Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia

Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia / Carlos Holmes Trujillo García y María Lucía Torres Villarreal, editores académicos. —Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.

x, 80 páginas. (Colección Institucional)

ISBN: 978-958-738-381-2 (rústica)

ISBN: 978-958-738-382-9 (digital)

Salud pública – Colombia / Sistema general de seguridad social en salud / Seguridad social – Colombia / Derecho social – Colombia / Empresa promotora de salud. EPS / **I.** Trujillo García, Carlos Holmes, editor académico / **II.** Torres Villarreal, María Lucía, editora académica / **III.** Título.

362.9861 SCDD 20

Catalogación en la fuente – Universidad del Rosario. Biblioteca

amv Julio 22 de 2013

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995

Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia

Carlos Holmes Trujillo García
María Lucía Torres Villarreal
-Editores académicos-

Colección Institucional

© 2013 Universidad del Rosario
© 2013 Editorial Universidad del Rosario
© 2013 Carlos Holmes Trujillo García, María Lucía Torres Villarreal, Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez, Jaime Arias Ramírez, H. R. Gloria Stella Díaz Ortiz, Nestor Álvarez Lara, H. R. Rafael Romero Piñeros, Ana Lucía Casallas Murillo, Catalina Latorre Santos, Amparo Mogollón Pérez, Beatriz Londoño Toro, María Helena Restrepo Espinosa, Luis Fernando Rodríguez, Leonardo Palacios Sánchez

Primera edición: Bogotá D.C., agosto de 2013

ISBN: 978-958-738-381-2 (rústica)
ISBN: 978-958-738-382-9 (digital)

Coordinación editorial: Editorial Universidad del Rosario
Corrección de estilo: Gabriela de la Parra M.
Diseño de cubierta: Lucelly Anaconas
Diagramación: Precolombi EU-David Reyes
Impresión: Xpress Estudio Gráfico y Digital

Editorial Universidad del Rosario
Carrera 7 Nº 12B-41, oficina 501 • Teléfono 297 02 00
http://editorial.urosario.edu.co

Impreso y hecho en Colombia
Printed and made in Colombia

Las opiniones expresadas por los autores de los artículos recogidos en esta publicación no comprometen a la Universidad del Rosario.

Todos los derechos reservados. Esta obra no puede ser reproducida sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad del Rosario.

Contenido

Presentación ..... **ix**
Carlos Holmes Trujillo G. y María Lucía Torres V.

Por una reforma estructural y la transición a un modelo de salud preventivo en Colombia **1**
Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez

Introducción 1
La salud es, en esencia, el ejercicio de la política 2
La salud es algo más que la prestación de servicios de salud 2
El modelo de atención prevalente en Colombia se fundamenta en la enfermedad y el lucro, no en la salud 3
En nuestra propuesta planteamos un cambio estructural del sistema 5
Los problemas estructurales de nuestro sistema de salud 5
La transición a un modelo de salud preventivo en Colombia 7
Hospitales fortalecidos 10
El desarrollo de centros de excelencia en salud 10
A manera de conclusión 11

El papel de las EPS **13**
Jaime Arias Ramírez

Introducción 13
1. Que son intermediarias y, por ello, no agregan valor 14
2. Que son simples administradoras y no verdaderas aseguradoras 17
3. Que se enfocan en los negocios y no en la salud 22
4. Que se apropian ilegalmente de los recursos parafiscales 25
5. Que no defienden al usuario 27
6. Que no hacen prevención y, por ello, no muestran resultados en salud 28

7. Que no contribuyen a la equidad en el sistema 31
8. Que son focos de corrupción 32
9. Que maltratan laboralmente a los médicos 33
10. Que fallan en la calidad y en la oportunidad del servicio..... 35
11. Que ejercen posición dominante con los prestadores 36
12. Que abusan de la integración vertical..... 38
13. Que se "cartelizaron" para obstruir la competencia entre ellas 39
14. Que el sistema colapsó a causa de las EPS y en dos décadas no ha mostrado resultados positivos..... 39
¿Por qué las EPS son importantes en el aseguramiento? 43
Referencias bibliográficas 44

Se necesita una reforma estructural del sistema de salud que resalte los valores de los colombianos 45
H. R. Gloria Stella Díaz Ortiz

Introducción 45
1. La acción de tutela: una herramienta imprescindible para la defensa del derecho a la salud 47
2. Calificar la crisis del sistema como una crisis financiera es un sofisma de distracción 48
3. La reforma estructural del sistema de salud debe resaltar los valores de los colombianos 52
Referencias bibliográficas 55

Paradigmas que tenemos en salud..... 57
Néstor Álvarez Lara

El sistema de salud necesita un cambio de fondo, no de forma..... 63
H. R. Rafael Romero Piñeros

Alcances del foro "Reforma del sistema de salud en Colombia" 71
Ana Lucía Casallas Murillo, Catalina Latorre Santos, Beatriz Londoño Toro, Amparo Mogollón Pérez , Leonardo Palacios Sánchez, María Helena Restrepo Espinoza, Luis Fernando Rodríguez Ibagué

1. Viabilidad de un sistema universal de salud para el país..... 72
2. Papel de la intermediación dentro de una propuesta de reforma del sistema de salud..... 73
3. Alternativas para eliminar la corrupción existente en el sector salud..... 74
Referencias bibliográficas 78

Presentación

En desarrollo de sus fines institucionales, la Universidad del Rosario siempre ha participado de los grandes acontecimientos de la historia del país y ha procurado aportar, desde la academia, las herramientas necesarias para el estudio de los temas que se debaten en Colombia.

Por esa razón, se estructuró el proyecto "Contribuciones de la Universidad del Rosario a los debates nacionales", el cual permite que la Universidad se haga presente en las reflexiones acerca de los asuntos de mayor trascendencia para el país.

Luego de los debates académicos que se han dado en la Universidad alrededor de temas tan importantes como la educación superior en Colombia, el fallo de la Corte Internacional de Justicia en el caso de San Andrés, los cuales, valga la pena mencionar, han originado la presentación a la comunidad de las publicaciones *Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre educación superior en Colombia* y *Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre el fallo de La Haya. El caso Nicaragua vs. Colombia*, el proyecto también se ha ocupado de otros asuntos como la problemática relacionada con el sector de la salud en nuestro país.

Por ello, en septiembre del año 2012 se organizó un ciclo de foros con los actores de tal sector, de la academia y de la vida política nacional, el cual tenía por objetivo revisar diferentes posturas frente a esta delicada problemática, reflexionar desde diversas perspectivas y proponer elementos de juicio que deben ser tenidos en cuenta a la hora de plantear una reforma de fondo al sistema. El ciclo finalizó con una propuesta que se denominó *Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre la salud en Colombia*, donde se concretaban algunas ideas que diversos académicos formularon como herramientas para el diagnóstico de la situación.

Como producto de esos foros, se extendió una invitación a todos los expertos que nos acompañaron para que plasmaran sus ideas y reflexiones, con miras a realizar la publicación que hoy presentamos. Se trata, entonces, de una compilación de artículos que consagra las reflexiones que, desde diferentes perspectivas, se plantean alrededor de la problemática del sistema de salud en nuestro país; de igual forma, hemos incluido el escrito de contribución que la Universidad, por conducto de sus académicos, aporta al país para este importante debate. Agradecemos de manera especial a todos aquellos que enviaron sus documentos y que tuvieron especial dedicación y empeño en colaborarnos para sacar adelante esta publicación.

Es importante señalar que, para la época cuando se desarrolló el ciclo, aún no estaba en trámite ninguno de los dos proyectos de ley sobre salud que conoció el Congreso de la República en la legislatura que culminó, uno de los cuales, el proyecto de ley estatuaria, ya culminó su proceso. No obstante, lo valioso de esta publicación es que los escritos están planteados desde las necesidades y realidades del sistema y no desde el contenido de una iniciativa legislativa, con el valor agregado de superar cualquier visión puntual y versar sobre aspectos generales o específicos no necesariamente abordados por los referidos proyectos de ley.

De esta manera, la Universidad del Rosario hace un aporte más al análisis de temas que interesan a todos los colombianos y permite seguir avanzando en la construcción de la biblioteca de contribuciones de la Universidad del Rosario a los grandes debates nacionales.

Carlos Holmes Trujillo G.
Director Oficina Contribuciones
De la Universidad del Rosario a los Debates Nacionales

María Lucía Torres V.
Directora Observatorio Legislativo y de Opinión,
Universidad del Rosario

Por una reforma estructural y la transición a un modelo de salud preventivo en Colombia

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez*

Introducción

Para la Administración distrital en cabeza del señor alcalde mayor, doctor Gustavo Petro Urrego, resulta honroso poder compartir con la Universidad del Rosario las bases conceptuales y filosóficas de la política de salud que promovemos en el actual Plan de Desarrollo de la ciudad.

Partimos de reconocer que las fallas estructurales del modelo de salud vigente en Colombia llevan a que se perpetúe en nuestro sistema la violación sistemática del derecho fundamental a la salud, razón por la cual defendemos la necesidad de una reforma estructural.

No obstante, entendiendo la complejidad del proceso salud-enfermedad y la diversidad de contextos en Colombia, la segunda parte de este artículo expone las apuestas políticas del Gobierno distrital e ilustra la estructuración del modelo alternativo, en proceso de implementación que, si bien es específico para la ciudad, refleja la esencia de lo que se desea en materia de salud para los colombianos.

Un sistema que no espere a que la persona enferme, sino que busca al sano para mantenerlo sano y garantiza que cuando el ciudadano requiera atención

---

* Médico cirujano de la Universidad del Rosario, especialista en Cirugía Cardiovascular Pediátrica. Se ha desempeñado como senador de la República, representante a la Cámara, diputado y concejal de varios municipios del Tolima, departamento del cual ha sido dos veces gobernador. En la actualidad se desempeña como secretario de Salud de Bogotá.

médica, sin importar su capacidad económica, pueda acceder a hospitales de excelencia; es un modelo que reconoce que la salud debe defender la dignidad humana y, en tanto derecho, es una responsabilidad del Estado en su conjunto.

La salud es, en esencia, el ejercicio de la política

La salud, además de permitir la aplicación de la ciencia y la tecnología para el tratamiento de las enfermedades, tiene una dimensión política.

El ejercicio político de la salud permite establecer los derroteros de la acción pública y los criterios mediante los cuales el Gobierno define la destinación de los recursos de los ciudadanos, permite priorizar y establecer cómo se distribuyen tales recursos.

En el caso de la presente Administración, la política de salud responde al mandato ético de reducir la segregación social y cristalizar el Estado social de Derecho postulado en nuestra Constitución Política.

Sin embargo, debemos ser conscientes de que en el contexto actual se enfrentan distintas visiones e ideologías en torno a la salud.

Reconocemos que en Colombia aún prevalece un modelo neoliberal que promueve la salud como un negocio, legitimando el lucro, pero nosotros defendemos una visión contraria, alterna, progresista y planteamos que la salud es, ante todo, un derecho, un derecho humano fundamental y, por tanto, es un bien público, por cuanto permite el desarrollo no solo del individuo, sino de la familia, de las comunidades y, en fin, de la Nación.

Por ende, allí no cabe el lucro, pues el objetivo se fundamenta en un interés común. En consecuencia, concebimos la salud como una inversión social y su fuente de financiación principal deberían ser los impuestos generales. Es imperativo deslindar el derecho en función de la capacidad de pago de las personas.

Al ejercicio político de la salud le corresponde, con la participación de los ciudadanos, trazar líneas de acción de los diferentes sectores de Gobierno y establecer políticas de Estado que procuren el bien común en favor de los más pobres y vulnerables.

La salud es algo más que la prestación de servicios de salud

En este momento resulta pertinente reflexionar en torno a nuestra comprensión del concepto de la salud, para entender por qué esta no corresponde solo al quehacer técnico-científico, por demás loable, de los profesionales y trabajadores de ese sector.

En realidad, a lo que nos solemos dedicar los profesionales de la Medicina, la Enfermería y otras disciplinas afines es al diagnóstico, al tratamiento de las enfermedades o a la rehabilitación y otras pocas, desafortunadamente, a la educación y la prevención.

No obstante, resulta evidente que una buena salud deriva de las condiciones del ambiente, de las características de las viviendas, de la disponibilidad de agua potable y del saneamiento básico, incluso de las características del trabajo y, en general, de lo que se suele denominar los determinantes sociales de la salud.

De poco sirve tener excelentes hospitales si nuestros niños no cuentan con agua potable, si los padres están desempleados o no ganan lo suficiente y por eso no pueden brindar a sus hijos una alimentación balanceada o se ven obligados a dejarlos al cuidado de terceros.

Y qué decir si nuestros jóvenes no cuentan con parques o sitios de recreación para el uso saludable del tiempo libre; caso contrario, se presentan las condiciones propicias para el consumo de psicoactivos. O si la educación que reciben no les permite comprender y tomar decisiones informadas para el disfrute responsable de su sexualidad o a estructurar un proyecto de vida, entre otros. O si el Estado no brinda soporte social a nuestros ancianos para el disfrute tranquilo de un retiro merecido (solo un 30% de nuestros mayores cuentan con pensión en Colombia).

En fin, si no entendemos que la salud apunta al bienestar y a la posibilidad del desarrollo de las capacidades para lograr un proyecto de vida, más que a la ausencia de enfermedad, estaremos reduciendo el campo de la salud solo a proveer servicios asistenciales orientados a la atención de la enfermedad.

El modelo de atención prevalente en Colombia se fundamenta en la enfermedad y el lucro, no en la salud

Como alrededor de la salud se ha generado una industria, llamada por algunos el complejo médico asistencial, que vive de la enfermedad, es de entender que no resulta sencillo transformar un sistema que logre centrar su quehacer en la salud.

Así, la sostenibilidad económica de los hospitales se basa en cuántas personas enfermas atienden, porque de allí deriva cuánto pueden facturar para garantizar su funcionamiento.

Resulta algo paradójico afirmar que estaríamos haciendo bien las cosas en el sector salud, si los hospitales vivieran vacíos y no llenos, pues, cuanto más llenos estos, deduciríamos que hemos prevenido menos la enfermedad.

Un símil nos puede ilustrar cómo el Estado no paga a los bomberos por cada incendio que atienden. Simplemente están allí dispuestos para cuando se presente el incendio, pero la mayor parte del tiempo están haciendo prevención. Visitan cada día a su comunidad y su territorio para identificar posibles riesgos y garantizar que se cumplan normas que eviten incendios, mas cuando se requieren están prestos a arriesgar sus vidas para salvar la de los demás.

En salud ocurre lo contrario y vamos a dar algunos ejemplos.

Primer ejemplo. En el POS los recursos asignados a promoción y prevención ascienden a aproximadamente $21.000 pesos por persona al año, mientras los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) asignados a la atención de la enfermedad en promedio son $600.000 por persona al año. Esta es una primera evidencia de cuánta importancia damos a la prevención.

Segundo ejemplo. Según estudios de la Defensoría del Pueblo y del Sistema de Evaluación de Barreras de Acceso de la Secretaría de Salud, un 70% de las tutelas deriva de eventos que están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y que, por lo tanto, las EPS estarían obligadas a asumir.

Infortunadamente, la mayoría de las veces los pacientes no conocen a plenitud cuáles servicios cubre el POS y cuáles no. Sin embargo, fijémonos que la negación del servicio permite aumentar el lucro de los aseguradores (EPS).

Entremos en ejemplos un poco más complejos, como el tema de medicamentos. Para nadie es secreto el famoso desfalco a la salud que evidenció el mismo presidente Santos a principios de su mandato.

Lo que encontró el presidente es que, con la complicidad de funcionarios públicos y privados, aseguradores inescrupulosos venían facturando medicamentos supuestamente provistos a personas fallecidas por valores exorbitantes. Imagínense ustedes semejante desafuero.

Además, como la Federación Médica Colombiana ha denunciado, en Colombia los precios de los medicamentos son, en muchos casos, los más caros de América Latina, merced a una supuesta "vigilancia regulada" que permitió el Gobierno anterior con ganancias exorbitantes para las casas farmacéuticas y sus intermediarios. Estos sobrecostos los pagamos los colombianos, así los recursos siempre serán insuficientes para la prevención.

En nuestra propuesta planteamos un cambio estructural del sistema

Los ingresos de los hospitales y de los prestadores no pueden mantenerse bajo la figura de subsidios a la demanda. Pensamos que, igual que en el sector educación, donde los maestros son pagados por el Estado, en salud los hospitales no pueden depender de la facturación a un intermediario (EPS), que suele glosar, demorar los pagos o, en no pocos casos, quebrarse, dejando de paso inmensas cuentas sin pagar.

Si el Estado asegura un pago fijo de la nómina del personal de salud, este no estará angustiado de cuántos enfermos atienden, sino de cuántas personas pueden mantener sanas.

Ello conllevaría a novedosas formas de reconocimiento económico a los prestadores, ya experimentadas en Reino Unido, por ejemplo, donde se paga a los profesionales por cuántos pacientes crónicos tiene controlados, cuál es la adherencia a tratamientos, el número logrado de controles prenatales, la detección temprana de eventos prevenibles o por la cobertura lograda en vacunación y otras actividades preventivas.

También se requiere asegurar recursos suficientes para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Tal vez la frase de que "sale más barato prevenir que curar" ha creado el mito según el cual prevenir es barato.

Por el contrario, la complejidad de la prevención obliga a invertir recursos importantes y no escatimar presupuestos, pues entendemos que transformar imaginarios, concepciones, costumbres, actitudes y prácticas de la población requiere inmensos esfuerzos.

Los problemas estructurales de nuestro sistema de salud

En esencia, afirmamos que las actuales condiciones del sistema de salud han llevado a que el derecho a la salud quede sometido a las leyes del mercado, que la función social de Estado se ha perdido en tanto existe una débil rectoría por parte de este y que la recentralización de muchas funciones, entre ellas las de inspección, vigilancia y control ejercida por la Superintendencia Nacional de Salud, se vuelven imposibles de cumplir si no se delegan en primera instancia a las regiones.

Colombia es, por esencia, un Estado descentralizado y, por tanto, sin prejuicio de las políticas nacionales que en dicha materia expide el Gobierno nacional, pues este debe permitir a las regiones el ejercicio de autonomía, para

que sean los Gobiernos locales los que puedan responder a las realidades de los territorios y las comunidades de la mejor manera.

Infortunadamente ello no es así, por cuanto la mayoría de los recursos asignados ya están dispuestos para el aseguramiento, esto es para que gobernadores y alcaldes se vean obligados a contratar con intermediarios aseguradores.

Otro de los problemas estructurales deriva de la precarización de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Por supuesto, ello responde a directrices internacionales impuestas, que obligaron al Estado colombiano a limitar las plantas de personal, por lo cual se volvió costumbre la contratación por medio de órdenes de prestación de servicios.

Entonces, profesionales, técnicos y tecnólogos de la salud viven, en muchos casos, en condiciones de inestabilidad laboral, alta rotación, excluidos de prestaciones y marginados incluso de posibilidades de actualización o acceso a programas de formación continuada.

Ello implica que no es posible alcanzar las curvas de aprendizaje necesarias, no hay un contacto permanente entre profesionales y comunidad (se acabó el concepto de médico de cabecera, por decir lo menos), con lo que se tiene menor impacto en las condiciones de salud de la población.

La Corte Constitucional ya ha emitido sentencias que obligan a la constitución de plantas y, acogiéndonos a dichos fallos, en Bogotá hemos iniciado un programa de dignificación del trabajo, mediante el cual aspiramos a lograr, en primera instancia, plantas temporales que mitiguen el daño social causado a los trabajadores de la salud.

Finalmente, sostenemos que un último problema estructural deriva del debilitamiento progresivo de la red pública hospitalaria que, merced a las ingentes deudas acumuladas por parte de los intermediarios, se ha visto marchitada en muchas regiones de nuestro país.

No obstante, la apuesta política nos obliga a defender y fortalecer lo público, por cuanto constituye el patrimonio social de los colombianos, porque la esencia misma de estas instituciones y su naturaleza se orienta a la rentabilidad social antes que a la rentabilidad económica.

Ello no niega las posibilidades de la práctica privada o que prestadores privados, sin ánimo de lucro, no puedan ser parte de las redes integradas de servicios.

La transición a un modelo de salud preventivo en Colombia

Políticas públicas saludables

Siendo coherentes con la concepción de salud propuesta, entendemos que la responsabilidad de la salud de los colombianos no es exclusiva del sector salud, sino del Estado en su conjunto, lo que obliga a entender que es preciso fortalecer políticas públicas saludables para superar las condiciones y determinantes sociales de la salud en todos los campos.

Por tanto, debe pensarse si las decisiones políticas apuntan a mejorar el lucro de unos pocos e incrementar la rentabilidad o, por el contrario, al bienestar y el bien común.

Estamos seguros de que la Administración distrital ha procurado el bien común cuando acoge y postula sus tres lemas principales: no segregar, no depredar y no robar.

No depredar obliga a buscar relaciones sostenibles con el ambiente, el respeto del agua y el desarrollo de formas productivas sustentables. Es por ello que la administración del alcalde Gustavo Petro ha impulsado una política de salud ambiental que ha priorizado temas como la movilidad, buscando el desarrollo de formas de movilización amigables con el ambiente, que reduzcan la posibilidad de que nuestra infancia y nuestra tercera edad se vean seriamente afectadas en su salud por la contaminación del aire.

No segregar implica repensar las formas de ordenar el territorio y la población, entender que el modelo de ciudad requiere no seguir enviando a las personas pobres a los extramuros de la ciudad, a tener una ciudad rica al norte y una ciudad pobre al sur. Apostamos por una ciudad donde, sin importar la clase social, equipamientos como bibliotecas, parques, colegios e incluso hospitales puedan ser compartidos sin distingo de clase o condición económica. Es más, en Bogotá deseamos que cualquier ciudadano pueda contar y acceder a los hospitales públicos y que estos logren estar a la altura de los mejores hospitales del mundo. No tener hospitales pobres para pobres, sino hospitales públicos para ciudadanos.

Hemos abordado uno de los problemas más complejos de nuestra sociedad, cual es el consumo de sustancias psicoactivas por habitantes de la calle. Para atender esta problemática, el distrito ha elaborado una estrategia de trabajo intersectorial que inicia desde el sector salud con la implementación del Centro de Atención a Drogodependientes (Camad) y que se complementará

en una segunda fase con la Sala de Consumo Controlado. Entendemos que, si la estrategia busca reducir la segregación social, debe contar con el concurso de todos los sectores: educación, hábitat, ambiente, integración social, entre otros.

En el campo de la educación, una política pública saludable, que intenta superar la segregación y la deuda social con los bogotanos, apunta a que no solo la población con capacidad de pago pueda garantizar el acceso de la primera infancia. Conscientes de que el desarrollo de las capacidades de nuestros niños requiere el desarrollo de sus potencialidades desde los primeros años, esta Administración ha propuesto en su Plan de Desarrollo la implementación de mil jardines infantiles y la ampliación de la jornada educativa en colegios, buscando así que niñas, niños y adolescentes puedan reducir las brechas de inequidad entre la educación pública y privada.

En temas de vivienda, por ejemplo, en mi ejercicio como alcalde encargado en el año 2012, hemos dado ejemplo al momento de negar licencias para la construcción o expansión de urbanizaciones en sectores inundables o por debajo de la cota del río Bogotá, en el sector de Bosa.

Aún más, a pesar de los ataques y las dificultades, la Administración ha apostado por la implementación de una política de basura cero y, cumpliendo el mandato de la Corte Constitucional, en la inclusión y dignificación laboral de los recicladores.

La Administración ha dado una fuerte batalla en este sentido, consciente de que esta política tendrá un efecto valioso al reducir la huella ecológica, racionalizar y preservar los recursos para las nuevas generaciones y al apuntar a la integración de aquellas personas que nos han enseñado durante muchos años a lograr el reciclaje.

Un modelo de atención basado en la atención primaria en salud

El modelo propuesto por el sector salud apunta a incorporar el enfoque de salud familiar y comunitaria y la estrategia de atención primaria en salud. Para ello, privilegia un modelo preventivo, donde el primer nivel de atención y la salud pública desempeñan un papel primordial, pues somos conscientes de que el acceso oportuno, de calidad y con calidez reduce las probabilidades de complicaciones y secuelas.

Si las personas cuentan con un médico de cabecera o, mejor, un equipo de salud de cabecera, que esté al tanto de sus necesidades, vigilante de todas las

acciones preventivas posibles, seguramente en el mediano plazo lograremos reducir las urgencias y las hospitalizaciones.

En esta Administración estamos profundizado en el principio de adscripción a equipos de salud, de modo tal que prácticamente todo bogotano (inicialmente estratos 1, 2 y 3) pueda tener un equipo de salud en su barrio.

Para ello se ha implementado el concepto de microterritorio: por cada 800 familias, se contaría con un profesional en Medicina, un profesional en Enfermería y dos promotores de salud, que puedan estar vigilantes y prestos no solo a brindar educación en salud, sino a facilitar el acceso a los servicios básicos del primer nivel de atención.

Doce microterritorios constituyen un territorio de salud, que tiene un equipo ampliado y conformado por profesionales de otras disciplinas de la salud, entre ellos psicólogos, nutricionistas, odontólogos, ingenieros ambientales o sanitarios, entre otros. De esta manera, se busca un abordaje integral de los factores de riesgo y para la afectación de los determinantes de salud de una comunidad.

Al final del mandato, Bogotá sumará 83 territorios saludables. Cada uno tendrá un Centro de Salud y Desarrollo Humano, espacio que, además de ser el centro de operación del equipo territorial de salud, podrá ofrecer espacios a otras entidades del Gobierno para lograr el abordaje transectorial que se requiera.

Cada equipo microterritorial entregará a cada familia un instrumento para el cuidado integral de su salud, denominado Pasaporte a la salud, el cual le permitirá a la familia saber qué actividades preventivas debe realizar a lo largo del año.

Se aspira a que incluso estas actividades puedan ser programadas con antelación, de modo tal que las personas ni siquiera tengan que solicitar cita. El sistema de salud en su conjunto conocerá las necesidades preventivas de las personas y estarán prestos a atenderle cuando lo requiera.

Por ejemplo, si un paciente diabético no asiste a sus citas, el equipo territorial tiene el deber de realizar búsqueda activa de la persona para garantizar que asista a su control y evitar así hospitalizaciones innecesarias.

Además, ya hemos iniciado en la localidad de Bosa la modalidad de entrega domiciliaria de medicamentos en aquellos casos en que el paciente tiene dificultades de desplazamiento o que por diversas circunstancias no se cuente con algún medicamento al momento de reclamarlo. De esta manera, prevenimos que se realicen tratamientos en forma indebida.

La Secretaría de Salud de Bogotá está trabajando arduamente para que la red pública de hospitales pueda contar, en el año 2015, con una Historia Clínica Única Electrónica Digital, de modo que no importará el sitio de consulta, pues los datos del ciudadano siempre estarán en línea y en tiempo real, garantizando que la información sea fidedigna y de la mejor calidad, tanto para el seguimiento como para garantizar la toma de las decisiones de los profesionales de la salud.

Finalmente, en 2013 se tiene como propósito que ciento por ciento de las citas se asignen telefónicamente, para eliminar filas y reducir la pérdida de tiempo de los ciudadanos.

Hospitales fortalecidos

Tras reconocer la grave crisis que se vivió en el sector salud en el año 2012, cuando además se evidenciaron en el distrito lamentables hechos de corrupción, desgreño administrativo o politiquería por la anterior Administración, nos hemos dado a la tarea de implementar una serie de estrategias que permitan el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.

Para ello, en cumplimiento de las alternativas que permita la Ley 1438 de 2011, dimos inicio, con acompañamiento los ministerios de Hacienda y Salud y la Secretaría Distrital de Hacienda, a un programa de saneamiento fiscal y financiero de los hospitales que se calificaron en riesgo medio o alto a mediados de mayo.

Al saber que gran parte del gasto hospitalario deriva de la compra de medicamentos e insumos médicos, hemos apostado por el fortalecimiento de la Cooperativa de Hospitales, con interés de lograr economías de escala en esta materia.

Por otro lado, con el acompañamiento de la Veeduría Distrital, se viene adelantando un pacto por la transparencia de la gestión, con miras a evitar que se repitan hechos de politiquería y corrupción en los hospitales públicos de Bogotá.

El desarrollo de centros de excelencia en salud

En el ámbito hospitalario, la política distrital de salud apunta al desarrollo de:

- Hospitales humanizados, con altos estándares de calidad y calidez en la prestación del servicio.

- Hospitales sin dolor, que desarrollan de manera integral todas las alternativas que brinda la ciencia para aliviar el dolor de nuestros pacientes.
- Hospitales verdes, que buscan ser amigables con el ambiente, implementar nuevas formas constructivas y tecnologías para el uso racional de la energía e irradiar desde nuestros centros nuevas formas de diálogo con la naturaleza.

Asimismo, dado que la red pública hospitalaria debe garantizar una suficiencia de oferta, se ha concebido la construcción y puesta en funcionamiento de nuevos centros hospitalarios, entendidos como centros de excelencia, entre los que cabe resaltar el Instituto Distrital de Tórax, adscrito al Hospital Santa Clara, el Instituto Distrital de Oncología, que quedará adscrito al Hospital de Kennedy y la Ciudadela de la Salud, adscrita al Hospital de Usme.

En cumplimiento del mandato de Gobierno se están realizando todas las gestiones para la recuperación del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, con el fin de contar nuevamente con un hospital universitario público para la ciudad.

A manera de conclusión

El día de su posesión nuestro alcalde mayor dijo:

> […] empezamos algo que será indudablemente un enorme reto y una durísima tarea, dadas las circunstancias, la complejidad de los problemas que tenemos que afrontar. Cuando en nuestra campaña electoral, pusimos como eslogan fundamental, como objetivo fundamental "Bogotá humana ya", no lo hicimos pensando simplemente en un eslogan, sino en un propósito real que queríamos construir y queremos construir en la ciudad.
>
> Bogotá humana ya nos remite necesariamente a la tesis de hacer del centro de la política pública y de la administración el ser humano […] un cambio completo de paradigmas de lo que entendemos qué es el Estado, qué es la Política, quizás si podríamos hablar por lo menos de una faceta de la construcción del ser humano en la ciudad de Bogotá, la construcción de las capacidades del ser humano, capacidades que comienzan en primer lugar por la capacidad de vivir en la ciudad.

> […] queremos, creemos y vamos a hacer el esfuerzo por volver al derecho al agua, que significa en primer lugar que un consumo mínimo vital, indispensable para vivir, no debe ser comercializado, no puede ser presa de un mercado de rentabilidades y de precios, porque sería como colocar en el mercado mismo la esencia de la vida lo que tiene que ser un derecho fundamental en nuestra ciudad.

En este mismo sentido, el derecho a la salud no puede ser mercantilizado. Es por ello que acompañamos a la Corte Constitucional cuando, como guardiana de la Constitución, estableció que no puede haber un mismo POS con presupuestos diferentes, pues no aceptamos que en Colombia haya ciudadanos de primera y ciudadanos de segunda.

El verdadero derecho a la salud significa que no podemos seguir aceptando que se focalice el derecho, que este no debe depender de si la persona trabaja o no o si es pobre o no y que el derecho no debe quedar limitado a un listado que permite que los aseguradores terminen diciéndole a los pacientes: "Lo sentimos; su enfermedad no está en el POS".

Por ello, en el segundo semestre de 2012 acompañamos desde la Secretaría de Salud la presentación de un proyecto de ley estatutaria, que se constituiría como el primer paso de una reforma estructural. Este proyecto debería haber sido debatido por el Congreso de la República en el primer semestre de 2013.

Apostamos por una política de talento humano que estimule la investigación en salud, donde los profesionales y trabajadores puedan acceder, con cargo a recursos públicos, a la formación posgradual y a la educación continuada, pero que también permita la mejor asignación del talento humano en las zonas más apartadas y vulnerables, con estímulos económicos y no económicos a los profesionales y trabajadores que se comprometan con estas comunidades.

No podemos aceptar que nuestros conocimientos ancestrales sean comercializados y patentados en beneficio de unos pocos.

Hemos invitado al Gobierno nacional y a los Gobiernos locales a que permitamos fortalecer la descentralización y administración directa de recursos por parte de los entes territoriales, para que dejemos de hablar en Colombia de "población vinculada" y "población subsidiada" y empecemos una nueva etapa de la salud en Colombia: la etapa de los ciudadanos asegurados por el Estado.

El papel de las EPS

Jaime Arias Ramírez*

Introducción

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) han sido señaladas como el epicentro de la realidad del sector salud y se olvida que son muchos los agentes y actores que concurren al funcionamiento del mismo, con lo cual se pretende simplificar el alcance de la situación y así ofrecer salidas fáciles a una crisis, que es de suyo, compleja y que viene evolucionando durante años, sin que los diferentes Gobiernos hayan aportado soluciones oportunas, profundas y efectivas. En este escrito se intentará demostrar que las aseveraciones sobre las EPS suelen carecer de fundamento serio y, en consecuencia, la salida a los problemas no consiste en eliminarlas o en convertirlas en agentes menores llamados administradores, sino en ajustar estructuralmente el conjunto de elementos que constituyen el sistema de salud colombiano.

Las afirmaciones más frecuentes sobre las EPS pueden sintetizarse en las siguientes: "son simples intermediarias que no agregan valor; no son verdaderas aseguradoras, sino administradoras de recursos ajenos; son entes privados con afán de lucro y no se interesan por la salud de sus afiliados, sino en el negocio; se apropian ilegalmente de los recursos parafiscales; no defienden al usuario; no hacen prevención y, por ello, no ofrecen resultados en salud, sino

* Médico de la Universidad Javeriana, magíster en Salud Pública de la Universidad de Harvard. Exsecretario de Salud de Bogotá, exministro de Educación y de Salud, expresidente del Seguro Social. En varios periodos ha sido representante y senador, miembro del grupo de ponentes de la Ley 100 de 1993. En la actualidad se desempeña como presidente ejecutivo de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi).

en el número de prestaciones; no contribuyen a la equidad del sistema; acusan múltiples fallas en la calidad y oportunidad de la asistencia; constituyen focos de corrupción; maltratan a los médicos; ejercen posición dominante sobre los prestadores de servicio; abusan de la integración vertical; se han convertido en un cartel para evitar la competencia entre ellas y, como consecuencia de su papel negativo en el sistema, señalan los detractores, este ha colapsado y no muestra resultados positivos". Veamos separadamente cada acusación.

1. Que son intermediarias y, por ello, no agregan valor

Muchas de las personas que opinan públicamente sobre la crisis de la salud no conocen o no quieren reconocer el sentido de la intermediación en la cadena de valor de un sistema general, amplio y complejo de seguridad social en salud y consideran que cuantos menos eslabones tenga la cadena, menos recursos se "pierden" en gastos innecesarios de intermediación. En la tradicional práctica médica, cuando las personas tenían su propio médico y este atendía directamente a sus pacientes, no existía intermediación, pero sí asimetrías muy marcadas en conocimientos e información, que creaban una relación vertical muy especial, donde predominaba el médico. Cuando aparecieron los hospitales, se fueron constituyendo cadenas simples de valor con intermediación y presencia de elementos corporativos que mediaban entre los pacientes y los profesionales; las clínicas y hospitales llegaron así a constituirse en empresas, con o sin ánimo de lucro, pero conformadas por múltiples actores externos o mediante integraciones verticales y horizontales que, desde luego, agregaron valor a la cadena productiva del sistema.

En cualquier negocio de mediana o alta complejidad existen cadenas extensas de intermediación, que en ocasiones llegan a representar más de 90% del valor final del negocio, como sucede en la actividad financiera. Es cierto que cuantos más elementos se encadenen pueden crecer los costos transaccionales, lo que no significa que no se esté añadiendo valor. En el mundo de los servicios humanos concurre una multiplicidad de actores directos o indirectos (de regulación, control, financiamiento, apoyo logístico, auditorías, contabilidad, suministros, asesorías, etc.) que deben aportar valor agregado o desaparecer. Normalmente, lo que sucede es que, si no aportan valor, el mercado se encarga de eliminarnos.

Quienes no entienden las funciones de las aseguradoras en el sistema de salud consideran que no agregan valor y que su papel de intermediación solo

dificulta y encarece los costos y, por ello, proponen simplificar la cadena, de manera que se regrese al pasado esquema de médico-paciente —hoy imposible de sostener, sobre todo en el caso del aseguramiento universal— o a un Fondo Único Pagador que traería múltiples dificultades. Lo que sí es posible, aunque inconveniente, es tener un solo o varios aseguradores públicos. Esto no elimina la intermediación, sino que la encarece, en particular si se establecen entidades monopolísticas u oligopolios. Se olvidan que un solo pagador público puede llegar a costar más que veinte pagadores privados (1).

Los intermediarios deben aportar valor. Las EPS aportan valor por medio de sus funciones y obligaciones, que han sido definidas legalmente para contribuir al logro de los objetivos del sistema; para entender su papel es útil revisar sus funciones o responsabilidades. La función central de las EPS como agentes consiste en articular o integrar el sistema, es decir, relacionarse dinámicamente con los empleadores, los afiliados-beneficiarios, el sistema financiero, los prestadores y proveedores, el Gobierno, la Superintendencia de Salud (Supersalud), las asociaciones de usuarios y, en menor grado, con otros agentes y actores. Esa articulación se hace por medio de las siguientes responsabilidades: afiliación, registro de novedades y gestión de la base de datos de afiliados; recaudo de cotizaciones y pagos; organización de redes de prestadores según las necesidades de su población; representación de los usuarios y compra informada de servicios; gestión de control de costos, garantía de la calidad, gestión de riesgo en salud y pago de incapacidades y demás prestaciones económicas.

Para entender el valor agregado de las funciones complejas que deben cumplir las EPS en la cadena de producción del Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS) basta repasar sus macroprocesos: a) Procesos estratégicos: direccionamiento, planeación, calidad, servicio al cliente, modelo de atención, control interno y gestión integral de riesgos. b) Procesos misionales: promoción de la afiliación (mercadeo, comercialización y posventa); organización de servicios de salud, que incluye administración de la red, análisis epidemiológico, promoción y prevención, autorizaciones y auditoría médica y sus procesos operacionales, registro de afiliación y novedades, recaudo y cartera, prestaciones económicas, compensación y recobros. c) Procesos de apoyo: administrativos, jurídicos, financieros, informáticos y de soporte técnico y recursos humanos.

Las EPS articulan varios elementos importantes y se relacionan con diferentes actores, muchas veces en cumplimiento de su función de control al

gasto del sistema. Su principal relación es con sus afiliados, la cual suele ser a largo plazo y directa. Aunque el ideal sería que no se presentaran diferencias entre EPS y afiliado, en el diario trascurrir surgen algunas que a veces se traducen en conflictos, por ejemplo, cuando se niega un servicio que para la EPS no estaría incluido dentro del POS, mientras el afiliado espera que forme parte de los beneficios, cuando el afiliado o beneficiario no tiene derechos por falta de pago o porque no tiene actualizado su documento de identidad u otro motivo y la EPS no le presta el servicio, cuando ocurren demoras en la asignación de citas o autorización de servicios o en los casos en que el servicio no es de calidad. El usuario sabe que la EPS es la entidad responsable de sus asuntos relacionados con la salud y por eso acude ante ella para solicitar servicios o se queja cuando no son suministrados adecuadamente. En este sentido, las EPS se han convertido en una agencia para el afiliado y una entidad que garantiza la efectividad de sus derechos. No obstante, muchas veces se encuentra en la disyuntiva difícil de negar el servicio acatando normas vigentes, lo que genera la inconformidad del usuario.

Las EPS se relacionan con las IPS y los proveedores mediante varias modalidades contractuales y en tal relación se presentan problemas de información, de glosas a las facturas, de deficiente calidad del servicio suministrado o de demanda autoinducida por la IPS que la EPS no acepta. Del otro lado, ocurre con frecuencia que la EPS demora los pagos más allá de lo pactado o incumple cláusulas contractuales, generándose conflictos entre estos agentes. La tarea de revisión del gasto es necesaria para el sistema, aunque pudieran mejorar los métodos e instrumentos para hacerla menos traumática.

Las EPS suelen tener diferencias de criterio técnico con los médicos, en especial con los de primer nivel. Es aquí donde el profesional siente amenazada su autonomía por restricciones impuestas desde las aseguradoras, mientras aquellas hacen vigilancia del gasto o imponen protocolos clínicos sin flexibilidad. En este caso también requieren métodos alternativos de control que permitan la reducción del desperdicio, en los cuales los médicos se sientan más comprometidos.

Con frecuencia se presentan reclamaciones y diferencias entre aseguradoras y organismos gubernamentales, tanto de tipo regulatorio como operativo y financiero. Son frecuentes las diferencias entre el Fosyga y las EPS, en particular en el caso de los recobros glosados y no pagados a estas cuando ya tuvieron que incurrir en el gasto. En torno a las tutelas falladas por los jueces,

ocurren frecuentes diferencias entre la rama judicial y las aseguradoras, sobre todo cuando estas consideran que el juez se ha extralimitado al ordenar suministrar al afiliado lo que no corresponde dentro de los beneficios o que no son competencia ni siquiera del sector salud.

En sus funciones complejas, muchas veces desconocidas, las EPS desempeñan un papel difícil que les crea diferencias y enemistades. Como articuladoras que son, deben chocar permanentemente con otros actores, en un rol que es propio de su función de contenedor del gasto sanitario, delegado por el Estado. Si desaparecieran las EPS, el Estado u otro organismo tendría que asumir estas responsabilidades.

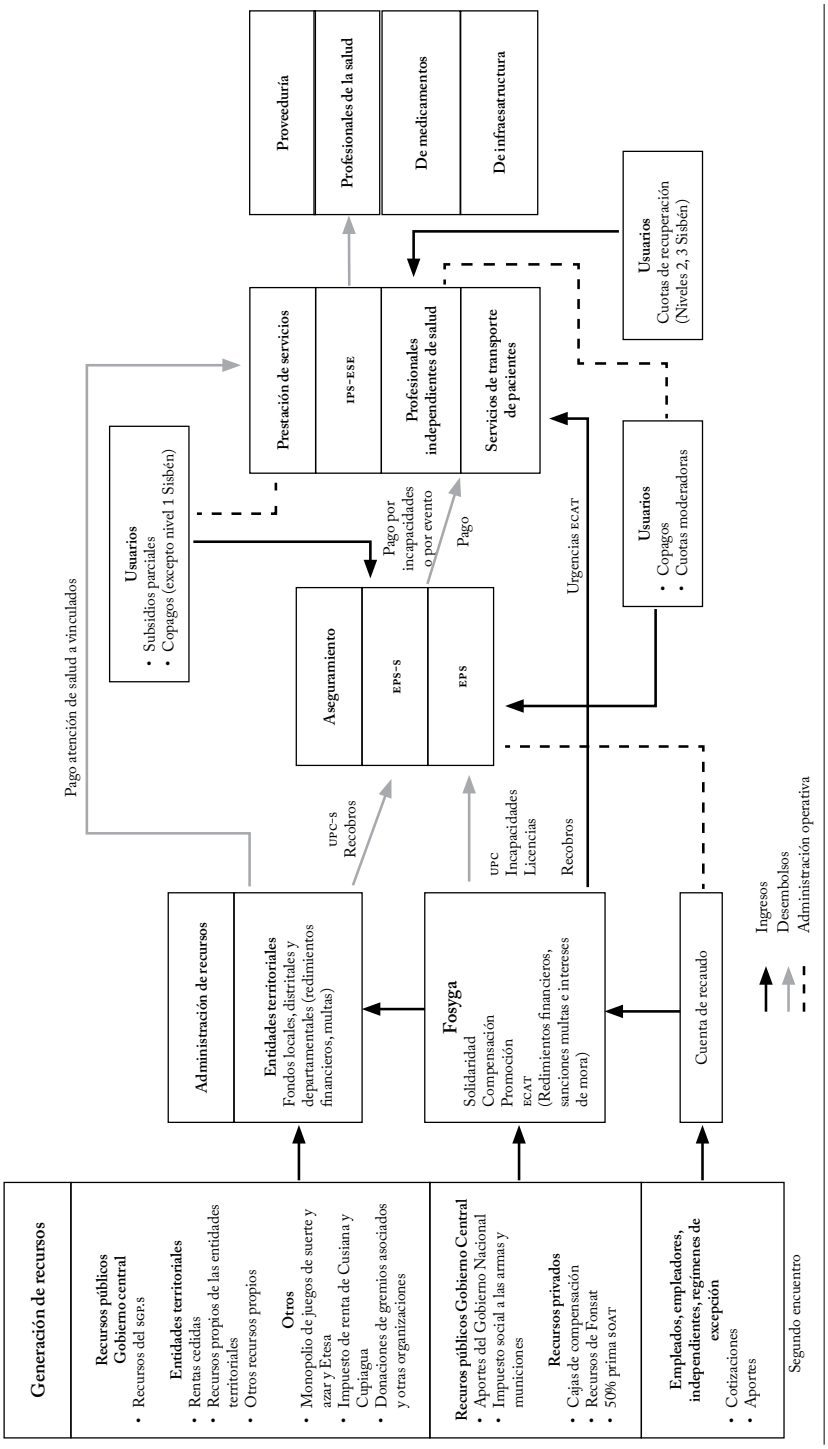
El sistema de salud colombiano es bastante complejo. El siguiente cuadro muestra la presencia de múltiples agentes y actores, cada uno de ellos intermediando en algún lugar de la cadena (2) (ver figura 1).

2. Que son simples administradoras y no verdaderas aseguradoras

¿Son las EPS aseguradoras o simples intermediarias que no agregan valor alguno en la cadena del sistema? En realidad, son aseguradoras especiales, como lo dice la Corte Constitucional, pues no se las puede equiparar a los seguros privados tradicionales ni a firmas auditoras, ya que forman parte de un aseguramiento público que implica asumir riesgos económicos y garantizar la prestación de servicios médicos, que en alguna proporción deben ofrecerlos directamente. La siniestralidad de las EPS es de 94%, comparado con niveles de menos de 60% en los seguros privados, lo que marca la primera diferencia entre las pólizas privadas y los planes obligatorios de aseguramiento social que ofrecen las EPS. Además, ellas no pueden fijar el precio del seguro, ni definir su contenido ni tampoco seleccionar a sus afiliados, como sí lo hacen los seguros privados.

El papel de aseguradoras se cumple por medio de una serie de obligaciones que se les asignó originalmente en la Ley 100 y luego se han venido transformando a los largo de tres lustros por medio de otras leyes y reglamentaciones complementarias. La Ley 100 apenas hace referencia implícita al rol de aseguramiento de las EPS, pero luego la Ley 1122 de 2007 es explícita en definir ese papel, que es corroborado por la Ley 1438. El Artículo 14 sobre Organización del Aseguramiento dice:

Figura 1. Agentes y actores del sistema de salud y su interacción



Fuente: Segundo encuentro sobre el balance y las perspectivas del Sistema de Administración de Riesgos (2)

> Para efectos de esta ley entiéndese por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad de los servicios y la representación del afiliado [...]. Las EPS en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento (3).

Las EPS tienen un contrato implícito de aseguramiento social con el tomador primario del seguro, que es el Estado y, de manera derivada o indirecta, con los afiliados, expresado en una póliza que es el POS (ya que el no POS es una obligación que no deberían asumir). Por el pago de esa póliza o plan de beneficios reciben un pago que es la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y operan unos deducibles, que son las cuotas moderadoras y los copagos. Las EPS tienen un régimen de solvencia especial, deben tener un patrimonio técnico determinado y constituir reservas técnicas como cualquier compañía de seguros; están obligadas a tener sistemas de administración de riesgos financieros, administrativos, médicos, operativos, legales, de mercado y otros y a planificar su actividad sobre la base de notas técnicas obtenidas de estudios actuariales periódicos, todo lo cual significa que son aseguradoras y no simples administradoras.

A pesar de que las EPS tienen "responsabilidades indelegables" como aseguradoras, la regulación sobre la materia es confusa, incompleta, llena de vacíos y contradicciones. Las normas que definen el aseguramiento no tienen en cuenta hasta dónde debe llegar, lo cual ha permitido que la cobertura de las prestaciones no contempladas en el POS deban ser pagadas por las EPS para luego ser recobradas al Fosyga y este solo reconoce una parte del gasto incurrido.

Recientemente se ha modificado la jurisprudencia sobre el uso de los recursos. Ahora se entiende que los ingresos de las aseguradoras, después de ser compensados, no son el pago de la prima, sino que continúan siendo recursos parafiscales que solo pueden aplicarse estrictamente al gasto en salud sin que el mismo haya sido definido. El cálculo de la UPC (prima) es desconocido por los agentes y no hay seguridad de su suficiencia para pagar el plan de beneficios, fuera de que tiene muchas zonas grises, indefinidas, causa de conflictos frecuentes entre actores.

Administrar un servicio social (diferente de asegurar) puede llegar a ser una actividad simple, que agrega muy poco en la cadena de valor de un

sistema, sin entrañar riesgo para quien hace la gestión y, por consiguiente, obedece a un tipo contractual en donde las responsabilidades y obligaciones son concretas, la duración del contrato puede ser a corto plazo y en cualquier momento puede rescindirse, sin incurrir en altas penalidades para las partes.

Quienes consideran que las EPS deben salir del SGSSS aducen a favor de su argumentación que, debido a que prestan simples servicios administrativos, en una especie de tercerización u *outsourcing*, pueden ser reemplazadas fácilmente sin que se cause daño o riesgo al sistema, pues les dejarían, en algunos casos, funciones de auditoría, información y pagos ordenados por otros. Además, aducen que al administrar algunos aspectos de los procesos tendrían un rol secundario y otros agentes pasarían a ocupar una posición clave en el conjunto del andamiaje del SGSSS.

Ni desde el punto de vista jurídico ni en la práctica actual las EPS pueden ser consideradas simples administradoras o de actuación menor; su papel como componente sistémico va mucho más allá de la intermediación, pues actúan como articuladoras en una serie de procesos misionales, en los que tienen lugar transacciones interpersonales, operativas y financieras importantes. El SGSSS fue construido pensando en roles diferentes para los distintos actores y buscando entre ellos controles mutuos y complementación, conducentes a un equilibrio general. Si la participación de algunos de los agentes es accesoria, como sería el de las EPS administradoras, estos sobrarían y su ausencia no repercutiría en el funcionamiento general.

Las EPS son aseguradoras especiales. Tal como está definido por las normas legales y ha sido interpretado por la jurisprudencia, las EPS cumplen el papel de aseguradoras, en delegación del Estado colombiano. Se trata de un seguro especial, tipo seguridad social, diferente al que cumplen otros organismos de la seguridad social como son las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y las administradoras del SOAT o, en el campo privado, las compañías de seguros médicos y las mismas empresas de medicina prepagada. En todos los casos anteriores existe un tomador del seguro (el Estado), un beneficiario (el afiliado), una póliza con cobertura explícita (POS), una prima o pago (UPC), unos deducibles (copagos) y una siniestralidad (representada en la demanda y pago de servicios), pero se presentan diferencias sustanciales entre los llamados planes voluntarios y la seguridad social, que es esencialmente pública.

Elementos del aseguramiento especial de las EPS

Los recursos de la UPC son un pago de prima por el seguro.
El POS constituye la póliza o cobertura asegurada.
Los copagos son un deducible.
Gestionan el riesgo en salud de sus afiliados.
Organizan los programas de atención en función de ellos.
Existe una siniestralidad esperada, calculada en la nota técnica.
A las EPS se les exige patrimonio técnico mínimo y reservas.
Las EPS reembolsan a los prestadores y prestan servicios directos.
Las EPS son aseguradoras especiales de seguridad social.

Las EPS, como aseguradoras genuinas, asumen unos riesgos y tienen que responder por ellos. Esa es la razón de ser de la exigencia de un patrimonio técnico mínimo, de reservas como cualquier otro tipo de asegurador, de cálculos actuariales periódicos para ajustar las reservas, de obligación de adelantar administración de riesgos operativos, legales, financieros, operativos y reputacionales, como lo deben hacer todas las compañías de seguros y como está estipulado en los protocolos internacionales.

En virtud de los compromisos de aseguramiento, muchas EPS han desaparecido del mercado, otras están funcionando bajo intervención o vigilancia especial y la mayoría muestra indicadores financieros preocupantes, que podrían configurar insolvencia para que, ante el aumento de la siniestralidad, responda con las reservas y, en caso necesario, con su patrimonio. ¿No es esto un típico negocio de aseguramiento?

Es un aseguramiento especial, regulado y vigilado por el Estado y sometido a un riesgo financiero muy alto. Mientras en una compañía típica de seguros la siniestralidad se sitúa entre un 50 y 60%, casi todas las EPS muestran siniestralidad superior a 90% que, sumada a los recobros, llega fácilmente a cifras que rondan un 110%, es decir, por encima de los ingresos por primas y propios de la entidad. ¿Será recomendable que, en adelante, el Estado asuma estas pérdidas cuantiosas por medio de un fondo nacional o varios fondos seccionales, como se ha propuesto recientemente?

Es cierto que el aseguramiento tipo seguridad social en salud, que gestionan por delegación del Estado las EPS, no es un aseguramiento puro como

el de las compañías de seguros. No es puro porque trasciende los compromisos financieros y entra en el área de los servicios a los pacientes, con toda su complejidad y regulación específica. Una compañía típica de seguros se responsabiliza por reintegrar los gastos al tomador o al médico-hospital, sin tener que asumir todas las funciones que en Colombia tienen las EPS y que adelante se discutirán.

3. Que se enfocan en los negocios y no en la salud

Se dice que la salud no debe ser un negocio lucrativo, ya que la protección de la salud y la lucha contra la enfermedad son actividades nobles y superiores que no pueden ser tratadas como cualquier otro negocio mercantil, pues implican la relación con un bien valioso que son las personas, protegido por la Constitución, las buenas costumbres y el sentido común. Sobre el modelo de salud, dice José Félix Patiño que "esta nueva teoría económica es la negación del humanismo en una de las experiencias más puras, cual es el ejercicio de curar y de velar por la salud mediante el profesionalismo médico" (4). Cely anota:

> Las normas de eficacia, eficiencia, rentabilidad y libre competencia valen también para los servicios de salud, como cualquier otra industria o empresa fabricante de mercancías que se compran y se venden, y se establece el criterio de calidad que no conlleva el de calidez […] el paciente es visto como un cliente, como un consumidor, un usuario y no ya como un ser humano frágil y necesitado de compasión, de afecto y de auxilio altruista y humanitario como se le consideraba antes cuando predominaba el principio de beneficencia sobre el de justicia y de autonomía (5).

Estamos de acuerdo con la preocupación de que la práctica actual de la medicina socializada se fundamenta en valores de la ética hipocrática y la moderna bioética, así como en los valores de la organización empresarial contemporánea y aceptamos que no puede ser lo mismo gestionar un negocio comercial que trabajar en la actividad sanitaria, donde deben prevalecer los valores de beneficencia y de no maleficencia predicados desde la bioética. La ética médica y la ética empresarial responsable no son antagónicas, sino que deben ser complementarias, en circunstancias en las que la prestación de servicios es "masiva" y de alto costo económico, por lo que deben tenerse en

cuenta consideraciones médicas y científicas dentro de un marco organizacional de tipo empresarial, aun en los servicios estatales.

No entendemos por qué se afirma que en las actividades sanitarias no pueden participar personas y entidades privadas con ánimo lucrativo. El ánimo lucrativo permea todos los rincones de la sociedad moderna y constituye el principal motor del progreso y de la prosperidad económica de las naciones. En nuestra tradición hispánica y católica, todavía hay muchas personas que consideran que la economía liberal, la iniciativa privada, la competencia dentro del mercado y el incentivo por obtener utilidades, es decir, el lucro o ánimo legítimo de utilidad o ganancia son pecaminosos y deben ser desterrados de actividades especiales como la salud, la educación o los programas de bienestar.

En el caso particular de la salud, muchos de nosotros fuimos educados en el ambiente de las instituciones de caridad cristiana, como los recordados hospitales de filantropía o, más recientemente, bajo la influencia del Estado benefactor, en el marco del Sistema Nacional de Salud. Dar un salto a la apertura económica de los mercados competitivos, mal llamada neoliberalismo, no ha sido fácil de entender y aceptar para muchos sectores sociales y políticos, en especial cuando todavía vivimos situaciones de inequidad y de pobreza intolerables. Hasta países comunistas como China y Cuba han entendido que el lucro y el mercado son fundamentos de la actividad social económica, aunque no lo son todo ni pueden desbordarse.

La Constitución colombiana señaló que la salud debería ser una responsabilidad primaria del Estado, pero que podría delegarse a particulares el aseguramiento y la prestación de los servicios, cuando dice que:

> […] el Estado, con la participación de particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprende la prestación de los servicios en la forma que lo determine la ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas de conformidad con la Ley (6).

La misma Carta Política, en su Artículo 333, establece que:

> La actividad económica y la iniciativa privada son libres, dentro de los límites del bien común. La empresa, como base del desarrollo, tiene una función social que implica obligaciones. El Estado fortalecerá las

> organizaciones solidarias y estimulará el desarrollo empresarial. La ley delimitará el alcance de la libertad económica cuando así lo exijan el interés social, el ambiente y el patrimonio cultural de la Nación (6).

Hoy día, en los servicios de salud como en los de educación y en los servicios sociales y de bienestar, una altísima proporción de las actividades es desplegada por entidades privadas, con o sin ánimo de lucro. De las casi 15.000 IPS, incluyendo la mayoría de las clínicas, laboratorios, centros de rehabilitación y consultorios médicos y de odontología, un 87% son privados y, de ellos, la inmensa mayoría persigue legítimamente el lucro. En el campo de las aseguradoras, de las setenta que operan en el país, cerca de treinta son privadas y algunas operan con incentivos financieros, es decir, lucrativos. De las doce empresas promotoras de salud agremiadas en Acemi, la mayoría es privada, pero cerca de un 70% pertenece a grupos sin ánimo de lucro, como serían las cajas de compensación, que constituyen más de 60% del sector o cooperativas que tampoco son calificadas bajo la razón de corporaciones lucrativas.

La presencia de la iniciativa privada no solo es permitida por la Constitución, sino que ha sido útil y beneficiosa para el país. Ello no quiere decir que no puedan conformarse aseguradoras o prestadoras públicas, en franca competencia con las privadas. De hecho, la Ley 100 permitió y le dio ventajas a entidades como Caprecom, Seguro Social y Cajanal para participar junto con las privadas, pero lamentablemente sus problemas estructurales no les permitieron competir. Luego, a lo largo del país se crearon más de diez EPS públicas del orden departamental, de las cuales solo queda una (Convida, en Cundinamarca). En la actualidad se plantean los esquemas mixtos, como serían los ejemplos de la Nueva EPS y de Capital Salud, lo cual está motivando a departamentos como Antioquia a seguir esta modalidad. No quisiera imaginar el regreso a un sistema esencialmente público, secuestrado por intereses políticos o sindicales, donde la competencia desaparezca y se cambie la dinámica del mercado por las determinaciones de las burocracias planificadoras.

La defensa de la participación privada en la gestión sanitaria no significa que esta sea abandonada por el Estado sin aplicar controles estrictos bajo regulación estable y eficaz. Los mercados deben ser regulados, vigilados y tutorados por el Estado para evitar abusos, corregir fallas y sancionar irregularidades, sobre todo en campos donde aquellos son imperfectos y asimétricos y se juega con valores tan importantes como la vida y la salud.

Eliminar el ánimo de lucro en la salud es un viejo anhelo de algunos sectores políticos adversos a la iniciativa privada, a la competencia dentro de mercados y a la libertad de empresa. Eliminar los incentivos de lucro, es decir, la posibilidad de que las empresas se autosostengan y generen utilidades "razonables" dentro de un claro marco regulatorio y de controles es una utopía que no tiene sentido en el mundo actual. La medicina y los servicios de salud han sido manejados por el sector privado durante casi cinco siglos en Colombia y solo durante el período del Sistema Nacional de Salud, un remedo del Estado de bienestar europeo, se registró un leve aumento de la participación oficial. Clínicas, consultorios, laboratorios, casas farmacéuticas, aseguradoras, firmas de auditoría médica y otras son operadas en su inmensa mayoría por personas o entidades con ánimo de lucro. ¿Por qué razón solo se considera que las aseguradoras privadas no pueden participar en el sistema de salud y se mantiene a las demás entidades con igual espíritu lucrativo?

Hay fundaciones buenas y eficientes, como también empresas privadas buenas; asimismo, hay fundaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que se esconden detrás de esa fachada para ocultar intereses particulares o para no pagar impuestos. Y también funcionan muchas entidades de utilidad común que son un desastre como organizaciones. El carácter de la propiedad no garantiza que los servicios sean buenos o malos, ni que el manejo sea pulcro o incorrecto; es la regulación y la sabia intervención del Estado para regular el mercado cuando este falla lo que, a la larga, convierte a las empresas en eficientes, transparentes y efectivas.

4. Que se apropian ilegalmente de los recursos parafiscales

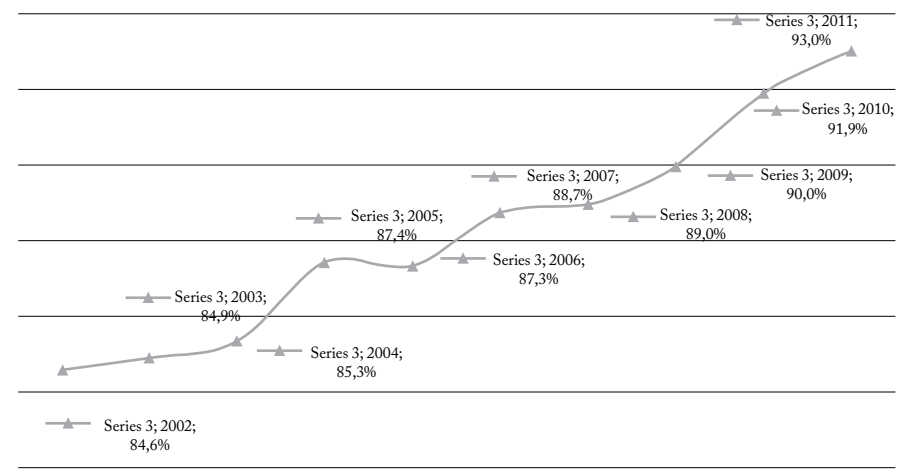
Se dice irresponsablemente que la utilidad de las EPS es mayor de 50%, tal vez porque algunas entidades obtuvieron enormes ganancias en el pasado y las desviaron a actividades no relacionadas con el sector y que ahora son investigadas. Esto significaría que el riesgo asumido sería mínimo y que sus estados financieros auditados por firmas reconocidas serían falsos, lo mismo que las informaciones que suministra la Superintendencia de Salud sobre la operación financiera de las aseguradoras. La siniestralidad promedio de las EPS está por encima de 94%, de manera que, sumados los gastos administrativos y las enormes pérdidas por recobros glosados y no pagados, esta alcanza más de 110%, lo que significa que muchas de ellas están insolventes y podrían

ser liquidadas o intervenidas y desde hace algunos años pasan por una grave situación de iliquidez.

Invito a los lectores a que estudien los estados financieros que muestra la Superintendencia de Salud para las EPS, con corte a 31 de septiembre de 2012 (última información hoy disponible) o que se haga auditoría forense a las contabilidades de esas empresas, cuyas pérdidas agregadas para las doce EPS agremiadas por Acemi arrojan pérdidas operativas de más de $150.000 millones el año pasado y muestran un ROE de -16%.

Un ejemplo de esto es que la expansión de la demanda de servicios se ha multiplicado sin que, paralelos a ello, hubieran crecido los ingresos o la prima de aseguramiento. Hacia 1995, de $100 de ingresos se gastaban $85 en servicios médicos. Hoy, esos mismos recursos deben cubrir gastos en salud por $94. Como resultado de esa situación, el sistema ha perdido el equilibrio financiero desde hace varios años y ahora se encuentra en situación deficitaria. El costo médico ha venido afectando el riesgo de las aseguradoras y, en 2012, se halla en un 94%. Esta deja apenas un margen de 6% para cubrir gastos administrativos e inversiones. En 2011 Acemi hizo el ejercicio de calcular las pérdidas del sector y estas sumaron más de $146.000 millones (7).[1]

Figura 2. Tendencias del gasto médico sobre los ingresos operacionales 2001-2011



Fuente: Acemi

[1] Datos de EPS afiliadas en Acemi. No incluye Grupo Saludcoop. La pérdida del sector es de $153.000 millones.

El propio ministro de Salud ha declarado recientemente que apenas dos o tres EPS están en condiciones de solvencia económica. ¿Cree alguien que entienda mínimamente el mundo de los negocios que algún inversionista sensato adquiriría una EPS colombiana? Nos preguntamos, ¿por qué razón hay más de veinte EPS intervenidas por la Supersalud porque muestran estados graves de insolvencia financiera? Si el negocio es tan lucrativo, ¿por qué el Gobierno tenía que asignar, a título de empréstito no reembolsable, más de medio billón de pesos anuales al Seguro Social antes de su liquidación y por cuáles motivos debe inyectar periódicamente enormes cantidades de recursos a Caprecom?

El sistema de aseguramiento público en salud gestionado mediante las EPS gasta anualmente $28 billones y el país incurre en otros $20 billones en gastos públicos y privados por fuera del aseguramiento. Esto significa que el gasto per cápita en este sistema es de 388 dólares, uno de los más bajos de la región y, con ese gasto, se realizan más de 400 millones de actividades anuales (consultas, cirugías, partos, fórmulas médicas, etc.) con 3 quejas por cada 10.000 actividades, también de las más bajas en la región. ¿Es esto ineficiencia o despilfarro?

5. Que no defienden al usuario

Algunos críticos de las EPS dicen que estas no cumplen con la obligación de constituirse en defensores de los usuarios frente a los demás actores del sistema. En el fondo, toda la actividad de las EPS debe estar inspirada en la defensa de los intereses de los usuarios, inclusive frente a ellas mismas. La crítica es parcialmente válida y es necesario convertir a las aseguradoras en las aliadas de los usuarios y los afiliados. La Ley 1122, en su Artículo 14, señala que la EPS "debe tener la representación del usuario ante el prestador y demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario" (8).

Sin embargo, cuando la aseguradora conforma una red de prestadores, contando para ello con la información y experiencia suficientes y buscando los más idóneos, está protegiendo a sus afiliados frente a las grandes asimetrías de información; cuando realiza auditoría de calidad de servicios, hace lo propio; cuando cumple con sus obligaciones en relación con la entrega de las tecnologías incluidas en el POS, actúa en la protección del usuario. Mas esta responsabilidad de ser el tutor, defensor y apoyo del usuario debería profundizarse por parte de las EPS y estas deberían asumir claramente que la aseguradora tiene que ser una aliada del afiliado y de ninguna manera su con-

traparte, aun cuando lo requiere para que cumpla sus deberes con el sistema, establecidos en las normas.

6. Que no hacen prevención y, por ello, no muestran resultados en salud

Después de la Ley 1122 de 2007, que ordena en varios de sus artículos mostrar resultados en salud, el sector y las EPS han comenzado a moverse en la dirección de la llamada administración de riesgos, ordenada desde 2008 por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud. El paso inicial ha sido la aplicación, por parte de las EPS, de complejos sistemas de diagnóstico precoz, identificación y valoración de riesgos y seguimiento de cohortes de pacientes en enfermedades crónicas de alta prevalencia como hipertensión (HTA) y diabetes mellitus, en diferentes tipos de cáncer y en las patologías huérfanas y de altísimo costo. Todavía es débil la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tanto en EPS como en IPS y su financiación en la UPC es casi irrisoria. El próximo paso será dar más importancia a aquellas actividades de prevención que tienen alto costo-beneficio, como ocurre con la vacunación, la atención a la niñez y a la mujer gestante. La mayoría de las EPS del contributivo tiene programas de seguimiento al crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes y de control de la gestante.

La Ley 1122 incluye a las EPS en responsabilidades de salud pública, al decir en su Artículo 33, literal G, que "las prioridades de salud pública deben ser cubiertas en el POS y las EPS deben alcanzar las metas tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir". En el parágrafo del mismo Artículo obliga a las EPS a tener un plan operativo anual para sus actividades en el campo de salud pública. Sobre los determinantes de la salud que no pueden controlar (polución, deficiencias en la calidad del agua o falta de ingreso), deben convertirse en denunciantes ante las autoridades correspondientes.

Las mediciones sobre el estado de salud de las poblaciones afiliadas a las EPS del régimen contributivo muestran resultados muy satisfactorios en comparación con los afiliados al subsidiado. Lamentablemente existen profundas desigualdades entre regiones del país y entre las zonas urbanas y rurales y las mediciones no se han estandarizado. El próximo desafío consiste en incidir positivamente sobre la calidad de vida y la salud de las poblaciones afiliadas mediante acciones preventivas, detección temprana de algunas patologías e intervenciones oportunas en los estados iniciales de algunas enfermedades.

Las EPS hacen más prevención que lo que se les ordena, no solo aplicando los recursos destinados a promoción y prevención, estimados en $1.700 mensuales por afiliado-beneficiario, sino la parte de la UPC, pagando por actividades contempladas en el POS, con lo cual se llega a un gasto estimado en cerca de 20% de la UPC.

Al evaluarse la observancia de estas actividades por parte de las aseguradoras podemos ver que se cumplen y se superan las metas en un 75% de estas actividades (tabla 1), lo que genera resultados positivos en salud en diferentes enfermedades de interés en salud pública, como por ejemplo en las lesiones preneoplásicas del cuello uterino, en las que ha venido en disminución la mortalidad, debido, en parte, a la detección temprana lograda por la realización oportuna de la citología vaginal (figura 3).

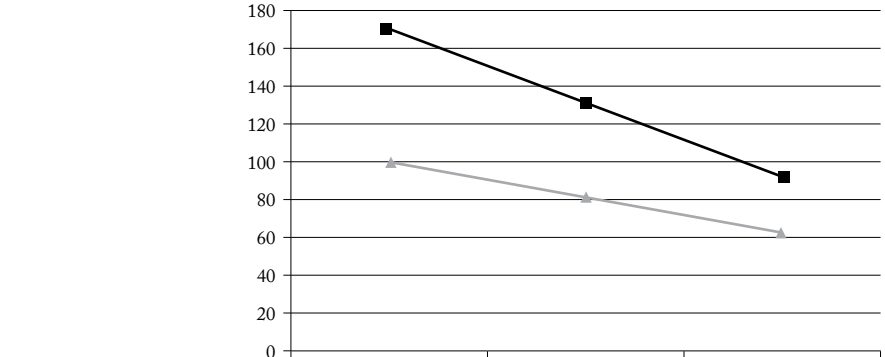
Tabla 1. Número de actividades preventivas agrupadas según alteración a detectar

Actividades preventivas	Número de ejecuciones		
	2009	2010	2011
Detección de alteraciones de la agudeza visual	691.574	767.219	696.238
Detección de alteraciones del adulto	3.507.781	2.878.081	2.755.923
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años	2.454.527	2.678.892	2.428.409
Detección de alteraciones del desarrollo del joven	874.596	973.334	812.372
Detección del cáncer de cuello uterino	2.984.583	3.268.745	3.160.823
Detección del cáncer de seno	441.346	452.620	461.557
Planificación familiar hombres	139.710	108.531	74.167
Planificación familiar mujeres	2.084.371	2.642.364	2.652.064
Salud bucal	9.559.932	10.308.825	9.726.054
Atención del recién nacido	1.416.883	1.490.911	1.295.793
Detección de alteraciones del embarazo	6.252.690	6.596.177	6.151.001
Vacunación	3.523.874	3.643.563	3.469.344
Subtotal	33.931.867	35.809.262	33.683.745
Otras actividades preventivas	7.794.036	8.010.598	7.492.740
Total actividad de promoción y prevención de la enfermedad	41.725.904	43.819.860	41.176.485

Fuente: cálculos realizados por Acemi con base en la información reportada por las EPS al Ministerio de Salud y de Protección Social sobre el cumplimiento de la Resolución 412 y 3384 de 2000

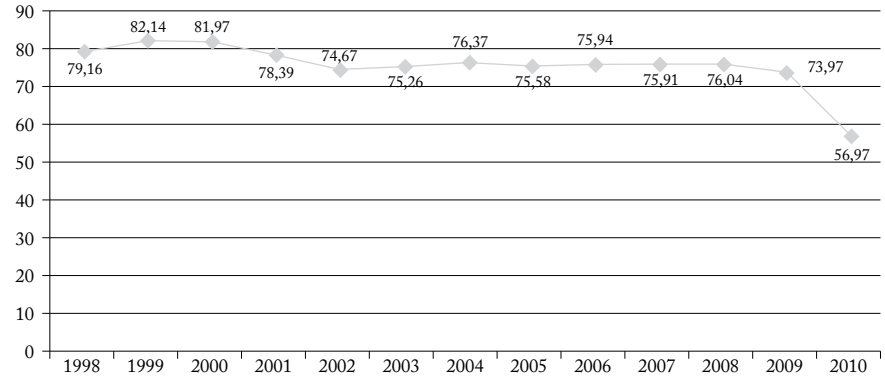
Adicionalmente, las EPS organizan programas de gestión de riesgo para los afiliados, en particular para las poblaciones menores de 5 años y madres gestantes y para los afiliados agrupados, como pacientes de enfermedades crónicas que deterioran la salud progresivamente, como son ciertos tipos de cáncer, HTA, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal crónica y enfermedades raras de altísimo costo. Más de 2,5 millones de pacientes forman parte de los programas de seguimiento y control que se proponen un diagnóstico precoz, la detección de complicaciones, un control permanente y la búsqueda de la adherencia de los pacientes a los tratamientos. En los próximos años, estos programas llegarán casi a la totalidad de pacientes crónicos o de alto riesgo y, en una segunda etapa, cubrirán a toda la población afiliada en el seguimiento al sano, previendo la aparición de enfermedades degenerativas debidas a malas prácticas de vida en las distintas etapas del individuo.

Figura 3. Resultados en salud

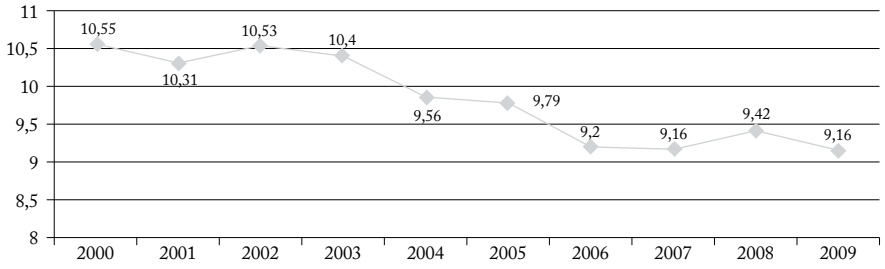


	1990	2000	2010
Razón de mortalidad materna Colombiana	170	130	92
Razón de mortalidad materna América	100	80	63

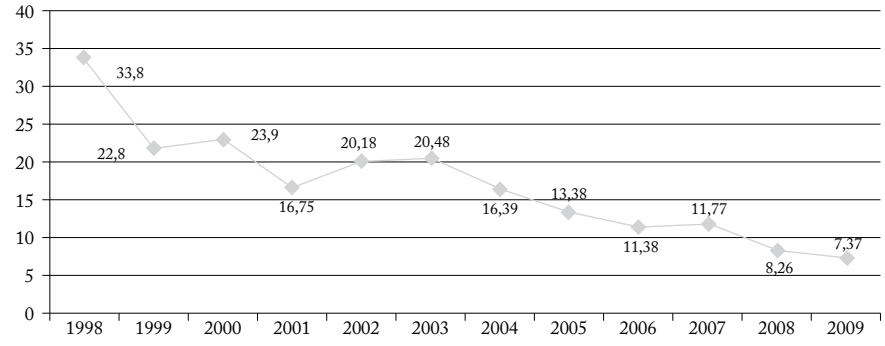
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15-19 años (por 1000)



Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix (por 100.000)



Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años (por 100.000)



Fuente: Así vamos en salud. Disponible en www.asivamosensalud.org y estadísticas sanitarias 2012. Organización Mundial de la Salud.

7. Que no contribuyen a la equidad en el sistema

El que realmente produce equidad es el sistema y no las EPS, que son apenas un vehículo para alcanzar la equidad, como lo son también las IPS y los demás

actores. Es reconocido mundialmente que el sistema de salud de Colombia es uno de los más equitativos y que constituye el principal instrumento del Estado para la lucha contra la pobreza. Por ejemplo, en la recesión de 1998-2001 el gasto en salud llegó cerca de un 10% del PIB y fue el factor que mejor compensó los efectos de aquella, sobre todo en los sectores más pobres. El hecho de que 95% de los colombianos esté cubierto por un seguro público que cubre todas las patologías y es generoso en los beneficios que garantiza demuestra el grado de equidad logrado.

Comúnmente se asocia el régimen contributivo con estratos socioeconómicos altos y se considera que los afiliados a este régimen son unos privilegiados. En realidad, la composición demográfica, social y económica es muy parecida a la del régimen subsidiado, con la diferencia de que deben aportar parcialmente sus cotizaciones por ser empleados formales, ya que el empleador aporta 2/3 de la cotización y a partir de 2013 contribuirá con el impuesto a la renta CREE para reemplazar los 8,5 puntos de cotización que venía aportando hasta la reforma tributaria. Cerca de 85% de los afiliados al contributivo devenga menos de dos salarios mínimos mensuales, es decir, puede ser clasificado como pobre.

Dentro del régimen contributivo existe una serie de subsidios cruzados: los más pudientes aportan más y, de esa manera, subsidian a los que aportan menos por ser trabajadores rasos, pero, además, utilizan menos los servicios, pues un alto porcentaje tiene acceso pagado simultáneo a planes prepago y a pólizas de salud. Los sanos subsidian a los enfermos, en especial a los crónicos, que demandan más servicios y de mayor costo. Los jóvenes subsidian a los mayores.

Desde la creación del sistema, la Ley 100 previó que 1,5 de la cotización del régimen contributivo debería pasar al subsidiado como una contribución a la equidad, lo cual ha venido sucediendo con la excepción del último año, cuando se traspasó menos de 0,2 con la base en lo autorizado por la Ley 1438 (3). Afortunadamente, en 2013 se volvió a la mayor solidaridad.

8. Que son focos de corrupción

Esa generalización es tan falaz y peligrosa como decir que los colombianos somos narcotraficantes, porque en realidad existan algunos o muchos narcos. Hay EPS corruptas, IPS corruptas, médicos y abogados corruptos, colombianos corruptos, pacientes corruptos, empleadores corruptos, pero a la vez hay muchas IPS y EPS honestas y la inmensa mayoría de los profesionales de salud

también lo son y hacen bien su trabajo. Ponerlos a todos en el mismo saco no solo es profundamente injusto sino peligroso, porque se está afectando la reputación y la confianza de todo el sistema. La corrupción pública y privada es una desgracia para la Nación y en el sector salud es una calamidad. Desviar dineros destinados al alivio de la enfermedad y a evitar el dolor y muerte de compatriotas constituye una actividad que merece el rechazo unánime de la sociedad y el castigo de los jueces e investigadores, una vez se hayan culminado los procesos con todo el rigor jurídico y dentro del debido proceso. Si alguna o algunas EPS sirvieron como vehículo a sus directivos para cometer ilícitos debe ser castigada con todo el peso de la ley, pero las que han actuado honradamente no pueden ser sometidas a escarnio público.

Lamentablemente, la corrupción en el sector de la salud es alta, sobre todo en muchos municipios y en entidades públicas que han sido "raptadas" por intereses regionales oscuros, mas no se escapan los agentes privados, sean estos aseguradores o prestadores, tampoco algunos médicos inescrupulosos ni grupos de pacientes. Este sector tiene varias peculiaridades que lo hacen proclive a la corrupción y a la defraudación: circulan cerca de $40 billones, la operación es completamente descentralizada y los controles son deficientes.

Asimismo, debemos rechazar los abusos de parte de muchos agentes del sistema de salud aprovechando vacíos en la ley y falta de controles sociales. Con preocupación vemos desfilar en las noticias a funcionarios públicos y privados, a EPS e IPS por igual, a médicos inescrupulosos, a casas farmacéuticas y secretarías de Salud, comprometidos en escandalosos fraudes desde hace años, acusados de desfalcar al sector y de constituir redes de asociaciones para delinquir.

El país no puede bajar la guardia frente a la corrupción general y a la de la salud. Por fortuna se adelantan investigaciones judiciales y de control que pueden contribuir a que no se presenten nuevos casos de defraudación o de abuso por parte de los diferentes actores y se están aplicando las normas del estatuto anticorrupción propias para el sector. La vigilancia y control que ejerza con justicia y rigor la Superintendencia de Salud será un factor preventivo de suma importancia.

9. Que maltratan laboralmente a los médicos

Desde hace años existe cierta tensión entre los gremios de la Medicina y los aseguradores. Hay quejas sobre los bajos sueldos de los médicos, apoyo mí-

nimo a la educación continuada y la limitación que algunas EPS imponen a la autonomía médica. La mayoría de esas quejas carecen de respaldo fáctico, aunque algunas son justificadas, no solo en el caso de EPS, sino también de la mayoría de IPS y prestadores que no ofrecen salarios justos, no tienen programas de educación continuada e imponen sus criterios técnicos.

En Colombia tenemos una "socialización de la Medicina" por cuenta de un enorme aparato público-privado regulado por el Estado que atiende a más de 40 millones de personas a lo largo del país. La medicina privada de tipo liberal es muy limitada. Los efectos del mercado laboral conducen a una situación en la que el médico, después de años de estudio, termina devengando sueldos modestos no compatibles con las inversiones personales en su educación ni con el esfuerzo personal. Si la oferta médica no fuese tan alta, por la cantidad de escuelas de Medicina y el alto número de graduados, los médicos ganarían mucho más de lo que hoy reciben. Los subespecialistas de la Medicina, cuya oferta es muy limitada, tienen ingresos muy altos, inclusive comparados con los de países de alto desarrollo. En 1994, en Colombia ejercían menos de 22.000 médicos; veinte años más tarde labora casi el triple y para ellos no existe desempleo, pues el sistema los absorbe, así no sea con los sueldos que merecen los profesionales de la salud.

Las EPS no emplean sino una parte mínima de los médicos, pues la mayoría trabaja independientemente o para clínicas y hospitales y allí los sueldos son similares a los que ofrecen las aseguradoras. Más aún, una gran proporción de médicos y profesionales de la salud continúa trabajando por contratos de honorarios, mientras que en las EPS esas prácticas casi no ocurren. Es lamentable que ni EPS ni IPS tengan prácticas extensas de capacitación para sus profesionales, ni destinen recursos para investigación clínica, que todavía sigue siendo un área limitada a las universidades y a sus centros docentes.

Es necesario preservar la autonomía médica. Este es un principio fundamental que se ha visto afectado en la mayoría de los países donde funcionan sistemas de seguridad social. La UPC constituye el ingreso de las EPS y la restricción presupuestal que tiene el sistema a la hora de asignar recursos, lo cual impide ampliar los tiempos de consulta deseables y eficientes para fortalecer la relación médico-paciente, aunque privilegian la autonomía final del médico por medio del mecanismo de las prestaciones no POS, donde los comités técnico-científicos deben respetar el criterio del médico tratante, así este no sea de la EPS.

Ojalá se encontraran fórmulas de solución que garantizaran la autonomía médica dentro de la necesaria vigilancia del gasto frente a recursos escasos. La creación del Instituto de Evaluación Tecnológica y el desarrollo de guías médicas adelantadas por los propios profesionales parecieran dar pasos en esa dirección.

10. Que fallan en la calidad y en la oportunidad del servicio

En los últimos años ha aumentado la presión sobre los servicios, creando dificultades en la atención administrativa de muchas EPS y congestión de las salas de espera de urgencias, hospitalaria y de consulta externa. El crecimiento de la tasa de uso de servicios, que casi se ha triplicado en tres lustros, los cambios en el perfil demográfico y el epidemiológico, que ubican a Colombia en la postransición con alta prevalencia de enfermedades crónicas que causan deterioro, como diabetes mellitus y HTA, el anterior auge de las tutelas ahora reemplazadas por los recobros por no POS, el crecimiento de las expectativas de los usuarios, la judicialización administrativa y en especial los rápidos cambios tecnológicos en la medicina han modificado el panorama de los servicios que organizan las aseguradoras, sobre todo en el área de atención al afiliado cuando solicitan autorizaciones y citas médicas. Mientras el POS viene ampliándose, la UPC no crece al mismo ritmo, con lo que se produce una congestión demasiado fuerte sobre las áreas de "atención al cliente", Internet, centrales de citas y de autorizaciones y otras administrativas.

Gran parte de las EPS muestra fallas en temas como el acceso, que debería ser fácil y sencillo, a servicios administrativos y médicos, la libre escogencia de prestadores y de médicos, la no existencia de un médico o un equipo de salud estable, la poca información y pobre educación de los afiliados, la dispersión de puntos de servicio, la proliferación de trámites y papeleo, la inoportunidad de citas con especialistas y subespecialistas (a veces por deficiencia en la oferta de algunos tipos de profesionales), la falta de continuidad e integralidad de la atención, la despersonalización y la poca calidez del servicio. Algunos de estos problemas son compartidos por las IPS. De igual forma, existe preocupación por la negación de algunos servicios supuestamente incluidos dentro del POS, cuando en realidad cae en una zona oscura no definida, causante de muchos enfrentamientos. Los pacientes se quejan, con sobrada razón por la dificultad de acceso por medio de los centros de llamadas telefónicas, de Internet y de las oficinas de servicio. Es lamentable que la incorporación de esas tecnologías

sea demasiado costosa y la oferta de comunicaciones muy atrasada en muchos lugares del país, como para ser extendida a lo largo del territorio en pocos años, así las normas antitrámites traten de imponer períodos cortos para la asignación de citas. Es notable que los períodos de espera en Colombia sean mucho más cortos que los de la mayoría de países de la región y similares a los de países de alto de desarrollo, como España e incluso Canadá (tabla 2) (9).

Tabla 2. Tiempos de espera consulta especialistas Canadá, España y Colombia

Tipo de consulta	Tiempos para acceder a servicios de salud		
	Canadá	España	Colombia
Consulta especializada	19 semanas (133 días)	7,5 semanas (53 días)	1,1 semanas (8,2 días)
Consulta ginecología	9,4 semanas (65,8 días)	9,8 semanas (69 días)	1 semanas (7,4 días)
Consulta cirugía general	6,4 semanas (44,8 días)	4,5 semanas (32 días)	1,3 semanas (9,3 días)
Consulta medicina interna	5,3 semanas (37,1 días)	8,1 semanas (57 días)	1,6 semanas (11,3 días)
Consulta pediatría	9 semanas (63 días)		1 semanas (7,1 días)

Fuente: Elaboración propia

Para Canadá los datos se tomaron del estudio realizado por la Fundación Fraser, en el año 2011, "Waiting your turn". Respecto a España, del Informe Oficial de Sanidad, 2010 y para Colombia, del Boletín 3, Indicadores de IPS, Sistema de información para la Calidad 2006-2011, del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. En el caso de Canadá y España son tiempos de listas de espera y en Colombia son tiempos en promedio de atención.

A pesar de las fallas anotadas, es llamativo que las encuestas contratadas por el Ministerio de Salud muestren que la mayoría de los usuarios está satisfecha con el servicio recibido. Del mismo modo, las tutelas son pocas cuando se las compara con la población afiliada o con los servicios recibidos, pese a que en números absolutos son más 100.000 por año, de las cuales la mitad fueron por solicitud de información.

No cabe duda de que en los próximos años todos los actores del sistema deberán realizar ingentes esfuerzos para mejorar la calidad, prontitud e integralidad de la atención.

11. Que ejercen posición dominante con los prestadores

Se dice que las EPS aprovechan una posición dominante frente a los prestadores para someterlos a contratos desventajosos, glosar injustamente las cuentas y demorar los pagos. En algunos casos, las imputaciones pueden ser ciertas y no existe justificación para que así suceda; sin embargo, en otros casos no se presenta

justificación, pues las tarifas pueden resultar altas frente a otras alternativas del mercado local, las glosas pueden obedecer a razones técnicas y las demoras en los pagos pueden deberse a la cartera antigua del Fosyga con las EPS.

En respuesta, las EPS sostienen que muchas veces se ven sometidas a la voluntad de los prestadores que imponen tarifas, que las glosas a las facturas son producidas por auditores independientes y que la demora en los pagos obedece a que a la vez el Fosyga retiene una suma de dinero equivalente a la deuda de las aseguradoras con proveedores y con IPS. No es el momento para definir estas diferencias que, en un sistema de salud bien regulado, con información y contabilidad confiables, con clara definición de roles y responsabilidades y con mecanismos eficaces de conciliación, no deberían existir.

Un punto de controversia es la integración vertical de la que se acusa a las EPS. De casi 70.000 camas hospitalarias, solo unas 5.000 pertenecen a las empresas de aseguramiento y menos de 3.000 son utilizadas por las EPS, lo que significa que la integración vertical es mínima. Además, en el primer nivel o puerta de entrada a los servicios, en donde no se dispone de camas, la integración es necesaria para poder ejercer control sobre la atención, hacer seguimiento a los pacientes y gestionar el riesgo en salud, así como controlar los costos y evitar la demanda inducida por los prestadores.

Se ha permitido, por parte de los organismos rectores, el crecimiento del conflicto, sin remediar las causas y hoy existe un distanciamiento que va más allá de la dialéctica normal y ha dejado de ser un mecanismo de balances y chequeos para convertirse en un enfrentamiento pugnaz. Las relaciones entre aseguradoras y prestadores deberían ser de extrema colaboración y coordinación, de socios estratégicos en el mismo empeño de producir excelentes servicios de salud y no de antagonistas.

Vemos un potencial enorme para el trabajo colaborativo, para la innovación, para la búsqueda de calidad a lo largo de los procesos administrativos y clínicos, la contención de los costos, para lograr excedentes que justifiquen las inversiones de unos y otros. Como colombianos, nos sentimos orgullosos cuando se informa que algunas de nuestras clínicas figuran entre las mejores de América Latina; igualmente, nuestras aseguradoras son vistas como referencia en la región ¿Qué pasaría si unimos lo mejor de la prestación con lo mejor del aseguramiento? Estamos ante un absurdo juego de suma cero, donde si gana uno pierde el otro. Todos, comenzando por nuestros pacientes, deben ganar en un trabajo colaborativo.

12. Que abusan de la integración vertical

El debate sobre la integración vertical (I. V.) no es exclusivo de Colombia y se presenta en muchos países; fue motivo de largas discusiones en el Congreso cuando se estudió lo que sería la Ley 100 y se llegó a la conclusión de que aceptaba la I. V. para que las nuevas aseguradoras estuviesen en situación de igualdad con ISS que operaba cerca de cuarenta grandes hospitales. Ante la presión de los hospitales, la Ley 1122, en su Artículo 15 sobre regulación de la integración vertical patrimonial y la posición dominante, limitó la integración a 30% y, más tarde, en la Ley 1438 de 2011 se ordenó a las EPS del régimen subsidiado contratar por lo menos un 60% de los servicios con la red pública hospitalaria. La Ley 1122 dice sobre I. V. que: "Las EPS no podrán contratar directamente o a través de terceros con sus propias IPS más de 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren necesarias dentro de los distintos niveles de complejidad".

Existen muchos argumentos a favor y en contra de la integración. El más importante, en contra, es la necesidad de tener un sistema equilibrado internamente con balances y contrapesos que sirvan a los usuarios, evitando, de esa manera, que algunos agentes adquieran un poder exagerado frente a los demás.

A favor de la integración, se argumenta que esta es indispensable en la puerta de entrada de los servicios (primer nivel de complejidad) para garantizar la atención promocional y preventiva y para ejercer verdadera vigilancia médica sobre los pacientes. Otra razón es que, mediante la integración, se puede realizar una gestión de costos más efectiva y el seguimiento y la referencia y contrarreferencia de pacientes es más trasparente. Por último, se dice por parte de las EPS que la oferta de servicios hospitalarios es muy baja en casi todas las regiones, que el país tiene apenas tres camas por cada mil habitantes, que las camas especializadas y de cuidados intensivos son insuficientes y que, si no hubiese sido por la construcción de algunas clínicas por parte de las EPS en la última década, estaríamos ante una situación todavía más crítica. El debate continúa sin que tengamos claridad sobre qué es lo que más conviene al sistema. Sin duda, es necesario mirar el asunto con objetividad y tomar medidas para evitar los abusos. Algunos han propuesto actualizar los sistemas tarifarios con máximos y mínimos, basados en estudios de costeo o que, en caso de requerirse que la EPS tenga su infraestructura, esta tenga que demostrar que los costos son menores que los del mercado y que se genera un ahorro importante para el sistema.

13. Que se "cartelizaron" para obstruir la competencia entre ellas

También dicen los detractores que después de que la SIC sancionó a Acemi y a sus agremiados por "colusión para tratar de imponer precios por medio de la manipulación de información sobre los servicios prestados", las EPS actúan "cartelizadamente" para evitar la competencia entre ellas. Sin entrar en detalles sobre las investigaciones de la SIC, cuyas decisiones fueron demandadas ante los tribunales competentes, es importante señalar que el margen de competencia dentro del sistema colombiano es mínimo, porque, a diferencia de otros países, aquí casi todo está reglamentado y fijado hasta en el mínimo detalle. Las EPS deben someterse a iguales paquetes de beneficios, primas, deducibles y reglas en cada punto de su operación. En algunos aspectos, como el modelo de servicio médico y la publicidad a sus programas, queda un espacio pequeño para la competencia, que cuidan celosamente.

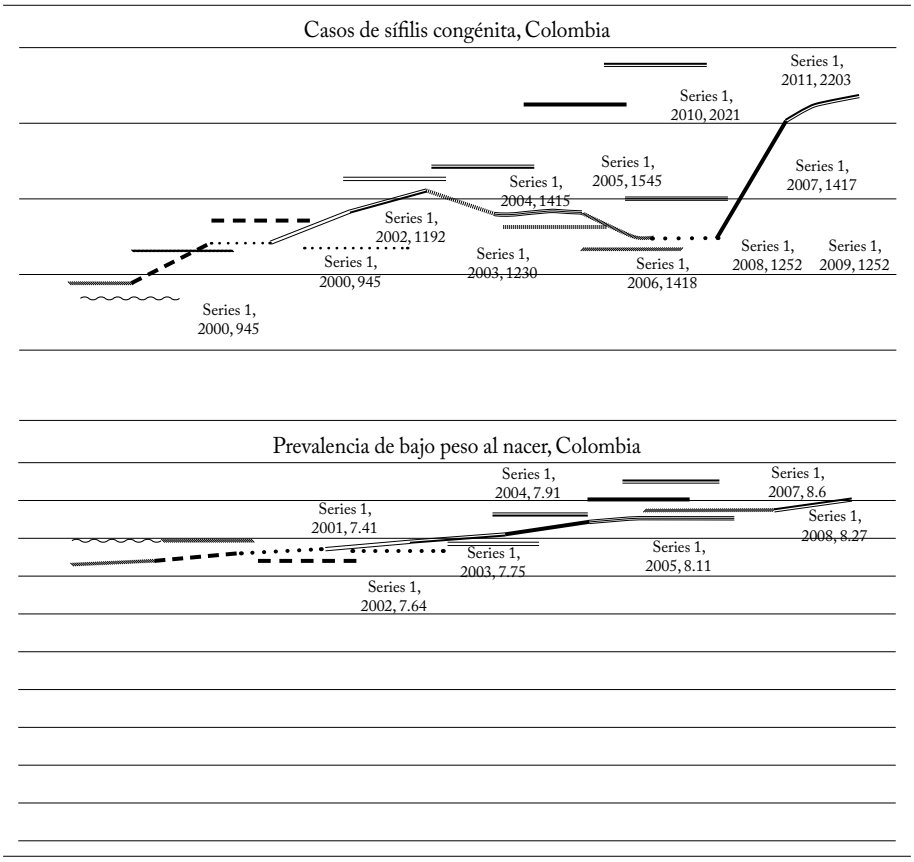
14. Que el sistema colapsó a causa de las EPS y en dos décadas no ha mostrado resultados positivos

La conclusión de quienes abogan por cambiar radicalmente el actual modelo de aseguramiento es que, por las fallas de las EPS, este se desfiguró y colapsó, por lo que es un sistema fallido que ya no puede ser resucitado. Este lenguaje apocalíptico es útil para convencer a la opinión de que no queda otro remedio que crear un sistema completamente diferente al actual.

Argumentan que, después de dos décadas de funcionamiento, el sistema de salud no muestra resultados en equidad, aseguramiento, salud pública y mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población. Nada más contrario a la tozuda realidad, comprobada por muchos investigadores independientes con hechos, cifras e indicadores que demuestran que el sistema de salud de Colombia puede ser considerado como uno de los mejores de la región, si no el mejor, precisamente por sus logros evidentes.

Para comenzar, si bien se presentan retrocesos en algunos indicadores sanitarios, como son los casos de sífilis congénita y de bajo peso al nacer (figura 4), en líneas generales las condiciones de salud hoy son mucho mejores que las existentes en 1993 antes de la reforma, no solo porque aumentó la expectativa de vida en casi diez años, disminuyó la mortalidad infantil de 51 muertes por 1.000 nacidos vivos a 19 x 1.000, así como mejoras en las coberturas de vacunación y razones de mortalidad materna, ente otros (tabla 3).

Figura 4. Casos de sífilis congénita y bajo peso al nacer



Fuente: Así vamos en salud

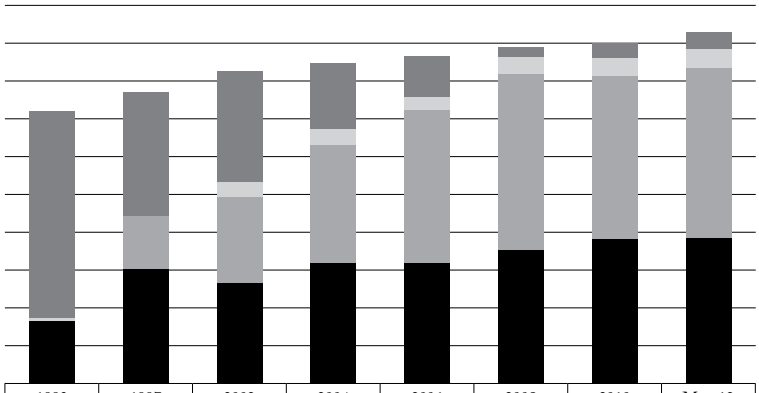
Tabla 3. Comparación de los principales indicadores de salud de Colombia 1990-2010

Comportamiento de indicadores de salud en Colombia		
Indicadores en salud	**1990**	**2010**
Expectativa de vida al nacer (años)	70	76
Tasa mortalidad menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	51	19
Cobertura inmunización antisarampionosa en niños de 1 año (%)	76	96
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	140	85
Partos atendidos por personal de salud calificado (%)	40	96
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (%)	66	79
Cobertura de atención prenatal (%)	83	97

Fuente: estadísticas sanitarias mundiales OMS 2011, Encuesta Nacional de Demografía y Salud Profamilia 2011

En cuanto a cobertura poblacional, es significativo que hoy un 96% de la población esté asegurada, con casi veinte millones de personas en el contributivo y veintidós en el subsidiado, habiendo alcanzado la meta de la Ley 100 (figura 5).

Figura 5. Evolución del aseguramiento en los regímenes contributivo, subsidiado y especial en los últimos veinte años



	1993	1997	2002	2004	2006	2008	2010	May-12
Vinculados	27.626.890	16.579.152	14.657.588	8.724.084	5.317.308	1.243.883	1.980.504	2.367.994
Exceptuados	470.707	0	2.060.465	2.060.465	1.951.351	2.184.093	2.184.093	2.312.429
Régimen subsidiado**	0	7.033.580	11.444.003	15.553.474	20.107.223	23.372.290	21.676.620	22.514.941
Régimen contributivo*	8.110.647	15.033.311	13.165.403	16.029.505	16.029.505	17.649.994	19.158.783	19.386.459

Fuente: Calderón, Cardona Botero y Ortega Bolaños (10)

* Datos a mayo 2012, según el Informe al Congreso del MPS 2011-2012. ** En 2010 se ajustó el reporte oficial de afiliados al RS con las personas cargadas en BDUA. Vinculados se estima a partir de la información de población total según el DANE, 1993 y 1997.

El plan de beneficios de Colombia es uno de los más generosos del mundo, ya que ofrece más de 6.616 tecnologías, de las cuales 5.880 son procedimientos y dispositivos médicos y 736 son medicamentos (tabla 4).

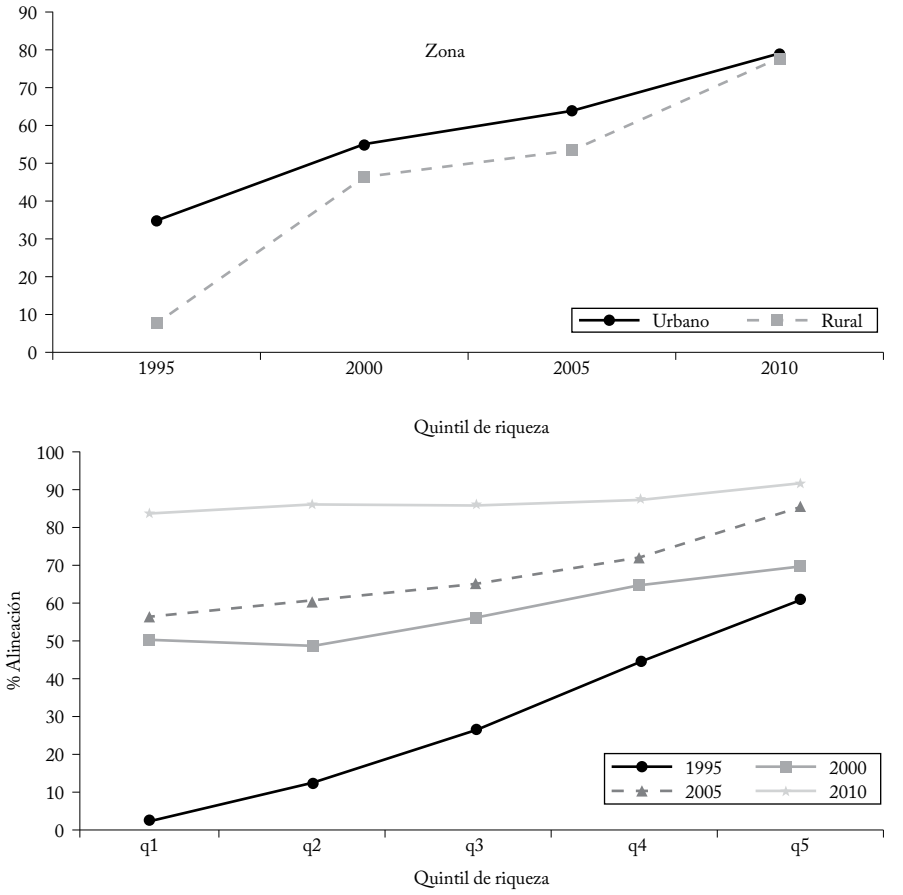
Tabla 4. Resumen de tecnologías incluidas en el POS

Tecnologías	Total
Procedimientos y dispositivos médicos	5.880
Medicamentos	736
Total	6.616

Fuente: Comisión de Regulación en Salud (11)

En 2001, Colombia fue clasificado por la OMS como el país más equitativo del mundo en materia de salud, lo cual se concluyó en consideración del aporte público al sistema, los subsidios cruzados entre contributivo y subsidiado, los subsidios dentro del contributivo entre los afiliados con mayor capacidad financiera y los de menor capacidad (que son más de 80%): el crecimiento del acceso efectivo a los servicios por quintiles que muestra que los más pobres han progresado más que los quintiles ricos, por el crecimiento del acceso real de las zonas rurales (figura 6).

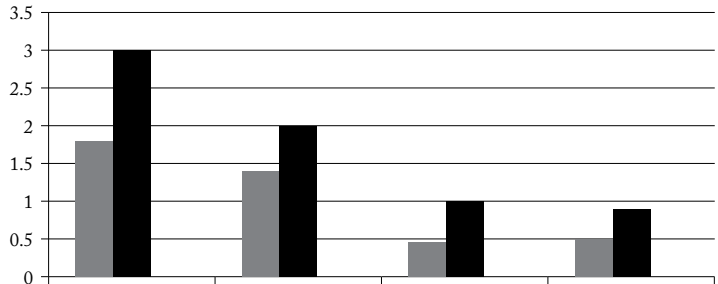
Figura 6. Afiliación por zona y quintil de riqueza 1995-2010



Fuente: Flórez y Camacho (12)

En materia de protección económica a las familias, el caso colombiano se destaca en la región por tener hoy uno de los menores gastos de bolsillo, pues este pasó de ser de 43,7% en 1990 a 7,1% en 2010. Las barreras de acceso todavía existen, pero la mayoría de los colombianos accede a los servicios independientemente de sus ingresos y esto ha venido en aumento durante la última década (figura 7).

Figura 7. Aumento de la utilización de servicios médicos medido por el promedio de consultas médicas por habitante



	Consultas médicas	General	Especializada	Urgencias
ISS 1993	1.5	1.389	0.457	0.492
Acemi 2010	3	2	1	0.9
Cambio %	67%	44%	119%	83%

Fuente: informe estadístico 1993, Instituto de Seguros Sociales, Oficina de Planeación, Grupo de estadística

¿Por qué las EPS son importantes en el aseguramiento?

Con todos los defectos y fallas que tienen las EPS, siguen siendo uno de los principales instrumentos para operar el sistema de aseguramiento y llegar a todos los rincones del país, entregando y financiando más de 400 millones de actividades al año. Podría ser posible funcionar exclusivamente con operadores públicos, pero quizá los resultados no serían los mismos. La experiencia pasada así lo demuestra y la experiencia actual con EPS públicas sigue siendo muy negativa.

Lo anterior no significa que las EPS no deban mejorar, pues todavía no han alcanzado la plena madurez. Bien reguladas, con controles efectivos y con mayor posibilidad de competir en los mercados, las EPS podrían ser un excelente instrumento para mejorar los resultados. Su eliminación o el cambio sustancial de esencia no producirían mejoras, sino, por el contrario, podría sumirnos en una situación cercana al caos.

Referencias bibliográficas

1. El pulso [página principal en Internet]. Medellín: Hospital San Vicente de Paul [actualizado a diario; acceso mayo 17 de 2013]. http://www.periodicoelpulso.com/html/1307jul/index.htm
2. Acosta A. Presentación Congreso Positiva-Acemi.
3. República de Colombia, Congreso de la República. Ley 1438, Por medio de la cual por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 47.957; 19 de enero de 2011.
4. Patiño JF. [Editorial]. Revista Medicina 1988; 2 (48 supl. 2).
5. Cely G. El horizonte bioético de las ciencias. Bogotá: CEJA y 3R Editores; 1999.
6. República de Colombia. Constitución Política. Bogotá: Legis; 2012.
7. Superintendencia Nacional de Salud [sede Web]. Bogotá: Autor [actualizado julio 9 de 2013; acceso mayo 17 de 2013]. http://www.supersalud.gov.co/supersalud/
8. República de Colombia, Congreso de la República. Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 46.506; 9 de enero de 2007.
9. Congreso sobre Calidad. Alami.
10. Calderón C, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martínez R. Sistema de Salud: 20 años de logros y problemas. Ciênc Saúde Colet 2011; 16 (6): 2817-28. http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf.
11. Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 029 de 2011, Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Bogotá: Diario Oficial No. 48298; 30 de diciembre de 2011.
12. Flórez C, Camacho A. Dos décadas de cambios en la equidad en el sistema de salud Colombiano: 1990-2010. Santiago de Chile: Cepal; 2012.

Se necesita una reforma estructural del sistema de salud que resalte los valores de los colombianos

H.R. Gloria Stella Díaz Ortiz*

Introducción

Con indignación los colombianos hemos visto desde hace varios años cómo se han vulnerado los derechos de cientos de compatriotas a quienes se les ha negado el derecho al servicio de salud. Hemos sido testigos de cómo los pacientes esperan horas interminables en las salas de urgencia sin ser atendidos, pasan meses sin que se les autorice lo ordenado por el médico tratante, no les suministran los medicamentos o se mueren en las ambulancias en el conocido paseo de la muerte.

Las denuncias en los diferentes medios de comunicación dan cuenta de una cadena de hechos que se entrelazan de manera fatal para que el sistema no funcione. Denuncias como que las EPS no tienen contrato con el prestador del servicio de salud o que, si bien el prestador está contratado, no le han pagado desde hace varios meses. Algunas en que el paciente no aparece afiliado en la base de datos de la EPS, el medicamento no forma parte del Plan Obligatorio de Salud (POS) y debe ser autorizado por el Comité Técnico Científico o no se autorizan los especialistas, entre otras. Ante este panorama, es el paciente quien pone en riesgo su vida por la ineficacia de un sistema de salud que, además, impone cargas administrativas propias del sistema a los usuarios.

---

* Abogada de la Universidad Libre de Colombia, especialista en Derecho de Familia de la Universidad Javeriana. Actualmente es representante a la Cámara e integra la Comisión Interpartidista del Congreso para superar la crisis de la salud en Colombia.

A la sombra de estos problemas están los renombrados e interminables hechos de corrupción que desangran el sistema, sumados a la desviación de recursos que denunció la Contraloría General de la República a lo largo del año 2012, como fueron el uso de recursos públicos de la salud para financiar campañas políticas, las bonificaciones a sus representantes legales, el patrocinio de equipos de fútbol, la construcción de campos de golf y de condominios, la construcción de infraestructura, la publicidad y una lista interminable de acciones que va minando el sistema, al punto de no poder garantizar la salud de los colombianos.

Ahora bien, nos preocupan igualmente los cimientos que soportan el sistema con un sinnúmero de normas y procedimientos complejos. Casos como altos funcionarios que trabajaron asesorando en beneficio de las EPS o con marcados intereses económicos en el sistema, entidades politizadas, desacato a las sentencias de tutela, impunidad, debilidad institucional, falta de información del Gobierno sobre aspectos esenciales del sistema, la escasez de vigilancia y control y las fallas en el rol de los actores, además de los incentivos perversos como la gestión de las empresas para generar resultados en utilidades o ganancias antes que resultados en salud, son todas situaciones que hacen tambalear el sistema en sus propósitos, en sus finanzas, en la seguridad jurídica y en la prestación adecuada de los servicios a los pacientes (1).

Todo lo anterior indica que el sistema de seguridad social en salud en Colombia —diseñado por la Ley 100 de 1993 y modificado por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011— precisa una reforma estructural, de fondo y sin más paliativos, pero no para generar más barreras de acceso bajo la excusa de regular supuestos abusos de los ciudadanos, como errada y malintencionadamente señalan algunos acerca del uso de la acción de tutela.

Por esto, de manera crítica y breve, se expondrán algunos aspectos que afectan el sistema de salud actual, haciendo previamente una defensa de la acción de tutela como una herramienta jurídica eficaz para la protección del derecho fundamental a la salud y se finalizará planteando la propuesta frente a esta problemática y ante los deseos de reformar de manera estructural el sistema de salud, anunciado por el ministro de Salud Alejandro Gaviria, quien señaló que era necesario "poner orden en el sistema". Mas, como veremos, no es solo orden lo que se necesita.

1. La acción de tutela: una herramienta imprescindible para la defensa del derecho a la salud

Muchas voces han señalado de manera ligera e irresponsable que el alto volumen de acciones de tutela en los últimos años refleja un abuso de esta acción constitucional por parte de los ciudadanos y afirman que se ha judicializado la salud, pero no han precisado que el alto número de tutelas por salud se debe a las numerosas violaciones del derecho cometidas por las EPS, las IPS y los entes territoriales que, según los estudios de la Defensoría del Pueblo, son las mayores transgresoras del derecho a la salud de los colombianos con un 89% de los casos de las demandas por acción de tutela durante el año 2011 (2). De estas, un 72,5% se dirigió contra las EPS; 13,59% contra los entes territoriales y 3,23% contra las IPS.

La acción de tutela se volvió una puerta de entrada a los servicios de salud y a los medicamentos, no por el capricho de los ciudadanos, sino por la negación sistemática al derecho, lo cual evidenció la Corte Constitucional en donde afirma que:

> Es claro que el problema persiste y ha venido aumentando ya que cada día más ciudadanos deben acudir a la tutela para acceder a servicios de salud a los que en muchos casos tienen derecho, tal y como lo indica la Defensoría del Pueblo (3).

La jurisprudencia en el país, sobre todo de la Corte Constitucional, ha obtenido un logro muy importante para todos los colombianos: concebir el derecho a la salud como un derecho fundamental que no requiere conexidad con el derecho a la vida o con la dignidad humana o con otro derecho fundamental para exigir su amparo mediante una acción de tutela. Esta discusión ha sido superada y el derecho a la salud se erige en nuestro ordenamiento jurídico como un derecho fundamental[1].

Sin embargo, en la connotada Sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional expidió dieciséis órdenes generales dirigidas al Gobierno "para que en desarrollo de los mandatos constitucionales y legales, cumpliera con la obligación de crear la reglamentación adecuada que permita satisfacer el

[1] En varias sentencias, entre ellas, la T-858 de 2003, la T-016 de 2007 y T-283 de 2012.

acceso efectivo a los servicios de salud requeridos", cabe resaltar que no todas las órdenes se han cumplido (4).

Es inaceptable, por lo tanto, que se intente despojar al ciudadano de una herramienta eficaz como la acción de tutela, que busca la defensa del derecho fundamental a la salud, con proyectos o propuestas que pretenden moderar su eficacia mediante instancias previas especializadas o no en salud como podrían ser comités o juntas de profesionales, que pueden generar una interpretación errada por parte de algunos jueces y que impida el acceso al amparo de esta acción en detrimento de los derechos de los pacientes dejándolos desarmados. Acá debe quedar claro que el ciudadano no es el abusador; el ciudadano es la víctima del sistema.

Tampoco es aceptable que se limite en mayor grado la autonomía profesional del médico tratante, evidentemente coartada por las políticas de las IPS y las EPS que restringen los tratamientos y medicamentos que deben ordenar, afectando su libertad profesional, su criterio, el libre ejercicio de su profesión y su ética. Por ello, debe ser un propósito del Congreso discutir y aprobar iniciativas legislativas que protejan directamente la autonomía de los profesionales de la salud en beneficio de los derechos de los pacientes.

2. Calificar la crisis del sistema como una crisis financiera es un sofisma de distracción

El ministro de Salud, Alejandro Gaviria, ha querido circunscribir la crisis del sistema de salud como una crisis financiera, buscando minimizar una problemática que representa vidas humanas, lo cual es una distorsión de la realidad. Lo que está sucediendo en el sistema es una violación permanente y flagrante del derecho fundamental a la salud, demostrada por las altas cifras de acciones de tutela: 94.502 en 2010 y 105.947 en 2011 (2). En esto no podemos engañarnos: "ningún elemento del sistema de salud funciona bien".

En primer lugar, la Corte Constitucional resaltó la evidencia de "fallas de regulación que motivaron la presentación de acciones populares, de inconstitucionalidad y de tutela, ante el Consejo de Estado y la Corte Constitucional" (3). Así que las fallas de regulación han sido una constante.

En segundo lugar, las EPS que supuestamente son aseguradoras de los servicios de salud no generan ningún valor agregado al sistema y, por el contrario, entorpecen el flujo de recursos hacia el paciente que los necesita. Tras los escándalos de corrupción, se ha demostrado que estas entidades no garantizan

la atención integral en salud, pero sí han logrado anteponer los márgenes de utilidad o intereses económicos sobre las medidas que toman el Gobierno y el Congreso de la República para tratar de mejorar el sistema.

En tercer lugar, el sistema se ha vuelto un barril sin fondo, con una cartera inacabable, en el cual no se sabe cuánto se debe, pues las IPS, que deben enfrentar directamente la crisis tengan o no recursos, se quejan de la cartera con la que tienen que lidiar a diario para subsistir, con un valor que supera $4,5 billones (con corte a junio de 2012), señalando principalmente a las EPS —por deudas que sobrepasan $2,8 billones— y al Estado con una deuda de $732 mil millones (5). Asimismo, las EPS señalan que las entidades territoriales (municipios, distritos y departamentos) les deben $320 mil millones de deuda reconocida no pagada.

No obstante, ni el Gobierno ni los actores conocen las cifras exactas de la deuda que hay en el sistema. El Gobierno carece de información certera; de hecho, en la implementación del Decreto 1080 de 2012 hay una deuda no reconocida por las entidades territoriales con las EPS de $218 mil millones, mas no se sabe quién va a pagar esa deuda. Además, el ministro de Salud, para mayor preocupación, afirmó que hay recobros sin resolver por cerca de $2 billones del Fosyga.

En cuarto lugar, dentro del sistema de salud el Gobierno no ha podido actuar para hacer cambios estructurales, ya que se ha visto limitado frente a las grandes empresas o grupos empresariales que dominan el sistema (EPS y compañías farmacéuticas). Esto ha sido un hecho notorio e incluso se ha visto impedido para poder asumir el liderazgo en el sector, porque parte de sus funcionarios han defendido los intereses económicos de las EPS o tienen vínculos cercanos con ellas. En este sentido, extrañamente en lo judicial no se han generado condenas ni avances importantes en las investigaciones contra exfuncionarios de EPS privadas dentro de procesos penales por los desfalcos al sector salud, lo que convierte al sistema en el escenario perfecto para el abuso y la corrupción.

Ni qué decir de la Superintendecia Nacional de Salud, ampliamente infiltrada por la politiquería, que se caracterizó por no ejercer su rol de inspección, vigilancia y control, por realizar intervenciones inocuas y politizadas y por no velar por los intereses de los pacientes (6). Se espera que, como lo prometió el Gobierno, la Superintendencia Nacional de Salud sea reestructurada en beneficio del país.

En quinto lugar, los resultados en salud son deficientes. Contrario a lo manifestado por el Gobierno, según el doctor Juan Carlos Giraldo, presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, los resultados recientes en salud son preocupantes por el aumento de la mortalidad materna, aumento de enfermedades que se entendían controladas, como sífilis congénita, dengue, tuberculosis, tosferina y descubrimientos tardíos de personas infectadas con VIH (7). Sumado a esto, la carga de la enfermedad en Colombia se ha incrementado en patologías como hipertensión, diabetes y obesidad por falta en gran medida de Promoción y Prevención (P y P).

Así, mientras los casos de sífilis congénita para el año 2000 fueron 900 en todo el país, en 2011 llegaron a ser 2.122. Esta enfermedad, cuya mortalidad en los recién nacidos es de 54%, es fácil de diagnosticar y tratar, por lo que las cifras demuestran las deficiencias del sistema actual. Adicionalmente, "los índices de mortalidad materna están por encima de los países que tienen inversión en salud igual o inferior a la de Colombia, como Chile y Cuba" (8).

En sexto lugar, los recursos que maneja el sistema de salud colombiano son de alrededor de $40 billones, sumados a otros recursos cercanos a $6 billones, representados en TES, CDT y bonos (9). Esto hace dimensionar un sistema de grandes recursos, pero que, en el costo frente a la calidad, se aleja de lo ideal. Tal como lo manifestó la doctora Sandra Morelli, contralora general de la República, esa deficiencia de la calidad frente al costo se debe a que "hay muchos recursos de la salud, un porcentaje muy superior al 50%, que se desvía de manera indebida para el lucro privado" (4).

Por todo esto, se equivocan quienes piensan que la solución está en inyectarle más recursos al sistema, pues, además de parecer un barril sin fondo, también parece un bolsillo roto, porque gran parte de los recursos se ha sustraído ilegalmente. Algunos afirman que el desfalco a la salud puede estar alrededor de $2, otros entre $8 y $10 billones de pesos y otros más se atreven a decir que el desfalco es incalculable.

En los estudios e investigaciones que ha realizado la Federación Médica Colombiana en el sistema, ha concluido que con los recobros de medicamentos de alto costo se ha desangrado el sistema de salud. Según ellos, en los períodos 2008 y 2010, por este hecho la defraudación en reclamos al Fosyga ascendió a casi $6 billones (10).

El sistema tiene incentivos que algunos han calificado como mal formulados, perversos o adversos, en la medida en que distorsionan los objetivos

que debe tener un sistema de salud; por ejemplo, los incentivos en que se hace lo que se factura y se factura lo que se hace, donde la motivación es generar ganancias, tras olvidarse del paciente y privilegiar los beneficios económicos de las empresas y los rendimientos financieros por encima de la salud de las personas (11).

> La capitación en sí misma es un incentivo adverso para algunos, en la medida en que darle los recursos a una persona que se mete el dinero al bolsillo y que después no le interesa sacarse el dinero para atender las necesidades de servicios de salud (12).

Aquí se ve que la negación de atención de especialistas o la demora en la asignación de citas se debe a que el dinero ya está en el bolsillo y, al parecer, es un bolsillo roto e insaciable.

También se califica como un mal incentivo la intermediación financiera que hacen las EPS en el sistema de salud actual, porque se centra únicamente en obtener los resultados proyectados por los administradores y los dueños de las empresas y concentran sus fuerzas en generar recursos, utilidades, ganancias y lucro a costa del dolor, de la enfermedad o del sufrimiento de las familias.

Estos incentivos adversos generan barreras de acceso a los pacientes, pues, cuanto menos se atienda a los pacientes, menos citas médicas se programen, menos tratamientos se efectúen, menos medicamentos se formulen, menos actividades de promoción y prevención se ejecuten, más utilidades tendrán las empresas de salud.

Esto ha sometido a los profesionales de la salud a restricciones en su ejercicio profesional, sobre todo en cuanto a su autonomía, afectando, como ya se dijo, su libertad profesional, su criterio, el libre ejercicio de su profesión y su ética, convirtiéndolos también en víctimas del sistema, obligándolos a generar beneficios financieros para las empresas del sector y atentando, en algunos casos, contra su autoestima, su integridad personal con largas horas de trabajo, con salarios injustos u honorarios inferiores a las horas trabajadas, con contratos de prestación de servicios en condiciones de inestabilidad, etc.

Con lo que se lleva expuesto no se puede seguir sosteniendo que la crisis en el sistema de salud es una crisis financiera, porque se minimiza la dimensión real del tema. La crisis del sistema de salud es, sin duda, una crisis estructural; si fuera financiera, con la simple inyección de recursos o la reforma

de algunas normas financieras o la modificación de las fuentes, entre otras medidas, eventualmente se solucionaría, pero no es así. Por más recursos que se quiera inyectar al sistema, como se expresó, este sistema es un bolsillo roto. Ya lo dijo la Contraloría y lo reiteramos: "Hay muchos recursos de la salud, un porcentaje muy superior a 50%, que se desvía de manera indebida para el lucro privado" (13).

3. La reforma estructural del sistema de salud debe resaltar los valores de los colombianos

Ante la crítica situación del sistema de salud y la necesidad de una reforma estructural, el pasado 12 de julio de 2012 realizamos una audiencia pública denominada "Alta cirugía para el sistema de salud colombiano", a la cual se invitaron y asistieron destacados actores del sistema de salud, como el Ministerio de Salud y Protección Social, más de cien asociaciones de pacientes debidamente representadas, la Asociación de Sociedades Científicas, la Federación Médica Colombiana, la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y la Academia Nacional de Medicina, entre muchos otros actores que expusieron sus propuestas para generar un cambio estructural al sistema de seguridad social en salud colombiano, porque ninguno desconoció la crisis tan grave y profunda que atraviesa el sector y la necesidad urgente de tal cambio.

Pero además de lo técnico o de lo jurídico que se pueda modificar con una eventual reforma estructural al sistema de salud y que en su momento se analizará a instancias del Congreso, hay algunos aspectos fundamentales que deben servir de inspiración para la reforma. Estos aspectos que se han perdido, en gran medida, en algunas partes de la estructura del mismo, pero que subyacen en nuestra sociedad y deben ser recuperados para el sistema con el fin de garantizar el derecho de los usuarios, de los pacientes, de los trabajadores y de los profesionales de la salud. Son los valores como el respeto por la vida, la solidaridad, el respeto por la integridad personal de los seres humanos, el bienestar, el respeto por la dignidad humana, la equidad, la igualdad, la justicia, la honestidad, la seguridad y la responsabilidad, entre otros valores que deben propender por la armonía en una sociedad, porque el sistema debe estar en función de seres humanos.

Bajo esta línea, deben desmontarse aquellos incentivos que han convertido al paciente en una mercancía, por los cuales las empresas de salud centran

sus intereses en obtener utilidades financieras sin importar los resultados en salud y que crean trabas al acceso de los pacientes a tratamientos, a medicamentos, a especialistas y a cirugías, para privilegiar el beneficio de las empresas sobre el bienestar de las personas.

En este sentido, es necesario también enfocar realmente los esfuerzos en políticas de P y P en salud, dado que un componente importante de recursos de la salud (cerca de un 22% de la UPC) presuntamente se ha destinado a estas actividades, aunque el sistema sigue siendo asistencial y con resultados desalentadores. La aplicación adecuada de políticas de P y P puede mejorar la sostenibilidad financiera del sistema y prevenir, por ejemplo, mediante buenos hábitos alimenticios y ejercicio, los problemas de sobrepeso y obesidad que pueden generar tensión alta, diabetes o insuficiencia cardiaca.

Por otro lado, el manejo de los recursos debe ser evaluado con profundidad, para que se elimine la intermediación financiera con los dineros del sistema que no aporta liquidez ni flujo de los recursos y para que quienes la realizan puedan ser eventualmente prestadores. Según lo expuesto, debe darse un vuelco total a la administración de los recursos, para que no se desvíen a manos particulares y haya un verdadero giro de recursos sin mediadores, con el único interés de que lleguen para atender las necesidades en salud de los pacientes en forma integral.

De igual forma, la corrupción debe acabarse de raíz, eliminando factores que pueden originar o facilitar su aparición, como la reducción de la cadena de intermediación que existe en el sector para recibir servicios y medicamentos. Del mismo modo, se deben concentrar los recursos y su administración, generalizar los giros directos y fortalecer el papel del Gobierno como rector del sistema y de la Superintendencia Nacional de Salud. Definir un seguimiento en tiempo real de los recursos en todas las etapas y de sus destinatarios, con informes obligatorios, con rendición de cuentas y publicidad de los informes financieros, con verificación, seguimiento y participación de la sociedad mediante veedurías, asociaciones de pacientes y de ciudadanos, así como estudiar a fondo las estructuras y el rol de cada una de las empresas de salud, donde impere la transparencia en los procedimientos y haya estabilidad laboral, endurecer las sanciones tanto a los funcionarios como a las empresas, aumentar la frecuencia de los controles a las entidades y unificar los sistemas de información que tiene el sistema de seguridad social en salud.

No podemos negar que hubo algunos avances con la Ley 100 de 1993, como por ejemplo la disminución del gasto de bolsillo o el aumento de la cobertura de los planes de salud o la búsqueda de la universalización; sin embargo, a quienes hemos demostrado que el actual sistema de seguridad social ya no aguanta más y que requiere una reforma estructural urgente, nos señalan de retroceder o nos acusan de querer una gran Caprecom como modelo de sistema, cuando Caprecom ha sido una vergüenza para el Gobierno por la corrupción y la politiquería. Nadie en el país quiere seguir el modelo de Caprecom ni quiere retroceder a modelos de salud del pasado; por el contrario, creemos que el sistema de salud puede llegar a ser mejor que el que tenemos actualmente.

Creemos que sí es posible avanzar hacia una verdadera universalización de la salud, donde todos, sin excepción, por el solo hecho de ser colombianos tengamos acceso efectivo, de calidad, integral a los servicios de salud, en cualquier parte del territorio, sin pedir las eternas autorizaciones a las EPS u otras barreras de acceso, como afiliaciones, regímenes, etc. No está por demás referirse al sistema de salud público de Reino Unido: siendo un sistema público, es un emblema de esa Nación, con excelente servicio y con salarios adecuados para sus trabajadores, donde no se habla de corrupción y funciona perfectamente, porque está basado en valores que han generado identidad nacional.

Por todo esto, hemos sostenido reiteradamente ante el Gobierno nacional en los debates de control político, en las audiencias públicas, en las sesiones de la Comisión Séptima Constitucional o en la Plenaria de la Cámara de Representantes y en varios medios de comunicación, la necesidad urgente de una reforma estructural del sistema de salud, la generación de un verdadero cambio de la situación actual del sistema, donde participen del debate todos los actores, como los pacientes, los profesionales de la salud, los trabajadores, las empresas, los hospitales, los trabajadores independientes, los partidos políticos, los gremios, los usuarios, las entidades territoriales, el Gobierno y los órganos de control, es decir, se escuche la voz de un país que quiere decidir cuál será su sistema de salud.

La reforma al sistema de seguridad social en salud no podrá ser una reforma parcial o superficial, como las que hasta ahora se han venido haciendo a la Ley 100 de 1993, sino una que, a la par de lo estructural, rescate para el sistema los valores que subyacen en nuestra sociedad, para que se estructure sobre otros cimientos más fuertes, para que la sociedad le reconozca legitimi-

dad, que garanticen el derecho fundamental a la salud y la dignidad humana y para que sea un motivo de orgullo para todos los colombianos.

Referencias bibliográficas

1. Robledo JE. Sistema Nacional de Salud: inmensamente rico en su miseria. Diagnóstico de la Salud en Colombia. El verdadero Ministerio de Salud es el Cartel de las EPS. Economía Colombiana agosto-septiembre 2012; (336): 35-46.
2. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2011. 20 años del uso efectivo de la tutela. Bogotá: Autor; 2011.
3. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. M. P. Manuel José Cepeda Espinosa (31 de julio de 2008).
4. Corte Constitucional, Sala Especial de Seguimiento. Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, Órdenes 16, 17, 18, 21 y 22. Sentencia T-760 de 2008 (7 de julio de 2011).
5. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. 28º Informe de seguimiento de cartera hospitalaria. Revista Hospitalaria septiembre-octubre 2012; 14 (85).
6. Afirmaciones del ministro de Salud y Protección Social al periódico El Tiempo. 12 de enero de 2013.
7. Afirmaciones hechas durante la Audiencia Pública "Alta Cirugía para el Sistema de Salud", Salón Boyacá-Capitolio Nacional. 12 de julio de 2012.
8. El Colombiano. 7 de octubre de 2012.
9. Ballesteros Bernier JE. Crisis de iliquidez en el sector salud. Economía Colombiana agosto-septiembre 2012; (336).
10. El Espectador. 13 de febrero de 2012.
11. Yepes FJ. [Academia Nacional de Medicina]. Ponencia. En: Audiencia Pública "Alta Cirugía para el Sistema de Salud". Salón Boyacá-Capitolio Nacional. 12 de julio de 2012.
12. Solano Calderón M. [Contraloría General de la República]. Ponencia. En: Audiencia Pública "Alta Cirugía para el Sistema de Salud". Salón Boyacá-Capitolio Nacional. 12 de julio de 2012.
13. Corte Constitucional, Sala Especial de Seguimiento. Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, Órdenes 24 y 27. Sentencia T-760 de 2008. (10 de mayo de 2012).

Paradigmas que tenemos en salud

Néstor Álvarez Lara*

Generalmente, cuando se habla de cubrimientos y derechos en el tema de salud "manejo de la enfermedad", se transfiere a teorías económicas y aspectos de pérdidas y ganancias (P&G) de las empresas o de los Gobiernos. En Colombia el asunto está en esa misma dirección: "Somos pobres y ni soñemos con que el Estado nos puede dar lo que necesitamos para mantener una salud adecuada o superar un grado de enfermedad", con el paradigma de que "los gastos en salud son infinitos y por eso toca limitarlos". Este enfoque de los últimos Gobiernos y de los negociantes de la enfermedad —también reportado en la literatura por los académicos y las entidades internacionales, que ven el manejo de la salud como un gasto y no como una inversión social en los ciudadanos de un país— es el que está imperando en las decisiones para reformar nuestro sistema de salud; por eso, es importante eliminar este paradigma de la mente de gobernantes y economistas de corte antisocial.

Con el siguiente ejemplo pretendo demostrar que los gastos en salud pueden presupuestarse para una población y tomar decisiones políticas que garanticen el derecho fundamental a la salud de los ciudadanos de un país.

Si pensamos escenarios de cuánto puede gastar el país en salud o a cuánto asciende el gasto en salud, podríamos empezar por plantear el escenario más crítico, que sería suponer que todos los colombianos estamos enfermos por lo

---

* Químico farmacéutico de la Universidad Nacional, especialista en Salud Pública y Derechos en Salud. Presidente de la asociación de usuarios de la Nueva EPS, ha participado en la Reforma Estructural del Sistema de Salud desde su creación. Actualmente se desempeña como presidente de la Asociación de Pacientes de Alto Costo.

menos un 50% de nuestras vidas o que un 50% de la población está enferma desde que nace. Si asumiéramos que esa población padece de la patología más cara en tratamientos farmacológicos, deberíamos sumarle una consulta médica diez días al mes, costos de análisis de laboratorios e imágenes diagnósticas de la media mensual actual en Colombia dos veces al mes y un costo de incapacidades y demás que se consideren necesarios. Se aplicarían estos precios de acuerdo con la expectativa de vida y mortalidad del país a ese 50% de vida con enfermedad o 50% de población y se incrementarían los costos según proyecciones económicas del país, ajustaríamos costos por pirámide poblacional, ubicación geográfica, incremento por nuevas tecnologías y, obviamente, no podríamos dejar de sumar por lo menos un 50% de corrupción. Todo esto nos daría un monto de dinero que el país debería invertir en manejo de la enfermedad año tras año y sería, como dije, el escenario más crítico del que podemos partir para estimarlo en función del PIB del país. Lo expongo de esa manera y lo refuerzo con el hecho de que los humanos somos mortales, no inmortales, principio que, cuando lo llevamos a las matemáticas para hacer cálculos actuariales, ese "infinito" no cabe, por lo que trabajaríamos con tasas de natalidad, mortalidad y expectativa de vida, que nos dan límites claros para hacer proyecciones. De este modo, espero que se entienda que los gastos en salud sí se pueden presupuestar mediante aproximaciones para tomar decisiones sociales, económicas y políticas por parte de los Gobiernos y la sociedad. Se puede hacer el mismo ejercicio con los datos del perfil epidemiológico del país, costos promedios del país, índice de natalidad y mortalidad de los colombianos y demás variables que nos permitan acercarnos a la aproximación más precisa para saber cuánto dinero requerimos anualmente para planear la financiación que la sociedad debe asumir durante su vida en Colombia.

Por eso, es importante que el Gobierno proponga soluciones con fórmulas más reales y no solo con discursos políticos basados en paradigmas; eso será posible cuando la información no esté en manos privadas, con interés en el negocio de la enfermedad, sino cuando sea una información estatal y pública, por el bien del país. Este hoyo negro de la información es lo que ha permitido que los intereses económicos primen sobre los humanos y sociales; ejemplo claro es la información que suministraron las EPS para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en años anteriores, cuando se demostró, por medio de entes de control, que no fue verdadera y se manipuló para favorecer a las EPS.

Se requiere llevar a la sociedad a que acepte que la salud es un derecho fundamental, pero que entienda que es esa dimensión de derecho fundamental la que se traduce en que no debe existir ninguna restricción de sexo, estado civil, creencia religiosa, raza, sexualidad y, lo más importante, para todos con la misma calidad, indiferente de la capacidad económica.

Quiero llamar la atención sobre este último aspecto, ya que siempre se mira dentro de las finanzas públicas: entonces, ¿de dónde sale el dinero? Por supuesto, debe salir del Estado y el Estado somos nosotros y las riquezas naturales de nuestro país. Todo colombiano aporta dinero para el Estado durante su vida productiva por medio de impuestos generales; una parte se destinará a un fondo común para el manejo de la salud en su concepto amplio, o sea, no solo el manejo de la enfermedad, por lo que es importante que se mejoren todos los sistemas para conocer la capacidad de pago de impuestos de las personas naturales y jurídicas con el fin de que aporten según ley y evitar que sean evasores. Esto con el único objetivo de que en salud cada quien aporte de acuerdo con su capacidad económica durante su vida; así, cuando demande el servicio para el manejo de la enfermedad, le brinden lo que necesita para superarla y volver, en lo posible, a un estado saludable y mantener una mejor calidad de vida con los tratamientos disponibles. De tal manera, la salud será para todos y no dependerá de la capacidad de pago, como hasta ahora ha sido: se paga una afiliación o se tiene certificado de pobreza —encuesta Sisben— y la calidad es diferente, con el agravante de que los beneficiarios deben pagar un porcentaje de los servicios por año acorde con el grado de pobreza.

Si se alcanzara el concepto de igualdad en Colombia, se daría un gran paso para nuestra sociedad; claro está que no podemos olvidar que en nuestro país existen personas que piensan que la gente sí debe pagar su salud, tenga o no dinero, porque creen que esa solidaridad no es justa con quienes trabajan y ganan más, ya que estos aportan y los pobres no. Esta será también una gran tarea para nuestra sociedad. Veo todos los días que muchas personas del régimen contributivo y especial manifiestan que ellos no quieren ser atendidos en las mismas IPS que las personas de subsidio, pues ellos pagan y los otros son "de caridad"; este es otro paradigma a desmontar, porque cada vez que un pobre toma cerveza o aguardiente, compra lotería y paga el IVA aporta indirectamente a los dineros de la salud y, si tenemos en cuenta que son más los pobres que los ricos, esta población aporta, por volumen, un buen porcentaje a su salud.

El modelo actual de aseguramiento con intermediación ha permitido que Colombia se muestre como uno de los países que está llegando a la universalización, pero me gustaría aportar aspectos de la vida diaria de las personas que les permitirán a ustedes saber que de ese 100% estamos más lejos que cerca.

Empezaremos por el contributivo. Si usted no aparece cada mes en la base de datos de pagos, no tiene derecho a ese servicio de salud hasta que demuestre que pagó, o sea, ese derecho se valida en forma mensual. Bueno, pero ¿qué pasa si no aparece porque en realidad no pagó? Si es empleado, tras mucho tiempo en que las EPS negaron el servicio, la Corte Constitucional dictaminó en una sentencia que se debería prestar el servicio y cobrar al empleador, "para eso las EPS tienen quién cobre y eso deben hacer", dijo la Corte; mas si es independiente, sencillamente no tiene derecho a salud y solo podrá recobrarlo pagando los meses que no le brindaron el servicio, "los de mora". Mostraré la magnitud de la violación al derecho fundamental de la salud por este modelo de aseguramiento con intermediación mediante este caso de la vida real:

Paciente de profesión sastre, quien labora como cabeza de familia con esposa y dos hijos; paga arriendo de casa y local donde tiene su sastrería. Sus ingresos le permiten pagar todos sus gastos y el derecho a salud de él y su familia. Enferma un día, le diagnostican una insuficiencia renal crónica y debe empezar un proceso de diálisis cada tercer día, lo cual significa gastar unos ahorros para poder pagar la salud todos los meses, ya que los ingresos disminuyen y no puede quedarse sin póliza de salud. La suerte lo acompaña y puede ser trasplantado, lo que le permite volver a una vida casi normal, trabajar para pagar salud y demás gastos de la familia. Por problemas financieros, la EPS donde está afiliado niega los medicamentos inmunosupresores; por ello, vuelve a enfermarse, no puede trabajar y, por supuesto, vive un problema económico que afecta sus pagos a salud. La situación empeora porque, al no ser atendida su enfermedad, su salud se deteriora, se torna casi imposible seguir trabajando y ya no tiene sistema de salud que lo atienda. Esta situación lo lleva a pedir caridad para poder pagar la salud y volver a recibir el servicio. A estas personas, el Estado colombiano no les garantiza el derecho a la salud como derecho fundamental, solo les brinda la oportunidad del mercado de pagar una póliza de salud. Ustedes se preguntarán, ¿por qué no se fue para el Sisben, si es paciente de alto costo? En primer lugar, se negaron a hacerle encuesta Sisben por el sitio donde vivía; en segundo lugar, este paciente no quería pasar a esta clasificación porque se sentía miserable, le había fallado a

su familia e iba a ser visto como un pobre más, pese a que toda la vida había trabajado. Un serio agravante en este caso fue que a la EPS nunca le importó que fuera un trasplantado.

¿Qué pasa con las personas que pierden su trabajo por una enfermedad o, sencillamente, porque los retiraron? Si no se afilian como independientes, se quedan sin el derecho a la salud, pues "desempleados" no tendrán este servicio y, como no son pobres, no tendrán Sisben y tendrán que pagar.

Un tema que no quiero pasar por alto es el de la muerte de un pensionado, pues mientras se hacen todos los trámites para que pase la pensión al cónyuge (principal beneficiario), el fondo de pensiones suprime el pago de salud a la EPS y, por lo tanto, esta suspende inmediatamente el servicio. Durante esos seis meses la persona queda sin póliza de salud. Si quiere estar cubierto, le obligan a afiliarse como independiente. ¿Cómo ven esto? ¿Se imaginan ustedes como adultos mayores en esta situación? Y si no tienen con qué pagar y se enferman, ¿creen ustedes que esto es justo?

Respecto al certificado de pobreza, esa parte es muy interesante, porque, según esta encuesta, hay pobres con capacidad de pago. Esto significa que solo los más pobres, clasificación I, reciben subsidio total y sus beneficiarios no pagan; de ahí en adelante, II y III pagan. Aunque la norma habla de unos topes anuales, casi nadie los conoce. Las IPS presionan por el pago, nunca le recuerdan al usuario si ha hecho pagos ese año en otra IPS, pese a que quizá ya esté en el tope y no deba pagar o, más aún, si las personas los presentan, las IPS argumentan que eso es válido si se trata de la misma enfermedad y no de una diferente.

Con estos ejemplos, ¿podemos pensar que estamos llegando a la universalización del derecho a la salud? Ustedes contestarán y seguramente pensarán que ojalá nunca estén en esa situación y que debemos cambiar el sistema actual de salud.

La igualación de los planes de beneficios en los dos regímenes es un paso hacia el concepto de equidad en el derecho a la salud, aunque sabemos que, en la práctica, existen diferencias en la calidad de atención y el acceso al sistema de salud. Hoy, más que nunca, es importante que nuestro sistema de salud sea igual para todos, independientemente de la capacidad de pago.

Estas palabras no cuentan con una revisión bibliográfica sobre el tema, pero lo que sí les puedo asegurar es que cuenta con una realidad de más de

5.000 casos de la vida diaria en siete de años de trabajo con pacientes de alto costo y demás costos.

Solo me queda recordarle al Gobierno que la crisis de la salud no ha sido ni será por los medicamentos del no POS, ya que, en este campo, el Gobierno permitió la libertad de precios y esto facilitó a la industria farmacéutica nacional y multinacional sacar el mayor provecho de los dineros de la salud, legalmente, quiero decir, porque están en el mercado del negocio de la salud. No obstante, cabe resaltar que las EPS e IPS sí cometieron abusos y hubo corrupción en el manejo de estos productos, como lo han demostrado las investigaciones.

El sistema de salud necesita un cambio de fondo, no de forma

H. R. Rafael Romero Piñeros*

En la actualidad, Colombia atraviesa por una nueva crisis en el sistema de salud, establecido, entre otras, por la Ley 100 de 1993. Si bien se mejoraron considerablemente los índices de cobertura en salud, se "rajó" en otros aspectos, como la eficiencia y el adecuado manejo de los recursos públicos.

El país necesita una reforma de fondo para el sistema de salud y, con el fin de suplir este objetivo, en el Congreso de la República circulan diferentes iniciativas legislativas, tanto proyectos de ley estatutarios como ordinarios, que buscan introducir una reforma consecuente y efectiva en nuestro ordenamiento jurídico.

Por lo anterior, una verdadera reforma al sistema de salud debe ser una herramienta jurídica que ordene el sistema, que responda por su flujo de recursos, que concilie y garantice los intereses y las necesidades de los diferentes actores, que preste a los usuarios un sistema oportuno y de calidad y que sea celosa con el uso de los recursos públicos.

---

* Actual representante a la Cámara por el departamento de Boyacá. Médico cirujano de la Universidad del Rosario, especialista en Cirugía General. Ha sido director general del Instituto Nacional de Salud de Bogotá. Presidente de la Comisión de acreditación y vigilancia de pruebas de paternidad con marcadores genéticos de ADN. Decano de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria de Boyacá, gobernador del departamento de Boyacá, diputado de la Asamblea Departamental de Boyacá, presidente de la Asamblea Departamental de Boyacá, cirujano del Hospital San Rafael de Tunja, director general del Hospital San Rafael de Tunja, cirujano de la Clínica Caja Nacional de Previsión de Tunja, médico de urgencias de la Clínica Marly, médico de planta del Servicio Social Miraflores.

Como muestra de la crisis, basta con observar algunos titulares de prensa, para identificar los "tormentos" por los que atraviesan los ciudadanos para acceder a una cita con un especialista o las largas esperas para ser atendido en urgencias.

Mucho se ha especulado sobre la real solución de la problemática y se encuentra como respuesta la realización de una reforma de fondo al sistema de salud, lo que nos lleva a preguntar: ¿Qué debe contener una reforma de fondo al sistema de salud? Con el fin de responder a lo anterior, se hace pertinente revisar los siguientes puntos: la herencia recibida por el actual sistema de salud o Ley 100 y los principales retos que enfrenta el Congreso de la República.

La Ley 100 tuvo como principios rectores la equidad, la calidad, la universalidad y el aumento de cobertura, entre otros, estableciendo un sistema de salud compuesto por tres actores principales: el Estado —encargado de coordinar y dirigir el sistema por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y la Superintendencia Nacional de Salud—, los aseguradores —empresas privadas que actúan como administradoras de los recursos, Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL)— y los prestadores —Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), hospitales, clínicas y laboratorios— y que, a su vez, contempla dos regímenes, el contributivo –personas vinculadas mediante un contrato de trabajo o independientes con capacidad de pago— y el subsidiado —población más vulnerable—.

Aunque este artículo no pretende evaluar la Ley 100, sí se hace pertinente mencionar los principales aspectos referentes a ella, como el principio de la universalidad, reconociendo, aunque no corresponda del todo a la realidad, que con la aprobación de esa Ley aumentó el acceso al sistema de salud.

Al respecto, encontramos que hoy Colombia cuenta con una cobertura cercana a un 90% de la población, cuando antes de 1993 los colombianos que tenían acceso a servicios de salud por la vía de un plan o seguro no llegaba a 25%.

Por otro lado, la Ley 100 también introdujo una ingeniosa reforma por la cual los afiliados mediante el régimen contributivo cubrieran, en parte, el costo de atender a los afiliados mediante el régimen subsidiado.

Pero, como ya se mencionó, la Ley 100 no solo buscaba mejorar la cobertura, sino que también se proponía otros retos como la eficiencia y el adecuado

uso de recursos; lastimosamente, por diversas circunstancias, en estos últimos puntos no logró superar los retos, ya que:

> […] el camino que escogió Colombia de hacer este esfuerzo de conseguir recursos destinados a la salud y luego dárselos a empresas privadas resultó muy costoso, porque se esperaba que la competencia entre ellas iba a mejorar la eficiencia del servicio y esto no sucedió. Además se planeó que a medida que se subsidiaba la demanda se iba a bajar el subsidio que recibían los hospitales públicos, y por problemas políticos, esto no sucedió. Los costos entonces se dispararon (1).

Y es en esta parte de la relación con las empresas privadas que encontramos uno de los puntos críticos del sistema: el papel de las EPS, llamadas empresas promotoras de salud en la Ley 100, pero en la realidad se encontraban actuando como unas "aseguradoras o intermediarias", lo cual generó una relación complicada entre las EPS y las IPS, convirtiéndose en una barrera de acceso al sistema.

Con base en lo anterior, tras observar los aciertos y errores de la Ley 100, se encuentra que, si bien se aumentó la cobertura, no se logró mejorar la eficiencia y el uso de los recursos destinados para la salud; también se observa la incapacidad para consolidar un sistema de atención confiable y conocido por todos los actores del sistema de salud.

Esos aciertos y errores del actual sistema de salud nos dejan un panorama con tres situaciones problemáticas:

- Poca capacidad preventiva: el sistema se enfocó en las respuestas y no en la prevención, lo que causa una baja capacidad preventiva en un entorno de transición epidemiológica y alta carga de enfermedad.
- Omisión de la gestión de riesgos en salud: el sistema primó el manejo financiero por encima del mejoramiento de la gestión de los riesgos en salud.
- Barreras de acceso: pese al aumento en la cobertura, han surgido dificultades de acceso, en especial, con los procesos de alta complejidad, sumadas a las barreras de tipo geográfico, financiero y administrativo (2).

En la práctica, en el anterior panorama se evidencia un sistema con altos costos de transacción, con recobros en los servicios no incluidos en el plan de beneficios (no POS) y con diversas barreras de acceso a tratamientos especializados, con lo cual se encuentra un sistema de salud deslegitimizado por los mismos usuarios.

Como respuesta a este panorama, el Gobierno nacional, en cabeza del ministro de Salud, radicó un proyecto de ley ordinaria con la que busca corregir las graves falencias que se presentan en la atención en salud en todo el país.

Con base en lo anterior, para estudiar correctamente "los retos que enfrenta el Congreso de la República" se hace pertinente revisar los siguientes puntos: la reforma a la salud presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social (Proyecto de Ley 210 de 2013, Senado) y los Proyectos de Ley Estatutaria en salud (Proyecto de Ley 48 de 2012, Senado).

El Proyecto de Ley 210 de 2013, Senado, "por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" es un proyecto de ley ordinaria que contiene 67 artículos divididos en 9 capítulos y que, en palabras del propio ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria, "eliminarán las barreras de acceso a los servicios para la gente, a la par que se busca tener un sistema con mejor calidad, oportunidad y más legítimo" (2).

Al estudiar la propuesta legislativa planteada por el Gobierno nacional se encuentra que esta pretende focalizar los cambios en tres vías: la creación de un fondo único que recoja las diferentes fuentes de financiación y afiliación del sistema de salud, un nuevo plan de beneficio con un aumento en los procedimientos incluidos y un nuevo enfoque de territorialización, lo cual, en primera instancia, va en las líneas de los problemas antes mencionados generados por el actual sistema.

Dentro del sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) propuesto por el Gobierno nacional, las actuales EPS se convertirán en gestores de servicio de salud[1], encontrando en este punto uno de los principales retos, pues se debe garantizar que el paso de EPS a gestores de servicio constituya un cambio de fondo, que realmente mejore el sistema y el acceso de los usuarios y no simplemente un cambio de forma o de nombre en el que no se garantice que los recursos del Estado sean usados de forma debida y no como negocios privados.

[1] El Artículo 55 contempla que para ello tendrán un plazo máximo de dos años.

Por otro lado, el Proyecto de Ley, Artículo 5, plantea la creación de Salud Mía, "la cual es una unidad de gestión de carácter financiero" que tiene entre sus funciones:

- Afiliar al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Recaudar las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo de salud.
- Administrar los recursos del sistema.
- Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud.
- Ordenar el pago, giro o transferencia a los diferentes agentes del sistema.
- Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución del riesgo (2).

En el Capítulo VIII, Vigilancia y control, expresa que se busca que el Estado, por medio de la Superintendencia Nacional en Salud y de la Superintendencia de Sociedades reasuma la inspección, la vigilancia y el control del sistema de salud.

Como se ha mencionado a lo largo del texto, esta iniciativa legislativa de carácter gubernamental presenta grandes desafíos: lograr una verdadera eliminación de las EPS y no solo un cambio de nombre, definir en qué condiciones se va a administrar el sistema sin que se genere un daño en el flujo de recursos, corregir que el uso de los recursos del Estado destinados a salud sean usados correctamente y no como negocios privados ni para fines financieros y recuperar el verdadero énfasis de política de salud pública por parte del Estado.

La ley estatutaria constituye esta técnica especial de regulación de ciertas materias importantes, establecida a partir de la Constitución de 1991. Por medio de ellas se busca brindar mayor estabilidad normativa a tales temas, previo a una serie de exigencias en su trámite.

Se pretende que una ley estatutaria en salud establezca el núcleo esencial de ese derecho, sin entrar en el detalle propio de una norma ordinaria como son las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, en las cuales se realizan desarrollos concretos del funcionamiento prestacional del derecho, dentro de un modelo o sistema.

El Proyecto de Ley 48 de 2012 Senado, que actualmente cursa en las comisiones del Congreso, surge de la acumulación de tres proyectos similares: Proyecto de Ley 105 y 112 de Senado y Proyecto de Ley 059 de la Cámara.

Esta iniciativa legislativa, "por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones", tiene como principal objetivo "regular el Derecho Humano fundamental a la salud, con el fin de protegerlo, garantizarlo y materializarlo, en la búsqueda de generar condiciones para la justa, solidaria y cabal realización de la dignidad humana".

Propone el Plan Único de Beneficios que deberá ofrecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con base en los principios de perfil epidemiológico de la población, la carga de la enfermedad, la disponibilidad de recursos presupuestados por el Estado, los recursos del SOAT, otros recursos parafiscales y las cotizaciones de las personas con capacidad de pago, la priorización y metas para la progresiva inclusión o exclusión de beneficios, la evidencia científica probada acorde con criterios de costo-efectividad y las preferencias y valores sociales que resulten de la participación ciudadana. Finalmente, establece la exigibilidad de los beneficios, así como el procedimiento para acceder a aquellos bienes o servicios no contenidos en el Plan.

Por otro lado, junto con el Proyecto de Ley ordinaria 210 de 2013, Senado, arriba señalado, el Gobierno nacional acompañó la radicación de un proyecto de ley estatutaria en salud, el Proyecto de Ley 209 de 2013, Senado.

Esta iniciativa legislativa apunta en una dirección muy similar a la que se encuentra en curso (Proyecto de Ley 48 de 2012, Senado), pues busca el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental —que debe ser garantizado por el Estado— y también propone la creación de un fondo único de salud, que se encargue del recaudo de los dineros y de la prestación del servicio por medio de redes integradas, con un enfoque en la atención primaria y no secundaria.

Por lo anterior puede decirse que el principal reto que afronta el Congreso de la República en el tema de salud tiene dos vías: por un lado, expedir una ley estatutaria que garantice el derecho fundamental a la salud y, por otro, una ley ordinaria que busque redireccionar el sistema de salud, de manera que se asegure el buen uso de los recursos públicos y una atención en salud de calidad, oportuna y sin barreras de acceso.

Para responder a la pregunta planteada en la introducción, desde el Congreso de la República queremos una verdadera herramienta jurídica que

ordene el sistema de salud. Por eso, una verdadera reforma de fondo debe contener los siguientes elementos:

- Sistema de aseguramiento: se debe mantener el sistema de aseguramiento establecido en la Ley 100 y garantizar una adecuada cobertura en salud.
- Una ecuación adecuada: en cuanto a la Ley 100, no se puede olvidar que nos deja una herencia respecto al manejo de los recursos públicos en salud —aproximadamente $30 billones anuales—. Se debe rescatar el sistema de aseguramiento, siempre y cuando se acompañe de una adecuada gestión de riesgo y una racionalidad en el gasto, pues se debe recordar que en salud tenemos una demanda "infinita" frente a unos recursos finitos y es según esa ecuación que debemos tener un sistema que no impulse la denegación del servicio, sino que esté basado en una estrategia enfocada en la atención primaria.
- Recursos humanos adecuados: es preciso establecer cuál es el tipo de recurso humano y de atención que realmente necesitamos en el país.
- Énfasis por parte del Estado: es necesario recuperar el énfasis de la política pública por parte del Estado y del Gobierno nacional en la capacidad de retomar sus funciones de asegurador.
- Sistema de información confiable: se requiere crear un sistema de información confiable y universal que, a su vez, sea compartido por todos los actores del sistema de salud.
- Equidad entre municipios: es preciso definir una correcta ecuación sobre cómo manejar el régimen subsidiado y el contributivo entre los municipios y departamentos, es decir, garantizar iguales condiciones de recursos.

Referencias bibliográficas

1. Ronderos MT. Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano 2009. [Consultado el 9 de abril 2013]. Disponible en: http://www.semana.com/nacion/salud-seguridad-social/articulo/lo-mejor-mas-debil-del-sistema-salud-colombiano/104899-3
2. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Exposición de motivos del Proyecto de Ley 210 de 2013, Por el cual se redefine el Sis-

tema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Consultado el 9 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf

Alcances del foro "Reforma del sistema de salud en Colombia"

Ana Lucía Casallas Murillo, Catalina Latorre Santos,
Beatriz Londoño Toro, Amparo Mogollón Pérez,
Leonardo Palacios Sánchez, María Helena Restrepo Espinosa,
Luis Fernando Rodríguez Ibagué*

Consciente de su responsabilidad en la formación de líderes que aporten a distintos campos del conocimiento en el país, la Universidad del Rosario ha propiciado a lo largo de su historia el desarrollo de debates que permitan a los miembros de su comunidad académica generar una reflexión frente a temas como la equidad, la justicia, el desarrollo humano y la sostenibilidad del ambiente, así como la reivindicación de los derechos fundamentales, entre ellos, la educación, la salud y el empleo digno.

Fue en este sentido que, al compartir la preocupación de muchos actores de la academia y del sector salud en relación con la crisis estructural del actual sistema general de salud y seguridad social, se propuso el desarrollo de un debate con la comunidad rosarista, que permitiera contrastar posiciones y plantear reflexiones sobre los alcances de la salud como derecho fundamental y la reivindicación del papel del Estado como garante de lo público.

El foro se constituyó como un espacio que permitió a líderes de opinión del sector salud presentar una visión crítica sobre el estado actual del siste-

* Profesores de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad del Rosario. Miembros del equipo técnico que construyó la contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia, presentada en el ciclo de foros realizado en el año 2012 en la Universidad del Rosario; además, colaboraron en la coordinación académica del ciclo.

ma de salud e identificar alternativas de solución, con miras a proponer una agenda sobre los aspectos pendientes que, como academia y sociedad civil, se tiene ante la problemática expuesta.

Para animar el desarrollo del debate y la reflexión crítica se formularon tres preguntas acerca de temas que han suscitado amplias controversias en diversos sectores de la vida nacional y que permiten identificar problemáticas transversales, así como agrupar posibles posturas referentes a la transformación del sector salud. Dichas temáticas fueron: la viabilidad de un sistema universal de salud para el país, el papel que desempeña la intermediación dentro de una propuesta de reforma del sistema de salud y, finalmente, la identificación de alternativas para eliminar la corrupción existente en el sector salud.

1. Viabilidad de un sistema universal de salud para el país

Hubo consenso entre los distintos expositores en que, asumiendo los principios de un Estado social de Derecho, es viable desde el punto de vista jurídico, económico y ético pensar en la adopción de un sistema universal de salud que elimine la fragmentación existente, la multiplicidad de regímenes y las inequidades horizontales en los planes de beneficios. No obstante, se evidenciaron dos orientaciones para su logro:

De una parte, aquellos que defendieron la continuidad del aseguramiento como forma de garantizar la universalidad y favorecer la sostenibilidad financiera del sector a partir de los aportes de todos los ciudadanos, considerando que la financiación del sistema por medio del aseguramiento es una tendencia que se ha llevado a cabo en diversos países y que podría fortalecerse en el caso colombiano. De manera contraria se encontraron los discursos de quienes expresaron que un sistema universal es viable, dado que el sector cuenta con los suficientes recursos financieros para su sostenibilidad y que se requiere la eliminación de las barreras de acceso de la población asociadas con la capacidad de pago de los sujetos, la recuperación del rol del Estado como garante del derecho a la salud y un pleno ejercicio de la rectoría por parte de los entes encargados de su manejo.

De igual manera, todos los conferencistas expresaron su acuerdo en reivindicar la salud como un derecho fundamental; sin embargo, en el tema de planes de beneficios se suscitó controversia en cuanto a la posibilidad de que se otorgue un plan ilimitado de beneficios cuando los recursos existentes en el sistema no son infinitos y, de otra, aquellos que defendieron la universali-

dad de la salud con unas claras exclusiones, atendiendo a las posibilidad de financiación que para ello tendría el sistema.

En relación con la articulación público-privada para la prestación de los servicios se identificó que, dada la heterogeneidad existente en las regiones del país, se hace necesario el establecimiento de un esfuerzo mancomunado entre prestadores públicos y privados que garanticen el acceso efectivo a los servicios de salud. Se reconoció que la consolidación de redes integradas de servicios en salud, como se han intentado definir con la Ley 1438 de 2011 resulta incipiente, en tanto que las redes existentes no logran articularse para brindar una respuesta efectiva a las necesidades de la población (1). Asimismo, un grupo de actores reivindicó la necesidad de fortalecer las redes públicas, con miras a garantizar una mayor calidad y resolutividad de las problemáticas de la población que asiste a sus servicios.

Por último, se identificó que la transformación del sector salud requiere un recurso humano cualificado para garantizar calidad en la prestación de los servicios de salud, teniendo como base unas adecuadas condiciones de trabajo que favorezcan el ejercicio de su autonomía y responsabilidad profesional.

2. Papel de la intermediación dentro de una propuesta de reforma del sistema de salud

Este fue otro de los puntos que generó controversia y mayores divergencias por parte de los conferencistas. En primer lugar, algunos de ellos argumentaron que, a partir de la adopción de un modelo de aseguramiento, se redujo el papel del asegurador a ser exclusivamente pagador y que, de otra parte, los procesos de gestión de riesgo no se cumplieron como se esperaba. No obstante, hubo defensa del papel que han cumplido las aseguradoras, estableciendo el aporte que han hecho al desarrollo tecnológico en materia de salud y que, si bien han existido casos de corrupción, también hay empresas que a pesar del ánimo de lucro sustentan sus acciones en principios de la ética empresarial.

Se evidenciaron posturas que abogaron por la eliminación de la intermediación de las EPS, argumentando que estas han atentado contra los principios de la moral y de la ética médica, por lo que resulta necesario reemplazar el paradigma de la salud como un bien que se mercantiliza y eliminar la visión de rentabilidad económica que han generado las empresas aseguradoras.

3. Alternativas para eliminar la corrupción existente en el sector salud

Todos los conferencistas reconocieron que uno de los problemas que mayor impacto han tenido sobre el sector salud y, en particular, sobre el goce efectivo del derecho a la salud, ha sido la corrupción de los distintos actores involucrados, que han llevado a un desvío de los recursos públicos destinados para este fin, a la pérdida de legitimidad del Estado frente a su control y a la falta de confianza entre unos y otros actores.

Dentro de las alternativas de solución se planteó la necesidad de recuperar el papel de rectoría y vigilancia por parte del Estado y reivindicar el rol de veeduría que compete a los ciudadanos frente al control de los recursos en salud y la exigibilidad que debe llevar a cabo para hacer efectivos sus derechos y asumir sus compromisos.

El desarrollo del foro le permitió a la Universidad del Rosario analizar que, si bien el debate sobre la actual crisis del sistema de salud es necesario y amerita el compromiso de distintos actores frente a su problemática, no se puede abandonar la reflexión sobre cuáles son las causas estructurales de los problemas de salud pública que conducen a que los indicadores como la mortalidad materna, la cobertura de vacunaciones, el bajo peso al nacer y el aumento de las enfermedades crónicas no hayan tenido la mejoría esperada, ameritando la continuidad de las acciones y el trabajo trans e intersectorial (2).

Es por ello que la Universidad del Rosario quiere plantear como aportes necesarios para la continuidad del debate las siguientes reflexiones:

A. La necesidad de asumir la salud como derecho fundamental

En el entendido de que los derechos humanos corresponden al más alto reconocimiento de la dignidad humana, asumir la salud como derecho fundamental implica comprender su relación con el desarrollo de capacidades del sujeto y de los colectivos, el disfrute de la vida y la satisfacción de necesidades. Tales circunstancias nos comprometen a mantener el debate ético, político y social, como institución formadora de recurso humano y con una proyección social en beneficio de la ciudadanía colombiana.

Reconocemos que las obligaciones del Estado colombiano, en relación con el derecho a la salud, tienen que ver con el respeto, la protección y el cumplimiento o la garantía, según ha señalado la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 (3). La Corte Constitucional no solo reconoce que

la defensa de muchas de las facetas prestacionales de un derecho constitucional requiere acciones variadas y complejas por parte del Estado; también admite que les compete a las autoridades constitucionalmente establecidas para tal labor decidir cuáles son las acciones y medidas necesarias para que se garantice el derecho del accionante. Estos aspectos se acercan a los objetivos de una política pública.

En conclusión, la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional a la salud permite a su titular exigir judicialmente la existencia de una política pública, orientada a garantizar el goce efectivo del derecho que contemple mecanismos de participación de los interesados.

B. La reivindicación del rol del Estado y la defensa de lo público

Nuestra Constitución y el bloque supraconstitucional se constituyen como los referentes para asumir los principios del Estado social de Derecho y obligan a entender al Estado como garante de los derechos fundamentales del ser humano, así como de la apropiación y el buen uso de los recursos públicos destinados para su cumplimiento.

Por ello, asumir la salud como derecho fundamental conlleva a entender al Estado como garante de la transparencia en el uso y destinación de los recursos públicos y tomar la rectoría frente a la definición y regulación de políticas sociales y económicas que garanticen el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud y protección social, mediante principios ordenadores como la universalidad y la equidad. Velar por la sostenibilidad económica implica garantizar el buen uso de los recursos disponibles, la generación de políticas de servicios de salud y bienestar social que posibiliten la concreción de una vida digna y promover la corresponsabilidad de los actores públicos, privados y de la sociedad en su conjunto, viabilizando iniciativas para el pleno ejercicio de la ciudadanía.

Por estas razones, además de establecer sus bases sobre la garantía de una infraestructura apropiada para la prestación de un servicio oportuno, digno y de calidad, el sistema general de seguridad social en salud de Colombia debe estar fundamentado en principios como la transparencia, con el fin de lograr una adecuada y eficiente destinación de los recursos económicos. Desde la Universidad del Rosario se vienen adelantando múltiples acciones orientadas a la lucha contra la corrupción y ellas coinciden plenamente con la necesidad

de avanzar hacia soluciones concretas frente a la problemática de la salud en Colombia, en particular sobre sus asuntos financieros.

Desde esta perspectiva, la defensa de lo público exige la apuesta por una ciudadanía informada, responsable y ética en cada una de sus actuaciones, con iniciativa para movilizarse y desarrollar acciones de incidencia y de cabildeo frente al Estado.

De igual manera, amerita un debate en torno a la interrelación que debe existir entre los recursos destinados a la seguridad social y el sector financiero, así como profundizar en el análisis de la problemática del sector salud frente a los demás subsistemas de seguridad social.

Para finalizar, se requiere que, desde un adecuado marco regulatorio y de claros incentivos, se protejan los recursos públicos destinados a la salud.

C. Retos en la formación del recurso humano en salud desde una perspectiva humanística

Los procesos de globalización y la preponderancia del modelo económico de mercado han tenido una fuerte influencia sobre la organización de los modelos de salud, la prestación de los servicios y la formación del recurso humano en salud, lo que ha impactado la autonomía profesional y la calidad en la prestación de los servicios de salud (4). Estos elementos motivan a que la Universidad, en su vocación de contribuir a la formación de sujetos autónomos y conscientes de la realidad social, reivindique la importancia de que la transformación de las políticas públicas se enfoque en la consolidación de un modelo incluyente y propositivo, en donde se reconozca el valor social humanístico y ético de los profesionales.

En tal sentido, se considera que un reto fundamental en los procesos de reforma al sector salud debe ser la confrontación y reivindicación de la autonomía de los profesionales frente a los avatares del modelo y las consecuencias que ha conllevado la precarización y flexibilización laboral. Por ello, en la medida en que los profesionales y el personal de salud sean reconocidos como sujetos de derechos con potestad para ejercer a plenitud la autonomía profesional, estarán en capacidad de hacer una lectura crítica de las necesidades sociales y de salud y, de esta forma, establecer agendas consensuadas de solución.

El segundo reto exige que, adicional a su ejercicio profesional, reivindique su actuación como ciudadano y como sujeto que moviliza, exige, controla y

ejerce veeduría individual y social de los bienes y recursos públicos, en pleno ejercicio de la ética y de la defensa de lo público.

D. El redimensionamiento de la atención primaria en salud como ordenador estratégico intersectorial y de los servicios de salud

Dada la tendencia mundial de retomar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) como un elemento nodal, en el marco de la reforma se precisa repensar el modelo a implementar en el país, requiriendo de una visión integradora que permita rediseñar la estructura y organización de la oferta de servicios, la capacidad del talento humano y la articulación intersectorial, para avanzar hacia el disfrute y la garantía del derecho a la salud. Es en este sentido que se considera que la APS renovada posibilita la construcción colectiva, compromete a todos los actores y dinamiza el rol de los profesionales de la salud en función del bienestar general (5). Sin embargo, los ajustes a la estructura del sistema implican el desarrollo de los criterios de integralidad, continuidad y oportunidad, propios de la APS. De esta manera, las dificultades evidenciadas que han conducido a la crisis del modelo pueden transformarse y contribuir a la superación de las ya conocidas barreras de acceso y cobertura universal a los servicios de salud. Para lograrlo, se requiere la voluntad y el compromiso tanto del sector público como privado y de un esfuerzo intersectorial, para dar cuenta de una respuesta asertiva a las necesidades individuales y colectivas. Es por ello que esta visión de la APS plantea el reto de superar la mirada clásica del enfoque de riesgo hacia una visión integradora que identifique y proponga soluciones a las inequidades sociales.

E. La articulación de las agendas de investigación en salud con las nuevas realidades del sector

El país ha tenido una transformación en materia de ciencia, innovación y desarrollo que en las dos últimas décadas le ha permitido repensar la necesidad de formar talento humano, con capacidad de plantear agendas de investigación y evaluar las necesidades sociales en salud. No obstante, se precisa de una agenda que propenda por el conocimiento interno, identifique el origen de las inequidades sociales y construya alternativas para su superación, evitando un mayor deterioro de la calidad de vida de los colombianos. Se trata de una agenda estratégica de investigación en salud, orientada a la intervención so-

bre las problemáticas socialmente relevantes, que permita la articulación de esfuerzos interdisciplinarios y multisectoriales.

Para concluir, desde la Universidad del Rosario se reiteró la importancia de que la academia y la comunidad universitaria continúen participando en diferentes espacios en torno a la reflexión sobre posibles alternativas de solución frente a la actual crisis del sector, apropiándose de su responsabilidad como actores clave dentro del sistema.

Referencias bibliográficas

1. República de Colombia, Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 47.957; 19 de enero de 2011.
2. República de Colombia, Ministerio de Salud. Indicadores básicos en salud 2011. [Consultado el 15 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20B%C3%A1sicos%202011.zip
3. República de Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008.
4. Homedes N, Ugalde A. Human Resources: the Cinderella of Health Sector Reform in Latin America. Human Resources for Health 2005; 3 (1). doi:10.1186/1478-4491-3-1.
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. [Consultado el día de mes de año]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

Universidad del Rosario
360 años

Editorial Universidad del Rosario
15 años

Este libro fue compuesto en caracteres Adobe Caslon Pro
11.5 puntos, impreso sobre papel propal de 70 gramos y
encuadernado con método Hot Melt, en el mes de agosto
de 2013, en Bogotá D. C., Colombia
Xpress Estudio Gráfico y Digital