresa con la aplicación del modelo de gestión actual ha sido POCO eficiente • Las razones de esta calificación, son: • “Es una ESE que se encuentra en crisis desde hace mucho tiempo. Actualmente se le adeudan varios meses de salario a los trabajadores, no cuenta con recursos económicos ni con la infraestructura para cubrir las necesidades de los pacientes. Muchos pacientes fueron atendidos y no tenían con qué pagar, 	<ul style="list-style-type: none"> • La Atención al Cliente con la aplicación del modelo de gestión ha sido REGULAR. • No cuenta con un sistema para medir el nivel de satisfacción de sus clientes externos e internos. No es necesario contar con uno, porque “es obvio todas las dificultades que existen”. • Tiene en cuenta las quejas y opiniones presentadas por sus clientes. Existe el interés de mejorar, pero la misma situación actual imposibilita el trabajo. • El motivo más común de las quejas presentadas por sus clientes son: ATENCIÓN OPORTUNA, TRÁMITES ADMINISTRATIVOS, SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS, Y SERVICIO DE DROGUERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> • Con el modelo de gestión actual, la productividad de la empresa ha sido POCA PRODUCTIVA. • Los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son PÉSIMOS. • Las razones para dar la anterior calificación, son: • No se cuenta con recursos económicos, los proveedores no suministran productos y servicios por demora en los pagos. Los pacientes son de bajos recursos, quienes muchas veces no tienen cómo pagar.

	<p>el Distrito nos adeuda gran cantidad de dinero con el que podríamos subsanar algunas necesidades. El Estado no giro dineros”</p>	<ul style="list-style-type: none"> El Clima Organizacional con la aplicación de su modelo de gestión es REGULAR 	<ul style="list-style-type: none"> “Es un círculo vicioso del que difícilmente se puede encuentran una salida exitosa”. Los pagos de nómina de la empresa son MUY DEMORADOS. El nivel de endeudamiento de la empresa es MUY ALTO.
<p>SALUDCOOP EPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> El grado obtenido por la empresa con la aplicación del modelo de gestión actual ha sido MUY eficiente Las razones de esta calificación, son: Se cumplen con la misión y la visión de la empresa Existe un excelente ambiente de trabajo. “Se cumple con lo proyectado.” “Todos los empleados trabajamos con agrado”. 	<ul style="list-style-type: none"> La Atención al Cliente con la aplicación del modelo de gestión ha sido EXCELENTE. Utiliza el Sistema de Buzón de Sugerencias, llamadas telefónicas, cartas para medir el nivel de satisfacción de sus clientes externos. Tiene en cuenta las quejas y opiniones presentadas por sus clientes. El motivo más común de las quejas presentadas por sus clientes son los TRÁMITES ADMINISTRATIVOS. No utiliza ningún sistema para conocer las opiniones y conceptos de sus clientes internos. Sin embargo, cuenta con una Oficina de Recursos Humanos. “Existe un servicio especial para ello”. El Clima Organizacional con la aplicación de su modelo de gestión es EXCELENTE. 	<ul style="list-style-type: none"> Con el modelo de gestión actual, la productividad de la empresa ha sido TOTALMENTE PRODUCTIVA. Los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son EXCELENTE. Las razones para dar la anterior calificación, son: “Número de afiliados aumenta, aumentan los ingresos. Existe mucha organización con el fin de minimizar gastos operativos”. Los pagos de nómina son OPORTUNOS El nivel de endeudamiento de la empresa es BAJO.
<p>CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR S.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> El grado obtenido por la empresa con la aplicación del modelo de gestión actual ha sido TOTALMENTE eficiente. Las razones de esta calificación: “Contamos con personal altamente capacitado para cumplir sus funciones con eficiencia y responsabilidad: médicos, enfermeras, administrativo, 	<ul style="list-style-type: none"> La Atención al Cliente con la aplicación del modelo de gestión ha sido EXCELENTE. Utiliza el Sistema de Buzón de Sugerencias, y la Oficina de Atención al Cliente para medir el nivel de satisfacción de sus clientes externos. Tiene en cuenta las quejas y opiniones presentadas por sus clientes. El motivo más común de las quejas presentadas por sus clientes son 	<ul style="list-style-type: none"> Con el modelo de gestión actual, la productividad de la empresa ha sido TOTALMENTE PRODUCTIVA. Los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son EXCELENTE. Las razones para dar la anterior calificación, son: En los estados contables están consignados todos

	servicios generales, especialistas en todas las áreas de la salud”.	los TRÁMITES ADMINISTRATIVOS. Consideran que estas quejas son normales “porque los pacientes y clientes tienen la característica de quejarse por todo; pareciera que siempre estuvieran inconformes”. <ul style="list-style-type: none"> •No utiliza ningún sistema para conocer las opiniones y conceptos de sus clientes internos, ya que pueden hacerlo personalmente ante el jefe de Recursos Humanos. El Clima Organizacional con la aplicación de su modelo de gestión es EXCELENTE.	los movimientos, además están en capacidad de mantener sus pagos a proveedores y empleados dentro del tiempo estipulado. <ul style="list-style-type: none"> •No cuentan con cartera morosa. •Los pagos de nómina son OPORTUNOS. El nivel de endeudamiento de la empresa es BAJO.
PROFAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> •De 1 a 5 la empresa se califica con 4, en cuanto a la eficiencia de la gestión (medida por sus resultados) del modelo aplicado por la empresa. Las razones para dar dicha calificación son: •Ampliación de servicios y cobertura. •Mayor número de usuarios atendidos •La administración de la clínica es centralizada, por lo tanto, hay veces en que la capacidad de respuesta a necesidades es poca. 	<ul style="list-style-type: none"> •La Atención al Cliente con la aplicación del modelo es BUENA. •Para medir el nivel de satisfacción de los pacientes existe un subcomité de quejas y reclamos y el buzón de sugerencias, mientras que los clientes internos dialogan directamente con el director sus dudas y/o comentarios. •A pesar que se tienen en cuenta las quejas y opiniones de sus clientes no han podido superar la atención oportuna, ya que los médicos llegan tarde y esta es la principal queja de los usuarios. El Clima Organizacional de la empresa es BUENO.	<ul style="list-style-type: none"> •Con el modelo de gestión actual, la productividad de la empresa ha sido MUY PRODUCTIVA. •Los directivos consideran que los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son EXCELENTE, ya que le “pagan oportunamente a todo el mundo”. El nivel de endeudamiento de la empresa es BAJO.
CLINICA CRECER	<ul style="list-style-type: none"> •La empresa considera que la aplicación del modelo de gestión ha permitido que la empresa sea muy eficiente y eso lo reflejan los siguientes puntos: •Atención oportuna de los pacientes y clientes en general. •Infraestructura disponible. La evaluación de lo servicios prestado ha mejorado considerablemente.	<ul style="list-style-type: none"> •La Atención al Cliente con la aplicación del modelo de gestión es BUENA. •Para medir el nivel de satisfacción de sus clientes internos y externos cuentan con un buzón de sugerencias •El motivo más común de las quejas presentadas por sus clientes es la atención oportuna, “pero eso mejorará con la ampliación de la planta” El Clima Organizacional con la aplicación de su modelo de gestión es EXCELENTE.	<ul style="list-style-type: none"> •Con el modelo de gestión actual, la productividad de la empresa ha sido MUY PRODUCTIVA. •Los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son BUENOS y eso se ve reflejado en la disponibilidad monetaria para realizar los pagos a proveedores, personal operativo y administrativo, entre otros. El nivel de endeudamiento de la empresa es NORMAL.

<p>ESE MATERNIDAD RAFAEL CALVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los directivos de la empresa califican la eficiencia de la gestión realizada con 4 (siendo 5 excelente), ellos consideran que: • La empresa puede mejorar. • “Es un hospital – escuela y para organizarlo es complejo”. <p>La situación de la empresa ha mejorado notablemente en los últimos años, ya que se han incrementado los servicios prestados, la planta de personal y la capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios es alta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con la aplicación del modelo de gestión, la atención al cliente ha sido BUENA. • Para conocer las quejas, reclamos y opiniones de los usuarios externos utilizan el buzón, “además diariamente le doy rondas a la institución y dialogo directamente con los pacientes” y le doy respuesta a sus inquietudes en lo posible en una forma inmediata. • Para conocer las dudas de sus clientes internos se reúne con ellos semanalmente. “yo me reúno hasta con los taxistas que están en la puerta de la clínica” • El motivo más común de las quejas presentadas por sus clientes es la dificultad en los trámites administrativos externos. <p>El Clima Organizacional de la clínica es Bueno, casi excelente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con la aplicación del modelo de gestión actual, la empresa es muy productiva. • Definitivamente a lo largo de la historia de la empresa los niveles de liquidez que ha manejado la empresa son REGULARES. Y esto no permite pagarles oportunamente ni a los trabajadores, ni proveedores, el problema está “en el mismo sistema” El nivel de endeudamiento de la empresa es NORMAL.
<p>HOSPITAL DE BOCAGRANDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En una especie de auto evaluación los directivos consideran que la eficiencia de la empresa es excelente, porque: • “La relación pacientes atendidos vs. pacientes satisfechos es muy buena”. • La empresa cuenta con la infraestructura necesaria para funcionar perfectamente al 100%. • “Los clientes están satisfechos con el servicio prestado y ese es nuestro mejor indicador” 	<ul style="list-style-type: none"> • La Atención al Cliente con la aplicación del modelo de gestión ha sido EXCELENTE “y eso lo vemos reflejado en las encuestas que se aplican diariamente en la institución” • A pesar que han ensayado con varias herramientas para evaluar el servicio prestado, consideran que la encuesta directa a los pacientes es mejor. Tratan al máximo en solucionar dichas inquietudes y “complacer” a sus clientes “porque gracias a ellos estamos donde estamos” • No hay una tendencia marcada en las quejas se quejan por todo un poco, algunos por los trámites, otros por la atención oportuna, en fin, hay días que son más pesados que otros” <p>El Clima Organizacional es EXCELENTE, tal vez porque es una clínica de puertas abiertas y si tienen alguna inquietud la pueden tratar libremente con el director o con el área de talento humano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con el modelo de gestión actual, la productividad de la empresa ha sido TOTALMENTE PRODUCTIVA. • Los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son EXCELENTES “y eso lo podemos ver claramente en los estados financieros”. • Los pagos de nómina son OPORTUNOS <p>El nivel de endeudamiento de la empresa es BAJO.</p>

<p>MATERNIDAD DE BOCAGRANDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • la empresa considera que es medianamente eficiente porque puede mejorar muchos aspectos. “sino fuera por los trámites administrativos la eficiencia mejoraría notablemente”. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Atención al Cliente en la clínica es BUENA. Si tienen alguna duda se pueden dirigir al buzón de sugerencias. “diariamente se le aplican encuestas a los usuarios” y han manifestado que se encuentran satisfechos con la atención prestada y con la capacidad de respuesta que presenta la empresa a sus inquietudes. <p>El Clima Organizacional es muy bueno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los directivos de la clínica consideran que es muy productiva y este indicador ha mejorado notablemente en los últimos años. • Los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son Regulares. . • Los pagos de nómina son OPORTUNOS. <p>El nivel de endeudamiento de la empresa es NORMAL.</p>
<p>HOSPITAL INFANTIL NAPOLEÓN FRANCO</p>	<p>La percepción de los directivos del hospital es que este es medianamente eficiente “porque aunque ha mejorado la atención y han ampliado los servicios aún hay muchas fallas por mejorar”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Atención al Cliente con la aplicación del modelo es BUENA. • Para medir el nivel de satisfacción de los pacientes dialoga directamente con ellos y además “se ayuda” con el buzón de sugerencias y la aplicación de encuestas. • La mayoría de los pacientes se quejan porque la atención no es oportuna. <p>El Clima Organizacional de la empresa es BUENO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con el modelo de gestión actual, la productividad de la empresa ha sido MUY PRODUCTIVA. • Los directivos consideran que los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa son EXCELENTE, ya que le “pagan oportunamente a todo el mundo”. <p>El nivel de endeudamiento de la empresa es BAJO.</p>

Cuadro 10. Comparativo de respuestas del Personal de Cooperativas con Pabellones en las IPS de Cartagena

IPS COOPERATIVA	CLÍNICA DE BLAS DE LEZO	CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR	CLÍNICA LAURA CAROLINA	CLÍNICA AMI	HOSPITAL DE BOCAGRANDE
COOMEVA	<ul style="list-style-type: none"> • En términos generales, la Clínica obtuvo una calificación BUENA. • Mucha desorganización. Clínica muy pequeña, no hay suficiente espacio. • Los pacientes se quejan porque el área donde se encuentra la Clínica es pequeño. • La Clínica no cuenta con una zona de parqueo apropiada, es bastante complicado conseguir lugar para parquear. • Generalmente dejan los carros en el Centro Comercial cercano. • El Área de Espera también es pequeña y bastante incómoda • La satisfacción de los usuarios de la Cooperativa que utilizan los servicios de esta Clínica es BUENA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calificación obtenida: BUENA. • El sitio donde se encuentra la Clínica no es el adecuado. Existe mucho tráfico y ruido. • Les gustaría contar con una zona de ingreso especial para los pacientes y afiliados de la Cooperativa. • La satisfacción de los usuarios de la Cooperativa que utilizan los servicios de esta Clínica es BUENA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calificación obtenida: BUENA. • La satisfacción de los usuarios de la Cooperativa que utilizan los servicios de esta Clínica es BUENA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calificación obtenida: MUY BUENA. • Coomeva debe contar con una IPS propia. • La satisfacción de los usuarios de la Cooperativa que utilizan los servicios de esta Clínica es BUENA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calificación obtenida: MUY BUENA. • Se destaca mucha organización en el Hospital. • Los pacientes y afiliados están satisfechos. • “El Hospital de Bocagrande es una de las IPS preferidas por los pacientes y afiliados”. • La satisfacción de los usuarios de la Cooperativa que utilizan los servicios de esta Clínica es EXCELENTE.

IPS COOPERATIVA	CLÍNICA DE BLAS DE LEZO	CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR	CLÍNICA MADRE BERNARDA
SALUDCOOP	<ul style="list-style-type: none"> • En términos generales, la Clínica obtuvo una calificación BUENA. • En algunas ocasiones existe mucha demanda y pareciera que la infraestructura es insuficiente. • Mucho desorden cuando hay un gran número de personas dentro de las instalaciones. • La satisfacción de los usuarios de la Cooperativa que utilizan los servicios de esta Clínica es BUENA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calificación obtenida: BUENA. • A pesar de la autonomía y de tener políticas propias, es incómodo no contar con una clínica propia. De todas formas, en el Pabellón quien manda es la cooperativa. • La satisfacción de los usuarios de la Cooperativa que utilizan los servicios de esta Clínica es BUENA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calificación obtenida: MUY BUENA. • Es una clínica muy organizada y limpia. • La satisfacción de los usuarios de la Cooperativa que utilizan los servicios de esta Clínica es EXCELENTE.

A continuación se muestra un consolidado de los resultados obtenidos de las encuestas realizadas – ocho en total - a las dos cooperativas de salud (EPS) con sede en Cartagena, con pabellones en algunas IPS de la ciudad. Para mayor claridad y exactitud, se dividieron en tres ejes temáticos, como: Atención, Competencias y Eficiencia.

Cuadro 11. Valoración de la ATENCIÓN en ocho EPS de Cartagena

AFIRMACIONES	MB	B	R
✓ Claridad de la información suministrada a sus afiliados y/o beneficiarios acerca de los servicios que ofrece	37,5	62,5	0
✓ Facilidad de comunicación con los funcionarios de esta institución	25	62,5	12,5
✓ La atención por parte de los profesionales de la institución a sus afiliados y/o beneficiarios	62,5	37,5	0
✓ El tiempo dedicado en la atención de sus afiliados y/o beneficiarios	75	25	0
✓ Si se presentaron inconformidades o algún cambio en la atención, fueron notificados oportunamente	62,5	37,5	0
✓ Receptividad de los funcionarios para solucionar las quejas	37,5	62,5	0
✓ El grado de satisfacción con la solución que se le presentó a la entidad, afiliado y/o beneficiario	25	75	0
✓ Receptividad en la actitud del funcionario que recibió la queja	25	75	0
TOTAL	43,75	54,69	1,56

Se observa que del total de las ocho encuestas realizadas, el 54,69% estableció que la ATENCIÓN en las diferentes IPS donde tienen pabellones, es BUENA, seguida por MUY BUENA con un 43,75% y, por último REGULAR, con un 1,56%. De ese 54,69%, *el grado de satisfacción con la solución que se le presentó a la entidad, afiliado y/o beneficiario, obtuvo un 75%, al igual que la Receptividad en la actitud del funcionario que recibió la queja.*

**Cuadro 12. Valoración de las COMPETENCIAS en ocho EPS de
Cartagena**

AFIRMACIONES	MB	B	R
Calidad del Recurso Humano	50	50	0
Cumplimiento de los procesos de atención para sus afiliados y/o beneficiarios	37,5	50	12,5
Adaptación de los servicios a los requerimientos de su Entidad	37,5	37,5	25
El cumplimiento de las expectativas de su entidad respecto a la oportunidad para acceder sus afiliados y/o beneficiarios a los servicios de esta institución	25	75	0
TOTAL	37,5	53,13	9,38

En cuanto a las COMPETENCIAS, el 53,13% aseguró que es BUENA, el 37.5% que es MUY BUENA, y por último se encuentra REGULAR con un 9.38%. De ese 53,13% se destacó *el cumplimiento de las expectativas de su entidad respecto a la oportunidad para acceder sus afiliados y/o beneficiarios a los servicios de esta institución*, con un 75%.

Cuadro 13. Valoración de la EFICIENCIA en ocho EPS de Cartagena

AFIRMACIONES	MB	B	R
El cumplimiento de las expectativas de la entidad con respecto a la humanización del recurso humano	37,5	62,5	0
Efectividad en las respuestas y soluciones a las inquietudes presentadas por su entidad	12,5	87,5	0
Efectividad en las respuestas y soluciones a las inquietudes presentadas por sus afiliados y/o beneficiarios	12,5	75	12,5
Solución a la inquietud o interrogantes acerca del servicio	25	62,5	12,5
Oportunidad en la solución brindada	25	75	0
TOTAL	22,5	72,5	5

El 72,5% consideró que la EFICIENCIA es BUENA, el 22,5% que es MUY BUENA, y sólo un 5% que es REGULAR. Del 72,5% que calificó la eficiencia como buena, el 87,5% consideró que el mayor porcentaje se encuentra en la *efectividad en las respuestas y soluciones a las inquietudes presentadas por su entidad*.

ENCUESTAS A MEDICOS

Para conocer la percepción de los médicos en varios aspectos, se encuestaron a 28 profesionales de seis IPS de la ciudad de Cartagena, el 35,7% laboran en una institución de naturaleza pública, mientras el 64.3% restante están

vinculados con una institución privada, contratados bajo dos modalidades; por producción y por cooperativas.

De los encuestados, el 71,4% consideran que las instalaciones e infraestructura, teniendo en cuenta parqueaderos, salas de star, lockers, entre otros, es buena, mientras que el 25% estiman que son regulares, y el 3,6% restante lo califican como muy bueno. Similar calificación se presenta en la percepción que tienen los médicos en cuanto a seguridad y acceso a la institución, dónde el 71,4% consideran que es buena, el 21,4% estiman que es regular, el 3,6% los califican como malos y el 3,6% restante lo valoran como muy bueno.

Así mismo se les preguntó como consideraban ellos la existencia en la institución de equipos, herramientas y dotación médica, los resultados fueron los siguientes: para el 17,9% es regular, para el 60,7% es bueno y para el 21,4% restante es muy bueno.

De los encuestados el 78.6% consideran que la remuneración es buena, mientras que el 21,4% restante la califican como regular.

Para determinar el clima organizacional en las clínicas, se les preguntó a los profesionales de la salud sobre el trato, asistencia y respeto recibido por directivos, médicos, personal administrativo y enfermeras. Los resultados obtenidos en forma general manifiesta que el 78,6% de los encuestados consideran que el trato, asistencia y respeto recibido por parte de sus compañeros de trabajo es bueno, el 17,9% lo califican como muy bueno y el 3,6% restante lo perciben como regular. A continuación se muestran los resultados discriminados por la naturaleza del Hospital:

Cuadro 14. Valoración del clima organizacional de la IPS según médicos encuestados en Hospitales de Cartagena de Indias

ENCUESTA APLICADA A LOS MÉDICOS		Naturaleza del Hospital	
		Pública	Privada
Trato, asistencia, y respeto recibido por parte del personal directivo	Regular	0.0%	3.57%
	Bueno	21.42%	57.14%
	Muy bueno	14.28%	3.57%
Trato, asistencia, y respeto recibido por parte del personal médico	Bueno	32.14%	60.71%
	Muy bueno	3.57%	3.57%
Trato, asistencia, y respeto recibido por las enfermeras y auxiliares	Bueno	32.14%	60.71%
	Muy bueno	3.57%	3.57%
Trato, asistencia, y respeto recibido por el personal de facturación	Regular	0.0%	10.71%
	Bueno	32.14%	50.0%
	Muy bueno	3.57%	3.57%
Trato, asistencia, y respeto recibido por el personal de contabilidad	Regular	3.57%	10.71%
	Bueno	28.57%	50.0%
	Muy bueno	3.57%	3.57%

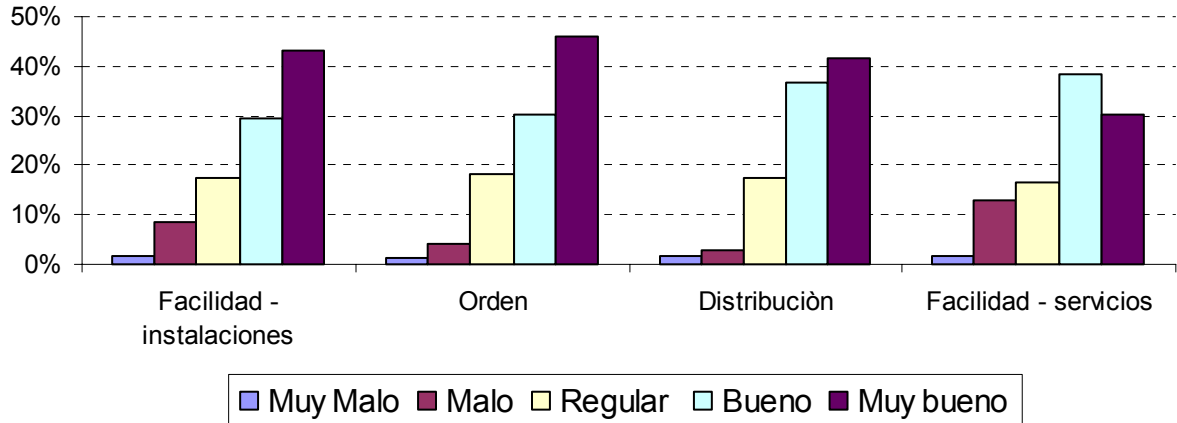
ENCUESTA APLICADA A LOS USUARIOS DE LAS IPS Y EPS DE CARTAGENA DE INDIAS

Se seleccionó una muestra aleatoria de doce empresas entre IPS y EPS que funcionan en Cartagena distribuidas así: 20,7% Públicas y 79,3% Privadas, cuyos fines se distribuyen de la siguiente manera: Con ánimo de lucro 51,5%, Sin ánimo de lucro, 16% y Economía Solidaria 32,5%. Se aplicó una encuesta (ver Anexo No. 1) con el fin de evaluar el servicio respecto a los parámetros Funcionalidad, Atención al Cliente y Competencia

FUNCIONALIDAD

En este aspecto se formularon 4 preguntas, la tendencia para las diferentes empresas, de acuerdo a sus fines arrojó los siguientes resultados:

Gráfica 2.. Valoración de la funcionalidad por parte de usuarios de IPS Y
EPS de Cartagena de Indias



Del total de las encuestas aplicadas (169), el 43,2% opina que la facilidad de acceso a las instalaciones es muy buena, mientras que el 29,6 la considera buena, y el 17,2% estiman que es regular. Del 43,2% de los encuestados que manifiestan que la facilidad de acceso a las instalaciones es muy buena, el 63,0% corresponde a las empresas de economía solidaria, seguido por el 27,4% que son las empresas con ánimo de lucro y el 9,5% restante corresponde a las empresas sin ánimo de lucro.

Orden y aseo en general: 76,4% de los encuestados, opinan que el orden y aseo en general esta entre bueno (30,2%) y muy bueno (46,2%). Mientras que 23,7% de los encuestados consideran que el orden y aseo es regular. En este aspecto las mejor calificadas fueron las empresas de economía solidaria con los siguientes resultados: muy bueno el 57,69% seguida por las empresas con animo de lucro con 29,48% y las empresas de economía solidaria con 12,82 del 46,2% general. Del 30,2% que calificaron el orden y aseo en general como bueno, el 62,74% corresponde a las empresas con ánimo de lucro, seguida por las empresas de economía solidaria con 19,6, y finalmente las empresas sin animo de lucro con 17,64%.

Distribución de áreas (funcionalidad): La tendencia de las calificaciones oscilan entre muy bueno (41,4%) y bueno (36,7%), seguida por regular con 17,2%. Distribuidas de acuerdo a los fines de la empresa así: Muy buena; la mayor frecuencia de esta calificación fue en las empresas de economía solidaria con 60%, seguida por las empresas con ánimo de lucro con 31%, y finalmente las empresas sin ánimo de lucro con 9%. De las que respondieron Buena, el 55% corresponde a las empresas con ánimo de lucro, el 24% sin ánimo de lucro y el 21% restante a las empresas de economía solidaria.

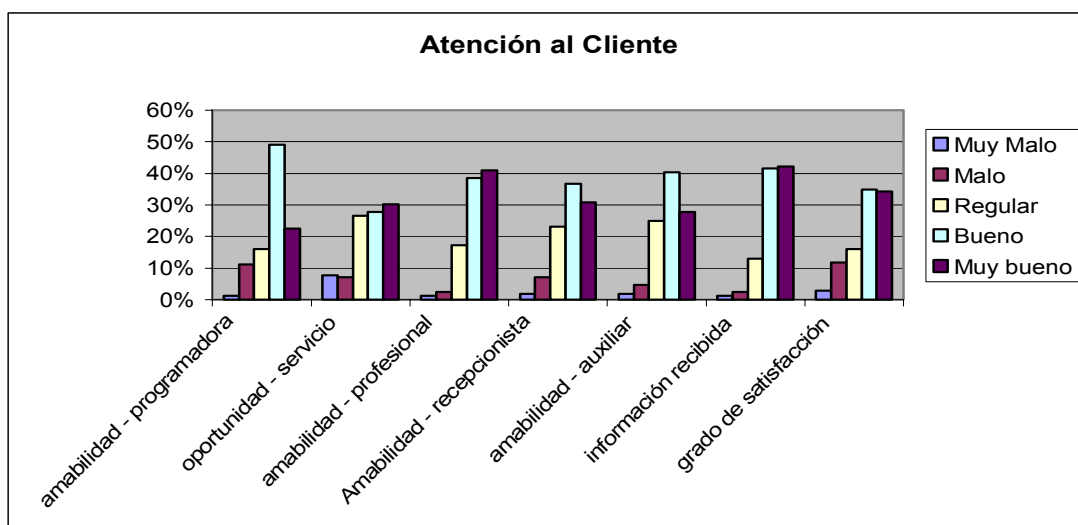
Facilidad de acceder a los servicios: el 38,5% de los encuestados opinan que tienen buena facilidad para acceder a los servicios, el 30,2% consideran que es muy buena, el 16,6% piensan que es regular y el 13,0% la califican como mala. Del 38,5% que califican como bueno este concepto el 55,38% pertenece a una empresa con ánimo de lucro, el 27,69% a las empresas de economía solidaria y el 16,92% a las empresas sin ánimo de lucro. Del 30,2% de los que manifiestan que la facilidad es muy buena el 68,63% pertenecen a una institución de economía

solidaria, seguido por las empresas con ánimo de lucro con 21,57% y las instituciones si animo de lucro con 9,80%.

ATENCIÓN AL CLIENTE

Para evaluar este aspecto se encuestaron a 169 usuarios, a través de 7 preguntas, las respuestas fueron las siguientes:

Gráfica 3. Valoración de la atención al cliente por parte de usuarios de IPS Y EPS de Cartagena de Indias



Amabilidad de la programadora de citas: El 49,1% de los 169 encuestados opina que la amabilidad de la programadora de citas es buena, esto se puede generalizar para las empresas con o sin ánimo de lucro y en las de economía solidaria. El 22,5% califican este aspecto como muy bueno, dónde el 63,16% pertenecen a las instituciones de economía solidaria, el 31,58% a empresas con ánimo de lucro y el 5,26% restante son de empresas sin ánimo de

lucro. El 16% de los encuestados evaluaron este concepto como regular, teniendo mayor peso las empresas con ánimo de lucro.

Amabilidad del profesional que atendió la consulta: el 79,3% de los encuestados opinan que la amabilidad de los profesionales que los atendieron en la consulta está entre buena (38,5%) y muy buena (40,8%), mientras que el 17,2% manifestaron que es regular. Del 40,83% de los encuestados que manifestaron que la amabilidad del profesional que le atendió es muy buena el 59,42% pertenecen a una institución de economía solidaria, el 27,54% es para las empresas con ánimo de lucro y el 13,04% restante es para las empresas sin ánimo de lucro. Del 38,5% que calificaron este concepto como bueno el 64,62% corresponde a las empresas con ánimo de lucro, seguido por las de economía solidaria con 18,46% y finalmente están las empresas sin ánimo de lucro con el 16,92%.

Amabilidad del recepcionista: El 31,0% de los encuestados manifiesta que la amabilidad del recepcionista es muy buena, el 36,9% afirma que es buena y el 23,2% opinan que es regular. Del 31,0% que manifiesta que la amabilidad del recepcionista es buena el 65,38% pertenece a una empresa de economía solidaria, seguido por el 23,08% que corresponde a las empresas con ánimo de lucro. El 36,9% que afirma que la amabilidad es buena el 56,45% corresponde a las empresas con ánimo de lucro, seguida por las empresas de economía solidaria con el 25,81%. Del total de encuestados que manifiestan que la amabilidad de la programadora es regular el 66,67% están vinculados con empresas con ánimo de lucro, seguido por el 20,51% de las empresas sin ánimo de lucro.

Amabilidad del auxiliar de enfermería: La tendencia más marcada está en los que consideran que la amabilidad del auxiliar de enfermería es buena,

con un 40,5%, seguida por los que consideran que es muy buena, es decir, el 28% de los encuestados, finalmente el 25,0% de los encuestados manifiestan que es regular. Lo anterior lo podemos detallar de la siguiente manera: de los que manifestaron que la amabilidad del auxiliar de enfermería es muy buena el 68,09% pertenecen a empresas de economía solidaria, seguidos por los de empresas con animo de lucro con un 21,28%, de los usuarios que manifiestan que es buena, el mayor porcentaje lo ocupa las empresas con animo de lucro con el 58,82%, seguido por las empresas de economía solidaria con el 25%.

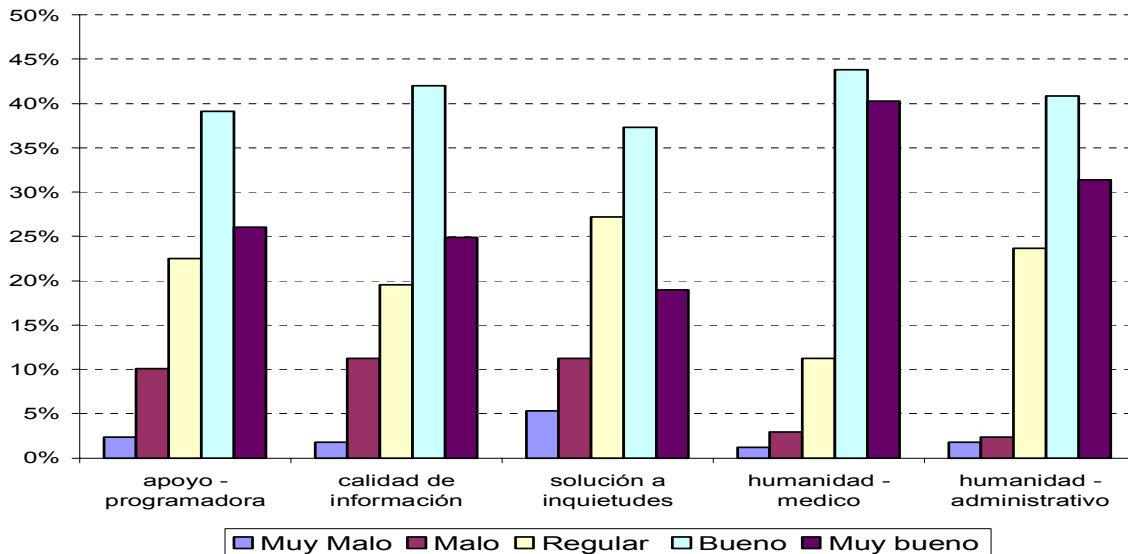
Información recibida por parte del personal médico – asistencial: En este aspecto el 83,4% de los encuestados respondieron entre bueno (41,45) y muy bueno (42,0). Del 42% que consideran que la información recibida por parte del personal médico, el 60,56% están vinculados a empresas de economía solidaria, seguidos por los de empresas con animo de lucro que obtuvieron el 26,76%. Del 41,45% que calificaron este ítem como bueno; el 68,57% pertenecen a una empresa con ánimo de lucro, seguido por las empresas de economía solidaria con 17,14%.

Por último se les pidió a los encuestados que evaluaran el grado de satisfacción del servicio prestado, los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 34,9% consideran que es bueno y el 34,3% lo califican como muy bueno. Las respuesta más representativas del total de encuestados (169) son: en las empresas de economía solidaria el 23,07% consideran que es muy buena, mientras que en las empresas con ánimo de lucro el 21,3% lo evalúan como bueno.

COMPETENCIA

Para evaluar como perciben los usuarios la competencia de diferentes funcionarios en las empresas se formularon 5 interrogantes, los resultados obtenidos son los siguientes:

Gráfica 4. Valoración de la competencia por parte de usuarios de IPS Y EPS de Cartagena de Indias



Apoyo y conocimiento programadora de citas: el 39,1% de los usuarios encuestados opina que el apoyo y conocimiento de las programadoras de citas es bueno, mientras que el 26,03% lo califican como muy bueno y el 22,5% lo perciben como regular. Del total de encuestados el 42,60% pertenecen a una empresa con animo de lucro, y de ellos el 41,66% manifiestan que el apoyo recibido es bueno, el 31,94% lo califican como regular y el 20,83% lo perciben como muy bueno. El 32,54 de los consultados son de empresas de economía solidaria, de ellos 45,45% manifiestan que el apoyo y el conocimiento de la

programadora de citas es muy bueno, el 41,81% consideran que es bueno y el 12,72% lo perciben como regular.

Calidad de la información de la programadora de citas: Del total de encuestados el 42,3% opina que la calidad de la información de las programadoras de citas es bueno, el 25% piensan que es muy bueno y el 19,6% lo califican como regular. Del 42,3% que manifiestan que la calidad de la programadora de citas es bueno el 49,30% son de empresas con ánimo de lucro; y del 25% que consideran que es muy bueno 66,67% son de empresas de economía solidaria.

Solución a inquietudes: el 37,3% de total de los encuestados opinan que la solución a sus inquietudes es buena, el 18,9% consideran que es muy buena y el 27,2% lo califican como regular. Del total de encuestados que respondieron que la solución a sus inquietudes fue muy buena el 68,75% son de empresas de economía solidaria y el 28,13% pertenecen a empresas con ánimo de lucro. De los que encuestados que respondieron que es buena el 46,03% son de empresas con ánimo de lucro, el 33,33% son de empresas de economía solidaria y el 20,63% restante son de empresas sin ánimo de lucro.

Humanidad por parte del personal médico – asistencial: La tendencia de la humanidad del personal médico de las instituciones de salud, evaluada por los usuarios esta entre buena con el 44,0% y muy buena con el 40,5%. Las empresas mejor calificadas son las empresas de economía solidaria con un 67,27% como muy buena y un 32,72% como bueno, seguida por las empresas con ánimo de lucro con los siguientes porcentajes 51,72% como bueno y 25,28% como muy bueno y por último están las empresas sin ánimo de lucro, que en este

caso son de naturaleza pública, las cuales tienen los siguientes resultados: 42,30% lo califican como bueno y 34,61 como muy bueno.

Humanidad por parte del personal administrativo: el 40,8% de los 169 encuestados le otorgan la calificación como buena a la humanidad del personal administrativo y el 31,4% lo evalúan como muy bueno, mientras que el 23,7% consideran que es regular. DE los que la califican como muy bueno el 66,04% pertenecen a las empresas de economía solidaria, seguido por el 20,75% que son empresas con ánimo de lucro y el 13,21% restante son empresas sin animo de lucro. De los que evaluaron el servicio como bueno; el 56,52% pertenecen a empresas con ánimo de lucro, el 23,19% a empresas de economía solidaria y el 20,29% a empresas sin ánimo de lucro. De los que dieron calificación regular el 75% son de empresas con ánimo de lucro, 15% de empresas sin animo de lucro y el 10% restante de empresas de economía solidaria.

FUNCIONALIDAD

La funcionalidad en las instituciones hospitalarias de la ciudad de Cartagena es percibida como buena. Cabe desatacar que la mejor calificación en este aspecto y en las 4 preguntas formuladas la obtuvieron los hospitales de economía solidaria. Aunque los hospitales con animo de lucro y sin animo de lucro casualmente se encuentran en el mismo rango de calificativos, observamos una leve diferencia porcentual de los hospitales con animo de lucro comparados con los hospitales sin animo de lucro.

El siguiente cuadro muestra aspectos sobre la funcionalidad de los hospitales.

Cuadro 15. Valoración de la funcionalidad por parte de usuarios de Hospitales de Cartagena de Indias

		Con ánimo de lucro (%)	Sin ánimo de lucro (%)	Economía Solidaria (%)
Facilidad de acceso a las instalaciones	MUY MALO	3,45	0,00	0,00
	MALO	12,64	11,11	0,00
	REGULAR	22,99	33,33	0,00
	BUENO	37,93	29,63	16,36
	MUY BUENO	22,99	25,93	83,64
Orden y aseo en general	MUY MALO	2,30	0,00	0,00
	MALO	8,05	0,00	0,00
	REGULAR	26,44	29,63	0,00
	BUENO	36,78	33,33	18,18
	MUY BUENO	26,44	37,04	81,82
Distribución de las áreas	MUY MALO	3,45	0,00	0,00
	MALO	4,60	3,70	0,00
	REGULAR	27,59	18,52	0,00
	BUENO	39,08	55,56	23,64
	MUY BUENO	25,29	22,22	76,36
Facilidad para acceder a los servicios	MUY MALO	2,30	3,70	0,00
	MALO	20,69	14,81	0,00
	REGULAR	22,99	22,22	3,64
	BUENO	41,38	40,74	32,73
	MUY BUENO	12,64	18,52	63,64

En general los usuarios evalúan la funcionalidad de las instituciones así:

El 38,79% de los usuarios de las empresas con ánimo de lucro perciben la funcionalidad como buena, seguida por el 25% que consideran que es regular y el 21,04,1% que lo evalúan como muy bueno, mientras que el 11,5% consideran que es malo.

Para el 39% de los encuestados que pertenecen a una empresa sin animo de lucro la atención al cliente es buena, para el 25,93% es muy buena, el 25,93% consideran que es regular y el 7,41% lo califican como malo.

El 76,26% de los consultados consideran que la funcionalidad es muy buena en las empresas de economía solidaria, el 22,73% lo evalúan como bueno mientras que el 0,91% restante consideran que es regular.

ATENCION AL CLIENTE

De acuerdo a los resultados expuestos en el cuadro 17 podemos afirmar que en general para los usuarios de las diferentes IPSs de la ciudad la amabilidad de la programadora de citas es buena, es importante anotar que en las empresas de economía solidaria el 96,37% de las respuestas se concentran en los calificativos: bueno y muy bueno, en este ítem.

La oportunidad en la prestación de servicios en las empresas con animo de lucro y sin animo de lucro es percibido por los usuarios como regular con el 32,18% y 44,44% respectivamente, seguidos por la evaluación de bueno con el 25,29% en las empresas con animo de lucro y del 29,63% en las sin animo de lucro, mientras que en las empresas de economía solidaria este aspecto es evaluado como muy bueno por un 60,0% de los encuestados, seguido por el 30,91% que lo evalúan como bueno.

Cuadro 16. Valoración de la atención al cliente por parte de usuarios de Hospitales de Cartagena de Indias

		Con ánimo de lucro (%)	Sin ánimo de lucro (%)	Economía Solidaria (%)
Amabilidad de la programadora de citas	MUY MALO	2,30	0,00	0,00
	MALO	19,54	7,41	0,00
	REGULAR	19,54	29,63	3,64
	BUENO	44,83	55,56	52,73
	MUY BUENO	13,79	7,41	43,64
Oportunidad en la prestación de servicios	MUY MALO	13,79	3,70	0,00
	MALO	11,49	7,41	0,00
	REGULAR	32,18	44,44	9,09
	BUENO	25,29	29,63	30,91
	MUY BUENO	17,24	11,11	60,00
Amabilidad del profesional que le atendió en la consulta	MUY MALO	2,30	0,00	0,00
	MALO	3,45	3,70	0,00
	REGULAR	24,14	22,22	3,64
	BUENO	48,28	40,74	21,82
	MUY BUENO	21,84	33,33	74,55
Amabilidad de la Recepcionista	MUY MALO	2,30	3,70	0,00
	MALO	13,79	0,00	0,00
	REGULAR	29,89	29,63	9,09
	BUENO	40,23	40,74	29,09
	MUY BUENO	13,79%	22,22%	61,82%
Amabilidad del Auxiliar de Enfermería	MUY MALO	3,45%	0,00%	0,00%
	MALO	9,20%	0,00%	0,00%
	REGULAR	29,89%	37,04%	10,91%
	BUENO	45,98%	40,74%	30,91%
	MUY BUENO	11,49%	18,52%	58,18%
Información recibida por parte del médico - asistencial	MUY MALO	2,30%	0,00%	0,00%
	MALO	4,60%	0,00%	0,00%
	REGULAR	16,09%	29,63%	0,00%
	BUENO	55,17%	37,04%	21,82%
	MUY BUENO	21,84%	33,33%	78,18%
Su grado de satisfacción con el servicio prestado	MUY MALO	5,75%	0,00%	0,00%
	MALO	19,54%	11,11%	0,00%
	REGULAR	20,69%	29,63%	1,82%
	BUENO	41,38%	29,63%	27,27%
	MUY BUENO	12,64%	29,63%	70,91%

La amabilidad del profesional que le atendió en la consulta fue evaluada mayormente como muy bueno en las empresas de economía solidaria con el 74,55% seguido por bueno con 21,82%. Mientras que en las empresas que son de naturaleza con animo de lucro y sin animo de lucro la mayoría de las respuestas se concentraron en el calificativo bueno con el 48,28% y 40,74% respectivamente seguidas en el caso de las empresas con animo de lucro como regular con un 24,14% y en las empresas sin animo de lucro como muy bueno con el 33,33%. La amabilidad de la recepcionista o del portero en algunas clínicas es percibida en la mayoría de los consultados; el 61,82%, en las empresas de economía solidaria como muy bueno, seguida por el 29,09% que lo califican como bueno. En las instituciones con ánimo de lucro el 40,23% de los usuarios consideran que la amabilidad de la recepcionista es buena, mientras que el 29,89% lo evalúan como regular. Para el 40,74% de los usuarios de las empresas sin ánimo de lucro la amabilidad de la recepcionista es buena, seguida por el 29,63% que perciben que la amabilidad es regular.

La información recibida por parte del médico asistencial en las empresas con animo de lucro es para un 55,17% de los usuarios de estas instituciones bueno, seguido por el 21,84% que lo califican como muy bueno y el 16,09% que piensan que es regular. En las empresas sin ánimo de lucro este aspecto es bueno para el 37,04% de los usuarios, muy bueno para el 33,33% y regular para el 29,63%. Mientras que el 78,18% de los usuarios de las empresas que basan su naturaleza en la economía solidaria evalúan este aspecto como muy bueno y el 21,82% como bueno.

La satisfacción por el servicio prestado es buena para el 41,38% de los usuarios de las empresas con ánimo de lucro, seguidos por el 20,69% que lo evalúan como regular, el 19,54% lo perciben como malo y el 12,64% lo califican

como muy bueno. Para igual porcentaje de los usuarios de las empresas sin ánimo de lucro el grado de satisfacción es muy bueno, bueno y regular, dicho porcentaje es del 29,63%. Para el 70,91% de los usuarios de las empresas de economía solidaria el grado de satisfacción es muy bueno, seguido por el 27,27% que lo califican como bueno, sumando así el 98,98% de los encuestados.

La percepción de los usuarios de las diferentes IPSs frente a la atención al cliente de dichas instituciones es el siguiente:

El 43% de los usuarios de las empresas con ánimo de lucro perciben la atención al cliente como buena, seguida por el 24,6% que consideran que es regular y el 16,1% que lo evalúan como muy bueno, mientras que el 11,7% consideran que es malo.

Para el 39,8% de los encuestados que pertenecen a una empresa sin ánimo de lucro la atención al cliente es buena, para el 32,5% es regular, el 22,% consideran que es muy buena y el 4,2% lo califican como malo.

El 63% de los consultados consideran que este aspecto es muy bueno en las empresas de economía solidaria, el 30,6% lo evalúan como bueno mientras que el 5,5% restante consideran que es regular.

COMPETENCIA PERSONAL

La competencia del personal de las diferentes IPSs fue evaluada por sus usuarios así:

Cuadro 17. Valoración de las competencias por parte de usuarios de Hospitales de Cartagena de Indias

Calificativo	Naturaleza	Con ánimo de lucro (%)	Sin ánimo de lucro (%)	Economía Solidaria (%)
Apoyo y conocimiento de la programadora de citas	MUY MALO	4,60	0,00	0,00
	MALO	17,24	7,41	0,00
	REGULAR	26,44	29,63	12,73
	BUENO	34,48	48,15	41,82
	MUY BUENO	17,24	14,81	45,45
Calidad de la información de la programadora de citas	MUY MALO	3,45	0,00	0,00
	MALO	19,54	7,41	0,00
	REGULAR	24,14	25,93	9,09
	BUENO	40,23	55,56	38,18
	MUY BUENO	12,64	11,11	50,91
Solución a inquietudes	MUY MALO	9,20	3,70	0,00
	MALO	18,39	11,11	0,00
	REGULAR	28,74	33,33	21,82
	BUENO	33,33	48,15	38,18
	MUY BUENO	10,34	3,70	40,00
Humanidad por parte del personal administrativo	MUY MALO	3,45	0,00	0,00
	MALO	4,60	0,00	0,00
	REGULAR	34,48	22,22	7,27
	BUENO	44,83	51,85	29,09
	MUY BUENO	12,64	25,93	63,64

El 34,48% de los usuarios de las empresas con ánimo de lucro consideran que el apoyo y conocimiento de la programadora de citas es bueno, el 26,44% lo perciben como regular y en tercer lugar están los que lo evalúan como muy bueno y como malo con el 17,24% cada uno. En las empresas sin ánimo de lucro el 48,15% de los encuestados manifiestan que perciben este aspecto como bueno, seguido por el 29,63% de los consultados que lo perciben como regular y el 14,81% que consideran que es muy bueno. Para el 45,45% de los usuarios de las

empresas de economía solidaria el apoyo y conocimiento de la programadora de citas es muy bueno, seguido por el 24,82% que lo evalúan como bueno.

Para determinar el promedio obtenido por cada IPS de acuerdo a su naturaleza jurídica, en cuanto a la competencia que ofrece el personal, se procedió a calcular el promedio de cada clase de IPS, los resultados se expondrán a continuación:

Al analizar la gráfica anterior tenemos que para el 40% de los usuarios de las empresas con animo de lucro la competencia del personal que labora en dichas instituciones es bueno, seguido pro el 25,98% que lo evalúan como regular y el 16,63% que lo perciben como muy bueno.

En las empresas sin ánimo de lucro el 49,25% de los encuestados manifiestan que ola competencia del personal es buena, para el 26,12% es regular, el 17% consideran que es muy buena y el 5% lo califican como malo.

El 53,65% de los consultados en las empresas de economía solidaria consideran que la competencia del personal de dichas instituciones es muy buena, el 36,136% lo evalúan como bueno mientras que el 10,22% restante consideran que es regular.

PERSONAL ADMINISTRATIVO

Para conocer la percepción del personal administrativo de las diferentes instituciones de salud que existen en la ciudad, se les aplicó una entrevista semiestructurada a 42 personas, los resultados se exponen a continuación:

Cuadro 18. Percepción de los funcionarios administrativos respecto a la funcionalidad, clima organizacional y competencia en Hospitales de Cartagena de Indias

	CON ANIMO DE LUCRO	SIN ANIMO DE LUCRO	ECONOMÍA SOLIDARIA
FUNCIONALIDAD	Los trabajadores en general de este tipo de clínicas consideran que las instalaciones, infraestructura, seguridad y acceso a la institución es muy buena. Igualmente califican como muy bueno el aseo y confort que hay en la institución en general	Los empleados de este tipo de empresas manifiestan que las instalaciones en las que están trabajando son regulares porque les hace falta mantenimiento, aunque tienen buena infraestructura, seguridad y el acceso a la institución es normal. El aseo y confort lo evaluaron como regular, en ocasiones no por los empleados del aseo, sino por los mismos usuarios, por lo tanto ellos consideran que puede mejorar.	La evaluación en cuanto al aseo y confort a las instalaciones, es para la mayoría de los empleados muy buena. La infraestructura, seguridad y acceso a la institución fue calificado entre bueno y muy bueno.
COMPETENCIA (IMPLEMENTACION Y TECNOLOGÍA)	Los trabajadores evalúan la dotación de materiales como buena y consideran que la institución está bien dotada de tecnología y software para hacer sus trabajos, lo que les ha permitido mejorar la eficiencia de la institución, porque hacen su trabajo en menor tiempo y así “no se empapelan” como podría suceder sino contarán con dichas herramientas. La remuneración económica actual es oportuna y en su gran mayoría manifiestan que el sueldo está dentro de lo normal, pero muchas veces les exigen más de lo que está establecido en sus contratos.	En cuanto a la dotación de equipos y materiales es muy deficiente en las instituciones de naturaleza pública, ellos manifiestan que demoran mucho los pedidos y es difícil trabajar en esas condiciones. Las instituciones de naturaleza privada obtuvieron mejores calificaciones en cuanto a este ítem, aunque también se presentan demoras pero es percibido en menor proporción. La remuneración actual es evaluada como buena aunque los pagos son un poco demorados, especialmente en el Hospital Napoleón Franco y la ESE Maternidad Rafael Calvo.	La dotación de equipos y materiales para la realización de las labores diarias es considerada por los trabajadores como muy buena. Esto les permite mantener al día la información y les da mayor rapidez de respuesta. Estas empresas (Coomeva y Saludcoop) tienen implementado un sistema de gestión, por lo que sus trabajadores conocen los objetivos, visión, misión de la empresa y conocen cuales son sus funciones. La remuneración es evaluada en un 40% como regular, 35% buena, 15% muy buena y 10% como mala.
CLIMA ORGANIZACIONAL	Las relaciones en general son consideradas como buenas, pero muchos manifestaron que se pueden mejorar “Hay veces los jefes por quedar bien ellos le echan el agua sucia a los subalternos”. La institución cuenta con un	Las relaciones son calificadas como muy buenas manifiestan que hay mucha colaboración por parte de los compañeros y tal vez eso permite tener buena comunicación tanto con los superiores como con los	El clima organizacional fue calificado como bueno, tendiendo a excelente, por los mismos trabajadores de la empresa. Ellos consideran que la comunicación es muy buena, el departamento de recursos humanos siempre

	CON ANIMO DE LUCRO	SIN ANIMO DE LUCRO	ECONOMÍA SOLIDARIA
	<p>manual de funciones y eso contrarresta un poco la autoridad mal llamada de algunos jefes. La comunicación con superiores y compañeros de trabajos es evaluada en su mayoría como buena y muy buena. Aunque ninguno manifestó tener problemas con los compañeros de trabajo, reconocen que si existen diferencias, tal vez por envidia, o los que gozan de preferencia ante los jefes, pero son situaciones aisladas que hasta el momento no ha pasado a mayores y no ha entorpecido el desempeño de sus funciones. Hacen integraciones periódicas y para fechas especiales, igualmente hacen campeonatos internos o interempresariales. La calificación obtenida por este tipo de instituciones en cuanto al clima organizacional fue Regular con tendencia a Bueno. Aproximadamente el 35% manifestó que si le gustaría cambiar de trabajo, en su mayoría lo harían en un 60% por una mejor remuneración económica, aproximadamente el 25% lo haría por otro cargo, el 15% se cambiaría a otra empresa que le ofrezca mayor oportunidad de crecimiento.</p>	<p>subordinados. Cada quien sabe cuales son sus funciones, y manifiestan que las integraciones se dan constantemente ya sean planeadas por el departamento de recursos humanos o muchas veces entre áreas organizan reuniones informales principalmente los fines de semana. La calificación en cuanto al clima organizacional en general fue Bueno. Al interrogante: Cambiaría usted su empleo actual? El 50% manifestó que si, las causas que le llevarían a cambiar su empleo sería principalmente una mejor remuneración, por pagos oportunos, por otro cargo, por una mayor estabilidad, por posibilidad de ascenso, entre otras.</p>	<p>organiza actividades que propenden a la integración e interacción de las diferentes áreas y trabajadores de la institución. La comunicación entre compañeros es calificada como buena y muy buena, independientemente si es con superiores o subordinados. A la pregunta: Cambiaría su trabajo actual? El 40% de los encuestados manifestó que si. Para la gran mayoría el motivo principal es tener un mayor ingreso, seguido por la posibilidad de crecimiento profesional, o ascender dentro de la misma compañía.</p>

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos del presente estudio se puede inferir, no sólo que existe un respaldo por parte del Estado para con las Empresas de Economía Solidaria que gestionan el sistema sanitario, sino que éste plantea mejores alternativas en materia de eficiencia y sostenibilidad financiera.

Las cooperativas constituyen un factor de importancia en la moderna economía de mercado. Su participación global en la actividad económica es mayor en las economías de mercado avanzadas que en las economías menos desarrolladas, lo que permite reafirmar que esta clase de empresas ha contribuido de alguna forma a esos mayores niveles de desarrollo.

Para las cooperativas, el éxito no es sólo el logro de una alta productividad, competitividad y eficiencia, sino también la mejora de la calidad de vida y la situación económica (o de otro tipo) de sus miembros (sean empresas o personas) y de la comunidad en la que presten sus servicios.

Las legislaciones en los distintos países de América Latina tienden a reconocer que la comunidad es sujeto y objeto del progreso y consideran a la salud como un producto social, definiendo parámetros, que garanticen el acceso a los servicios de salud, tales serían el caso de la Ley 100 de Colombia, el Código de Salud de Bolivia, las Leyes Generales de Salud de Costa Rica, y México, la ley que crea el Sistema Nacional de Salud de Chile y la que establece el Sistema Único de Salud en Brasil. Este último caso es quizás el mejor ejemplo de América Latina de cómo la salud puede contribuir a la democratización del Estado y la sociedad.

La inclusión y reconocimiento del derecho a la salud como un derecho de incidencia colectiva es incipiente y está limitado a muy pocos estados. Algunos países (Argentina, Brasil, Colombia y Paraguay) incluyen en su derecho constitucional los derechos difusos, que involucran el derecho a la salud. Resulta particular la Constitución de Guyana que guiada por principios socialistas y de cooperación favorece mecanismos de participación social. En este sentido, esta constitución reconoce la importancia de las cooperativas y considera a las ONGs parte del sistema de salud.

La participación de las cooperativas, mutuales, obras sociales y ONG's en el sistema de salud favorece la participación social, contribuye a los sistemas de aseguramiento que previenen riesgos y aumenta la demanda de servicios.

Para el caso de Colombia, la participación de las cooperativas ha sido esencial en el desarrollo de los diferentes sectores de la economía. Por ejemplo, en el sector salud, la Ley 100 promueve la creación de las Empresas Solidarias, las cuales han demostrado ser autogestionables, razón por la cual el Gobierno Nacional contempla la administración de hospitales públicos por parte de cooperativas de trabajadores como una nueva alternativa a la solución de la crisis que enfrenta la Red Hospitalaria Estatal.

Mientras que en Colombia estas cooperativas de trabajadores son una alternativa de solución, en Argentina es la única opción legal que tienen las empresas para evitar su liquidación y posterior cierre.

Estas cooperativas constituyen para sus integrantes una fuente de trabajo, donde los trabajadores son los dueños, lo que genera mayor responsabilidad y sentido de pertenencia; y esto se ve reflejado en la sostenibilidad y eficiencia de la empresa.

Con los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas y, las experiencias de países como: Costa Rica, Brasil y Japón, dónde el sistema de salud es administrado por cooperativas, se puede concluir que el modelo de gestión basado en economía solidaria presenta ventajas a nivel de eficiencia, productividad, rentabilidad y liquidez, lo que lo hace un sistema de gestión integral para administrar una empresa.

Es importante continuar el seguimiento del caso colombiano, máxime cuando estamos adportas de una segunda reforma al sistema sanitario, en donde las cooperativas irrumpen como alternativas a múltiples problemas de gestión.

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA Olga Lucia; RAMÍREZ Manuel; CAÑON Carlos Iván. La viabilidad del sistema de salud: que dicen los estudios. Universidad del Rosario – Fundación Corona. 2005 ISBN . 958-97632-1-9. Gente nueva editores Ltda: 66

AKIRA Kurimoto. Apartes de la Ponencia presentada por en el Congreso Internacional del Ciriéc en Lyon, Francia (septiembre 27 y 28 de 2004). En: Cayana Revista Venezolana de Economía Social. Año 4, No.8, segundo semestre 2004. ¿Cómo la economía social puede mejorar el acceso de los usuarios al sistema de salud y su información? El ejemplo de Japón.

Artículo publicado en Elmundo.es – Salud. Informe de la OMS “El Sistema de salud español, el séptimo mejor del mundo”. Publicado 21 de junio de 2000. En: <http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2000/06/21/medicina/961531923.html>

Asistencia Médica (Preventiva) y medicamentos a cargo de las cooperativas. En: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc89/rep-v-1.htm>

Asistencia Médica (Preventiva) y medicamentos a cargo de las cooperativas. En: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc89/rep-v-1.htm>

Asistencia Médica y medicamentos a cargo de las cooperativas. Disponible en Internet, en: www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc89/rep-v-1.htm. Consultado en julio de 2005.

AYALA C., BARBOSA D y VELÁSQUEZ B. “Formas de Contratación no tradicionales y sin incidencia en la salud ocupacional. Consejo Colombiano de Seguridad. 38 Congreso Nacional de Seguridad, Salud y Ambiente.

CABEZAS Bolaños, S. Cooperativas con gestión de éxito. Revista Actualidad Económica No.293. Volumen XVII; enero de 2004.

CABEZAS Bolaños, S. Cooperativas con gestión de éxito. Revista Actualidad Económica No.293. Volumen XVII; enero de 2004.

Cartagena: Inminente cierre de la Clínica del Seguro social. Disponible en Internet en: <http://colombia.indymedia.org/news/2005/03/23342.php> Consultado el día 10 de diciembre de 2005.

CASA DE NARIÑO. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. 17 de Mayo 2005. Revela Presidente Uribe en Consultorio Empresarial. 60% ha crecido afiliación a Régimen Subsidiado de Salud en Cartagena. Disponible en internet en: <http://www.presidencia.gov.co/sne/2005/mayo/17/15172005.htm>. Consultado el 12 de octubre de 2006.

CAYAPA. Revista Venezolana de Economía Social. Año 1. Número 1 Mayo del 2001.

CIT89-Informe V: Promoción de las Cooperativas. Disponible en Internet, en: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc89/rep-v-1.htm>. Consultado el 29 de agosto de 2006.

CIT89-Informe V: Promoción de las Cooperativas. Disponible en Internet, en: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc89/rep-v-1.htm> Consultado el 29 de agosto de 2006.

CIT89-Informe V: Promoción de las Cooperativas. Revisado mayo 8 de 2006.
<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc89/rep-v-1.htm>.

Comentario del Dr. Raúl Sánchez, Coordinador del Área Técnica de la Dirección de Compras de Servicios de Salud (D.C.S.S.) de la CCSS. En: Revista Actualidad Económica No.293, Vol. XVII.

Conclusiones Generales de la XIV Conferencia Regional titulada Competitividad y Posicionamiento Cooperativo: Retos y Oportunidades para el Desarrollo Económico y Social. En: <http://www.aciamericas.coop/conferencia2006/Conclu.doc> Consultado el 24 de agosto de 2006

Conclusiones Generales de la XIV Conferencia Regional titulada Competitividad y Posicionamiento Cooperativo: Retos y Oportunidades para el Desarrollo Económico Social.

COOPERATIVA dice que fue engañada. El Universal, domingo 13 de agosto de 2006. Página 8A Cartagena.

Cooperativas con gestión de éxito. Disponible en Internet en: www.actualidad.co.cr/293/18.empresas.html Consultado el 10 de julio de 2005.

Cooperativas de Empleados para mantener el trabajo: En La Plata funcionan varias en distintos rubros comerciales. Argentina, 12 de agosto de 2006. Extraído de El Día. Disponible en Internet, en: <http://www.neticoop.org.uy/article2294.html> Consultado el día 19 de octubre de 2006.

Cooperativismo. Expresión de la Conciencia Colectiva.
[www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/Folleto Cooperativismo.pdf](http://www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/Folleto_Cooperativismo.pdf) Consultado en internet el 24 de agosto de 2006

Costa Rica: Las Cooperativas Médicas con uso de la infraestructura pública. El caso de la Caja Costarricense del Seguro Social. En: <http://www.unam.mx/prolap/maigncos.html>.

DANSOCIAL. Boletín de Prensa No.159. Mayo 12 de 2005. Disponible en internet en: www.dansocial.gov.co

Diario, EL UNIVERSAL. 30 de julio de 2006. Liquidan la Henrique De La Vega. Disponible en internet, en: <http://www.eluniversal.com.co/paginas/diarias/local.htm> Consultado el día 12 de octubre de 2006.

Eduardo Manotas Santiago. LIDERAZGO SOLIDARIO. Disponible en Internet en: <http://www.uninorte.edu.co/divisiones/humanidades/apsiun/articulo2.htm>. Consultado el 10 de diciembre de 2005.

El sistema de seguridad social en salud de Colombia. Disponible en Internet en: www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm Consultado el 10 de julio de 2005.

El sistema de seguridad social en salud de Colombia. Disponible en Internet en: www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm Consultado el 10 de julio de 2005.

FERLIE E. et al. The New public management in action. Oxford: Oxford University Press, 1998. En: Molina M., Gloria. Tendencias en la gestión de los servicios de salud. Publicado en la revista de la Facultad Nacional – Salud Pública 2001; 71-89

FERMÍN Bertossi, R. Cooperativas de Servicios para la Salud. Instituciones y Figuras Cooperativas. En <http://www.bioetica.org/colab13-1.htm> Revisado Febrero 16 de 2006.

GIACOMETTI Rojas, L.F. "Empresarización de Hospitales Públicos. La Experiencia Internacional.

HANSEN B., GARY; Coontz E. Kim, MALAN Audrey. Pasos para iniciar una cooperative de trabajadores. Center for Cooperatives. Universidad de California. 1997 ISBN: 1-885641-18-4 Disponible en Internet.

Identificación y Medición del Producto Sanitario. Disponible en: <http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/Producto%20Sanitario.ppt>. Consultado el 22 de mayo de 2007

http://www.credicoop.com.co/docs/doctrina_expresionessolidarias.doc Consultado en internet el 8 de julio de 2006.

La Cooperativa de Trabajo Hospital de Llavallol obtuvo la tenencia de los bienes. Jueves, 26 de agosto de 2004. Disponible en Internet: http://www.fabricasrecuperadas.org.ar/article.php?id_articulo=84 Consultado el día 19 de octubre de 2006

La red de Dieb Maloof. Revista Cambio.com. Disponible en Internet, en: <http://revistacambio.com/html/pais/articulos/5207/> Consultado el día 19 de octubre de 2006.

La Reforma de Salud en China. En: folleto Contact. No.151. Agosto-octubre 1999. Pags.3-5 Impresión: Enero 2001.

Las Cooperativa. Una mirada argentino-europea. En: <http://www.iadb.org/etica/sp4321/DocHit.cfm?DocIndex=3D1552> Consultado en internet el 23 de agosto de 2006

Las Cooperativas de Trabajo Asociado – Una Opción Válida.
<http://www.scare.org.co/ocq/noticias.htm>

Las Cooperativas. Una mirada argentino-europea. En
<http://www.iadb.org/etica/sp4321/DocHit.cfm?DocIndex=3D1552>

Ley 454 de 1998

MARTÍ, Juan Pablo, BERTULLO Jorge, SORIA Cecilia, BARRIOS Diego, SILVEIRA Milton. Empresas Recuperadas mediante cooperativas de trabajo.- Viabilidad de una alternativa. Unidad de Estudios Cooperativos de la Universidad de la República, Uruguay. Instituto de Estudios Cooperativos de la Universidad de La Plata, Argentina. Disponible en Internet, ent:
<http://www.unircoop.org/documents/revue/Release/Vol2No1.05.Marti,%20Bertulio,%20Soria.pdf> Consultado el día 19 de octubre de 2006

Ministro de Comunicación e Información. Gobierno bolivariano de Venezuela Cooperativismo. Expresión de la Conciencia Colectiva. Disponible en Internet en:
[www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/Folleto Cooperativismo.pdf](http://www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/Folleto_Cooperativismo.pdf) consultado el 26 de agosto de 2006.

MOLINA, G. Tendencias en la gestión de los servicios de salud. Revisa Facultad Nac. Salud Pública 2001; 71-89

MORÓN D. Darío. La Clínica y el Centralismo. El Universal, sábado 19 de agosto de 2006. Editorial. Página 4ª

Nuevas tendencias en gestión de establecimientos sanitarios: el contrato de gestión. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud44/colabora.htm> Consultado el 22 de mayo de 2007.

ORTÚN Ruvio, V. Innovación en sanidad. En: Meneu R, Ortún Rubio V (ed.) Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 1996.

PEÑUELA Poveda Ana M; CHARRY Rojas Sandra P; MAILLANE Ramírez Hernan Dario. "Primer ranking de las administradoras del régimen subsidiado del distrito capital". Secretaria Distrital de Salud de Bogota.

QUINN RE. Beyond racional management. Mastering the paradoxes and competing demands of high performance. San Francisco, California, The Jossey-Bass Management Series; 1988. En: Molina M., Gloria. Tendencias en la gestión de los servicios de salud. Publicado en la revista de la Facultad Nacional – Salud Pública 2001; 71-89

RODRÍGUEZ Del Gallego, A. y ÁVILA Roa, Marcela. El Sector Salud en Colombia: pasado y presente de una reforma neoliberal. Revista de la Universidad Piloto de Bogotá

SEEGER Maricel, 2004. El Israelita fue recuperado. Los trabajadores administran el centenario hospital. Sábado, 6 de noviembre de 2004. Disponible en Internet, en: http://www.fabricasrecuperadas.org.ar/article.php?id_article=160 Consultado el 19 de octubre de 2006

SNE. Del sindicalismo reivindicatorio al sindicalismo participativo. Disponible en Internet en: <http://www.presidencia.gov.co/sne/2005/mayo/12/07122005.htm> Consultado el día 10 de diciembre de 2005.

TOBAR, F. Modelos de gestión: la encrucijada de la reconversión. Énfasis Management 1999; año V (no 8. Agosto): 6-14

VILORIA, Joaquin. Salud Pública y Situación Hospitalaria en Cartagena. En: Documentos de trabajo sobre Economía Regional. No.65, Noviembre de 2005. Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales, Cartagena. ISSN 1692-3715.

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista semiestructurada aplicada a los gerentes de IPSs y EPSs de la ciudad de Cartagena

OBJETIVO: Conocer la eficiencia del modelo de gestión que utiliza cada empresa, a partir de su comportamiento administrativo y financiero, el grado de satisfacción que ofrece tanto para la empresa como para los usuarios y la rentabilidad alcanzada desde su aplicación.

1. La naturaleza jurídica de su empresa es:

1. Naturaleza jurídica de la empresa		2. Fines de la empresa		
1. PUBLICO	2. PRIVADO	1. CON ANIMO DE LUCRO	2. SIN ANIMO DE LUCRO	3. ECONOMIA SOLIDARIA

2. ¿Siendo 1 lo peor y 5 lo excelente, en cuanto a la eficiencia de la gestión (medida por sus resultados), el modelo que aplica su empresa es:

1	2	3	4	5

3. ¿Cuáles son las razones que le llevaron a dar esa calificación? Relaciónelas brevemente:

4. ¿Cómo califica la situación de la empresa hoy respecto a su estado a su llegada al cargo?

PEOR	MALA	IGUAL	MEJOR	EXCELENTE

**5. ¿Cuáles son las razones que le llevaron a dar esa calificación?
Relaciónelas brevemente:**

En cuanto a EFICIENCIA, el grado obtenido por su empresa con la aplicación del modelo de gestión actual ha sido:

Cero eficiente ____ Poco eficiente ____ Medianamente eficiente ____ Muy eficiente ____ Totalmente eficiente ____

6. Desde la aplicación del modelo de gestión actual, la ATENCIÓN AL CLIENTE ha sido:

Excelente ____ Buena ____ Regular ____ Mala ____
Pésima ____

7. Con el modelo de gestión actual, la PRODUCTIVIDAD de la empresa ha sido:

Nada productiva ____ Poca productiva ____ Medianamente productiva ____ Muy productiva ____ Totalmente productiva ____

8. ¿Cómo es la CULTURA ORGANIZACIONAL desde la aplicación del modelo de gestión actual?

Excelente _____ Buena _____ Regular _____
Mala _____ Pésima _____

9. ¿Utiliza algún sistema para medir el nivel de satisfacción de sus clientes (Usuarios, pacientes)?

Sí _____ ¿Cuál? No _____ ¿Por qué?

10. ¿Cuenta con un Buzón de Sugerencias o de Quejas para conocer las opiniones y conceptos de sus clientes INTERNOS?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?

11. ¿Cuenta con un Buzón de Sugerencias o de Quejas para conocer las opiniones y conceptos de sus clientes EXTERNOS o usuarios?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?

12. ¿Tiene en cuenta las quejas y opiniones presentadas por sus clientes?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?

13. ¿Cuál es el motivo más común (el más recibido) de las quejas presentadas por sus clientes?

Atención oportuna _____ Servicios médicos prestados _____

Trámites administrativos _____ Servicio de droguería _____

Otro: _____

14. Los niveles de liquidez que actualmente maneja la empresa, son:

Excelente _____ Buenos _____ Regulares _____

Malos _____ Pésimos _____

15. ¿Cuáles son las razones que le llevaron a dar esa calificación?

Relaciónelas brevemente:

16. ¿Cuál es el nivel de endeudamiento de la empresa?

Muy Bajos _____ Bajos _____ Normales _____
Altos _____ Muy Altos _____

17. ¿Le recomendaría a otras empresas el modelo de gestión de su empresa?

Sí _____ No _____

18. ¿Los pagos de nómina de su empresa son?

Muy Demorados _____ Demorados _____ Oportunos _____

OBSERVACIONES:

Anexo 2. Encuesta aplicada a los médicos.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE
MÉDICO/ESPECIALISTA

Fecha: ____/____/____

La siguiente encuesta persigue detectar aspectos sensibles a mejorar, para ello le solicitamos marcar en la escala ¿Cómo evalúa Ud. la Institución _____ en cuanto a:

Escala: MB = Muy buena, B = Buena, M = Mala, MM = Muy Mala

	MB	B	M	MM
1. Instalaciones e infraestructura (Parqueadero, Star, Lockers, etc)				
2. Seguridad y acceso a la Institución				
3. Aseo y confort en el área de trabajo.				
4. Existencia en la institución de equipos, herramientas y dotación médica.				
5. Tecnología y Software existentes en la institución.				
6. Remuneración económica actual				
7. Procedimientos de facturación de servicios y pago de los mismos.				
8. Trato, asistencia y respeto recibido por parte del personal directivo.				
9. Trato, asistencia y respeto recibido por parte del personal médico.				
10. Trato, asistencia y respeto recibido por las enfermeras y auxiliares.				
11. Trato, asistencia y respeto recibido por el personal de facturación.				
12. Trato, asistencia y respeto recibido por el personal de contabilidad.				
13. Grado satisfacción con la solución a los percances y/o situaciones difíciles que se le han presentado.				
14. Grado de satisfacción con la Institución _____				

OBSERVACIONES: _____

Anexo 3. Encuesta aplicada a los usuarios de IPS's y EPS's de la ciudad de Cartagena.

Nombres y Apellidos: _____

Nombre de la Entidad: _____

Tipo de Entidad: EPS____M. Prepagada____Particular_____

Fecha: ____/____/____

Como evalúa Ud. La Clínica _____ en cuanto a:

Escala: Muy Bueno=☺☺; Bueno = ☺, Regular = 😐 Malo = ☹, Muy Malo = ☹☹

	MB	B	R	M	MM
1. Facilidad de acceso a las instalaciones	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
2. Orden y aseo en general	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
3. Distribución de las áreas (funcionalidad)	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
4. Facilidad para acceder a los servicios	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
5. Amabilidad de la programadora de citas	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
6. Apoyo y conocimiento programadora de Citas	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
7. Calidad de la información de la Programadora de citas	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
8. Solución a inquietudes	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
9. Oportunidad en la prestación de servicio de consulta	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
10. Amabilidad del profesional que lo atendió en consulta	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
11. Amabilidad de la Recepcionista	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
12. Amabilidad del Auxiliar de Enfermería	☺☺	☺	😐	☹	☹☹
13. Humanidad por parte del personal medico –asistencial	☺☺	☺	😐	☹	☹☹

14. Humanidad por parte del personal administrativo	😊😊	😊	😐	😞	😞😞
15. Información recibida por parte del personal medico - asistencial	😊😊	😊	😐	😞	😞😞
16. Su grado de satisfacción con el servicio prestado	😊😊	😊	😐	😞	😞😞

Anexo 4. Entrevista semiestructurada efectuada a los trabajadores de IPS's y EPS's de la ciudad de Cartagena

Guión entrevista personal administrativo

Naturaleza de la empresa _____

Fecha: ____/____/____

Escala: MB = Muy buena, B = Buena, M = Mala, MM = Muy Mala

	MB	B	R	M	MM
1. Instalaciones e infraestructura (Parqueadero, Star, Lockers, etc)					
2. Seguridad y acceso a la Institución					
3. Aseo y confort en el área de trabajo.					
4. Existencia en la institución de equipos, herramientas y dotación PROPIA DEL CARGO					
5. Tecnología y Software existentes en la institución.					
6. Remuneración económica actual					
7. PAGOS OPORTUNOS					
8. Trato, asistencia y respeto recibido por parte del personal directivo.					
9. Trato, asistencia y respeto recibido por parte del personal médico.					
10. Trato, asistencia y respeto recibido por las enfermeras y auxiliares.					
11. Grado satisfacción con la solución a los percances y/o situaciones difíciles que se le han presentado.					
12. Grado de satisfacción con la Clínica _____					
13. Conoce ud. los manuales que rigen a la empresa					
14. Cómo es la comunicación con sus superiores					
15. Cómo es la comunicación con sus subalternos					
16. La empresa organiza integraciones periódicas					
17. Considera usted que la empresa tiene en cuenta sus sugerencias					
18. Ha tenido problemas con sus compañeros de trabajo					
19. Cómo califica el clima organizacional					
20. Cambiaría su trabajo actual?					
Mejor remuneración ____ otro cargo ____ Mejorar relaciones con los compañeros ____ Otra ____ oportunidad de crecimiento ____					

OBSERVACIONES:

Anexo 5. Decreto 2505 de 2006

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DECRETO NÚMERO 2505 DE 2006

29 JUL 2006

Por el cual se suprime la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla y se ordena su liquidación.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de las facultades que le confieren el numeral 15 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 52 de la Ley 489 de 1998 y de conformidad con el Decreto-Ley 254 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que la Empresa Social del Estado Jose Prudencio Padilla, fue creada mediante el Decreto Ley 1750 del 2003, como una categoría especial de entidad pública descentralizada del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de la Protección Social, que tiene por objeto la prestación de los servicios de salud, como servicio público esencial a cargo del Estado o como parte del servicio público de la seguridad "social, en los términos del artículo 194 de la Ley 100 de 1993.

Que la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla, adelantó un proceso de reestructuración buscando la viabilidad de la entidad y la adecuada prestación de servicios de salud, para lo cual el Gobierno Nacional expidió los decretos 775 y 776 de 2006, de modificación de la estructura y supresión de cargos de la planta de personal, respectivamente.

Que pese al proceso de reestructuración, se pudo evidenciar que la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla ha venido aumentando el desequilibrio financiera y está presentando deficiencias en la calidad y en la capacidad resolutoria de los servicios de salud que ofrece a los usuarios, generando un bajo nivel de competitividad de la institución, frente a las condiciones del mercado regional, haciendo inviable e insostenible su funcionamiento.

Que el seguimiento a la calidad de los servicios, efectuado por el Instituto de Seguros Sociales, mediante auditorías a los servicios prestados por la Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla, y la interlocución directa en audiencias públicas con los usuarios de los servicios de salud que viene prestando la



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO 1750 DE 2003

26 DE JUNIO DE 2003

Por el cual se escinde el Instituto de Seguros Sociales y se crean unas Empresas Sociales del Estado.

El Presidente de la República de Colombia,

en ejercicio de las facultades extraordinarias conferidas por los literales d), e), f) y g) del artículo 16 de la Ley 790 de 2002,

DECRETA:

TITULO I

ESCISIÓN Y CREACIÓN

Artículo 1°. Escisión. Escíndese del Instituto de Seguros Sociales la Vicepresidencia de Prestación de Servicios de Salud, todas las Clínicas y todos los Centros de Atención Ambulatoria.

Artículo 2°. Creación de empresas sociales del Estado. Créanse las siguientes Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritas al Ministerio de la Protección Social, y cuyas denominaciones son:

1. Empresa Social del Estado Rafael Uribe Uribe.
2. Empresa Social del Estado José Prudencio Padilla.
3. Empresa Social del Estado Antonio Naríño.
4. Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento.
5. Empresa Social del Estado Policarpa Salavarrieta.
6. Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, y
7. Empresa Social del Estado Rita Arango Álvarez del Pino.

TITULO II

OBJETO, FUNCIONES GENERALES Y SEDE

Artículo 3°. Objeto. Las Empresas Sociales del Estado creadas en el artículo anterior tienen por objeto la prestación de los servicios de salud, como servicio público esencial a cargo del Estado o como parte del servicio público de la seguridad social, en los términos del artículo 194 de la Ley 100 de 1993.



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DECRETO NUMERO 775 DE 2006

16 MAR 2006

Por el cual se modifica la estructura de la Empresa Social del Estado **JOSÉ PRUDENCIO PADILLA**

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las que le confiere el numeral 16 del artículo 189 de la Constitución Política y de conformidad con el artículo 54 de la Ley 489 de 1998 y,

CONSIDERANDO:

Que en sesión del día 20 del mes de diciembre de 2005 según acta N° 09 de 2005, la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado **JOSÉ PRUDENCIO PADILLA** de conformidad con lo previsto en el Decreto 1750 de 2003, Artículo 9° numeral 6°, decidió someter a la aprobación del Gobierno Nacional la modificación de la estructura de la Empresa Social del Estado **JOSÉ PRUDENCIO PADILLA**.

Que la Sentencia de la Corte Constitucional C-349 de 2004, al estudiar la constitucionalidad del Decreto Ley 1750 de 2003, determinó el derecho de los servidores públicos incorporados automáticamente como empleados públicos en las plantas de personal de las Empresas Sociales del Estado creadas por el citado decreto, a ser indemnizados al momento de su retiro por supresión del cargo, en atención al régimen especial de permanencia, que según lo manifestado por esa corporación se generó como consecuencia del cambio de naturaleza de la vinculación.

Que en consecuencia, es procedente reconocer la indemnización a los empleados públicos provisionales que sean retirados en virtud de la supresión de los cargos.

DECRETA

Artículo 1°. Estructura. La estructura de la Empresa Social del Estado **JOSÉ PRUDENCIO PADILLA**, quedará así:

1. Junta Directiva.

2. Gerencia Entidad Descentralizada.

2.1 Oficina Asesora Jurídica.

2.2 Oficina Asesora de Planeación.

2.3 Oficina de Control Interno

Anexo 8. Entrevista al Gerente y a un socio de la Cooperativa De Trabajadores de Salud de Cartagena de Indias

1. ¿Cómo se enteraron que el Gobierno liquidaría la ESE José Prudencio Padilla?
2. ¿Quién sugirió o recomendó que formaran una cooperativa de trabajadores para administrar la Clínica Henrique De La Vega?
3. ¿Cómo hicieron para conformar esta cooperativa si, de acuerdo con las noticias, no todos los trabajadores de la Clínica estuvieron de acuerdo con esta propuesta?
4. ¿Quién los capacitó o asesoró para conformar esta cooperativa?
5. En las reuniones que realizaron, ¿estuvieron siempre presentes funcionarios del Ministerio de la Protección Social o representantes del Presidente de la República?
6. ¿Cómo fue este proceso de capacitación?
7. ¿La nueva cooperativa cumple con todos los requisitos legales y las características propias de este tipo de empresas, para iniciar la puesta en marcha?
8. ¿Cuál cree usted que fue el motivo por el cual el Gobierno Nacional cambió la decisión de entregar a la cooperativa de trabajadores creada, la administración de la Clínica?
9. ¿Qué conoce usted de Anestecoop? ¿Han administrado anteriormente alguna institución hospitalaria?, ¿está conformada por trabajadores de alguna entidad?
10. ¿Qué sucederá con la nueva cooperativa?

9. Estatutos Cooperativa de Trabajo Asociado de Profesionales al Servicio de la Salud "CGC CTA"

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE PROFESIONALES AL SERVICIO DE LA SALUD CGC CTA

**ESTATUTOS
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
DE PROFESIONALES AL SERVICIO DE LA SALUD "CGC CTA"**

CAPITULO I

DIPOSICIONES GENERALES

DENOMINACIÓN, NATURALEZA, DURACIÓN, REGIMEN LEGAL.

ARTICULO 1º. NATURALEZA Y RAZON SOCIAL Con base en el Acuerdo Cooperativo se constituye en la ciudad de Cartagena Bolívar, República de Colombia, una empresa, de naturaleza cooperativa de trabajo asociado, de derecho privado, con personería jurídica, sin ánimo de lucro, con fines de interés social, de responsabilidad limitada, de número de asociados y patrimonio *social variable e ilimitado*, denominada "COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE PROFESIONALES AL SERVICIO DE LA SALUD CGC CTA", la cual se regirá por la Legislación vigente, los principios universales, la Doctrina, los valores del Cooperativismo, los Estatutos y las reglamentaciones internas que adopten los órganos competentes.

Para efectos de su denominación pública, esta empresa asociativa podrá identificarse con la siguiente razón social abreviada: "COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO CGC CTA"

Por tratarse de una Cooperativa de Trabajo Asociado, el presente Acuerdo conlleva la integración voluntaria de sus asociados para vincular su trabajo y aportes económicos a la prestación de servicios de manera autogestionaria, teniendo en cuenta su conocimiento, experiencias, aptitudes, capacidades y requerimientos de los cargos, de acuerdo con las normas que establezcan los órganos de administración y sin sujeción a la legislación laboral ordinaria.

DOMICILIO Y AMBITO TERRITORIAL

ARTICULO 2º. El domicilio principal de la empresa cooperativa es la ciudad de Cartagena Bolívar, con radio de acción para el desarrollo de sus operaciones en todo el Territorio Colombiano, pudiendo establecer sucursales y agencias en cualquier parte del País y en el Exterior.

ARTICULO 3º. DURACIÓN: La duración de la Cooperativa será indefinida, pero podrá disolverse y liquidarse en cualquier momento, así como fusionarse o incorporarse a otra cooperativa, en la forma y términos previstos en la Ley y en los Estatutos.

ARTÍCULO 4º PRINCIPIOS Y VALORES Las actividades sociales y económicas que realice la Cooperativa se regularán por los principios y valores universales del cooperativismo, la Ley 79 de 1998, el Decreto 468 de 1990, Ley 454 de 1998, el presente estatuto, y las demás normas legales vigentes así:

Los miembros del Consejo de Administración y de la Junta de Vigilancia, el Revisor Fiscal, el Gerente y demás funcionarios de la Cooperativa, serán responsables por los actos u omisiones que impliquen el incumplimiento o violación de las normas legales, estatutarias y reglamentarias.

CAPÍTULO XIII

DISPOSICIONES FINALES

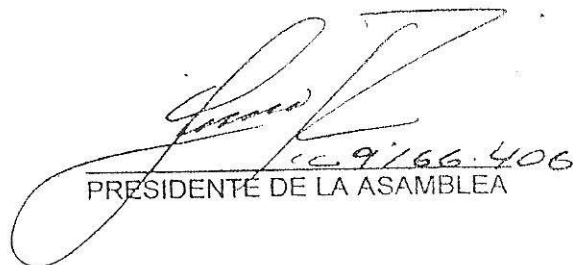
ARTÍCULO 118°. JERARQUÍAS DE NORMAS: Los presentes estatutos están subordinados a las leyes y demás normas generales del mismo modo que los reglamentos internos lo están a las disposiciones estatutarias. Los aspectos facultativos no previstos ni en el estatuto, ni en los reglamentos de la Cooperativa, se resolverán de conformidad con las normas especiales para Cooperativas de Trabajo Asociado y las generales para organizaciones Cooperativas.

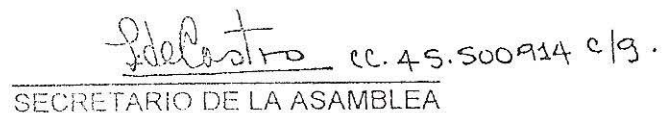
ARTÍCULO 119°. DELEGACIÓN DE FUNCIONES: Los órganos de administración y de Vigilancia no podrán delegar las funciones a ello atribuidas por la Ley.

ARTÍCULO 120°. "CAPÍTULO XIII "DISPOSICIONES FINALES" Los casos no previstos en los presentes estatutos y que no fueren reglamentados por el Consejo de Administración, se resolverán de acuerdo con las leyes 79/88, 454/98 y con el Decreto 468 de /90.

El presente Estatuto fue aprobado en la Asamblea celebrada el día 28 del mes mayo de del año de Dos Mil Cinco (2.005).

En constancia firman:


C.C. 9166-406
PRESIDENTE DE LA ASAMBLEA


C.C. 45.500914 e/g.
SECRETARIO DE LA ASAMBLEA