



¿Funciona el sistema de salud en Colombia?



AUTORES

Jorge Julián Osorio Gómez

Decano Facultad de Medicina, Universidad CES

Antonio Barboza Vergara

Profesor del Departamento de Derecho de la Universidad EAFIT. Integrante del grupo de investigación Derecho y Poder de la Universidad EAFIT.

Francy Edith López Herrera

Coordinadora Salud Pública
Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana

"Con la ciencia en la cabeza", el radiality, pone en conversación miembros de la sociedad civil y representantes de la ciencia y la academia, en torno a problemáticas actuales del país.

Es una serie de microprogramas radiales que abordan, desde una perspectiva científica y ciudadana, siete problemáticas actuales relacionadas con el desplazamiento forzado, la movilidad en la ciudad, la prestación de servicios de salud, la pobreza, el conflicto armado en el país, el hacinamiento carcelario, y la explotación ilegal de recursos.

¿Cómo funcionan los sistemas de entrega de salud en Colombia?

Jorge Julián Osorio Gómez.

Decano Facultad de Medicina, Universidad CES

En Colombia tenemos, actualmente, un sistema de Seguridad Social, fruto de la evolución de un sistema de salud y evolucionamos hacia un sistema de Protección Social.

Historia

Las primeras expresiones de la actual seguridad social tuvieron que ver con estrategias informales y formas primitivas, que aparecen en Judea, Egipto, Cartago, Fenicia y otros pueblos de la antigüedad.

Las cofradías, de origen religioso, han operado a lo largo de la historia como mecanismos informales, con algún grado de organización, que pueden considerarse antecedentes de la seguridad social: “las formas primitivas de la seguridad aparecen en Judea, Egipto, Cartago, Fenicio y otros pueblos de la antigüedad”, en acuerdo con Romero, Rodolfo (www.utal.org/segurisoc5.htm Consulta del 20.11.03). Pero la primera revolución industrial (siglo XVIII, Inglaterra) se constituye en el hito socioeconómico que, al generalizarse, aceleró el proceso de construcción de la seguridad social, pues cambia radicalmente los mecanismos de apoyo a las poblaciones necesitadas y sometidas a riesgo: de la relativa independencia se llega a la total dependencia de un salario.

La aparición y tendencia expansionista de los movimientos socialistas (segundo hito socioeconómico) llevó a los Estados no socialistas a establecer una oferta coherente con las necesidades de esta nueva clase social, una de las cuales la constituyó el desarrollo del primer modelo de seguros sociales (1883), por parte del canciller alemán Von Bismarck-Schönhausen (1815–1898), cuyo principal acierto fue el de adaptar el modelo de seguros comerciales a la naciente seguridad social, lo cual prevalece hasta nuestros días. Este modelo fue el que guio la seguridad social colombiana hasta el año 1992: obligatorio, de seguros sociales individualizados: salud (1883), accidentes de trabajo (1884) e invalidez y vejez (1889), de corte urbano y laboral y sin cobertura familiar. Financiación “Tripartita” Estado – Empleador – Empleado. Solidaridad restringida y solo a través de la cotización.

El tercer hito socioeconómico de la seguridad social (1919) ocurrió a raíz del fin de la Primera Guerra Mundial (1914 – 1918), con la declaración del Tratado de Versalles (1919) y la constitución de la Organización Internacional del Trabajo -OIT-, al interior de la Liga de las Naciones (posteriormente Organización de las Naciones Unidas, -ONU-).

En 1942 el economista inglés Sir William Henry Beveridge (1879-1963), realiza para su gobierno el documento *Social Insurance and allied services*, conocido hoy como Informe Beveridge.

Es otro de los pioneros en el desarrollo de los modernos sistemas de seguridad social. Su modelo, más integral, con vocación universal, mayor efecto solidario e intensamente fiscalista, lo ubica como el primer promotor de modelos de seguridad social, más allá que seguros sociales gremiales.

Para Colombia, la normativa relacionada con la seguridad social, expedida antes de 1945 año de referencia de la formalización de ésta en el país.

Por la Ley 06 de 1945 se estableció la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal), pero la limitada cobertura poblacional llevó a la aparición progresiva de múltiples entidades territoriales, institucionales o sectoriales, entre las cuales se cuentan las correspondientes a las Fuerzas Armadas, la Policía, el Congreso de la República, Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), de entes municipales y departamentales, instituciones descentralizadas, Caja Previsional del sector de las comunicaciones (Caprecom) y otras, que en 1992 llegaron a sumar 1.100 cajas independientes, generando amplias desigualdades entre los sectores poblacionales y, por sus fuentes últimas de financiamiento, alcanzaron a representar un acto de subsidio indirecto de las personas sin empleo formalizado hacia aquellas que sí lo tenían.

Cada caja se regía por sus propias reglas de juego, lo cual aumentaba el efecto de desigualdad e inequidad. Posteriormente, y mediante la Ley 90 de 1946, “por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales”, en acuerdo con el Congreso Nacional de Colombia (1946, pág. 1), se hace lo equivalente para los empleados privados, a través de la creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS), pasando luego a ser denominado Instituto de los Seguros Sociales (ISS), y ser posteriormente objeto de fragmentación por riesgos en cuatro diferentes instituciones, cada una para el respectivo Sistema General de Seguridad Social, dos para el de salud. Al final todas terminaron siendo liquidadas.

Este modelo de los seguros sociales solo logró muy bajas coberturas, cercanas al 17% de la población trabajadora colombiana. Otro gran limitante de los seguros sociales era su carácter individual, sin cobertura familiar y sin cobertura para campesinos, trabajadores independientes ni para los propios empleadores, muchos de los cuales terminaron sus días de vida totalmente desprotegidos.

Posteriormente se hace un esfuerzo por organizar la prestación del servicio de salud bajo un esquema de sistema Nacional de Salud, basado en la oferta, centralizado y de carácter estatal, lo que generó caos en el “cómo” se estructura la oferta de servicios de Salud, ya que existía similar oferta de servicio por tres subsistemas: Seguros Sociales, sistema público y particulares. Lo anterior llevó a los pensadores en Salud a plantear un modelo sistémico, articulado, descentralizado, basado en subsidio a la demanda, con articulación pública-privada y su resultado fue la Ley de Seguridad Social de Colombia (Ley 100 de 1993), la cual está en su máxima expresión en estos momentos, con sus fortalezas y debilidades.

Definiciones

Sistema de Salud: Se define como la suma de organizaciones, recursos, personas, que buscan un objetivo común, la Salud en los individuos y colectividades.

Los sistemas intervienen en el mantenimiento de la Salud y en el abordaje de la enfermedad, siendo más eficiente actuar sobre lo primero. Un sistema de Salud interactúa con otros sistemas y necesita una orientación y direccionamiento.

Un sistema de Salud se construye para generar soluciones y no para duplicar decisiones. Si el sistema de salud es adecuado mejora la calidad de vida, el acceso al servicio, la solución a problemas de Salud y previene enfermedades.

La responsabilidad de funcionamiento de un sistema es de parte del gobierno, quien articula, a través de políticas públicas, el sector público y privado, para alcanzar objetivos conjuntos.

El decreto ley 056 de 1975 creó el sistema Nacional de Salud como el *conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.*

Sistema de Seguridad Social Integral

En julio de 1991, la Constitución Política Nacional de Colombia en el artículo 48 lleva la salud y la seguridad social al carácter de derechos, más allá de la liberalidad de un Estado asistencialista. La Ley 100 de 1993 -una normativa de seguridad social y no de salud-, tiene una manifiesta vocación de integralidad, lo cual hace que tome todos los elementos hasta el momento contruidos a través de las Leyes 09 de 1979, 10 de 1990, 60 de 1993 y 99 de 1993. Igualmente, realiza una inclusión de la salud (ya reformada por las anteriores) ubicándola dentro de la seguridad social (hasta ahora solo estaba la salud de los trabajadores formales, en el modelo de seguros sociales), e incluyendo en su administración la teoría, la administración de riesgos y el pluralismo estructurado.

Esto hace que el Sistema de Seguridad Social Integral -SSSI-, que esta Ley crea, le asigne, como sus componentes, lo establecido en sus cuatro libros:

- Libro I. Sistema General de Seguridad Social en Pensiones.
- Libro II. Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-.
- Libro III. Sistema General de Seguridad Social en Riesgos Laborales.
- Libro IV. Servicios Sociales Complementarios.

Esta primera fase (1993) de procesos tan importantes, como la integralidad de la administración de riesgos, más allá que los tradicionales sectores, ahora enmarcados todos

en un sector único: la seguridad social integral, igualmente que la universalización del derecho a la seguridad social y la integración horizontal de las poblaciones bajo cobertura: se venía de una integración vertical de funciones, asociada a una segregación de poblaciones, en la cual cada sector recibía en acuerdo con sus capacidades de pago y no con sentido universalista y de solidaridad, debe ser objeto de un proceso de implementación y desarrollo, en este caso de la Ley 100 de 1993. Hubo para ello dos grandes limitantes, con consecuencias aún no suficientemente entendidas y valoradas:

a. El desarrollo del Libro II (SGSSS), totalmente errado, lo cual ha llevado a un sistema completamente diferente al propuesto por la Ley y literalmente *medicalizado*, desvirtuando de plano su carácter de seguridad social y asumiéndolo con un enfoque biomédico – asistencial, que sumado a la intensión de “reformarlo” desde esta visión equivocada, ha llevado ya a tres intentos de modificación que, a su vez, llevan al sistema a una situación de total inoperabilidad progresiva: las “reformas” correspondientes a la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y a la actual “reforma” que va a mitad de camino, a través de los Proyectos de Ley 209 de 2012 (Ley Estatutaria), 210 de 2013 (Ley Ordinaria) y la ya Ley 1607 de 2012, Reforma Tributaria.

b. La falta de desarrollo del Libro IV, lo cual fue posteriormente corregido por la reforma hacia la Protección Social: Leyes 789 de 2002, que establece el Sistema de la Protección Social, y 790, del mismo año, la cual crea el Ministerio de la Protección Social, como cabeza de este sector. Asimismo, el Decreto 205 de 2003, reglamentario de las primeras.

El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema de Seguridad Social de Colombia, regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional, y delegado en parte al sector privado.

El estado: actúa como ente de coordinación, dirección y control a través del Ministerio de Salud y Protección Social. Los aseguradores de riesgo en salud son entidades privadas que, como su nombre lo indica, aseguran a la población, actúan como intermediarios y administradores de los recursos que provee el estado en forma de prima anual, denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).

Los prestadores son las instituciones prestadoras de salud (IPS, ESE'S), es decir, hospitales,

clínicas, laboratorios, etc., que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad; los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeras/os, etc.) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

Sistema de protección social

La disposición de servicios sociales, con referencia a los sistemas de protección social en el mundo, se presenta como una constante que ha logrado encumbrarse en el marco de gestión de los mismos. En este frente la identificación de los aspectos, elementos y parámetros que puedan definir el estado de la cuestión advierte, precisamente, que los sistemas de protección social deben alentar o considerar otros frentes que materializan y/o rodean a dichos sistemas y que, en ocasiones, no terminan siendo claramente evidentes por cuenta de la visión restrictiva biomédica.

En 1952 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) expide el Convenio 102 del 28 de junio de 1952, del cual se derivan, entre otras cosas, las “Nueve Ramas de la Seguridad Social”.

La Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS) complementa a la OIT estableciendo las “Diez Ramas” de la seguridad social, al incluir los servicios sociales como la décima, altamente correlacionados con un nuevo riesgo asociado a la seguridad social ampliada europea: el riesgo “dependencia” y sus servicios de larga duración. Las diez ramas, para la OISS (1978) son:

1. Asistencia médica
2. Prestaciones monetarias por enfermedad
3. Prestaciones de desempleo
4. Prestaciones de vejez
5. Prestaciones de accidente de trabajo y enfermedad profesional
6. Prestaciones de maternidad
7. Prestaciones de invalidez
8. Prestaciones de sobrevivencia
9. Prestaciones familiares
10. Servicios sociales.

La seguridad social, tanto en América Latina como en Europa, ha ido avanzando no solo en cobertura horizontal (poblacional) sino en cobertura vertical o intensidad de cobertura (riesgos), pero las diferencias regionales asociadas a problemas de sostenibilidad han determinado diferencias en estos avances que han llevado, incluso, a terminología diferenciada, aunque interrelacionada.

A partir de la aparición y la tendencia expansionista del pensamiento socialista, Europa tuvo que responder con un modelo de Estado que, a pesar de estar inmerso en el mercado, debía llegar a la administración de los nuevos o renovados riesgos que la industrialización le presentaba y que eran explotados por los socialistas en su afán de extender su modelo de gobierno.

Europa responde con el llamado “Estado del Bienestar”, en el cual el Estado asumía, como suyas, responsabilidades que están en la sociedad misma.

Esto los lleva a extender, cada vez más, su seguridad social hasta llevarla a lo que se conoce como “seguridad social ampliada”, asociada a altos porcentajes de cotización o contribución, para altas coberturas poblacionales y en riesgos. Esto sucede, además, en el marco de diferencias internas en Europa, lo cual lleva a que sean, verdaderamente, tres modelos: Nórdico, Continental o Anglosajón y Mediterráneo.

Una observación que mostraba cómo los países con menores grados de desarrollo se resistían a mejorar sus sistemas de protección social, llegó hasta explicar que esto se debía a la imposibilidad de desarrollar sistemas basados en este marco europeo por sus altos costos (situación que hoy vive la misma Europa), por lo cual a Robert Holzmann y Steel Jörgensen del Departamento de Protección Social, Red de Desarrollo Humano, del Banco Mundial, les fue solicitado el diseño de un modelo de protección social que resolviera lo observado al estudiar el modelo basado en el Estado de Bienestar y que permitiera desarrollar la protección social en países menos desarrollados. Surge, entonces, el modelo de gestión conocido como Manejo Social del Riesgo -MSR-, como marco para operar sistemas de protección social, cimentado en la sociedad del bienestar.

Chile, Colombia y República Dominicana han desarrollado en forma más rápida y completa la protección social. Inicia Chile con su sistema *Chile Solidario*, su gabinete de la Protección Social y su Programa Puente, como estrategia macro inicial para el desarrollo del sistema.

Luego lo hace Colombia (2002), estableciendo el sector y el sistema administrativo de la protección social, por la Ley 789 de 2002, en su artículo 1°: “*El sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos (...)*”. Por su parte, el Congreso Nacional de Colombia (2002), crea una cabeza del sector: el Ministerio de la Protección Social: Ley 790 de 2002, artículo 5°, en el cual el congreso de Colombia (2002) ordena: “*Fusiónese el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud y confórmese el Ministerio de la Protección Social*” aunque no asume el modelo de gabinete que ha mostrado mejor desempeño, como en el caso chileno.

El modelo que Colombia sí desarrolla, tomado de Chile, es el modelo del Programa Puente traduciéndolo como la *Red de Protección Social para la Reducción de la Extrema Pobreza* (REDEP), sucesivamente subtitulada “Red Juntos” y “Red Unidos”.

Por lo mismo que ha afectado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su inmenso desconocimiento y la gran confusión con modelos biomédicos, estos nuevos sector y sistema de protección social han sido objeto de ataques sin estructura, que los han llevado a un nivel de postración -como concepto-, que raya con el detrimento social y un gran desconocimiento del tema. Finalmente, República Dominicana crea su sistema y establece una red de protección social nacional.

Nuestro país, entonces, define su sistema como *“...el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo”*. Congreso Nacional, (2002, pág. 1).

El Decreto 205 de 2003 en su artículo 1° le asigna al Ministerio de la Protección Social como objetivos primordiales *“(...) la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social, establecido en la Ley 789 de 2002, dentro de las directrices generales de la ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del Gobierno Nacional”*. Congreso Nacional, (2002, pág. 1°).

De igual manera, el Decreto afirma que *“...el Sistema de la Protección Social integra en su operación el conjunto de obligaciones, instituciones públicas, privadas y mixtas, normas, procedimientos y recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población e incorpora el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el Sistema General de Seguridad Social Integral y los específicamente asignados al Ministerio”*. Presidencia de la República, (2003, pág. 1), composición sistémica luego complementada por otras normativas, como se observa en el cuadro 2.

La primera estrategia macro para el desarrollo del Sistema de la Protección Social en Colombia fue la citada REDEP, en acuerdo con el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES, 2006. Pág. 1), la cual retoma las nueve dimensiones de la protección social del Programa Puente y las detalla en cuarenta y cinco condiciones básicas (62 en su versión como proyecto), que son las variables con las cuales se trabaja la Línea de Base y los controles a las familias en sus cinco años de actividades al interior de dicha estrategia. Estas nueve dimensiones son:

1. Condiciones mínimas-identificación
2. Condiciones mínimas-ingreso y trabajo
3. Condiciones mínimas-educación
4. Condiciones mínimas-salud
5. Condiciones mínimas-nutrición
6. Condiciones mínimas-habitabilidad
7. Condiciones mínimas-dinámica familiar
8. Condiciones mínimas-apoyo legal
9. Condiciones mínimas-aseguramiento y bancarización

En estas dimensiones se encuentran incluidos los riesgos de todo origen que la protección social administra: salud, riesgos laborales, de origen económico, por ciclo vital, naturales, sociales y otros. Además, sus estrategias para administrarlos.

En estas dimensiones se incluye lo que se conoce como servicios sociales, liderados anteriormente por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y otras instituciones del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) y ahora bajo el Departamento Administrativo Nacional de la Prosperidad Social, Sistema del Subsidio Familiar y Sistema de Promoción Social.

En resumen, podría decirse que:

1. Lo que para Europa es “seguridad social ampliada”, para los países iberoamericanos es la protección social, basada en la sociedad del bienestar y enmarcada en el modelo de gestión-manejo social del riesgo. Parcial y peligrosamente ocultada a la sociedad bajo conceptos como la “prosperidad social”.
2. Entre los desarrollos importantes que se presentan en la reforma a la protección social de 2002 encontramos el integrar la seguridad social de la Ley 100 de 1993 y complementar y desarrollar su Libro IV (Servicios Sociales Complementarios).

Estructura de los Servicios de Protección Social en Colombia

El marco conceptual y teórico en el cual se inscriben los programas sociales en Colombia en la primera y segunda década del siglo XXI tiene unos elementos principales, los cuales vamos a exponer:

Servicios sociales: “una rama o sistema de intervención social e institucional que tiene como objetivo el bienestar individual y social mediante la ayuda personal polivalente, basada en prestaciones técnicas y monetarias, acciones preventivas, de intervención social y rehabilitación, apoyadas en la acción organizada pública y social, así como en la acción voluntaria”. Casado (2007), tomado de OISS, (2013).

Riesgo: en el marco conceptual del manejo social del riesgo, hace referencia a eventos negativos que amenazan el ingreso y bienestar de los hogares. Holzmann & Jorgensen (2002). Se discute el término “negativos”, contenido por este concepto.

Vulnerabilidad: es la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y, en este sentido, está vinculada con la capacidad de enfrentarlo. Según ONG CRECE (2002. Marco Teórico, Pág. 4).

Protección social: En el mismo marco se define como “i) intervenciones públicas para asistir a personas, hogares y comunidades en un mejor manejo del riesgo. ii) Prestar apoyo a los pobres en situación crítica” Holzmann & Jorgensen (2002).

Estrategias en el manejo social del riesgo: se proponen tres tipos de estrategias: reducción del riesgo, mitigación del impacto y superación del impacto; así como tres sistemas de origen de estas estrategias: informal, de mercado y públicas. Holzmann & Jorgensen (2002). Con estos seis elementos se pueden constituir nueve subtipos de estrategias (cuadro 4).

Subtipos de estrategias en el modelo de gestión-manejo social del riesgo, según tipo de estrategia y su sistema de origen

Sistema y Estrategia	Informal	De mercado	Público
Reducción	1	2	3
Mitigación	4	5	6
Superación	7	8	9

Fuente: diseño propio del autor, basado en notas de clase del mismo. Enero de 2014.

Lo informal se origina en el individuo mismo, la familia o la comunidad; las de mercado tienen su origen en la sociedad y su estructura de mercado, y las públicas se diseñan o son lideradas por el gobierno.

Las de tipo reducción o prevención buscan minimizar la exposición al riesgo afectando su frecuencia, mientras las de mitigación tienden a reducir el impacto potencial que se pueda dar al expresarse el riesgo determinado. Las de superación, distinto a las anteriores, se aplican *ex post* y tienden hacia el proceso de recuperación del individuo o familia, después de un choque secundario al siniestro, asociado a un riesgo.

Colombia es un Estado unitario, descentralizado, pero no federal. Igualmente, su sistema de planeación no es de tipo central, sino por sectores, lo cual ubica los distintos subsistemas y sistemas interactuantes del Sistema de la Protección Social en diferentes cabezas de sector y, por lo tanto, en diferentes rubros de los presupuestos del país, de ahí que financiamiento y operación son sectoriales.

Los servicios sociales del país están ubicados, principalmente, en el Sistema de Formación del Talento Humano, el Sistema de Promoción Social – Sistema Social del Riesgo y el Sistema de Recreación y Vacaciones Sociales. El financiamiento del Sistema Social del Riesgo está aún sin una definición precisa, ya que el artículo 1 de la Ley 789 de 2002, que creaba el Fondo de Protección Social, fue declarado inexecutable solo en este aspecto normativo, sin que a la fecha haya sido superado el problema, de forma que llevó a tal decisión; este fondo financiaría, en general, los servicios sociales.

Los sistemas Nacional de Bienestar Familiar y del Subsidio Familiar se alimentan de recursos parafiscales (generados por la relación laboral de los trabajadores formales y dedicados a ellos mismos), pero la protección social ha hecho girar el vector desde la “protección laboral” hacia la “protección social”, con lo cual estos sistemas ya han podido, válidamente,

asignar recursos a familias no formalizadas laboralmente. Este mismo esquema de financiamiento tiene la cabeza del sistema de formación para el trabajo.

El Sistema Nacional de Educación es un híbrido de financiamiento fiscal asociado a financiamiento privado, pues el sistema así está dividido. Los sistemas financiados vía recursos parafiscales también tienen sus ámbitos financiados por privados.

La cabeza institucional del Sistema de Recreación y Vacaciones Sociales está en proceso de liquidación (Prosocial) y se espera que este sistema se inscriba en el Sistema de Subsidio Familiar, fuerte en ambos aspectos, lo que lo ubicaría en la mezcla parafiscal – privado. Hay, con el actual Gobierno nacional, un Departamento Administrativo Nacional de la Prosperidad Social, el cual tiene una composición híbrida que incluye elementos de los sistemas antes citados y cuyo financiamiento es igualmente híbrido. Ver Anexos 1 y 2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización No Gubernamental CRECE. (2002). “Bases conceptuales para la creación de un Ministerio de Protección Social en Colombia”. Bogotá, diciembre 2002.
- (2) ROMERO, Rodolfo. “SEGURIDAD SOCIAL: SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA”. <http://utal.org/segsocial/5.htm>
- (3) Organización Internacional del Trabajo -OIT-. (1952). “Convenio sobre la seguridad social # 102”. Norma Mínima. Ginebra, Suiza. 28 de junio de 1952.
- (4) República de Colombia, Congreso Nacional. (1945). Ley 6 de 1945. “Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre convenciones de trabajo, asociaciones profesionales, conflictos colectivos y jurisdicción especial de trabajo”. Bogotá, D. C. 19 de febrero 1945.
- (5) República de Colombia, Congreso Nacional. Ley 90 de 1946. “Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales”. Diario Oficial No. 26.322, del 7 de enero de 1947. Bogotá, D. C. diciembre 26 de 1946.
- (6) República de Colombia. Congreso Nacional. Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Diario Oficial No. 41.148, del 23 de diciembre de 1993. Bogotá, 23 de diciembre de 1993.
- (7) Holzmann Robert & Jorgensen Steen. (2002). “Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá”. Documento de trabajo No. 0006 sobre protección social. Washington, USA, 2002.
- (8) República de Colombia, Congreso Nacional. (2002). Ley 789 de 2002. “Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo del Trabajo”. Bogotá, D. C. 2002.
- (9) República de Colombia, Congreso Nacional. (2002). Ley 790 de 2002. “Por la cual se expiden disposiciones para adelantar el programa de renovación de la administración pública y se otorgan unas facultades extraordinarias al Presidente de la República”. Diario Oficial No. 45.046 de 27 de diciembre de 2002. Bogotá, D. C. Diciembre 27 de 2002.
- (10) República de Colombia, Presidencia de la República. (2003). Decreto 205 de 2003. “Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del

Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, D, C, Febrero 3 de 2003.

- (11) República de Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES-. (2006). Documento Conpes 102 Social. Versión Aprobada. Red de Protección Social contra la Extrema Pobreza. Bogotá, D. C. Septiembre 25 de 2006.
- (12) Organización Iberoamericana de la Seguridad Social -OISS-. Curso de Formación Superior en Dirección y Gestión de Servicios Sociales. (I Edición). Módulo 1: “Introducción a la Seguridad Social: Los servicios sociales”. Unidad 1.2. Madrid, España, 2013.

Algunas consideraciones para la evaluación del funcionamiento del sistema de salud colombiano

Antonio Barboza Vergara *

1. ¿Qué es un sistema de salud?

Para evaluar el sistema de salud colombiano es importante precisar qué se entiende por sistema de salud. Este concepto suele estar vinculado a la organización y prestación de la atención sanitaria, la cual puede ser vista desde una perspectiva curativa o reparadora —medicamentos, diagnóstico, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, etc.— como desde una perspectiva preventiva —medidas de salud pública, como campañas de inmunización, control y vigilancia sobre la calidad de los alimentos, investigaciones científicas sobre diversos aspectos sanitarios, etc.—.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una noción mucho más amplia de sistema de salud, según la cual dicho sistema abarca *todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud* (OMS, 2000, p. 6). Esta noción incluye las actividades como el mejoramiento de la seguridad vial y ambiental, también forman parte del sistema de salud.

Una cuestión a considerar es entonces qué tan amplia o estrecha es la noción de sistema de salud como punto de partida. Un elemento para decidir entre los dos conceptos de sistema de salud es la disponibilidad de información sobre los aspectos incluidos en las respectivas nociones.

2. ¿Cuán bueno es el desempeño de un sistema de salud?

Para establecer si un determinado sistema funciona bien es necesario precisar cuáles son los objetivos o metas que debe realizar dicho sistema. La OMS distingue entre *logros* de un sistema de salud y el *desempeño* del mismo. Los logros (o resultados) de un sistema de salud responden a la cuestión de qué tanto se han alcanzado los objetivos asignados a los sistemas de salud. El desempeño se determina comparando los logros con lo que el sistema debería ser capaz de lograr con los mismos recursos (OMS, 2000, p. 25).

Según la OMS los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales: a) mejorar la salud de la población, b) responder a las expectativas de las personas acerca de cómo deben ser tratadas por el sistema y c) buscar una distribución equitativa de los costos del sistema para que ninguna persona esté expuesta a un gran riesgo financiero (OMS, 2000, pp. 25-29).

El primero de los tres objetivos es la meta fundamental o primordial, es decir, la razón de ser de un sistema de salud. En realidad se trata de dos objetivos, tal y como lo entiende la OMS: a) alcanzar el mejor nivel posible de la salud promedio o agregada de la población y b) reducir las desigualdades de niveles de salud.

*Profesor del Departamento de Derecho de la Universidad EAFIT. Integrante del grupo de investigación Derecho y Poder de la Universidad EAFIT.

En relación con el segundo objetivo la cuestión a evaluar es si el sistema de salud respeta la dignidad de las personas, la autonomía y el carácter confidencial de la información.

A la luz de este objetivo se evalúan aspectos como el respeto a la dignidad de la persona (que los pacientes no sean humillados ni degradados), el respeto al derecho del paciente a determinar quién tiene acceso a la información sobre su salud y la autonomía para participar en las decisiones sobre la propia salud. También incluye otros aspectos como la atención pronta, comodidades de calidad adecuada, el acceso a redes de apoyo social y libertad para seleccionar el proveedor del servicio (OMS, 2000, p. 35).

El tercer objetivo de todo sistema de salud, según la OMS, es el financiamiento equitativo del sistema. Este objetivo consiste en que los riesgos que corre cada familia, debido a los costos del sistema de salud, se distribuya de acuerdo con la capacidad de pago y no según el riesgo de enfermedad.

Según la OMS, lo ideal es desvincular la contribución financiera de una familia al sistema de salud de los riesgos que corre su salud y separarla casi enteramente del uso de los servicios.

La simple enunciación de los objetivos que debe perseguir todo sistema de salud muestra la complejidad de la tarea de determinar si un sistema de salud funciona adecuadamente.

3. Características principales del sistema de salud colombiano

3.1. Mercado de aseguramiento regulado (Régimen contributivo)

Bajo el modelo del mercado de seguros regulado se organiza la prestación de los servicios individuales de salud. Los mecanismos más importantes para la regulación de la competencia en el caso colombiano son (Hernández, 2000, p. 6):

- a) la obligatoriedad del aseguramiento.
- b) la existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos del sistema (Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA).
- c) La existencia de un plan básico de beneficios (Plan Obligatorio de Salud-POS)
- d) el pago per cápita ajustado por riesgos (Unidad de Pago por Capitalización-UPC) a los aseguradores¹.

Todas las personas que cuentan con capacidad de pago (trabajadores dependientes del sector privado, trabajadores del sector público, trabajadores independientes con capacidad de pago, entre otros) están obligadas a contribuir de acuerdo a sus ingresos mediante una cotización mensual.

3.2. Subsidio a la demanda de los pobres (Régimen subsidiado)

Los afiliados ingresan al sistema mediante cupos que son administrados por las administraciones locales. Los cupos son asignados por medio de un proceso de priorización y focalización basado en

¹ A pesar de las múltiples reformas introducidas a la Ley 100, las características básicas del anterior modelo se han conservado. Las reformas propuestas y realizadas por los sucesivos gobiernos se mantienen en el ámbito de los ajustes y corrección de las fallas en la implementación y ejecución del modelo.

una encuesta sobre la situación socioeconómica de los potenciales afiliados que se llama el SISBEN. A estos afiliados se le asigna una EPS del régimen subsidiado y su UPC es financiada por el Estado con recursos fiscales y de solidaridad (que provienen del régimen contributivo).

3.3. La separación entre prestación del servicio y el aseguramiento

3.3.1. El aseguramiento

Las entidades promotoras de salud se encargan del aseguramiento. Estas pueden ser públicas o privadas y les corresponde la afiliación, el registro de los afiliados al respectivo régimen y el recaudo de sus cotizaciones por delegación del FOSYGA.

Cada EPS por cada afiliado recibe un precio o prima, que se conoce como unidad de pago por capitación (UPC), que se destina a cubrir el valor del POS y los gastos de administración del mismo.

Las EPS reciben pagos adicionales a la UPC en casos de licencias por enfermedad y maternidad, y ciertos riesgos son cubiertos por seguros especiales obligatorios, como es el caso de los riesgos profesionales, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

Las EPS privadas las mueve el ánimo de lucro. Para 1995 la mayoría de las 10 primeras EPS autorizadas tenían su origen en empresas privadas de medicina prepagada y en los grupos económicos más poderosos.

Teóricamente las mayores utilidades de las EPS provienen de priorizar las estrategias de prevención y promoción de la salud y de gestionar la atención en salud con prácticas médicas o tecnológicas de bajo costo.

Como el mercado de la salud, más que mediado por la oferta y la demanda, está regulado por el Estado, con un marco de gastos definidos en el costo de la UPC, la estrategia de las EPS para producir utilidades es reducir costos mediante los conceptos de volúmenes de producción, márgenes de rentabilidad, tablas de rendimiento del personal y estándares de manejo (protocolos de manejo).

3.3.2. La prestación de servicios

La prestación de los servicios de salud le corresponde a las instituciones prestadoras de salud-IPS, que pueden ser de naturaleza pública, privada, mixta, comunitaria o solidaria. En concreto, son hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica, etc. Pueden pertenecer a una EPS o ser independientes de ella.

3.3.3. La situación de los médicos dentro del sistema

Como consecuencia de la presión por la facturación de servicios y la producción de rendimientos económicos, los médicos están sometidos a controles de costos que les imponen las EPS. Tales controles consisten en el establecimiento de cuotas para procedimientos diagnósticos y medicamentos, y de incentivos positivos y negativos para los médicos, según cumplan o no con las cuotas establecidas.

Esta afirmación se basa en un estudio cualitativo que realizó entrevistas a profundidad en tres etapas distintas a 179 expertos de 96 instituciones de salud, públicas y privadas, de distinto nivel en Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia (Yepes et. Al, 2010, p. 40).

3.4. La salud pública es responsabilidad exclusiva del Estado

4. Algunos resultados del sistema de salud

4.1. El gasto en salud

El gasto en salud es importante. El gasto en salud de Colombia en 2012 fue equivalente al 7% del PIB, el de América Latina fue del 8% y el promedio de los países de ingreso mediano-alto fue del 6% (Banco Mundial). En todo caso, el gasto por habitante en Colombia es bajo comparado con el promedio de los países de América Latina y el Caribe (de los países en desarrollo). El promedio de América Latina en 2012 fue de 713 dólares y el de Colombia es de 530 dólares (Banco Mundial).

En el año 2012, el gasto público en salud representa el 76% del total del gasto en salud, mientras globalmente esta cifra es del 60%. En 1995 en Colombia, dicha cifra era del 55%. El gasto público en salud en el 2012 representó 19% del total del gasto público del Estado, mientras el promedio global es 14.3% (Banco Mundial).

4.2. Cobertura

La máxima cobertura en términos de aseguramiento reportada antes de la Ley 100 fue del 23%. El resto de la población no tenía seguro de salud, pero accedía a los servicios de salud privados o a los públicos del Estado. El 10% de la población accedía mediante prestadores privados. El Ministerio de Salud aceptaba que el 20% de la población no accedía a los servicios de salud (Yepes et. Al., 2010, p. 28).

Las cifras reportadas por el Ministerio de Salud sobre la población asegurada para el año 2013 son: el 46,9% de la población se encuentra en el Régimen Contributivo y el 53,1% de la población se encuentra en el Subsidiado. Estas cifras corresponden al 90,9% de la población. Quienes no están cubiertos en ninguno de los dos regímenes, denominados “vinculados”, tienen derecho a acudir a la red pública de salud y acceder a servicios mediante subsidios a la oferta.

Los primeros quintiles de ingreso están cubiertos en mayor proporción por el régimen subsidiado, mientras que los quintiles 4 y 5 lo están principalmente por el contributivo. De otro lado, las zonas urbanas están cubiertas, en una mayor proporción, por el régimen contributivo, en tanto que las zonas rurales lo están por el régimen subsidiado (Yepes et. Al., 2010, p. 31).

5. La acción de tutela para reclamar servicios médicos

5.1. La tutela para reclamar servicios médicos

5.1.1. Dimensión cuantitativa de las tutelas en salud

Cuadro I
Colombia, evolución general de las tutelas y de las referidas a salud 1999-2011

Año	Total de tutelas	Tutelas salud	% tutelas salud	Crecimiento tutelas salud	Crecimiento total de tutelas
1999	86.313	21.301	25%		
2000	131.764	24.843	19%	16,6%	52,7%
2001	133.272	34.319	26%	38,1%	1,1%
2002	143.887	42.734	30%	24,5%	8,0%
2003	149.439	51.944	35%	21,6%	3,9%
2004	198.125	72.033	36%	38,7%	32,6%
2005	224.270	81.017	36%	12,5%	13,2%
2006	256.166	96.226	38%	18,8%	14,2%
2007	283.637	107.238	38%	11,4%	10,7%
2008	344.468	142.957	41,5%	33,3%	21,4%
2009	370.640	100.490	27%	-29,7%	7,6%
2010	403.380	94.502	23%	-6,0%	8,8%
2011	405.359	105.947	26%	12,1%	0,5%

Fuente: Defensoría del Pueblo (2012), *La tutela y el derecho a la salud 2011*, Bogotá.

5.1.2. La tutela por servicios POS

El litigio por servicios POS se refiere a prestaciones que están garantizadas para todos los ciudadanos. En estos casos, la EPS niega el servicio porque no tiene la oferta suficiente y se ve obligado a poner a sus afiliados en lista de espera, o bien porque considera que no está incluido en el plan de beneficios.

En este último caso, de lo que se trata, entonces, es de una disputa interpretativa sobre la inclusión del servicio o sobre su necesidad, la cual surge como consecuencia de crear una lista positiva con límites precisos.

Los informes de la Defensoría del Pueblo evidencian una tendencia creciente de las tutelas por servicios POS, la cual en 2011 alcanzó el 67,8%, mientras que la de los servicios no POS representó sólo el 32,2%. Según un estudio de la Universidad de los Andes solo el 42% de las tutelas de la muestra (primer trimestre de 2012) se refería a servicios POS y el 50,9% era sobre servicios no POS.

De otro lado, según el Ministerio de Salud y Protección Social ha señalado que el 63% de las tutelas son por servicios no POS y solo el 37% por servicios POS (Todos los informes citados por Uprimny y Durán, 2014, p. 14). Pese a las diferencias entre los distintos estudios aún en los cálculos más conservadores la cifra de tutelas de servicios incluidos en el POS es significativa.

Por ejemplo, según la Defensoría del Pueblo, en 2011, los medicamentos incluidos en el POS más solicitados fueron “oxígeno, enalapril, acetaminofén, omeprazol, bromuro de ipratopio, prednisolona, clopidogrel, furosemida, lovastatina y ácido acetil salicílico (aspirina)”.

La anterior es una muestra de una falla grave del sistema de salud colombiano, puesto que se trata de servicios financiados y que las EPS tienen el deber de prestar de manera oportuna.

5.1.3. Las tutelas que reclaman servicios no POS

Estos casos suponen el acceso privilegiado de los demandantes a servicios que no están disponibles para toda la población y que en muchas ocasiones, como se verá más adelante, corresponde a prestaciones sofisticadas y de alto costo cuya efectividad no siempre está probada.

5.2. Fallas corregidas por los jueces (Corte Constitucional)

La Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 (M.P. Manuel José Cepeda) trató de dar una mirada de conjunto a las fallas del sistema de salud. Esta importante sentencia acumula varios procesos de tutela en los cuales se alegaba la vulneración del derecho a la salud, los cuales presentaban rasgos similares y tenían origen en idénticas fallas de la regulación del sistema, lo cual llevó a la Corte a dar órdenes al Gobierno Nacional para que corrigiera dichas fallas.

La Corte da la orden, aunque sin establecer un plazo determinado, de igualar los planes de servicios médicos del régimen subsidiado y del régimen contributivo; de actualizar conforme a los criterios establecidos en la legislación los planes de servicios y de regular los mecanismos administrativos adecuados para el reclamo de servicios no contemplados en los planes de servicios².

5.2.1. Igualación de los planes básicos de servicios de los dos regímenes

Una de las injusticias estructurales del sistema de salud colombiano era la desigualdad de los planes de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado, esto es, los servicios médicos cuya prestación estaba garantizada variaban de un régimen a otro. El Art. 162 de la Ley 100 de 1993 estableció que el POS del régimen subsidiado “incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los

² Además, en esta sentencia la Corte Constitucional precisa el alcance de algunas reglas que había introducido en el periodo anterior, como la exigencia de que el servicio médico reclamado por el demandante estuviese ordenado por el médico tratante adscrito a la respectiva EPS. Frente a esta regla la Corte admitirá excepciones, especialmente cuando la EPS conociendo el concepto médico de un médico que no pertenece a su institución no lo rechaza atendiendo a razones médicas.

años de vida saludables”. La misma ley estableció como un objetivo del sistema de salud la igualación de los planes para el año 2001.

Para el año 2008 el incumplimiento de la meta era evidente. Para ese entonces, el POS subsidiado cubría totalmente los eventos de primer y cuarto nivel de complejidad y solo parcialmente un grupo de eventos de segundo y tercer nivel. La UPC subsidiada equivalía a un 60% de la contributiva (Yepes et. Al., 2010, p. 21)³. El régimen subsidiado excluía prestaciones importantes (como el tratamiento de la hemofilia) que llevaban a la interposición de acciones de tutela (Uprimny y Durán, 2014, p. 7).

5.2.2. La actualización integral del POS y de la UPC

La Ley 100 de 1993 previó que tanto el POS como la UPC debían ser actualizados periódicamente. A pesar de ello, la Corte encontró que si bien durante la vigencia del POS adoptado en 1994 se habían adicionado algunos servicios puntuales nunca se había realizado una revisión integral del mismo, de acuerdo con los criterios legales: “los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema”. Esta circunstancia había llevado a que la cobertura del POS estuviera desactualizada y enfrentara dudas sobre sus contenidos, lo cual a su vez incentivaba el litigio en salud.

De manera similar, aun cuando la UPC había sido incrementada anualmente conforme a la inflación, no se había revisado integralmente para garantizar que financiara de manera efectiva los contenidos del POS.

Por estas razones, en la parte resolutive se ordenó actualizar el POS y aclarar sus contenidos, lo que llevó a la adopción del Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009 de la CRES y más recientemente el Acuerdo 29 de 2011, los cuales han aclarado y ampliado la cobertura (Uprimny y Durán, 2014, pp. 6-7).

5.3. Los pobres demandan menos

¿Quiénes son los mayores beneficiarios de las tutelas que reclaman servicios no POS?

5.3.1. Distribución del litigio según el régimen de afiliación del demandante

El siguiente cuadro muestra que el litigio se concentra de manera moderada en el régimen contributivo, al cual están afiliadas personas con capacidad de pago. También muestra que esta desigualdad ha venido disminuyendo.

Cuadro II

Colombia, Evolución tasa de litigio por régimen salud, por cada 100.000 afiliados

³ En 2004, el Acuerdo 267 del CNSSS introdujo un nuevo régimen de subsidios parciales, que incluye un plan de servicios mucho más reducido que el plan del régimen subsidiado “pleno”. La UPC del régimen de subsidios parciales es del 40% de la UPC del régimen contributivo.

Año	Regímenes	Tutelas	Población	Tasa	Relación tasas
2003	Contributivo	28.366	15.425.723	184	5.57
	Subsidiado	8.737	26.707.214	33	
2010	Contributivo	33.124	18.900.000	175	1.10
	Subsidiado	36.629	23.200.000	158	
2011	Contributivo	38.268	19.620.393	195	1.15
	Subsidiado	37.660	22.219.303	169	

Fuente: Uprimny y Durán (2014)

5.3.2. Distribución de las tutelas según nivel de ingresos del demandante

El siguiente cuadro es producto de un estudio elaborado por el Ministerio de Salud (2012) en el cual se analiza un grupo de recobros del régimen contributivo realizados entre julio de 2011 y junio de 2012, correspondientes a 5.023.014 solicitudes en el período, incluyendo CTC⁴ y tutela.

Cuadro III
**Colombia, recobros de la litigación de salud, por quintiles de ingreso de cotización, julio 2011-
junio 2012**

Quintiles	IBC ^a Promedio	Personas	%	Recobros	%	Valor Recobrado (millones de pesos)	%	Valor Aprobado (millones de pesos)	%
1	\$ 508,380.7	119,147	15%	806,483	16%	\$ 398,554	15%	\$ 284,192.06	15%
2	\$ 572,772.0	15,895	2%	107,368	2%	\$ 51,789	2%	\$ 38,349.14	2%
3	\$ 783,747.1	82,838	11%	568,325	11%	\$ 295,178	11%	\$ 207,448.78	11%
4	\$ 1,114,159.6	193,032	25%	1,282,744	25%	\$ 627,668	23%	\$ 461,174.41	24%

⁴ Servicios no POS ordenados por los comités técnico científicos de las EPS.

5	\$ 3,946,805.9	319,503	41%	2,165,955	42%	\$ 1,162,340	43%	\$ 851,137.21	44%
No identificado		48,966	6%	272,139	5%	\$ 188,522	7%	\$ 96,597.90	5%

6. Desigualdades en el acceso a los servicios médicos

6.1. Acceso a la primera consulta entre la población asegurada y la no asegurada (fuente Encuesta de Calidad de Vida del año 2003):

El 79.5% de los asegurados en el régimen contributivo y el 74.4% de los afiliados al régimen subsidiado que se sintieron enfermos en los 30 días anteriores a la encuesta consultaron al médico, en el **caso de los no asegurados** tan solo lo hizo en **49.7%** (Yepes et. Al., 2010, p. 32). La Encuesta Nacional de Calidad de Vida no pregunta por el acceso a consultas referidas al especialista o para exámenes diagnósticos (Yepes et. Al., 2010, p. 35).

6.2. Desigualdad en el acceso a los servicios de salud entre la población urbana y la rural

En las zonas urbanas el 97% de los partos son atendidos por personal de salud cualificado, mientras que en las zonas rurales dicho porcentaje es del 77% (OMS 2009, p. 33).

6.3. Desigualdad en el acceso a los servicios de salud según el nivel de ingresos

En el quintil de riqueza **superior** el 99% de los partos son atendidos por personal de salud cualificado, mientras que en el quintil **inferior** el porcentaje es del 72% (OMS 2009, p. 33). La cobertura de la inmunización antisarampión en niños de 1 año es del 90% en el quintil de riqueza superior y del 69% en el quintil de riqueza inferior (OMS 2009, p. 33).

7. Desigualdades de niveles de salud

7.1. Según el nivel socioeconómico de las personas

La tasa de mortalidad de menores de 5 años es del 16% en el quintil superior y del 39% en el quintil inferior (OMS 2009, p. 33).

7.2. Desigualdades entre las zonas rurales y urbanas

La tasa de mortalidad de menores de 5 años en el sector urbano es de 23 por cada 1.000 niños nacidos vivos y en las zonas rurales es de 33.

Bibliografía

Banco Mundial. Banco de datos mundial. <http://datos.bancomundial.org/> (Última vista: 19/08/2014)

Carrasquilla, Alberto (2008) El régimen contributivo en el sistema de salud en Colombia: Situación actual, perspectivas y desafíos, Informe preparado para ACEMI.

Defensoría del Pueblo (2012), *La tutela y el derecho a la salud 2011*, Bogotá.

Parra-Vera, Óscar (2003) *El Derecho a la Salud. En la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*, Defensoría del Pueblo, Bogotá.

Organización Mundial de la Salud (2000) *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*.

Uprimny, Rodrigo y Durán, Juanita (2014) Protección judicial del derecho a la salud y equidad en Colombia, CEPAL.

Yepes, Francisco / Ramírez, Manuel /Sánchez, Luz Helena /Ramírez, Marta Lucía /Jaramillo, Iván (2010) *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia*, Assalud-Mayol Ediciones-Universidad del Rosario, Bogotá.

¿Funciona el sistema de salud en Colombia?

Francy Edith López Herrera
Magíster en Educación y Desarrollo Humano
Coordinadora Salud Pública
Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana
Grupos de Investigación: Cuidado y Salud Pública
Líneas de Investigación: Cuidado al adulto. Hospital Promotor y Preventivo
2014

Palabras Clave: salud, legislación, sistemas de salud.

Para conocer si es funcional o no el sistema de salud colombiano es necesario hacer un recorrido por la historia que antecedió lo que hoy día conocemos, utilizamos, sufrimos o disfrutamos cuando hacemos uso de los servicios que nos ofrecen los prestadores de servicios de salud; de esta manera, el presente artículo busca contextualizar al lector con las disposiciones legales que se han tejido desde instancias jurídicas y sociales y que son responsables de las percepciones, en la mayoría de los casos negativas, de nuestro sistema de salud.

A través de la historia, Colombia ha experimentado grandes transformaciones en la forma de brindar atención y garantía en salud a la población, cambios que han sido consecuencia de la búsqueda de un mejor nivel de vida para sus habitantes.

Antes de la promulgación de la Ley 100 de 1993, los colombianos contaban con un sistema de salud constituido por tres modelos o formas de obtener atención en salud: uno, caracterizado por la asistencia del Estado a las personas más pobres; otro, ofrecido a las personas con mayor poder adquisitivo, los cuales resolvían sus problemas de salud con atención médica particular, y, por último, el que se ofrecía a los empleados formales con derecho a la atención en salud individual, no extensivo a su familia. Así, este modelo no lograba garantizar servicios de salud equitativos ni de calidad para todos, por el contrario incrementaba la desigualdad y la vulneración de los Derechos Humanos de las personas, sobre todo de los más pobres.

Posterior a la promulgación de la Constitución Nacional de Colombia de 1991 se hace necesario crear una ley que pudiera garantizar los Derechos Humanos fundamentales allí constituidos, para que todos los habitantes del territorio nacional estuvieran protegidos contra las contingencias que ponen en riesgo su vida y/o su integridad. Así, en 1993, por medio de la Ley 100 se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y, en él, el Sistema General de Seguridad Social en salud, el cual se constituye en un sistema de salud mixto, donde son responsables tanto el Estado, como la entidades administradoras y la población en general, de garantizar la prestación de servicios de salud más justos y equitativos para todos.

Desafortunadamente, la interpretación e implementación de la Ley 100 no tuvo los resultados en materia de salud que se esperaban, puesto que el Estado, como garante de derechos, entregó el control y permitió que empresas con propósitos económicos decidieran sobre la salud de sus habitantes. Del mismo modo, la existencia del aseguramiento como intermediario entre el proveedor y el demandante de servicios de salud transformó la relación médico-paciente, deteriorando, cada vez más, la esencia del profesional que pierde autonomía y se convierte en una pieza más del sistema; del mismo modo, para el paciente se aleja su deseo de gozar de un óptimo estado de salud..

De esta forma, el sistema de salud pasa de ser un sistema de seguridad social a un sistema de mercados y monopolios de la salud, donde los más perjudicados siguen siendo los más vulnerables socialmente.

Ante las continuas denuncias sobre muertes e injusticias, producto de la mala aplicación de la Ley 100, el Estado colombiano se ve en la necesidad de modificar aspectos de esta, que no le permitían garantizar el derecho a la salud de sus habitantes. Así, la Ley 1122 de 2007 se constituye en un esfuerzo por resolver algunos aspectos que no eran lo suficientemente completos del sistema y que limitaban la calidad, integralidad y continuidad en la prestación de servicios de salud; de igual forma, busca disminuir la brecha entre los servicios que se ofrecen a ricos y pobres, tratando de buscar la igualdad entre planes de beneficios y puntualizando responsabilidades y mecanismos de control al sistema; sin embargo, esta ley tampoco logró subsanar los errores más arraigados y no alcanzó los cambios que un sistema de salud colapsado por la corrupción requiere.

Más recientemente, la Ley 1438 de 2011 ratifica algunas acciones de obligatorio cumplimiento, prioriza poblaciones vulnerables y modifica el modelo de atención que hasta el momento se prestaba, dando prioridad a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, reforma que reconoce en la salud pública una salida a la crisis que atraviesa el sistema de salud. Sin embargo, esta norma no es lo suficientemente clara en la forma como se controlará, en adelante, la corrupción administrativa que desangra el sistema, ni la manera como el Estado garantizará la equidad, universalidad e integralidad en la prestación de servicios de salud a todos sus ciudadanos.

Se podría decir que a pesar de las modificaciones que se han dado al sistema de salud, aún no se logra garantizar bienestar, calidad de vida, equidad y protección universal a todos los habitantes del territorio nacional, ni mucho menos se ha podido desmontar la torre de babel que ha golpeado financieramente al sistema, permitiendo la continuidad de la corrupción y las inequidades que terminan deprimiendo la salud de la población pobre más vulnerada y, por ende, el bienestar de todos los ciudadanos.

Ante los grandes vacíos y problemáticas generados por el Sistema de Seguridad Social en Salud, entre ellos el incremento de enfermedades, complicaciones y muertes innecesarias, se hace necesario centrar la atención en la búsqueda de alternativas profundas y radicales

que generen un impacto real y permanente en la forma de cómo se ofrece la salud en Colombia. Siendo el gobierno el encargado de cumplir con las obligaciones que un Estado Social de Derechos le impone es su competencia crear las condiciones políticas y normativas para garantizarlos.

De esta manera, la Ley Estatutaria de Salud, aprobada por el presidente de la República en 2014, responde a esa necesidad de propender por una atención en salud que permita la búsqueda del desarrollo humano integral, teniendo en cuenta que es su capital humano la prioridad y no los intereses económicos de unos pocos que no sufren la falta de acceso a los servicios de salud.

Esta ley prioriza 10 criterios que en adelante regirán la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional y que buscarán la satisfacción de los usuarios y garantizar la efectividad del sistema de salud:

1. La salud, como derecho fundamental autónomo
2. Integralidad en la prestación de los servicios de salud
3. Atención de urgencias sin autorizaciones
4. No más atenciones según listados del Plan Obligatorio de Salud (POS)
5. No habrá zonas desatendidas
6. Se mantiene la tutela
7. Lo fiscal no limita el derecho
8. Medicamentos accesibles y baratos
9. Redes de servicios efectivas
10. Revive la libre relación médico-paciente

En todo caso, el objetivo de esta ley es “reglamentar el derecho fundamental a la salud”, lo que representa una oportunidad para garantizar atención en salud de calidad, donde toda la población del territorio nacional pueda gozar del bienestar, calidad de vida, equidad, universalidad y todos los demás principios humanos que la fundamentan. De esta manera, se podría hablar del verdadero significado de la salud, el cual debe estimular las habilidades y potencialidades individuales y colectivas para alcanzar el verdadero desarrollo humano integral.

Son cinco los lineamientos básicos de este proyecto de ley, el primero de ellos tiene que ver con el significado de la salud como derecho humano fundamental y no como negocio, aspecto que resulta crucial para el cambio que se pretende lograr; el segundo, ubica al Estado como garante del derecho a la salud, devolviéndole la autonomía, control y responsabilidad que había depositado en las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

La atención integral de la salud es el tercer lineamiento, el cual podría ser factible si estrategias como la Atención Primaria en Salud se consolidan en la mente y en los actos de los trabajadores de la salud.

En el cuarto lugar se encuentra el lineamiento más polémico: la eliminación de la intermediación financiera con ánimo de lucro, lo que significaría la desaparición de algunas de las empresas más poderosas de nuestro país. Por último, se constituye el Fondo Público Único con recursos fiscales y parafiscales, y participación social efectiva a cargo del Estado, asunto que siempre resultará difícil si sus administradores siguen pensando en el beneficio personal y no en el colectivo.

Cada uno de los lineamientos, anteriormente descritos, requiere de una profunda y crítica revisión, no solo desde las instancias legislativas, sino de toda la ciudadanía. Todos deben tener la oportunidad de conocer, participar y opinar acerca de una decisión tan trascendental para su bienestar, sin embargo, para que todos puedan participar efectivamente necesitan reconocerse como sujetos de derecho, no puede seguir existiendo la frialdad social y resignación individual como productos de una formación ciudadana limitada, temerosa, que centra su atención en información que desfigura los valores de una sociedad.

Los principales problemas a ser superados con la puesta en marcha de esta ley están relacionados con la crisis financiera del sistema, los altos costos de transacción y el manejo rentístico de los recursos financieros, la corrupción de algunos actores e instancias administrativas, las desigualdades e inequidades generadas por las diferencias de los planes ofrecidos, el deterioro de la gobernabilidad del sistema y del ejercicio de la salud pública y el modelo asistencial curativo fragmentado con altos costos, que ocasiona pérdida de la continuidad del servicio y deterioro de la calidad de la atención.

Se pueden identificar dos grandes grupos de problemáticas a impactar en el sistema de salud actual; uno tiene que ver con el manejo de los recursos y que se relaciona con la concepción que se tiene del dinero, de la necesidad de conseguirlo en grandes cantidades, rápidamente y al precio que sea, anteponiéndolo a los valores, las normas, la ética o la moral aprendidos. Por otro lado, se ratifica una vez más, que a pesar de los aprendizajes logrados en la historia de la medicina, aún no se ha podido superar la concepción primitiva de la salud como ausencia de enfermedad.

Es imposible esperar que una ley por sí sola cambie la percepción del mundo, de la vida de cada uno de los que hacen parte del manejo del sistema de salud colombiano, puesto que somos el resultado de una cultura y, como tal, el interés individual prevalecerá sobre el colectivo, así nuestra constitución o nosotros mismos digamos lo contrario.

Sin embargo, es necesario analizar más detenidamente algunas ventajas, debilidades, riesgos y posibilidades que presenta esta ley para evitar juicios de valor, que lo único que producen es desinformación y, por ende, decisiones apresuradas e incorrectas.

Con relación a las posibilidades que genera esta ley, es importante resaltar el precepto “La salud es un derecho humano fundamental, individual y colectivo, indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, comenzando por el derecho a la vida”. De esta forma, la salud se convertiría en la protagonista de los derechos y todas las acciones que se

generen en su beneficio serán consideradas prioridad, así, los servicios de salud propenderán la promoción, cuidado, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de individuos y colectivos de forma integral y gratuita, lo que parece muy alentador pero un poco utópico, teniendo en cuenta las transformaciones medulares que se deben dar para lograrlo; del mismo modo, se hace indispensable conocer la forma como el gobierno piensa llevarlo a cabo, puesto que su planeación deberá obedecer a un proceso sistemático y permanente que solo se lograría en el largo plazo, de lo contrario, se podría pensar, desde ya, en un nuevo intento fallido por alcanzar la eficacia en nuestro sistema de salud.

Por otro lado, la Ley Estatutaria dice “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”, lo que también requiere de un examen juicioso de significados, puesto que si se entiende la salud como el resultado de esfuerzos conjuntos de todos los sectores sociales, donde todos propendan por la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano, no solo el sector salud sería el responsable de garantizar el “disfrute” de la salud, serían, también, los sectores de la alimentación, la vivienda, los servicios sanitarios, la educación, el empleo, la seguridad, la participación, la recreación, la espiritualidad, entre otros, los encargados de garantizarla.

Se hace indispensable conocer el significado que tiene para los legisladores este enunciado, puesto que no se trata únicamente de tener instituciones de salud mejor dotadas y modernas, **se trata de una movilización social completa que sea capaz de lograr el cambio real que se necesita para poder hablar de salud.**

No es suficiente la revisión académica de la Ley Estatutaria, es necesario revisarla detenidamente desde otros grupos de la sociedad para poder interpretarla y determinar si puede o no ser la transformación interna que requiere el Sistema General de Seguridad Social en Salud o, si por el contrario, es una más de las acomodaciones, en muchos casos inútiles, que se han dado y que profundizan la crisis de un sistema de salud colapsado.

Para concluir, se debe resaltar que la Ley Estatutaria es el resultado del llamado de la población para terminar con las desigualdades en salud y lograr el cambio, por eso resulta favorable y esperanzador, que después de muchos años de inequidades, se piense en una transformación profunda al sistema de prestación de servicios de salud.

Responder si el sistema de salud colombiano funciona o no, requiere mucho más que la visión legislativa o académica que lo fundamenta, es necesario conocer la percepción que tienen de él diferentes grupos poblacionales, porque seguramente para los que cuentan con pólizas o medicinas prepagadas el sistema sí funciona; pero para aquellos que tienen limitaciones de accesibilidad económica, geográfica o social la respuesta será muy diferente, lo que permite concluir que **mientras en el sistema de salud colombiano se priorice el valor de la igualdad por encima del de la equidad y justicia social, no podrá hablarse de un sistema funcional.**

REFERENCIAS

1. Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Bogotá; 1991
2. Colombia, Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 1993.
3. Colombia, Congreso de la República. Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2007.
4. 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; 2011.
5. Pronuciamiento.pdf [Internet]. [citado 2012 oct 1]. Available a partir de:
<http://www.federacionmedicacolombiana.com/images/PDFs/pronuciamiento.pdf>
6. Documento_previo_4to_foro.pdf [Internet]. [citado 2012 oct 1]. Available a partir de:
http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/documento_previo_4to_foro.pdf
7. descentralizacion-intersectorialidad-y-red-en-la-gestion-de-la-ciudad-1 [Internet]. [citado 2012 oct 1]. Available a partir de:
<http://www.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/012-octubre-1998/descentralizacion-intersectorialidad-y-red-en-la-gestion-de-la-ciudad-1>

Lideran:



Cofinancia:



Participan:

