

January 2013

La salud en Colombia. ¿Qué va a pasar?

Elkin A. Sánchez Montenegro

Universidad de La Salle, Bogotá, elsanchez@lasalle.edu.co

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/ruls>

Citación recomendada

Sánchez Montenegro, E. A. (2013). La salud en Colombia. ¿Qué va a pasar?. Revista de la Universidad de La Salle, (60), 227-239.

This Artículo de Revista is brought to you for free and open access by the Revistas de divulgación at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Revista de la Universidad de La Salle by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

La salud en Colombia. ¿Qué va a pasar?

Elkin A. Sánchez Montenegro*

■ Resumen

Intentaré de manera sencilla explicar, desde un enfoque pragmático, los alcances de la posible reforma a la salud en Colombia, nada exhaustivo, con la intención de proporcionar elementos de discusión al lector casual, preocupado por la situación actual de la salud y lo que viene. Lo haré desde la perspectiva de un ciudadano común y corriente, pero también como parte del sector de la salud. Iniciaré mi reflexión comentando sobre lo malo y lo no tan malo de la Ley 100 a veinte años de ser promulgada. Después explicaré qué son las barreras de acceso refiriéndome sobre todo a la fragmentación de la oferta y la distinción entre acceso y cobertura. Daré posteriormente una descripción del flujo de recursos financieros del sistema actual y cómo la corrupción lo permea. Expondré después los cinco objetivos de la nueva reforma, empleando lo que falla ahora y lo que mejoraría después y cierro con algunas precisiones sobre lo que nos interesa de manera proximal como ciudadanos.

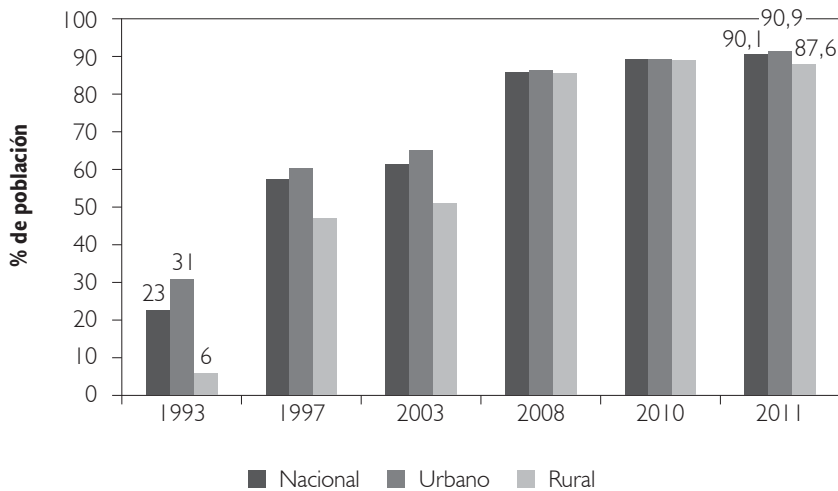
Palabras clave: reforma a la salud, Ley 100, cobertura en salud, barreras de acceso, recursos para la salud.

* Optómetra Pediatra de la Universidad de La Salle. Magíster en Epidemiología Universidad del Oeste de Santa Catarina. Pasantía internacional Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México. Candidato a Doctor en Salud Pública en la Universidad Nacional de Colombia. Director de la Clínica de Optometría de la Universidad de La Salle. Correo electrónico: elsanchez@lasalle.edu.co

Lo malo y lo no tan malo de la Ley 100

Hay que ser justos, la Ley 100 de 1993 no ha sido tan mala. Cuando Julio Frenk Mora y Juan Luis Londoño, apoyados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se sentaron a construir la reforma al inicio de los años noventa que derivó en la Ley 100 empleando el enfoque del *pluralismo estructurado* (Frenk y Londoño, 1997), el problema en salud que aquejaba al país era la inmensa proporción de personas sin posibilidades de acceso a los servicios. Esto conducía a una situación de inequidad donde los más pobres tenían que hacer mayores esfuerzos para acceder a los servicios de salud. Y encima de todo la estructura del sistema financiero de la salud para ese entonces, repartía la mitad de los recursos públicos a través del Seguro Social a no más del 20% de la población con buena remuneración y trabajos formales, y la otra mitad a la Red Pública, el 80% restante. El pluralismo estructurado de Frenk y Londoño buscaba precisamente cambiar esa distribución por una más participativa, que integrara a los sectores públicos y privados. Las cosas así planteadas hicieron que la cobertura en veinte años con el mismo plan de beneficios se incrementara en casi un 90% en zonas urbanas y rurales —como en todos los estratos sociales— (figura 1), que la no atención en caso de enfermedad pasara del 33,2% en 1993 a 1,3% en el acceso a los servicios, sobre todo, en los más pobres y que las consultas por prevención se duplicaran entre 1997 y 2010.

Pero lo malo, que es lo más sentido por todos, fue precisamente el rumbo indeseado que tomó aquella prometedora reforma de los noventa y que puede resumirse en varias ideas: que la calidad en salud —sobre todo asistencial— ha disminuido muchísimo, que el reconocimiento del talento humano en salud ha sido deplorable, que se le dio más relevancia a la resolución de problemas de mayor complejidad rechazando las acciones preventivas, que la salud se volvió un negocio y no un derecho, que los flujos financieros y los altos costos enredados en recobros y corrupción desbordaron incluso las intenciones reguladoras de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, que algunos indicadores trazadores en salud se han venido estancando, incluso parecen que estuvieran empeorado, pero lo más dicente es la percepción del estado de salud, que según algunas encuestas, es “regular” o “malo” sobre todo en regiones pobres y vulnerables principalmente por las llamadas “barreras de acceso”.

**Figura 1.**

Cobertura en salud entre los años 1993-2011, según Encuesta de Calidad de Vida

Fuente: Ministerio de Salud y la Protección Social (2013).

Barreras de acceso: un punto sensible

Una cosa es la cobertura en salud y otra el acceso a la salud. La *cobertura universal* alcanzada, hace referencia a que la mayoría de nosotros contamos con algún tipo de *aseguramiento*, ya sea en el régimen contributivo o en el subsidiado. Los más favorecidos tienen su "*medicina prepagada*" y los realmente afortunados aún pueden asumir servicios particulares. Es decir, la cobertura es estar preparado para lo peor. Pero cuando ocurre lo peor, viene el concepto de *acceso*. Volviendo a los más favorecidos, el acceso es casi que inmediato y con el especialista pertinente para la dolencia, pero las cosas no son iguales para los asegurados al régimen contributivo, y que decir del subsidiado.

Allí es donde se perciben las *barreras de acceso*, que transforman el sistema de salud, a veces, en un aparato perverso e inequitativo. Y las vemos todos los días, en los medios de comunicación: niño falleció en el *paseo de la muerte*, niña con leucemia debe desplazarse 350 km desde su ciudad para recibir el tratamiento,

anciano muere por fallas cardiovasculares esperando la consulta con el especialista o sencillamente murió porque no pudo comprar los medicamentos que el plan obligatorio de salud (POS) no le cubría. Barreras que han sido identificadas como geográficas, administrativas y financieras; separadas o juntas han cobrado vidas, sensibilizado a la opinión pública y mostrado ese lado oscuro de un sistema de salud que olvidó lo misional y se encerró en lo corporativo.

Parece absurdo, por ejemplo, que deba recurrirse a las tutelas para acceder a un tratamiento que está fuera del *plan de beneficios* o que una empresa promotora de salud (EPS) en Leticia obligue a sus afiliados a ir a Villavicencio para que la institución prestadora de salud (IPS) autorizada les realice una tomografía computarizada del cráneo (TAC), o una familia tener que atravesar toda Bogotá, de sur a norte, para reclamar los medicamentos asumiendo los costos de transporte, que pueden significar gastar lo de la alimentación del día. La “salud está fragmentada” como diría Mario Hernández (2002), me refiero a estar fragmentada en zonas tan dispersas que (los mapas a continuación develan ese complejo y triste panorama) las atenciones en salud de las EPS (llamadas regiones funcionales) están diseminadas a lo largo del territorio nacional, sin ninguna consideración en el acceso ni en la realidad de cada familia, de cada persona (figura 2 y 3). Y seré más minucioso; los mapas referidos muestran varios parches de colores, cada uno correspondiente a una región funcional de cualquier EPS —contributiva o subsidiada tal como se señala—. Es importante reparar como una EPS muy representativa en el departamento del Vichada —color rojo en la figura 2—, posee pequeños distritos que incluso pueden llegar hasta Nariño. No resultaría raro que, afiliados nariñenses tengan que desplazarse a Vichada para poder acceder a algún procedimiento, diagnóstico o terapéutico de alta complejidad, disponible seguramente solo en Vichada.



Figura 2.

Mapa de regiones funcionales EPS régimen contributivo: datos de consumo de servicios y diagnósticos

Fuente: Ministerio de Salud y la Protección Social (2013).

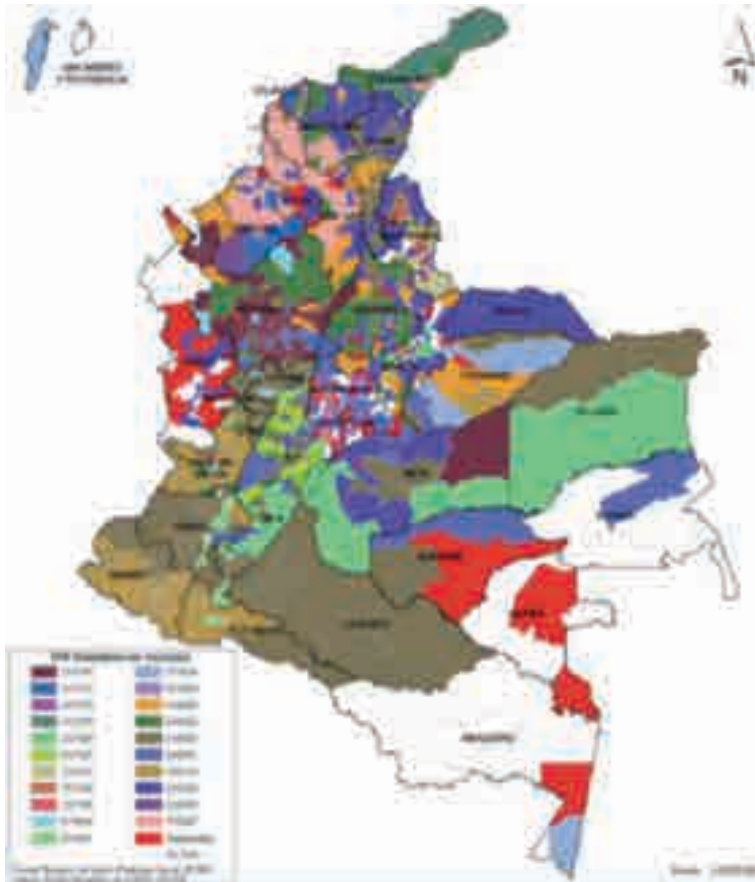


Figura 3.

Mapa de regiones funcionales EPS régimen subsidiado: datos de consumo de servicios y diagnósticos

Fuente: Ministerio de Salud y la Protección Social (2013).

Los dineros de la salud no siempre se destinan a la salud

Los escandalosos episodios de las EPS súper boyantes, con inversiones millonarias en campos de golf o colegios de élite, rivaliza con las dificultades de muchas Empresas Sociales del Estado (ESE) o instituciones prestadoras de salud del régimen simplificado (IPS-S) en subsistir, en entregar el servicio en salud que se merece. Y a veces, es incluso, dentro de las ESE o de las IPS-S que suceden los despilfarros, las malversaciones. Los flujos financieros actuales del sistema tienen doble vía y mucha intermediación. La figura 4 describe de manera sencilla como son distribuidos los recursos y, también, señala —con asteriscos— en qué intermediación pueden darse fenómenos de corrupción.

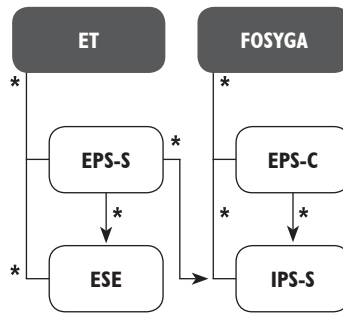


Figura 4.

Distribución de los recursos de la salud

Fuente: elaboración propia.

Los entes territoriales (ET) financian a las EPS del régimen subsidiado (EPS-S) y estas a su vez a las Empresas Sociales del Estado (ESE) —hospitales públicos—. En otra vía, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) —una cuenta especial de la Nación sin personería jurídica, creada por la Ley 100 por medio de la cual se administran los recursos de la salud del régimen contributivo—, financian a las empresas promotoras de salud del régimen contributivo (EPS-C) y estas a su vez a las instituciones prestadoras de servicios de salud —hospitales y clínicas privadas— (IPS-S). Puede darse también un flujo financiero desde el ET directamente a las ESE, de las empresas promotoras de salud del régimen

subsidiado (EPS-S) a las IPS-S y del Fosyga a las IPS-S. Mucha intermediación, muchos flujos de todo lado, mucho dinero en juego y por supuesto muchos asteriscos en cada interrelación. Se supone que la Superintendencia de Salud realiza el seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la transparencia jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades que prestan el servicio de salud; no obstante, otro diagrama (y más asteriscos) serían necesarios para incluir al ente de control dentro de ese flujo. Lo dicho por el ministro Gaviria “parte del problema actual del sistema fue una complicidad del Estado”.

Lo que se propone

La reforma propuesta por el ministro de Salud, Alejandro Gaviria Uribe, tiene cinco objetivos básicos, todos centrados en la población y no en los agentes que constituyen el sistema (como sucede ahora girando alrededor de las EPS-S e IPS-S). Propone, primero, reducir las barreras de acceso y lo piensa hacer bajo los principios de territorialidad y descentralización; es decir, promover gestores de servicios de salud en el territorio (las antiguas empresas promotoras de salud) que se encargarían de operar en regiones o distritos delimitados, de manera que las IPS estarían enmarcadas en el área geográfica de sus afiliados. Esta simple situación a mi modo de ver, diluye una de las barreras más sentidas por los usuarios. Se habla de veinticuatro distritos (figura 5) pero ojalá sean menos y más eficientes.

El segundo objetivo tiene que ver con garantizar una mayor calidad y continuidad en la prestación de los servicios; las acciones en salud pública —acciones preventivas y de promoción— estarían a cargo de los entes territoriales, mientras que las prestaciones individuales —acciones curativas y de rehabilitación— estarían a cargo de los gestores ya mencionados. Estos gestores deberán garantizar un nuevo plan de beneficios amplio —ya no habría más plan obligatorio de salud (POS)—, sin ninguna restricción, en excepto en las intervenciones cosméticas, suntuosas, experimentales o sin contar con suficientes evidencias científicas. Este plan de beneficios se denominará Mi Plan y las redes de gestores deben garantizar la calidad y continuidad de los servicios prestados.



Figura 5. Propuesta preliminar de las áreas de gestión sanitaria; datos de consumo de servicios y diagnósticos

Fuente: Ministerio de Salud y la Protección Social (2013).

El tercer objetivo busca evitar la corrupción y prevenir la desviación de recursos, para ello se unificarán los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la creación de Salud-Mía (figura 6), como una entidad financiera de naturaleza especial, encargada de afiliar, recaudar, administrar y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud y responderá principalmente a la necesidad de solucionar cuatro grupos de problemas. El primero tiene que ver con la dispersión de fuentes de financiación del sistema; el segundo, con los problemas operativos de la administración del Fosyga; el tercero, con los costos asociados a la administración del Fosyga y los procesos comisionados en las EPS; y el cuarto, con las dificultades en la afiliación, en el recaudo y en los pagos a prestadores. En otras palabras, los recursos eran administrados a través de un *outsourcing* con todos los gastos que ello conlleva. Estos problemas han afectado el acceso de los usuarios a los servicios de salud y en general el desempeño del sistema de salud.

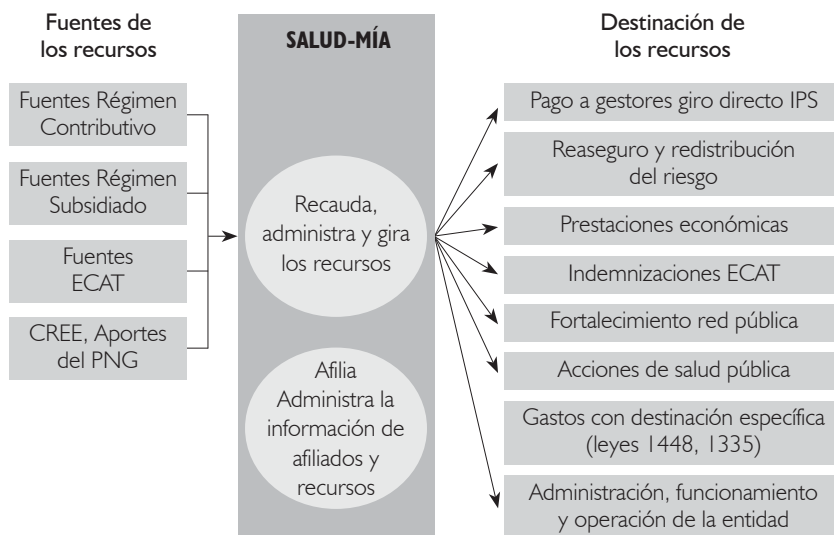


Figura 6.
 Salud-Mía: fuentes de los recursos y destinación

Fuente: Ministerio de Salud y la Protección Social (2013).

El cuarto objetivo consiste en mantener los logros alcanzados en protección financiera, cobertura y equidad con el actual sistema de salud previamente comentados y el quinto, como una consecuencia de todo lo anterior, pretende recuperar la legitimidad del Sistema. En síntesis, los objetivos planteados exigen un modelo de gestión que involucra cuatro componentes, todos cíclicos, que parten de los recursos, del replanteamiento del Plan de Beneficios, de la administración de los recursos por parte de los entes territoriales (para acciones en salud pública) o por los gestores de la salud (para la prestación individual del servicio) y finalmente la prestación *per se*. Por supuesto deben quedar inmersas las actividades propias de inspección, vigilancia y control, ahora reasumido por el Estado y debe adecuarse el modelo a un proceso de transición, que desde ya no ha sido bien recibido por algunos.



Figura 7.
Modelos de gestión

Fuente: elaboración propia.

¿Nos afecta o nos beneficia todo esto?

En realidad las cosas seguirán muy parecidas a las de ahora, pero debe reconocerse que se vislumbran algunas ventajas. Y cuando digo que siguen muy parecidas, me refiero a que no se debe entrar en pánico y pensar en cambiar de EPS o creer que no habrá servicios de salud en pocos meses. En términos prácticos, los medicamentos, en el nuevo plan de beneficios, serán organizados por grupos terapéuticos y principios activos, es decir, que el acetaminofén en gotas, por poner un ejemplo, que no hace parte del POS, quedaría ahora incluido; las afiliaciones de cada uno de nosotros se harán directamente al sistema (no a una EPS), el recaudo de las contribuciones y la concentración de los recursos serán responsabilidad de Salud-Mía evitando intermediaciones, mayor control del recaudo, garantía que esos recursos no se van a desviar, los giros los hará directamente a los gestores, reasegurará las atenciones más costosas y lo más importante, generará información acerca de cómo se está gastando la plata el gestor, algo que en la actualidad se adolece y de lo cual, varias EPS se han aprovechado, para invertir en otras cosas. Quiero reparar en un punto, el hecho que uno no tenga EPS definida —y sí un grupo de gestores— permite poder ser asegurado de acuerdo al lugar de residencia, de ubicación geográfica inmediata, y si bien es cierto se conserva por ahora la separación entre régimen contributivo y subsidiado, creo que este ejercicio comenzará a desarmar, dosificadamente, esta separación.

¿Qué están opinando sectores y personas?

Muchos estamos opinando acerca de la reforma y muy seguramente cuando esté leyendo este artículo seguramente otras ideas, críticas y comentarios hayan surgido. Pero al interior de la academia se escuchan puntos de debate importantes. Por ejemplo, la propuesta a lo largo de su texto, olvidó explicitar que la salud es un derecho fundamental; que el hecho de crear el fondo Salud-Mía no libera al sistema de corrupción, más bien *maquilla* una cosa por otra; la Contraloría está inquieta porque en el modelo de flujo financiero sugerido, los dineros públicos en un momento se transforman en privados; la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) está muy inquieta porque sus asociados (las EPS) están prácticamente sentenciadas; las acciones de salud pública

quedarán a cargo en su totalidad de los entes territoriales, que según muchos, ni siquiera han podido con su responsabilidad parcial en esos temas; que los gerentes de las ESE serán un bastión político por ser cargos de alta remuneración y de libre nombramiento y remoción (disponibles para la politiquería).

En las primeras discusiones del proyecto, se hablaba ya de un *mico* según el cual, con estos recursos públicos salvarían algunas entidades quebradas y en procesos de liquidación. Otro punto importante de discusión ha sido si esta reforma deba tramitarse a través de una ley ordinaria o estatutaria. Todos estamos de acuerdo que la salud como derecho fundamental debería seguir el camino estatutario pero también, las realidades políticas actuales y la necesidad de mostrar diligencia en una reforma muy necesaria y al mismo tiempo atractiva para un Gobierno potencialmente relegible busque la vía ordinaria.

A manera de conclusión

Más que una reforma, esta iniciativa puede considerarse como una *redefinición* del sistema de salud. Y posiblemente lo sea porque la sensación que tengo es una especie de cambio de guion a los mismos actores. Pienso que, con o sin la reforma, si persiste una cultura de corrupción, del interés particular sobre el colectivo, de persistir que lo público siempre será “politiquero”, por más buenas intenciones, reestructuras, esfuerzos conjuntos o aumento de la vigilancia, habrá algo que no funcione bien y siga cobrando vidas generando inequidades, sufrimiento y desesperanza.

Bibliografía

- Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma a los sistemas de salud en América latina. *Documento de trabajo*, (352): BID. URL www.iadb.org.
- Hernández, M. (2002). *La Salud Fragmentada en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Proyecto de ley de 2013. Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Senado.