

Gestión institucional bajo la presión del mercado competitivo en el sistema de salud colombiano, 2007-2008

Gloria Molina Marín¹, Flor de María Cáceres Manrique²

RESUMEN

Objetivo: comprender la dinámica de las decisiones en salud y su relación con el acceso y la calidad de los servicios, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, durante 2007-2008.

Métodos: se optó por una metodología de investigación cualitativa; se hicieron 179 entrevistas en profundidad a médicos, enfermeras y administradores de instituciones de salud, en seis ciudades colombianas; también se realizaron grupos focales con usuarios de los servicios de salud. Se grabaron, transcribieron, sistematizaron y analizaron las entrevistas mediante el método de codificación y categorización, y se generaron mapas conceptuales.

Resultados: emergieron 13 categorías relacionadas con las decisiones en salud. Este artículo solo se ocupa de los modelos de gestión de las instituciones de salud, dados en un contexto de mercado competitivo. El propósito de la gestión en dichas instituciones tiene dos tendencias: la mayoría optan por un modelo centrado en obtener rentabilidad financiera, estableciendo mecanismos encaminados a disminuir los costos, lo que afecta el acceso y la calidad de los servicios de salud y las condiciones laborales de los empleados. Una minoría, en contraste, centra la gestión en la defensa de la salud y la vida de los usuarios, con procesos de garantía de calidad de los servicios y condiciones laborales dignas.

PALABRAS CLAVE

Control de Costos; Gestión en Salud; Sistemas de Salud

SUMMARY

Institutional management under the pressure of competitive market within the Colombian health system, 2007-2008

Objective: To comprehend the dynamics of the health decision making and its relationship with the accessibility and quality of health services, within the Colombian Health System, during 2007-2008.

¹ Docente, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Profesora Asistente, Universidad Industrial de Santander, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Bucaramanga, Colombia.
Correspondencia: Gloria Molina Marín; gloria.molina60@gmail.com

Recibido: abril 26 de 2010

Aceptado: agosto 04 de 2010

Methods: A qualitative approach was adopted; 179 in-depth interviews were conducted with doctors, nurses, and managers working for health institutions at six Colombian cities. Also, focus groups were conducted with health users. Interviews were recorded, transcribed, systematized, and analyzed, using a coding and categorization process, through which conceptual maps were created.

Results: Thirteen analytical categories, related to health decision making, accessibility and quality of services, emerged. This paper presents only the management models in health institutions, within a competitive market environment. Most institutions focus their management on getting financial profitability; consequently, they establish mechanisms to reduce costs, which affect the accessibility and quality of health services, and labor conditions of health workers. A lesser number of institutions focus their management on fostering health and improving life quality of their users by ensuring accessibility and quality of services, and good working conditions for their staff.

KEY WORDS

Cost Control; Health Management; Health Systems

INTRODUCCIÓN

Se entiende por *gestión* el conjunto de reglas, procedimientos y métodos operativos para llevar a cabo una actividad empresarial o institucional tendiente a alcanzar los objetivos de cada entidad.¹ Es una actividad creativa que convierte políticas generales en resultados, mediante la inversión y organización de recursos humanos y materiales.² El control de gestión es el proceso por el cual los dirigentes instan a otros miembros de la organización a cumplir las estrategias. Para ejercer el control se requiere la implementación de un sistema compuesto de tres elementos interrelacionados, que lo hacen operativo y son: su estructura, sus procesos y su sistema de información.¹

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se inició en 1993, por reestructuración del Sistema Nacional de Salud (SNS). El cambio tenía como fin corregir deficiencias en cobertura, integralidad, eficiencia técnica y administrativa, así como de

articulación institucional y segmentación de la población.³ Se apoyó teóricamente, entre otros, en el modelo denominado Pluralismo Estructurado,⁴ que define cuatro funciones en un sistema de salud: modulación, aseguramiento, regulación y prestación de los servicios.⁵

La administración del SGSSS está en cabeza del Ministerio de la Protección Social (MPS), que delegó las funciones de aseguramiento y prestación de servicios en las *empresas promotoras de salud* (EPS), los entes territoriales y las *instituciones prestadoras de servicios de salud* (IPS). A su vez, la Superintendencia Nacional de Salud es responsable de contribuir al desarrollo de las funciones del Estado en cuanto a la inspección, vigilancia y control del sistema.⁶ En cada departamento y municipio del país existe una secretaría de salud, encargada de llevar a cabo las acciones de dirección y control del sistema en su jurisdicción. Estas secretarías deben verificar el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las IPS, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud según la legislación vigente.^{3,7-9} Es decir, velar por la provisión de servicios asequibles, equitativos, de óptima calidad, eficientes y que impacten positivamente la salud de la población.⁸

La financiación del sistema se logra mediante la contribución de empleados y empleadores para el régimen contributivo y con recursos fiscales para el resto de la población, asignados mediante subsidio a la demanda y a la oferta.³ En la gestión de los recursos intervienen el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), las EPS y los entes territoriales.

La percepción general es que el sistema presenta deficiencias en su estructura y sus procesos de gestión que impiden un desempeño eficiente y efectivo de las funciones que se le asignaron a cada actor. Un análisis de expertos encontró problemas de gestión del SGSSS y recomendó establecer reglas justas y transparentes para facilitar la interacción entre los actores y disminuir la incertidumbre, así como mejorar la coordinación intersectorial, desarrollar una política de recursos humanos y hacer visible la participación ciudadana.¹⁰

Sin embargo, no se había llevado a cabo un estudio sobre la dinámica de las decisiones en salud, en el marco del SGSSS y su relación con el acceso y la calidad de los servicios. Este artículo tiene como objetivo presentar los hallazgos de un estudio efectuado en seis ciudades colombianas durante 2007-2008, en lo relacionado con

las características predominantes de la gestión en instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

MÉTODOS

Se utilizó un enfoque metodológico cualitativo¹¹⁻¹³ que permitió recolectar, procesar y analizar información en seis ciudades colombianas, de diferente nivel de desarrollo social, económico, administrativo y del SGSSS: Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia. Se pretendió estudiar cada ciudad como un caso,¹⁴ para comparar unas ciudades con otras en pos de encontrar semejanzas y diferencias e identificar algunos elementos del SGSSS relacionados con la decisión de la atención en salud y su vínculo con el acceso a los servicios y su calidad. No obstante, tras el proceso de análisis, las categorías o subcategorías que emergieron no mostraron mayores diferencias entre ciudades, excepto en aspectos relacionados con la capacidad instalada para la prestación de servicios de salud y las barreras geográficas para el acceso a dichos servicios.

Como técnicas para recolectar la información se utilizaron las entrevistas individuales en profundidad, semiestructuradas^{15,16} y los grupos focales.¹⁷⁻¹⁹ Las entrevistas individuales se hicieron a médicos, enfermeras (tanto en cargos de cuidado directo como en funciones administrativas) y a administradores vinculados a instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas o a entidades administradoras de planes de beneficios (aseguradoras y entes territoriales). Como criterio de selección se tuvo en cuenta que los profesionales tuvieran más de 10 años de experiencia en el sector, e idealmente, vivencias o experiencias tanto en el SNS como en el SGSSS. Su participación fue libre y voluntaria, con previo consentimiento informado. Los grupos focales se hicieron con miembros de organizaciones de usuarios y veedurías en salud. Se realizaron en promedio 29 entrevistas por ciudad, para un total de 179, en tres etapas de recolección. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas; paralelamente se llevó a cabo el análisis mediante el proceso de codificación y categorización en sus diferentes fases: codificación abierta, axial y selectiva, siguiendo la metodología de la Teoría Fundada. Se generaron 11.976 códigos, se configuraron 74 subcategorías descriptivas, de las cuales emergieron 13 categorías analíticas. Para la comprensión de los hallazgos se construyeron mapas

conceptuales²⁰ que permitieran visualizar los conceptos emergentes del proceso de análisis de los aportes de los participantes.

Los hallazgos preliminares se sometieron a discusión en seis foros, uno en cada ciudad, con el fin de asegurar la validez y confiabilidad. De acuerdo con Holloway²¹ y Silverman,²² la validez es un aspecto importante que permite establecer la veracidad y autenticidad de los hallazgos de una investigación. A los foros se convocó a profesionales de la salud, líderes comunitarios de las entidades públicas y privadas del sector y representantes de los entes territoriales, incluyendo los que habían sido entrevistados. Durante los foros se hizo una presentación general de los resultados, luego se llevó a cabo un trabajo de grupo por áreas temáticas o categorías, con el fin de recoger las opiniones y sugerencias de los participantes acerca de los hallazgos, y se finalizó la sesión con una plenaria para exponer los comentarios de cada grupo. Los aportes de los participantes se incorporaron a los resultados finales.

El proyecto fue aprobado por los comités de ética de las instituciones participantes y en todo el proceso investigativo se garantizó un manejo confidencial de la información, de la identidad de los entrevistados y de las instituciones para las cuales trabajaban, cumpliendo con los aspectos éticos definidos para el desarrollo de esta investigación.²³

RESULTADOS

Con la implementación del SGSSS, la gestión de las IPS ha ido cambiando sustancialmente. Los mecanismos no regulados de mercado y competencia generan grandes presiones en las instituciones, tanto públicas como privadas. Las primeras, afectadas por las reformas estatales, enfrentan la amenaza constante de ser cerradas como parte de las políticas de privatización, de liquidación de instituciones públicas y disminución del rol del Estado en la provisión de servicios; además se enfrentan a la amenaza de ser inviables económicamente por el no pago, o por la falta de oportunidad en el pago de los servicios que prestan a la población afiliada o no al sistema de salud. También están sometidas a una lluvia constante de nuevos decretos y normas que conllevan exigencias y cambios estructurales y funcionales, a veces difíciles de cumplir. Las siguientes afirmaciones de los entrevistados ilustran estos aspectos:

“El FOSYGA no paga, les debe a las EPS más de 70 mil millones de pesos y no les paga” (profesional administrativo).

“El Estado mantiene una deuda permanente con los hospitales públicos” (profesional administrativo).

“En salud nosotros nos vemos abocados a una serie de normas legislativas que van a repercutir en todo el proceso de atención” (profesional administrativo).

En estas circunstancias se perfilan dos tendencias en los modelos de gestión de las instituciones de salud, cuyas características se exponen a continuación y se resumen en la tabla n.º 1:

A) Instituciones cuya gestión se centra en la rentabilidad financiera

Para estas instituciones la salud se asume como derecho derivado de los contratos de prestación de servicios celebrados entre las IPS y las aseguradoras y los entes territoriales. Su gestión tiene las siguientes características:

- a) La facturación como base del ingreso, lo que implica un desarrollo de la capacidad administrativa, logística y financiera para la generación de facturas por los servicios prestados. En las IPS es imperativo lograr un alto volumen de facturación, para lo cual se hace búsqueda activa de contratos, pactando precios muy bajos con tal de obtenerlos, lo que va en detrimento de la calidad de los servicios y de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, e incentiva la guerra del centavo, como se deduce de los siguientes testimonios:

“Si aquí no se factura no hay plata” (profesional clínico).

“Existe gran competencia entre IPS por poder acceder a la contratación, de eso se aprovechan las EPS para conseguir tarifas bajas” (profesional administrativo).

“Las EPS solo tienen administradores, economistas y contadores. No tienen personal formado en salud” (profesional administrativo).

“Todos los servicios hay que facturarlos para asegurar la sostenibilidad de la IPS” (profesional clínico)

- b) La implementación de mecanismos de contención de costos se deriva de las imposiciones del asegurador

y de los acuerdos hechos en la contratación de servicios entre el prestador y el asegurador. Si se contrata a bajos precios, se sacrifican la calidad y el acceso para poder obtener la ganancia económica propuesta, lo cual implica desmejorar las condiciones laborales del personal, establecer mecanismos para negar los servicios y para desestimular la demanda, tales como la no realización de actividades de promoción y prevención, la creación de barreras de acceso y la solicitud de citas por teléfono en horarios restringidos o mediante líneas telefónicas siempre ocupadas. En algunos casos las EPS contratan servicios con IPS ubicadas en sitios alejados del lugar de residencia o trabajo del afiliado y exigen una serie de trámites administrativos para autorizar los servicios, lo cual lleva al usuario a no buscarlos o a desistir de usarlos.

“Las ARS ponen trabas administrativas para entregar los medicamentos” (usuario).

“En las instituciones privadas prima el ahorro sobre la calidad, sobre el humanismo y la funcionalidad” (usuario).

“La fragmentación del servicio es un mecanismo controlador de costos” (profesional clínico).

“La solicitud de citas por un conmutador que permanece ocupado es un instrumento para desestimular la demanda” (profesional clínico).

- c) Puesta en marcha de estrategias para aumentar la productividad, tales como el ofrecimiento de incentivos al médico para que aumente el número de consultas, restrinja el número y tipo de medicamentos formulados, evite procedimientos de alto costo, registre en la historia clínica solo las condiciones coherentes con el tratamiento que le es permitido prescribir. Así mismo, se disminuye el tiempo para la consulta y se exige hacer simultáneamente varias actividades de promoción y prevención en muy poco tiempo. En la consulta de promoción de la salud se programan diversas actividades para una sola cita, por lo cual, aunque el tiempo no alcance para todas, igualmente las registran en la historia como llevadas a cabo, con tal de facturarlas. Esto va en detrimento de la calidad de la atención y de la salud de las personas. En hospitalización se disminuyó el tiempo disponible para

la atención médica y de enfermería, por número de camas, procedimientos y atención de urgencias, entre otros.

“Las EPS prohíben al médico ordenar exámenes del plan obligatorio de salud (POS)” (profesional clínico).

“Dado que a la EPS no se le puede cobrar todo, toca **cobrarle al paciente particular**” (profesional administrativo).

“Hay médicos que atienden en menos tiempo con el fin de ganar más dinero” (profesional administrativo).

“Se limita mucho el acto médico en aras de un rendimiento económico” (profesional administrativo).

“Hoy día hay el doble de pacientes por enfermera” (profesional clínico).

- d) Para aumentar la productividad, algunas IPS han mejorado su planta física y aumentado la oferta de servicios curativos de alta rentabilidad, de los más altos niveles de complejidad, con disminución o estancamiento de la oferta de atención de urgencias, obstetricia, pediatría y programas preventivos de salud pública.

“Con la Ley 100 hay mejoras en infraestructura y disponibilidad de servicios altamente especializados” (profesional administrativo).

- e) Desarrollo de estrategias de mercadeo del portafolio de servicios. Las EPS hacen promesas para atraer usuarios de altos ingresos y bajos riesgos.

- f) Selección de pacientes según la reputación de su aseguradora. Dado que la facturación es la base de los ingresos, las IPS se ven abocadas a seleccionar los pacientes que van a admitir según la reputación de la EPS como buena o mala pagadora. Así, las camas hospitalarias se asignan bajo este criterio y no por la necesidad específica que tiene el usuario para quien se solicitan.

“Hay discriminación de la IPS de referencia para asignar camas según la afiliación” (profesional clínico).

“La disponibilidad de cama depende del pagador” (profesional clínico).

“Hay negación de camas requeridas como mecanismo de selección de la clientela” (profesional administrativo).

- g) Estas instituciones han creado diversos mecanismos para restituir o evitar pérdidas económicas y asegurar sus metas financieras. Entre ellos, cobrar al personal los servicios que las EPS glosan o no pagan, cargar al usuario los costos de las fotocopias de los documentos que debe anexar la IPS como respaldo de las cuentas, así como los costos de transporte para hacer gestiones administrativas, como conseguir autorizaciones de las aseguradoras, cuyas oficinas de atención están ubicadas en zonas distantes de los centros de atención, aumentar los tiempos de espera para la atención y restringir insumos.

“Como el gobierno no paga, uno tiene que aumentar los costos a los particulares” (profesional administrativo).

“El paciente urgente, sin respaldo económico, tiene que pasearse por varias instituciones antes de ser atendido” (profesional clínico).

“Hay deterioro de la atención en salud por las restricciones generadas por la contención de costos” (profesional clínico).

“Los niños del régimen subsidiado que requieren atención cardiovascular tienen que esperar mucho tiempo” (profesional clínico).

“Se cobran al personal médico y de enfermería las glosas y los elementos faltantes en el inventario” (profesional clínico).

“Las ganancias de las EPS han sido a costa de los usuarios y a costa de los médicos” (profesional administrativo).

Este estilo de gestión, centrado en la rentabilidad financiera, genera consecuencias (figura n.º 1), tales como aumento de las barreras de acceso de tipo económico, geográfico y administrativo, las cuales llevan a los usuarios a esperar que su situación de salud empeore para utilizar los servicios de urgencias, generando congestión en el sistema y mayores inconvenientes como lo describen los siguientes testimonios:

“Para lograr el acceso a servicios algunos pacientes acuden a derechos de petición o a la tutela” (profesional clínico).

“La tramitología es un obstáculo para el acceso” (profesional administrativo).

“Los padres de los niños con cáncer tienen que atravesar varias veces la ciudad para conseguir una autorización” (usuario).

“La capacidad de pago del usuario determina el acceso a una mejor atención” (profesional administrativo).

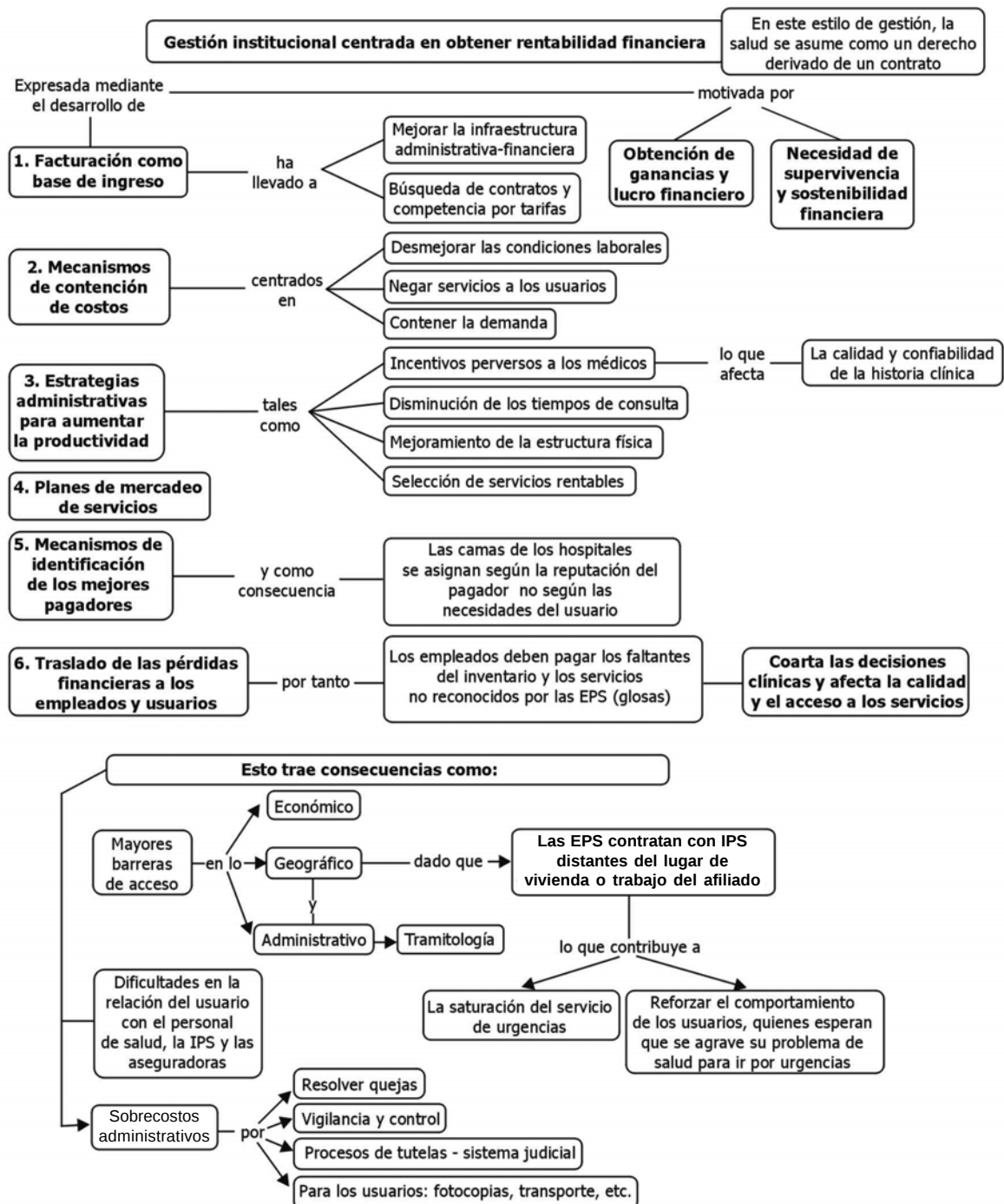


Figura n.º 1. Características de la gestión centrada en lograr rentabilidad financiera

“Para remitir un paciente hay que hacer muchos trámites administrativos” (profesional clínico).

“El paseo de la muerte en la ciudad ha sido una realidad muy trágica” (usuario).

También genera dificultades en la relación del personal de salud con el usuario, que se presentan ante las limitaciones de acceso y de calidad de los servicios. Usualmente el usuario reacciona en contra del personal que lo atiende, asumiendo que hay negligencia; el personal de salud, a su vez, se siente maltratado por el usuario y por la institución.

“El personal de salud no colabora, miente para impedir el fácil acceso a los servicios” (usuario).

“El personal administrativo que puede resolver los problemas del usuario, nunca se encuentra disponible” (usuario).

Los sobrecostos administrativos se generan por las mismas limitaciones de acceso y la deficiente calidad de los servicios. Los usuarios que no obtienen respuestas de los servicios de salud y cuyo estado se deteriora, ponen quejas y hacen reclamos que exigen mayor atención, exámenes más costosos, tratamiento de secuelas y dedicación de personal para resolverlas, lo cual implica sobrecostos para las instituciones. Adicionalmente, la negación y demora para acceder a los servicios lleva a acudir a la acción de tutela, con lo cual se han generado congestión en los juzgados y altos costos para el sector judicial. Para los usuarios, por su parte, todos los trámites que tienen que hacer para lograr el acceso al servicio les generan costos adicionales, además del desgaste, la insatisfacción y el deterioro de la salud.

“El acceso a medicamentos de alto costo toca por medio de la acción de tutela” (profesional administrativo).

“Los pacientes que ponen tutela toca, por obligación, atenderlos y rápido” (profesional administrativo).

“Ante la negación de servicios la enfermera intercede a favor del paciente, pero a veces se sale de las manos” (profesional clínico).

“El acceso real a procedimientos autorizados requiere de exámenes previos que el paciente no puede pagar” (profesional administrativo).

B) Instituciones de salud cuya gestión se centra en proteger la salud y la vida

A pesar de la presión del mercado y del ambiente de competencia por obtener lucro, en algunas IPS la misión institucional se centra en proteger la salud y la vida de los usuarios y de la comunidad, dado que asumen la salud como un derecho ciudadano constitucional (figura n.º 2). Son instituciones sólidas en materia ética, técnico-científica y administrativa, con recurso humano bien calificado y en condiciones laborales dignas, lo que les da a estas instituciones una alta posición y reconocimiento social y dentro del sector. Para estas instituciones el equilibrio y la sostenibilidad financiera se obtienen de la calidad del servicio, lo cual les da capacidad de negociación en los procesos de contratación con las aseguradoras y entes territoriales y, por ende, les permite rechazar las exigencias e incentivos perversos de las aseguradoras encaminados a contener costos. Entre las características más relevantes de estas instituciones están:

- a) Aplican un enfoque más integral de la atención, incluyendo acciones de prevención en los servicios de curación y rehabilitación.
- b) Buscan construir o fortalecer valores públicos como la equidad y la no discriminación de las personas. Estos atributos se evidencian en las siguientes afirmaciones:

“Las decisiones se toman para ayudar a una población a tener mejores niveles de salud” (profesional administrativo).

“Se establecen medidas para prevenir eventos adversos” (profesional clínico).

- c) Mejoran la infraestructura y la calidad y motivación del talento humano, buscando solidez técnica, administrativa y financiera, en función de satisfacer las necesidades del usuario.

“El talento humano es fundamental para una buena gestión institucional” (profesional clínico).

“La buena administración, formación ética y control dan solidez financiera” (profesional clínico).

“No se permiten incentivos perversos en la institución” (profesional clínico).

“La solidez técnico-científica, clínica y administrativa, las bases éticas de la institución y del personal que labora en ella, blindan de los incentivos perversos que ofrecen algunas aseguradoras privadas” (profesional clínico).

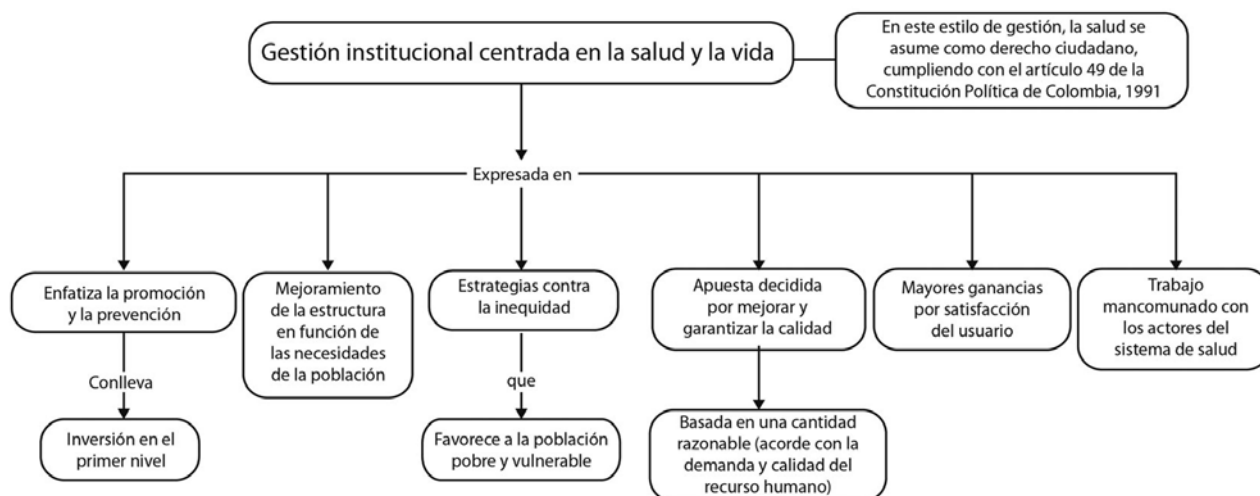


Figura n.º 2. Características de la gestión institucional centrada en la salud y la vida

- d) Hacen esfuerzos para trabajar en coordinación con los actores del SGSSS, como medio para facilitar el acceso, la calidad y la racionalidad en la oferta de los servicios.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio sugieren profundas debilidades en la gestión del SGSSS. La búsqueda de rentabilidad financiera presiona los procesos institucionales de aseguramiento y prestación de servicios. Esto se entiende dentro del SGSSS colombiano, guiado por directrices internacionales, basado en leyes de mercado, competencia, privatización, restricción del sector público, que deja en segundo plano los derechos del ciudadano y la calidad de la atención. El espíritu de la reforma del sector salud^{5,6} era alcanzar un nuevo equilibrio entre los actores del sistema de salud; sin embargo, a pesar de los cambios, tampoco se ha logrado un posicionamiento del usuario como centro de las decisiones en la atención en salud.

En esta investigación se pudieron reconocer dos modelos de gestión de las instituciones de salud. En la mayor parte de ellas, la gestión se centra en obtener rentabilidad financiera para sobrevivir o para lograr lucro económico; para estas, el derecho del usuario a la salud se deriva de

los vínculos contractuales. Mientras que otras instituciones, a pesar de la presión economicista del medio, asumen la salud como un derecho ciudadano y, en contraste, centran la gestión en proteger la salud y la vida del usuario.

Los hallazgos igualmente señalan que una persona, aunque esté afiliada al SGSSS o porte un carné, no tiene garantía de acceder a los servicios, dada la existencia de mecanismos de control de costos que limitan tanto el acceso como la calidad de los servicios. En este sentido Gervás y colaboradores afirman que en las actuales condiciones del SGSSS, el personal de salud y los usuarios terminan asumiendo los costos de la salud.²⁴

Es cuestionable la falta de presencia, capacidad y rectoría del Estado para ordenar, regular y corregir la desviación que hacen algunos actores de los propósitos del sistema. Estos actores crean mecanismos y prácticas que atentan contra los derechos ciudadanos, la vida y la dignidad de las personas, tanto usuarios como trabajadores de la salud.²⁵

La gestión institucional se entiende como un proceso mediante el cual los recursos destinados al gasto sanitario, para una determinada población o grupo de personas, se utilizan con el fin de obtener el máximo provecho en la salud de los mismos. La gestión de la

calidad se refiere a un tipo de gestión a largo plazo que hace énfasis en garantizar la satisfacción del usuario, aunando esfuerzos de todos los miembros de la organización hacia la mejora del proceso, los productos, los resultados y la cultura de la misma. La gestión de la asistencia sanitaria trata de equilibrar la calidad de los cuidados médicos con los recursos utilizados en su producción.² Basados en estos conceptos, los hallazgos sugieren que el modelo de gestión institucional centrado en la obtención de rentabilidad financiera se ha desviado de lo que deben ser los propósitos de un sistema de salud.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que entre los principales problemas que enfrentan los sistemas de salud en el mundo se encuentra el aumento de la diferencia en el cuidado y servicios de salud que reciben los ricos y pobres dentro de un mismo país. Para lograr que el sistema de salud brinde servicios de calidad, deberán definirse no solo las prioridades económicas sino también las sociales y presupuestar e implementar una reforma en el sistema que esté orientada al paciente, para lo cual se requiere un compromiso de la misión de las instituciones de salud.²⁶

AGRADECIMIENTOS

A los coinvestigadores que hicieron parte del proyecto "Decisiones médicas en ambientes controlados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud." Igualmente a las instituciones que cofinanciaron este estudio: Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Colciencias, Instituto de Estudios del Ministerio Público y la Universidad Industrial de Santander.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez CC. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA; 1998.
2. Rubio S. Glosario de planificación y economía sanitaria, 2ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA; 2000.
3. Ministerio de Salud de Colombia. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio de Salud; 1993.
4. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado. Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 353. Washington DC; 1997.
5. Echeverri C. Del pluralismo estructurado hacia la protección social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2003; 5: 107-116.
6. Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. Plan Estratégico 2003-2006. Disponible en: [http://www.supersalud.gov.co/planes%20y%20programas/Plan Accion2005_PAAconsolidado.pdf](http://www.supersalud.gov.co/planes%20y%20programas/Plan%20Accion2005_PAAconsolidado.pdf). Consultado diciembre 2008.
7. Colombia. Congreso de la República. Ley 9 de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias. Bogotá: El Ministerio de Salud; 1979.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 2309 de 2002, octubre 15, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio de Salud; 2002.
9. Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política. Bogotá: Congreso de Colombia; 2001.
10. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Universidad de Antioquia. Diez años del Sistema General de Seguridad Social en Salud, balance y futuro. Memorias de la reunión de expertos. Recinto Quirama, Medellín, Colombia; 2004.
11. Yin RK. *The Case Study Research. Designing and Methods*, 2ª ed. London: Sage; 1994.
12. Glaser B, Strauss A. *The discovery of Grounded Theory*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
13. Strauss AL, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park (California): Sage; 1990.
14. Yin RK. *Applications of case study research*. London: Sage; 1993.
15. Miles M, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis*. London: Sage; 1994.
16. Morse MJ. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. London: Sage; 1994.
17. Kidd P, Parchall M. Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research* 2000; 10: 25-35.

18. Krueger R. Focus Groups: The practical guide for applied research. Newbury Park: Sage; 1988.
19. Dreachslin J. Conducting effective focus groups in the context of diversity: Theoretical underpinnings and practical implications. *Qualitative Health Research* 1998; 8: 813-820.
20. Díaz CB. Hablemos de mapas conceptuales. Ciencias humanas, Universidad de Antioquia. Programa de Desarrollo Pedagógico Docente 1998; 15: 1-12.
21. Holloway I. Basic Concepts for Qualitative Research. Oxford: Blackwell Science; 1997.
22. Silverman D. Doing Qualitative Research. A practical Handbook. London: Sage; 2000.
23. Colombia. Ministerio de Salud. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430. Ministerio de Salud: Bogotá; 1993.
24. Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en la atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81: 589-596.
25. Castro CE, Restrepo A, Martínez AF. El Sistema General de Seguridad Social va camino al desastre. *Salud Colombia*. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud79/editor79.htm>. Consultado: diciembre 2008.
26. García J. Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos. Foro de Calidad de la Salud Pública. Declaración conjunta sobre la calidad del sistema de salud pública. Disponible en: <http://www.hhs.gov/ophs/initiatives/quality/quality/spanish-phqf-consensus-statement.html>. Consultado: diciembre de 2008.

