

¿La salud desembotellada?

El sector, un reto de políticas
públicas

Foro Paipa 2008

Editorial Politécnico Grancolombiano

¿La salud desembotellada?

El sector, un reto de políticas
públicas

Foro Paipa 2008

Politécnico Grancolombiano
Corporación Escenarios
Departamento Nacional de Planeación



© **Fundación Politécnico Grancolombiano**
En alianza con **Whitney International University System**

ISBN: 978-958-8085-75-3

Editorial Politécnico Grancolombiano
Calle 53 No 6 - 11
Teléfono 2115010 ext. 107
www. poligran.edu.co

Julio de 2009
Bogotá, Colombia

Fundación Politécnico Grancolombiano
Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

Corporación Escenarios

Departamento Nacional de Planeación

Producción editorial

Carlos Julio Pineda Suárez
COORDINADOR

Marcela Giraldo
Ángela Sánchez
EDITORAS

Eduardo Norman Acevedo
COORDINADOR EDITORIAL

Santiago García
DISEÑO Y ARMADA ELECTRÓNICA

Javergraf
IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN

Impreso y hecho en Colombia
Printed in Colombia

La Editorial del Politécnico Grancolombiano pertenece a la Asociación de Editoriales Universitarias de Colombia, ASEUC.

Todos los derechos reservados. Esta publicación puede ser reproducida siempre y cuando se cite la fuente y el *copy right*.



ASEUC
Asociación de Editoriales
Universitarias de Colombia



Tabla de contenido

Presentación <i>Pablo Michelsen Niño</i>	11
Palabras de bienvenida <i>José Rozo Millán</i>	15
Introducción <i>Ernesto Samper Pizano</i>	21
Voces oficiales.....	29
La visión salud hacia el año 2019 <i>Carolina Rentería</i>	31
Sistema de aseguramiento: la mejor opción para un país descentralizado <i>Diego Palacio Betancourt</i>	45
Sistema de salud: "No dar todo a todos, sino lo mismo a todos" <i>Gabriel Inclán Iribar</i>	59



¿Sistema de salud o sistema de aseguramiento?

La salud: problemas en cinco frentes <i>Alonso Gómez</i>	73
El derecho a la salud y la reforma de la Ley 100 <i>Luis Carlos Avellaneda</i>	83
El aseguramiento: mecanismo que garantiza metas en salud <i>Juan Gonzalo López</i>	91
Entre la protección financiera y la maximización del nivel de salud <i>Ramón Abel Castaño</i>	97
Derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos <i>Patricia Linares Prieto</i>	113



Cobertura, acceso y esquemas de financiación

Los sistemas de salud: elementos para su análisis <i>Jaime Abril</i>	123
---	-----

Visión de futuro desde el aseguramiento <i>Juan Manuel Díaz-Granados</i> <i>Nelcy Paredes</i>	139
Más dinero para la salud y más salud por el dinero <i>Mauricio Restrepo</i>	173
Falta de acuerdos sociales: Talón de Aquiles del sistema de salud en Colombia <i>Félix Nates</i>	185



Institucionalidad del sector

Entidades de vigilancia no pueden subsanar fallas estructurales del sistema <i>Mario Mejía</i>	199
El sistema debe evolucionar para garantizar el derecho a la salud <i>Héctor Zambrano</i>	211
Los subsidios a la demanda no garantizan la cobertura universal en salud y seguridad social <i>Jorge Iván González</i>	221
Urge mayor regulación ante la complejidad del sector salud <i>Edgard González</i>	241
La institucionalidad como factor de incremento o detrimento de la salud <i>Néstor Rodríguez</i>	249
El sistema necesita una ley estatutaria y el fortalecimiento de la doctrina médica <i>Carlos Ignacio Cuervo</i>	257



El aporte de la academia

La poesía, la enfermedad, el dolor <i>Juan Gustavo Cobo Borda</i>	273
La vida que nos queda: Un vistazo al sistema de salud desde la camilla de los pacientes <i>Guillermo Ramírez</i>	301

La salud de los colombianos: Un propósito nacional
Blanca Luz Raché de Camargo.....321



Glosario de siglas333



Presentación

Séptimo foro: la salud un reto de políticas públicas

Pablo Michelsen Niño
Rector Institución Universitaria
Politécnico Grancolombiano



o me referiré en esta breve presentación a la importancia fundamental de la salud y de la atención a la salud en la vida de una nación y en el desarrollo social y económico de los países, pues de ello se encargarán verdaderos expertos en estas páginas.

Me corresponde mejor reiterar la importancia de los foros anuales que venimos realizando desde hace siete años la Corporación Escenarios y la Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, en la acogedora ciudad de Paipa, Boyacá, los cuales en los últimos cuatro años han contado con la generosa y eficiente participación del Departamento Nacional de Planeación (DNP).

El presente foro, titulado “La salud: un reto de políticas públicas”, es el séptimo de la serie. Los seis primeros versaron sobre los siguientes temas:

1. Globalización y Derecho.
2. ¿Qué tan preparada está Colombia para la globalización?
3. Agenda alternativa para la globalización en Colombia.
4. Documento *Visión Colombia 2019*.
5. El futuro de la electricidad, los hidrocarburos y las energías alternativas, el panorama energético de Colombia y el mundo.
6. Agua y vida en Colombia: apuntes y conclusiones.

Como memorias de estos seis seminarios hemos publicado cinco libros, con los siguientes títulos:

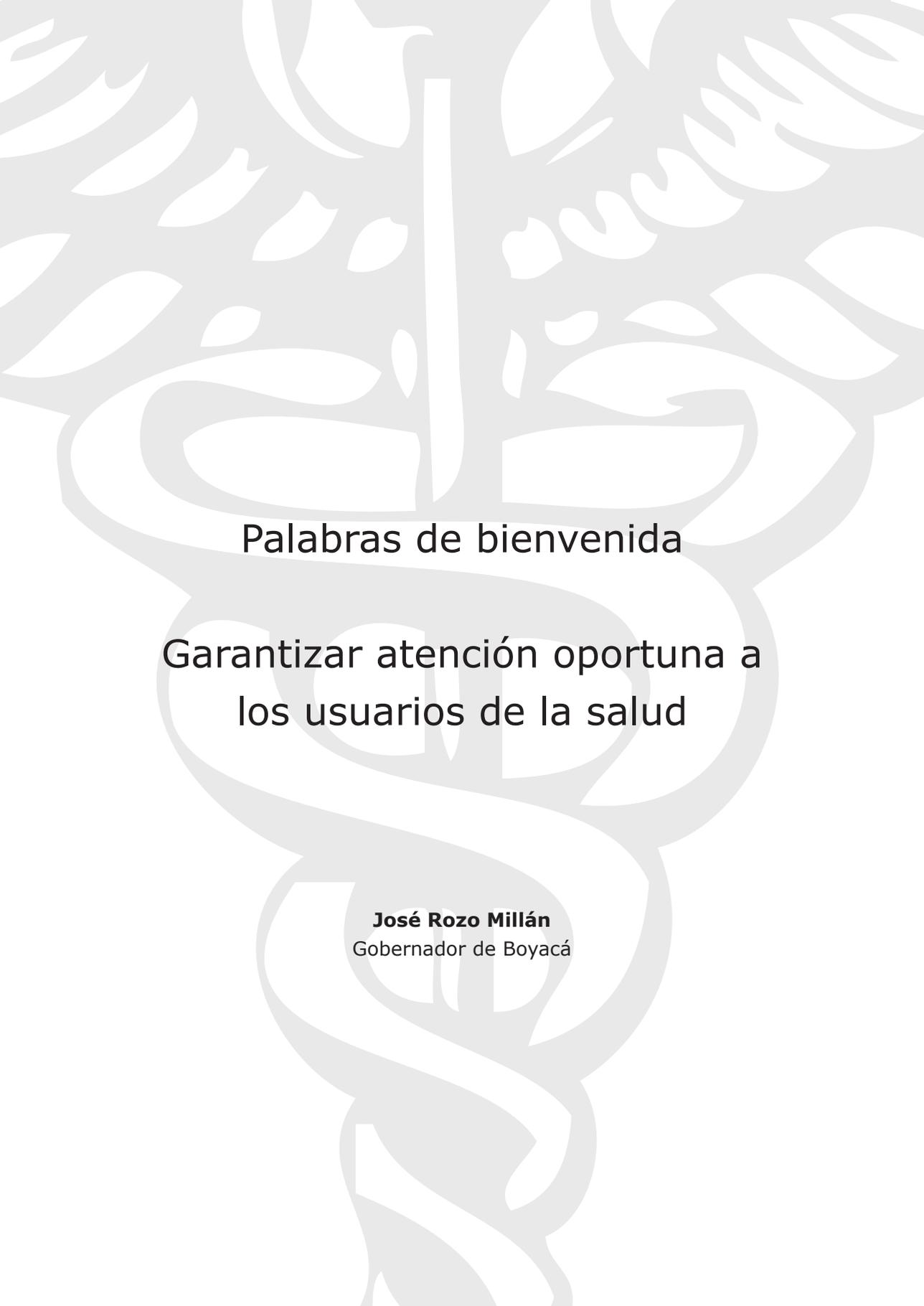
1. Globalización y Derecho.

2. Debates sobre Globalización y Derecho.
3. Apuntes críticos *Visión Colombia 2019*.
4. Futuro de la electricidad, hidrocarburos y energías alternativas.
5. Agua y vida en Colombia. Apuntes y conclusiones.

Con solo ver las nóminas de los participantes en estos foros salta a la vista que ellos no habrían sido posibles sin el liderazgo del ex presidente de la República Ernesto Samper Pizano, a su vez presidente de la Corporación Escenarios, y sin su increíble capacidad académica y de estadista.

Los participantes en este encuentro están entre los más importantes expertos del país en el tema de la salud, incluyendo a los más altos funcionarios gubernamentales. A todos ellos les expresamos nuestros más sinceros agradecimientos por el enorme esfuerzo patriótico que realizaron al sacar tiempo de sus apretadas agendas. Desde luego, un reconocimiento especial para el ministro de la Protección Social, Diego Palacio Betancourt y para la entonces directora de Planeación Nacional, Carolina Rentería.

Como siempre, me veo obligado a confesar que estos seminarios también son uno de mis pretextos para venir a mi amada Boyacá, la bella tierra en donde se establecieron en el siglo XVI mis antepasados descendientes directos de Don Peralonso Niño, piloto de la carabela La Santamaría y codueño y armador de la carabela La Niña, junto con su hermano Don Juan Niño, quienes viajaron con el Descubridor Cristóbal Colón en su primer viaje a América. Yo no concibo la vida sin la casa de campo boyacence que nos dejaron mis padres a mis siete hermanas y a mí, La Ramada, y sin mis interminables recorridos a caballo por entre los bellos paisajes de este sinigual departamento de Boyacá.



Palabras de bienvenida

Garantizar atención oportuna a
los usuarios de la salud

José Rozo Millán
Gobernador de Boyacá



Es motivo de orgullo que desde hace seis años en estas tierras boyacenses se celebran estos foros de discusión y análisis de importantes temas nacionales sobre desarrollos de la Agenda 2019, que ha diseñado el gobierno nacional como uno de los componentes de celebración del segundo centenario de nuestra independencia.

El tema de la salud reviste especial importancia y más con respecto a temas como la necesidad de avanzar hacia la construcción de un sistema de salud integral para los colombianos y colombianas en el sistema de aseguramiento que ha definido nuestra legislación, cómo lograr mayores niveles de cobertura, acceso e instrumentos de financiación y cómo lograr el mejoramiento institucional del sector salud por medio de los sistemas de gestión pública de la salud, los operadores privados, las empresas sociales del Estado y el sistema de vigilancia y control en salud.

Es claro que el desarrollo del sistema de salud en el país enfrenta importantes retos: el primero, la necesidad de hacer efectivo el derecho a la salud a toda la población por medio de la ampliación de la cobertura en los sistemas de aseguramiento, de la garantía del acceso equitativo y de la calidad de los servicios.

El segundo, la necesidad de disminuir los riesgos que afectan la salud, por ejemplo de políticas alimentarias que ataquen la desnutrición o la promoción de estilos de vida y ambientes saludables que incluyen el mejoramiento de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias tanto en las viviendas como en los entornos físicos.

El tercero, el mejoramiento de la capacidad de gestión de los actores del sistema, esto es autoridades, aseguradores y prestadores para el cabal cumplimiento de sus responsabilidades en estrecha coordinación, y buscando que las acciones de prevención, control y reducción de la enfermedad se cumplan con los más altos estándares de calidad y sentido social.

En esta dirección hemos construido el plan de desarrollo del departamento de Boyacá *Para seguir creciendo*, inspirado en los Objetivos del Milenio, las agendas 2019 y de competitividad y el plan nacional de desarrollo.

Nos hemos propuesto como metas en salud, lograr en el régimen subsidiado, la cobertura universal al nivel 3 del Sisbén, una vez se haya garantizado la cobertura total a los niveles 1 y 2.

En cuanto a la política hospitalaria continuamos trabajando para asegurar la accesibilidad, seguridad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud a los usuarios, por medio de proyectos de cofinanciación que buscan el mejoramiento tecnológico de los hospitales, de sus instalaciones y de la calidad de la atención.

Nos hemos propuesto también fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control en coordinación con la Superintendencia de Salud para garantizar el derecho que tienen los usuarios a una atención oportuna.

En materia preventiva desarrollamos los programas Tejedores de Vida y centros de atención familiar que buscan prevenir el consumo de alcohol y drogas y promover en la población hábitos de vida saludables con amplia participación de la comunidad.

Los programas de seguridad alimentaria además de atender la población estudiantil se están extendiendo en nuestra administración a los menores de 5 años, mujeres gestantes y lactantes y a la población adulta mayor en situación de vulnerabilidad.

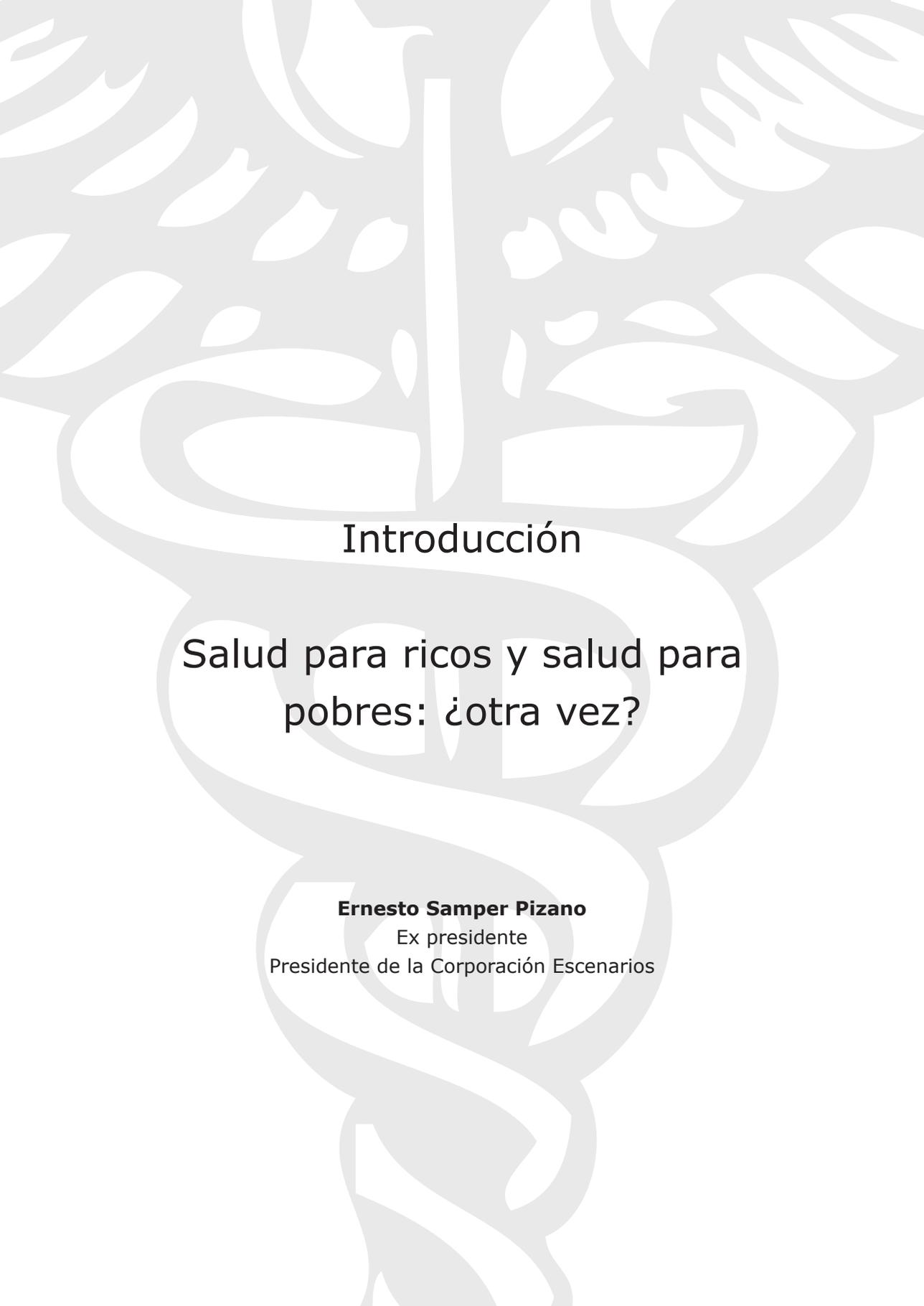
Nos hemos propuesto como meta para el año 2011 que las viviendas del departamento tengan una unidad sanitaria y que asimismo todos los municipios del departamento consuman agua potable de calidad.

Es nuestro propósito, además, continuar desarrollando en Boyacá las Metas del Milenio que en salud apuntan a la reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, la reducción de la morbilidad, unidas a la sostenibilidad ambiental y al saneamiento básico.

Boyacá ha sido catalogada como una de las regiones del país con mayor potencial de desarrollo en los sectores agroalimentario, minero, turístico y artesanal. Tenemos grandes retos en su consolidación productiva para ser más competitivos en los mercados nacional e internacional.

Así mismo, tenemos grandes retos sociales para superar los niveles de pobreza que aún mantienen algo más del 60% de nuestra población, para superar los niveles de indigencia que tiene el 34% de nuestros coterráneos, el 9% que todavía tenemos de analfabetismo y el déficit de cobertura en salud que todavía es del 20%. Por todo ello nos encontramos trabajando para seguir creciendo.

¡Sean todos bienvenidos a estas tierras boyacenses!



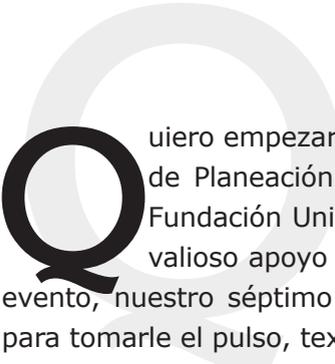
Introducción

Salud para ricos y salud para pobres: ¿otra vez?

Ernesto Samper Pizano

Ex presidente

Presidente de la Corporación Escenarios



Quiero empezar por agradecer a Carolina Rentería, directora de Planeación Nacional y a Pablo Michelsen, rector de la Fundación Universitaria Politécnica Grancolombiano, por el valioso apoyo que han prestado para la ocurrencia de este evento, nuestro séptimo encuentro en la ciudad de Paipa, esta vez para tomarle el pulso, textualmente, a la salud colombiana. Y agradecer también la presencia del gobernador de Boyacá, José Rozo Millán y de todos los expertos, convencido como estoy, de que su experiencia en este campo contribuirá, de manera definitiva, a enriquecer las deliberaciones y conclusiones que esperamos de esta convocatoria.

La Ley 100 de 1993 no estuvo diseñada, como algunos lo pretenden, para estructurar un sistema que acercara la salud de los ricos a la salud de los pobres, profundamente separada cuando se expidió el estatuto. El espíritu de la norma era, bien por el contrario, establecer un modelo de demanda de salud acorde con los mandatos del Consenso de Washington que acabara con el concepto de salud pública de oferta vigente hasta entonces, minimizara el papel de las regiones en la atención sanitaria y asegurara el funcionamiento del mercado de servicios de salud con énfasis en lo privado.

Nuestras primeras decisiones apuntaron en el año 1994 a establecer un régimen de transición que, sin desconocer la utilidad de contar con algunas “señales de mercado” para determinar la eficiencia del sistema, mantuviera la responsabilidad de la salud en cabeza del Estado con el apoyo de las respectivas secretarías departamentales. También acordamos mantener abiertos los hospitales públicos exigiéndoles introducir en sus sistemas contables el concepto de “paciente atendido” para ir reemplazando el de “cama instalada” que había sido fuente de ineficiencias y corruptelas en el pasado.

A continuación dimos el paso que se convertiría, sin presunciones, en uno de los más revolucionarios avances en materia de salud pública: el Sisbén. El sistema de identificación de beneficiarios a partir de necesidades básicas insatisfechas fue diseñado originalmente como una "contabilidad de pobres" que permitía determinar cuántos eran los necesitados y dónde estaban ubicados; lo que hicimos entonces fue utilizar este valioso "mapa de la pobreza" para desarrollar una estrategia masiva de atención de salud focalizada que apuntaba directa y eficientemente a los sectores más populares.

El debate interno sobre la "focalización" enfrentada a la "universalización" fue complejo pero muy interesante. Al final, se impuso el criterio de que la idea de hacer más eficiente la asignación de los recursos por medio de programas focales no era de ninguna manera incompatible con la persecución de unas metas globales de cobertura social. Faltaba un punto adicional, el más importante: el dinero. En esta idea general de duplicar la participación de la inversión social respecto al PIB en cuatro años, se tomó la determinación de multiplicar en cuatro veces la participación del presupuesto de salud durante el cuatrienio.

Hoy, diez años después, podemos preguntarnos en este foro sobre el balance de esta revolucionaria iniciativa. La cobertura se aumentó a casi doce millones de beneficiarios, mientras que mediante el sistema contributivo se consiguieron crecimientos anuales del 38% igualmente espectaculares que llevaron a aumentar la cobertura general de 22 a 67% en los cuatro años.

Como consecuencia de este avance los colombianos, como lo muestran las encuestas de hogares, disminuyeron sensiblemente sus gastos en salud. También se montó una poderosa arquitectura institucional de compañías prestadoras y afiliadoras, incluidas las secretarías departamentales de salud, que, con muchas dificultades, han mantenido hasta hoy el compromiso fundacional del sistema.

Estos logros, infortunadamente, no estuvieron exentos de dificultades y problemas. Existen hoy sombras que afectan el sistema y que

resultaría muy conveniente que ustedes las examinaran en este foro. Se trata, en primer lugar, de sombras relacionadas con la *equidad*. En presencia de una alta informalidad, la contribución impuesta del 12,5% para *todos* los afiliados al régimen contributivo, resulta muy regresiva. El paquete de servicios básicos para los pobres -Pos- que pretendía ser un paquete único, para ricos y pobres, ha caído hoy al 50% del ofrecido a los beneficiarios del sistema contributivo lo cual, además de regresar a la vieja y peligrosa discriminación conduce a un "fraccionamiento de servicios" que atenta contra la continuidad y eficiencia del sistema mismo.

De otro lado, la salud preventiva, como parte irrenunciable de un concepto amplio y equitativo de salud pública, ha sufrido en los últimos años un "bajonazo" del cual apenas se está recuperando, en parte, gracias a los notables esfuerzos que se están haciendo en Bogotá en materia de vacunación y epidemiología. Como consecuencia de estos desequilibrios, parece ya claro que el nivel de mortalidad de los subsidiados está por encima de los niveles de los pacientes contributivos: ¡como en el pasado!

Otras sombras afectan la *igualdad*. La dinámica que llevaban las afiliaciones o colocación de subsidios se detuvo por razones presupuestales, lo que llevó a "pedacear" los subsidios partiéndolos en medios y hasta cuartos de subsidios para que "rindieran" más; una decisión imperdonable que, afortunadamente, se ha empezado a corregir.

Otro tema que afecta la igualdad del sistema y de manera grave, es la utilización que se ha venido haciendo desde hace varios años de los dineros del Fosyga -aproximadamente dos billones de pesos al día de hoy- para financiar el déficit de caja del gobierno nacional. Con estos dineros, congelados en bonos del tesoro, se hubieran podido financiar más de un millón de nuevos subsidios.

El evidente desequilibrio cualitativo y cuantitativo en que ha caído el sistema de salud explica, entre otros fenómenos, el auge de las tutelas que, a pesar de ser un mecanismo constitucional de aplicación

excepcional para defender los derechos ciudadanos, se ha convertido en el único procedimiento válido para que los usuarios hagan valer sus derechos a la salud.

El último tipo de sombras amenazantes tiene que ver con la *governabilidad* del sistema el cual está perdiendo capacidad operativa en el ámbito territorial que se ha visto agravada, recientemente, por el cierre de los hospitales regionales. Sin desconocer las bondades de las "reingenierías" planteadas como justificación para estos cierres hospitalarios, es claro que en no pocos casos, estas operaciones de cirugía administrativa han terminado convertidas en verdaderas privatizaciones por la puerta de atrás de las entidades hospitalarias. ¿Se han medido los costos sociales de las mismas? No lo sabemos.

Afortunadamente, hacia delante, aparecen luces en el panorama sombrío que les he presentado, resultantes muchas de ellas de la reciente e histórica sentencia de septiembre de 2008 proferida por la Corte Constitucional sobre la vigencia del derecho constitucional a la salud. Con el acucioso apoyo de la Procuraduría General de la Nación por intermedio de la Procuradora de Derechos Humanos, Patricia Linares, la sentencia precisa el alcance del derecho a la salud como parte de los derechos humanos y le otorga la condición de "fundamental" por estar ligado al derecho a la vida humana.

Por supuesto, la disposición de la Corte para volver al concepto de *salud para todos* presenta restricciones de orden fiscal destacadas por el ministro de la Protección Social y por el propio presidente de la república; la Corte, al respecto, obra sabiamente cuando dispone que el cumplimiento de sus disposiciones debe hacerse de "manera progresiva" pero irreversible.

Señores asistentes: quizás ha llegado el momento en que tenemos que volver a reivindicar el concepto de *salud pública* liberándolo de la condición de "aseguramiento" que se le trató de dar cuando se expidió la Ley 100. Esta reivindicación debe empezar por la restitución del Ministerio de Salud. Ha transcurrido suficiente tiempo para entender

el daño que le ha hecho al sector el que no se siente en el Consejo de Ministros un ministro que lo represente. Es tiempo de devolverle el Ministerio de la Salud a la salud. Y de impedir que volvamos a donde estábamos hace casi quince años cuando era clara la diferencia entre la salud para los ricos y para los pobres. Para que no nos pase hoy, respecto al sistema, lo del campesino de Chiapas que, preguntado por los supuestos beneficios del Tratado de Libre Comercio de Estados Unidos con México, contestó: "Estábamos mejor cuando estábamos peor".

Voces oficiales

La lección de anatomía de Rembrandt

Los enemigos de la luz, rincones,
y entrañas, surgen, por la vez primera
en tremendas y fúlgidas visiones,
de atroz verdad y resplandor de hoguera.

Lumíneos ocres, cálidos carmines,
ebúrneas y rosadas morbideces,
dejaron los dorados camarines,
para hacer sangre, podre y livideces.

Fue Rembrandt, cuyo nombre al mundo asombra,
artista poderoso e insensato,
pincel-puñal de palpitante nervio.

Fue Rembrandt vencedor de luz y sombra,
y el dolor tuvo su primer retrato,
y la miseria su pintor soberbio.

Manuel Machado (1910)

Poesías Completas

Renacimiento, 2003

Sevilla

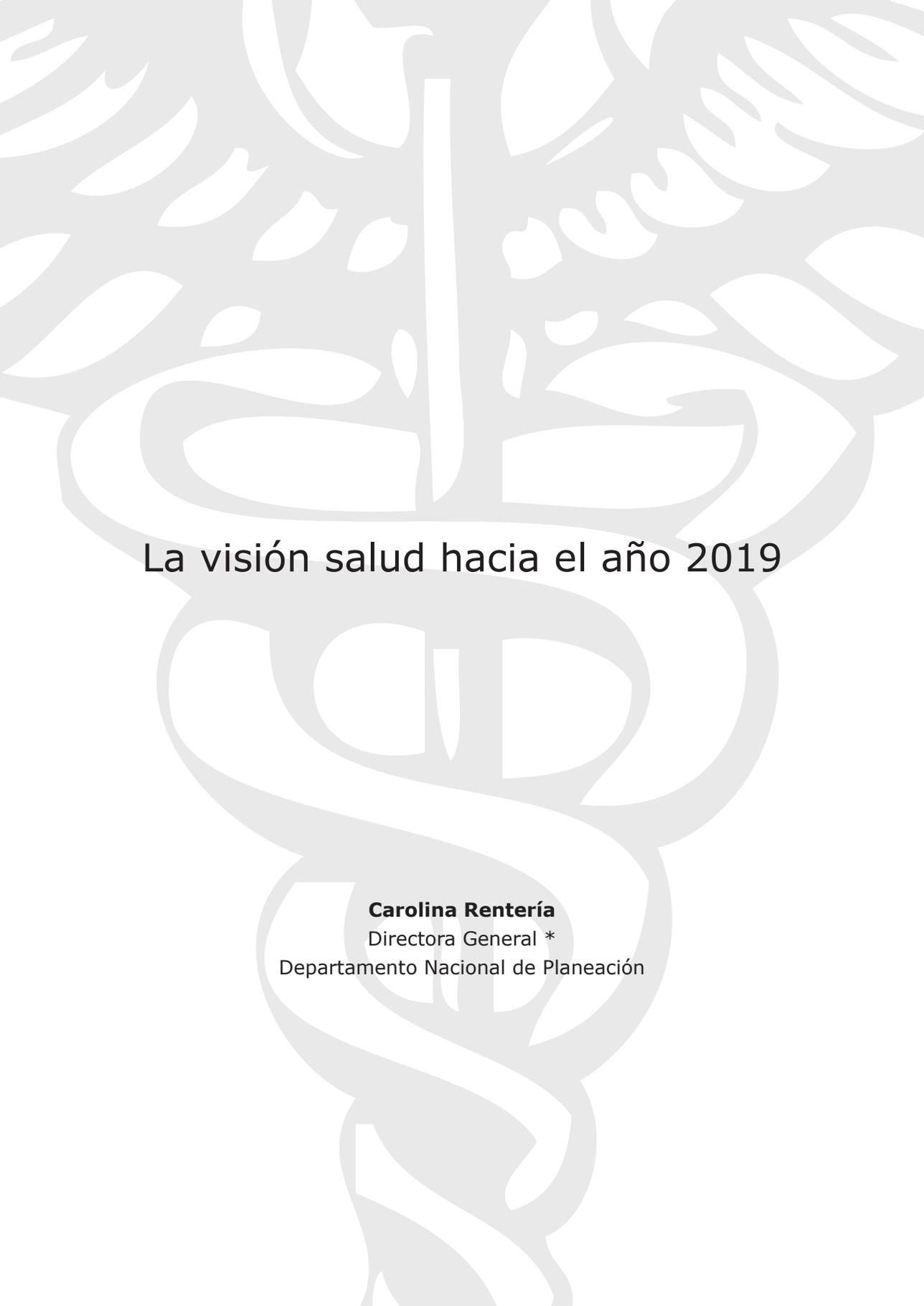
Autores

Carolina Rentería

Diego Palacio Betancourt

Gabriel Inclán Iribar

Nota: La compilación de poemas
fue realizada por Juan Gustavo
Cobo Borda



La visión salud hacia el año 2019

Carolina Rentería

Directora General *

Departamento Nacional de Planeación



a *Visión Colombia Segundo Centenario* se diseñó de manera participativa, y propone una visión a largo plazo de la Colombia deseada para 2019, en esa construcción: (a) Colombia debe estar inserta en un mundo en transformación, con una inminente recomposición económica y política; (b) Colombia debe aprovechar plenamente las condiciones de su territorio y capitalizar sus ventajas en todas las dimensiones, y (c) Colombia debe asimilar los cambios demográficos y formular políticas a futuro.

La Visión 2019 tiene como objetivos lograr: una sociedad con ciudadanos libres y responsables; un Estado al servicio de los ciudadanos; una economía que garantice mayor nivel de bienestar, y una sociedad más igualitaria y solidaria.

En el contexto de lograr una sociedad más igualitaria y solidaria se postula, la necesidad de cerrar las brechas sociales y regionales, y es en este contexto en el que está inmerso el tema de la salud.

En términos de cerrar la brecha social y regional el objetivo es que en 2019 todos los colombianos, sin importar sus condiciones específicas, tengan iguales oportunidades y cuenten con los recursos necesarios para construir una vida creativa y productiva, conforme a sus necesidades, capacidades personales e intereses. Se da prioridad a los grupos de población más vulnerables, con el fin de lograr que todas las personas tengan posibilidades de ejercer sus derechos de manera libre y responsable.

*Esta intervención fue realizada cuando Carolina Rentería se desempeñaba como directora del DNP, en la actualidad colabora con el BID en Washington.

Este es el postulado teórico consignado en *Visión Colombia Segundo Centenario*, cuya cristalización en la práctica requiere la participación de todos los actores sociales y gubernamentales, con énfasis, en este caso, de los integrantes del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

La visión para el sector salud ha avanzado en forma significativa sobre todo en lo relativo a la cobertura, pese a que la meta de universalidad no se alcanzó en el plazo previsto inicialmente. Sin embargo, entre 2009 y principios de 2010, el ministro Diego Palacio anunciará al país la cobertura universal para los regímenes subsidiado y contributivo.

En 1991 la cobertura era apenas del 20%. Ha tomado más de diecisiete años alcanzar la cobertura universal, gracias a la continuidad en las políticas públicas orientadas por una visión clara de largo plazo, el mismo principio que inspira el documento *Visión Colombia*.

Para 2010 habrá cobertura plena en Colombia tanto en salud como en educación. Tal vez no se alcance de inmediato al cien por ciento sino a 97%, debido al esquema regional que hace difícil acceder a las regiones más apartadas.



Bases de la Visión 2019 y el sector salud

La construcción de la Visión 2019 parte de la base de reconocer que la salud es un derecho de los ciudadanos, y que para hacerlo efectivo se requiere de un modelo institucional sostenible en términos económicos y operativos. En consecuencia las soluciones institucionales o modelos de salud que se adopten para dar cuenta de un buen estado de salud de los ciudadanos deben ser sostenibles, eficientes, progresivas y razonables frente a los recursos económicos, humanos y tecnológicos que posea y pueda financiar la sociedad.

Así mismo, parte de reconocer que para lograr un buen estado de salud se requiere tener en cuenta sus determinantes conductuales, culturales, sociales, económicos, biológicos y ambientales.

Sin negar que el actual sistema de salud requiere ajustes, se considera que es una solución institucional adecuada pues es progresivo y permite avanzar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, acceso efectivo, mejoramiento de la calidad, protección del usuario y sostenibilidad del sistema.

Para el equipo económico del gobierno la sostenibilidad financiera es uno de los principales retos y prioridades, ya que sin ella no será posible garantizar la cobertura universal, ni el derecho a la salud de todos los ciudadanos.



Visión salud: crecimiento económico, vejez de la población

Los países con más progreso económico presentan mejores indicadores de salud, hecho irrefutable (Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, 2004), que tiene dos aristas: la salud como resultado de un progreso económico que garantiza un mejor servicio, y la salud como causa de un mayor desarrollo económico.

Por tanto, las políticas públicas deben diseñarse sobre esta dualidad de la salud como causa y efecto del desarrollo económico. Un crecimiento de la economía y del ingreso per cápita, por ejemplo, se refleja en menores índices de morbilidad y mortalidad, y viceversa.

Un reto muy grande para 2019 y de ahí en adelante es el hecho de que Colombia es un país que poco a poco empieza a envejecer.

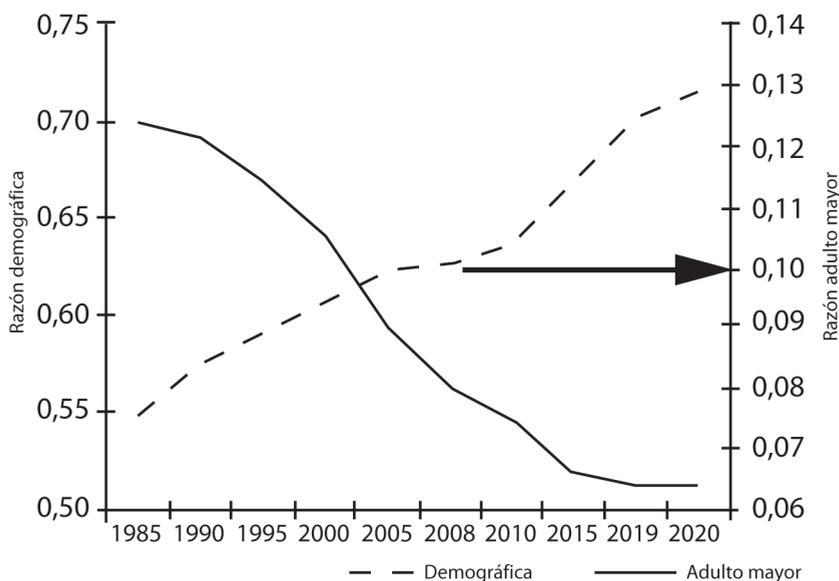
El gráfico 1.1 representa la razón demográfica y la razón del adulto mayor. La tendencia demográfica demuestra que cada vez habrá más personas de 65 años que dependen de personas con edades entre 15 y 64 años. Este aumento de la dependencia implica nuevas necesidades del modelo, incremento de costos, ampliación del servicio y cambios en las prácticas de salud. El envejecimiento de los colombianos impone cambios en la pirámide poblacional, en el perfil epidemiológico e implica mayores costos en la prestación de los servicios.

En dicho escenario, el sector salud tiene grandes retos uno de ellos es adecuar la oferta de servicios a esta situación y otro relacionado con el diseño de los planes de beneficios. Estos últimos deberán prever los patrones de envejecimiento y permitir una exigibilidad clara del derecho, de acuerdo con el ciclo de la enfermedad.

Gráfico 1.1

Colombia

Razones de dependencia demográfica total y adulto mayor (1985-2020)



Fuente: Proyecciones de población. Cálculos DNP-SSS.

Colombia se acerca cada vez más a los actuales porcentajes de correlación entre población joven y mayor de países con alto grado de habitantes de la tercera edad, como España y Estados Unidos, y debe prepararse desde ahora para atender esta situación.

Esta evidencia, muestra que la salud es un resultado de la interacción entre muchos factores, o mejor que la salud no es determinada solamente por los sistemas sanitarios.



Cobertura y beneficios

Colombia ha logrado coberturas y beneficios altos aún con gasto per cápita sustantivamente inferior a los países desarrollados (cuadro 1.1).

Cuadro 1.1

Gasto en salud per cápita PPA.

Indicador	1972 (%)*	1990*	2002***
España • Gasto per cápita • Gasto total sanitario • Como proporción PIB (%)	137 (4,2)	873 (6,5)	1,640 (7,6)
Holanda • Gasto per cápita • Gasto total sanitario • Como proporción PIB (%)	323 (6,9)	1,416 (8,0)	2,564 (8,8)
Alemania • Gasto per cápita • Gasto total sanitario • Como proporción PIB (%)	353 (6,8)	1,796 (8,3)	2,817 (10,9)
Colombia • Gasto per cápita • Gasto total sanitario • Como proporción PIB (%)	No No	No (6,2)- 1993**	536 (8,1)

Fuentes:

* WHO(2008) Regional Office for Europe- European Health for all Database, Updated July 2008.

** Barón Leguizamón, Gilberto. 2007. Cuentas de salud de Colombia 1993- 2003. *El gasto nacional en salud y su financiamiento 2005*. MPS. PARS, DNP.

*** WHO 2005 World Health Statistics Report.

El cuarto renglón de este cuadro registra que Colombia invierte en salud en promedio 536 dólares per cápita (paridad de poder adquisitivo, PPA) mientras el gasto en salud como proporción del PIB es del 8,1%.

Es importante observar que a pesar de que el país en términos relativos invierte proporciones del PIB similares a España (7,6%), y Holanda (8,8%), existen diferencias significativas en el gasto per cápita (en términos absolutos).

El gráfico 1.2 refleja las diferencias entre las estructuras económicas de los países, las necesidades y los acuerdos sociales que generan.

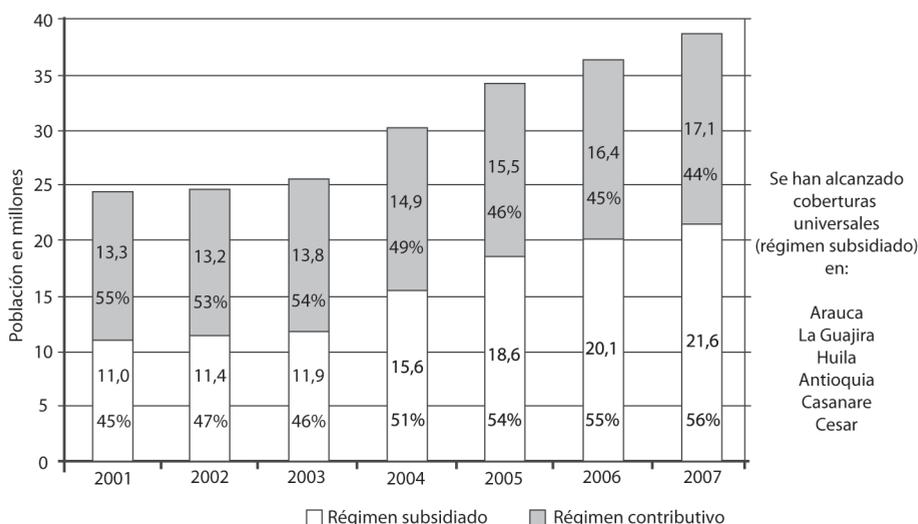


Coberturas en régimen subsidiado y contributivo

El país ha logrado un aumento muy importante de cobertura tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo (gráfico 1.2)

Gráfico 1.2

Aumento cobertura régimen contributivo



Fuente: Ministerio de la Protección Social.

En el año 2001 se partió de 24 millones de personas con 11 millones subsidiadas y 13 millones en régimen contributivo.

Para 2007, la cobertura se había aumentado a 39 millones de personas, de las cuales 21 millones pertenecían al régimen subsidiado y 17 millones al contributivo. Las cifras son elocuentes en cuanto a los resultados obtenidos.

El análisis de estas cifras demuestra, entre otros indicadores, que la mayoría de las inscripciones actuales se han dado en el régimen subsidiado: mientras en 2001, el 55% de los beneficiados pertenecía

al régimen contributivo y el 45% al subsidiado, en 2007, el 44% corresponde al contributivo y el 56% al subsidiado.

Justamente por eso tiene razón el ex presidente Ernesto Samper cuando advierte que en el momento en que se logre la cobertura total surgirán nuevos retos: mantener los niveles de cobertura, mejorar la calidad y acelerar la movilidad del sistema entre un régimen y otro.



Razones del incremento de las coberturas

El aumento en la cobertura del régimen subsidiado se debe al esfuerzo del gobierno nacional. Y en la del régimen contributivo, al aumento de la participación del empleo formal: el índice de ocupación pasó del 38,7% en 2002 al 43,4% en 2007.

No obstante, es necesario dinamizar mucho más el régimen contributivo y resolver problemas persistentes que lo frenan, entre ellos la evasión y elusión en el sistema de seguridad social que reduce las fuentes de financiación.

Otro problema es la dificultad en la movilidad de un régimen a otro, pero sobre todo la falta de un sistema de información para saber quién recibe cuál servicio, cuántos y quiénes son los usuarios beneficiados, dónde están los cuellos de botella, cómo se puede focalizar mejor la población, entre muchos otros datos claves del sistema.

Además, pese a la ampliación de coberturas y a la mejor distribución de los beneficios en la población persisten problemas de acceso y calidad evidenciados, junto con problemas institucionales.



Inspección, vigilancia y control

Es el caso de las fallas en inspección, vigilancia y control, hacen falta mecanismos más efectivos para proteger los derechos de los ciudadanos y evitar su exigibilidad por vía tutela. Nos preocupa el inusitado número de tutelas interpuestas al sector salud, entre otras razones porque tienen impactos financieros difíciles de anticipar que ya empiezan a generar problemas en el corto plazo e incertidumbre en las proyecciones hacia el futuro.



Regulación y rectoría

Es imprescindible garantizar una mayor seguridad jurídica en el sector. El sistema judicial ha venido imponiendo responsabilidades adicionales a las aseguradoras y a las entidades prestadoras debido, en buena parte, a fallas del mismo sistema, a la indefinición de responsabilidades en el S_{GS}SS y a las tutelas por procedimientos y actividades asociadas a los planes de beneficios.

La inseguridad jurídica acarrea severos problemas en la estructura financiera del sistema, que no solo afectan al gobierno sino también a los prestadores, al sector privado y a los mismos usuarios.



Estrategias para garantizar la sostenibilidad del sistema

El gobierno tomó la decisión de desacumular todos los recursos que había acumulado en el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) como medida correctiva ante uno de los cuellos de botella más críticos del sistema. El plan se ejecutará en forma gradual en el plazo de dos años, con el fin de prevenir eventuales crisis de sostenibilidad financiera.

En el diseño de estrategias para optimizar los resultados en salud y en la sostenibilidad del sistema, se han identificado los siguientes aspectos de mayor incidencia:

- El crecimiento económico
- Los determinantes de la salud
- La demografía y el perfil epidemiológico
- La universalización del aseguramiento
- La integridad de la prestación de los servicios de salud
- La calidad en la prestación y la eficiencia en el uso de los recursos
- El diseño institucional de inspección, vigilancia y control
- El fortalecimiento de la gestión en salud pública
- La delimitación social de los derechos económicos.

En cuanto al crecimiento económico sostenido, la *Visión Colombia Segundo Centenario* busca que el país crezca a niveles del 6% de manera constante. Es un reto notable y ya se cumplen dos años con crecimiento sostenidos, aunque 2008 y 2009 han sido años de desaceleración económica. Pero se aspira a recuperar un crecimiento del 6% que garantice, entre otros, la financiación de los programas sociales.

Como se mencionó el incremento de la longevidad es un logro de la sociedad colombiana, pero el envejecimiento será también un reto para el sector salud. Las metas para 2019 son aumentar en cerca de cuatro años la esperanza de vida al nacer: pasar de 72,2 años a 76,5 años.

Otras metas consisten en la actualización permanente de planes de beneficios frente al perfil demográfico y epidemiológico, como también desarrollar la oferta de servicios apropiada para la población adulta mayor.

Las estrategias frente a la integralidad de la prestación de los servicios postulan que los planes de beneficios (PB) deberá permitir una atención integral por patología, acceso y oportuna atención, lo cual implica una readecuación de estos planes.

También plantea avanzar en guías y protocolos con base científica que permitan delimitar las responsabilidades y beneficios a los ciudadanos, organismos de control, aseguradoras, prestadores y personal de salud.

Frente a la calidad de la prestación de los servicios se requiere una política de calidad, procesos permanentes de recertificación y reentrenamiento del recurso humano, información sistemática y pública, procesos de evaluación de tecnologías y su incorporación regulada y sostenible a los planes de beneficio.

También se debe trabajar en el rediseño institucional, sobre todo en vigilancia, control y regulación. Es necesario buscar el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud y especializar las funciones

de esta en torno a la protección del usuario. La especialización de la Superintendencia Nacional de Salud conlleva las superintendencias de Industria y Comercio y Financiera para que las inspecciones, vigilen y controlen a los agentes del sector salud conforme sus especialidades.

Esta especialización de funciones en las tres superintendencias se justifica por la complejidad del sector que tiene una dimensión de salud pública, otra financiera y otra comercial e industrial.

En términos de regulación, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) será la encargada de ejercer una regulación económica y financiera asociada a la fijación de los planes de beneficios, la financiación y la sostenibilidad del sistema.

La Visión 2019 plantea acciones de largo plazo en términos de salud pública donde predomine la información, el seguimiento y la vigilancia epidemiológica desde el ámbito local y nacional, así como el desarrollo de la investigación y la capacitación del recurso humano. También, acciones articuladas entre el Estado y las empresas promotoras de salud (EPS) en prevención y promoción.



Retos del sistema

La primera meta del sistema es procurar que todos los ciudadanos tengan acceso a los servicios con oportunidad, calidad y en igualdad de condiciones. Aún falta mucho pero se aspira a cumplir con esta meta antes de 2019.

En segundo término, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad deben ser una prioridad para contribuir al bienestar de la población. En tercer lugar, la operación del sistema debe garantizar el derecho y la protección del ciudadano, como también la claridad en la responsabilidad entre los agentes del sistema. Es importante continuar en la definición de roles y responsabilidades claras de los actores, desde el ciudadano hasta el máximo nivel de autoridad.

Y, finalmente, el modelo de aseguramiento, la cobertura de riesgos y el acceso efectivo se deben consolidar de manera sostenible.



Conclusiones

Esta es apenas una mirada rápida sobre los componentes del sector salud en la *Visión Colombia Segundo Centenario*. La cartilla respectiva profundiza estos y otros aspectos relacionados con las metas de salud hacia 2019 en términos de vacunación, mortalidad infantil y materna, uso de anticonceptivos, mortalidad por cáncer de cuello uterino, desnutrición infantil, incidencia del VIH, mortalidad por malaria y por dengue.

Para lograr esta Visión hacia 2019 es imprescindible llegar a un acuerdo social que permita delimitar las prestaciones a que tienen derecho los ciudadanos, de manera acorde con la restricción de los recursos y la sostenibilidad requerida para garantizar el derecho colectivo, presente y futuro.

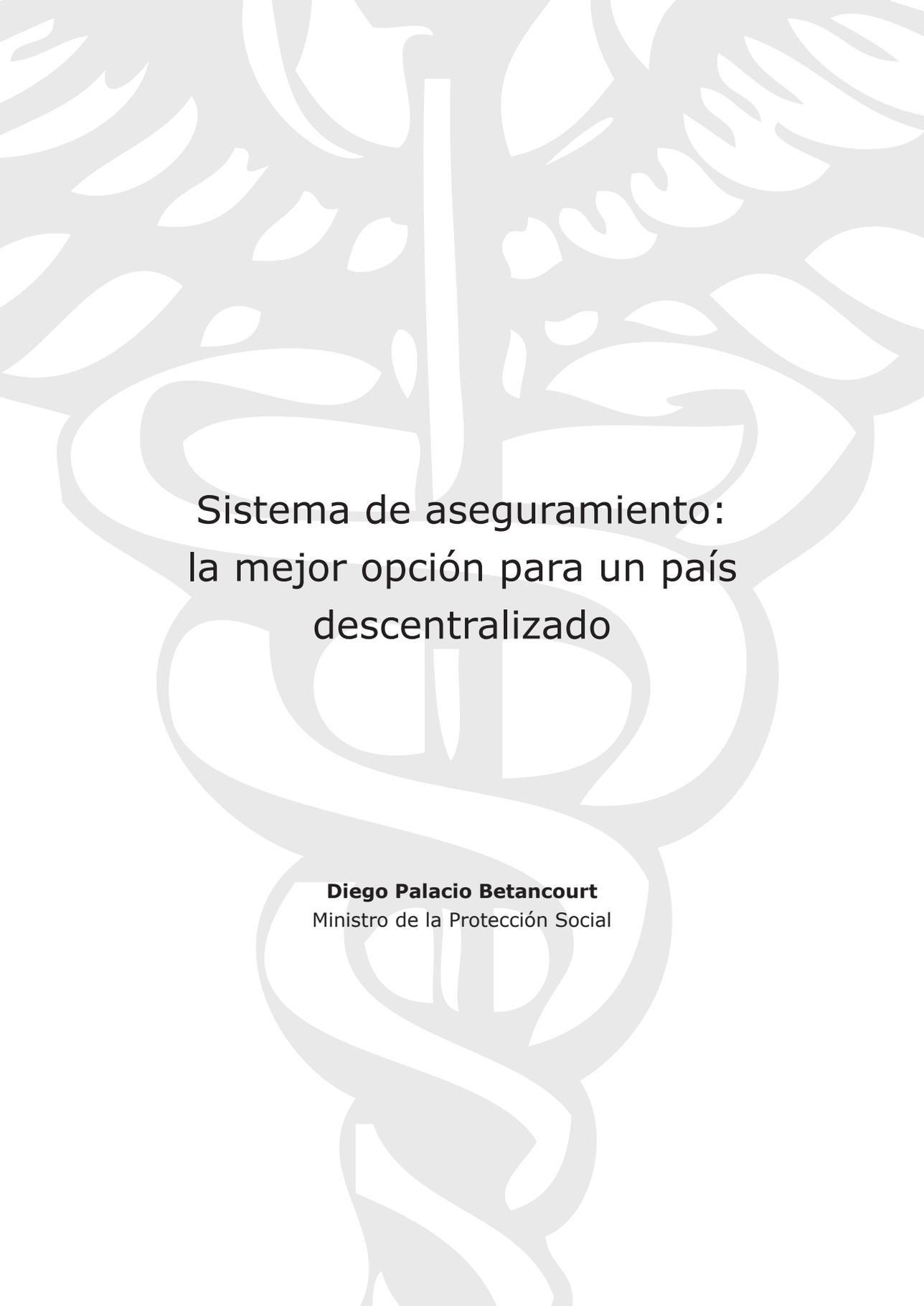
Esto significa que hay recursos limitados, objetivos claros de inclusión de mejor calidad y que no debe haber una diferencia tan grande entre el plan obligatorio de salud (Pos) del subsidiado y del contributivo, si se aspira a generar mayor equidad.

Existe consenso sobre la necesidad de reglas de juego claras, seguridad jurídica y consolidación urgente de los sistemas de información. Además, el modelo de atención, basado en el aseguramiento de riesgos, debe fortalecer la atención integral, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El conjunto de las estrategias señaladas tiene impacto sobre la disponibilidad del sistema y la percepción de la sociedad sobre los derechos económicos y sociales en salud. La restricción presupuestal determina el ritmo de avance y exige un adecuado balance entre la inclusión o no de intervenciones costo-efectivas.

Las restricciones presupuestales imponen la necesidad de un adecuado balance entre la inclusión o no de intervenciones costo-efectivas y el costo beneficio de ser o no incluidas

Por eso los beneficios no pueden ser ilimitados, deben tener un punto de partida y ser universales y progresivos. El sector salud debe construir un acuerdo social que permita a todos los ciudadanos acceder a los servicios en forma integral y oportuna, sobre la premisa de que los derechos individuales no deben afectar los derechos colectivos presentes y futuros.



Sistema de aseguramiento:
la mejor opción para un país
descentralizado

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social



Con la convicción de que discutiendo las diferencias se construye la democracia, me permito presentar el panorama del sector salud a los ojos de la cartera a mi cargo, a partir de tres ejes centrales: el sistema de salud y el sistema de aseguramiento, la institucionalidad, y algunos resultados de la gestión.



Por qué un sistema de aseguramiento

El primer tema sobre la relación entre los sistemas de salud y de aseguramiento se enmarca en la decisión política que tomó el país para apostarle al modelo de descentralización. De nada sirve añorar un sistema centralizado de salud en un país descentralizado.

Más bien considero urgente garantizar la estabilidad de las instituciones como única forma de dar continuidad, solidez y proyección al sistema con una visión de largo plazo que no dependa de la coyuntura política, ni del gobernante de turno. En ese sentido, el gobierno busca promover una amplia participación social con base en el fortalecimiento de la institucionalidad.

No creo posible que un país descentralizado haya pretendido implementar el sistema nacional de salud vigente antes del año noventa. Países como Cuba, con un poder totalmente centralizado podrán tener un sistema de salud igualmente centralizado, pero es imposible pretender algo similar en Colombia donde la responsabilidad está distribuida entre alcaldes y gobernadores.



El sistema de aseguramiento, un modelo acertado

Creo que el aseguramiento es el modelo ideal para un país descentralizado como el nuestro por varias razones: en primer lugar, la descentralización permite separar la financiación de la producción de los servicios, dar mayor autonomía a los hospitales y aumentar el control.

No se asegura la sostenibilidad financiera de los hospitales pero esto también es positivo para el sistema porque obliga al hospital a competir, mejorar su calidad y motivación para ofrecer nuevos servicios.

Este esquema también da a las personas la condición de ser un "derecho-habiente" que lo faculta para tener su carné de aseguramiento y exigir un buen servicio. Le otorga una condición de cliente fundamental de los prestadores de salud, cuyos ingresos dependen de la satisfacción del afiliado.

Por tanto, las instituciones de salud son las que van detrás del usuario, tratando de responder a sus requerimientos y no es el afiliado quien debe ir tras las instituciones en procura de algún servicio.

Lógicamente me refiero al sistema de aseguramiento ideal que aún está en proceso de construcción, pero insisto en la importancia de esa condición de derecho-habiente. El ciudadano se siente con el derecho constitucional a su salud y también con el poder de exigir un adecuado servicio o de cambiar de aseguradora si lo desea. Esto obliga a la aseguradora a mejorar sus servicios, contemplar al usuario y velar por su fidelidad.



Mayores ingresos

El aseguramiento también permite recaudar mayores ingresos y recursos adicionales a los existentes por ingresos corrientes. Esto da mucha más seguridad y estabilidad al sector que si dependiera exclusivamente del presupuesto general de la nación.

No debe olvidarse que en 1998 el país tuvo que dejar de comprar vacunas por falta de recursos dado que la vacunación dependía de los

recursos corrientes de la nación. He ahí una prueba real de la ventaja del sistema de aseguramiento que permite aislar y blindar recursos, sin depender exclusivamente del presupuesto general.

Además, los recursos tienen destinaciones específicas y no son modificables en cada vigencia presupuestal. Esta es la razón por la cual el gobierno no ha entrado en la discusión de si se deben terminar o modificar los recursos parafiscales, no solo en el sector salud sino en general en toda la inversión social. Al contrario, el gobierno piensa que ante la situación actual del país lo mejor es optimizar la inversión social de esos parafiscales.

Fuera de eso, las personas están más dispuestas a dar contribuciones que a pagar impuestos porque reciben a cambio un beneficio conocido y tangible como es la atención en salud.

De todas maneras es interesante abrir espacios para que el país debata si en el transcurso de las próximas décadas la financiación del sistema de salud debe hacerse con aportes o sin ellos, o con cambios al presupuesto general. Pero en el corto y mediano plazos, creo que no hay ninguna posibilidad de suspender tales aportes y contribuciones.

El aseguramiento no solo da más continuidad sino más cantidad de recursos: 1997 fue el año durante el cual se dedicó mayor porcentaje del PIB al sector salud. En ese entonces, un punto nominal del PIB valía 1,2 billones mientras hoy estamos en 3,6 billones. Un punto real valía cerca de 2,5 billones de pesos, hoy estamos en 3,6. Las cifras demuestran con elocuencia el aumento en la cantidad de recursos dedicados al sector salud, con elementos adicionales de equidad. (gráfico 2.1)

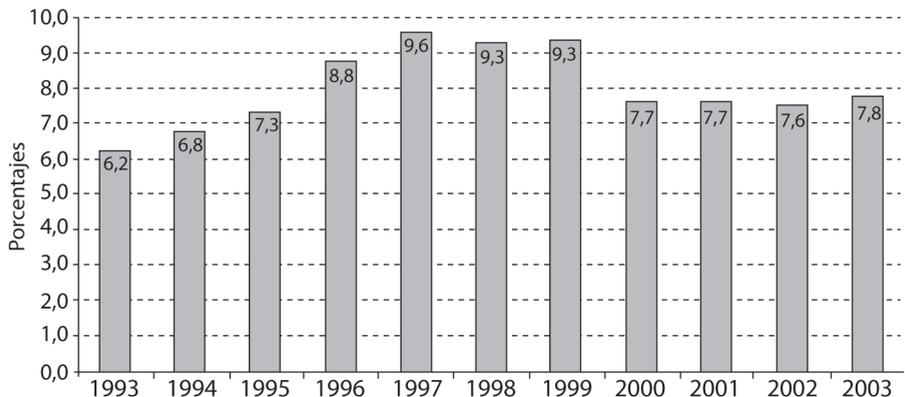


Focalización, eficiencia y calidad

El aseguramiento permite un elemento de focalización esencial para poder proyectar y mejorar el sistema de salud, dado que el subsidio a la demanda permite mejorar los mecanismos específicos de identificación de los beneficiarios.

Gráfico 2.1

Aumento de los recursos del sistema



Valor de un punto del PIB: 2.83 billones (pesos constantes 2003)

Fuente: Barón Leguizamón, Gilberto. 2007. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento.* MPS, PARS, DNP.

También ayuda a mejorar la eficiencia mediante el control de costos como la UPC y el pago por captación. De igual manera, permite estimular la calidad mediante la competencia entre las aseguradoras y entre las entidades prestadoras.

Después de estos cinco años y medio en el ministerio durante los cuales se ha acelerado el proceso de descentralización, se evidencia que esta ha sido benéfica para las regiones que tenían consolidada una infraestructura institucional como Bogotá, Antioquia y Valle, pero no para aquellas que no la tienen como el caso preocupante de Chocó.

Aún así, estoy convencido de que en el contexto del país descentralizado el sistema de aseguramiento es el más adecuado, siempre y cuando tenga una visión de largo plazo. Los expertos advierten que cualquier sistema de política social requiere de tiempo para construir la institucionalidad y los instrumentos técnicos requeridos para su plena implementación.

No es bueno para el país abrir cada cinco años discusiones sobre cambios de institucionalidad cuando un sistema apenas empieza a madurar. Las voces que insisten en cambios de la institucionalidad no le ayudan a la democracia. Más bien, es necesario concentrarse en optimizar la estructura existente, amparada en el mandato constitucional.

Desde el punto de vista de la institucionalidad, no hay un sistema de salud exclusivamente sino un gran sistema de protección social constituido por el recurso humano, la información, el recurso financiero, entre muchos otros e interconectados entre sí: aseguradoras, prestadoras, universidades, cajas de compensación, organizaciones no gubernamentales, ministerios, entes territoriales, en fin, un complejo mosaico de actores vinculados por el tejido social del sistema.



Fusión de ministerios y concepto de protección social

Soy parte activa y convencida de la importancia de la fusión de los ministerios pues era un requisito indispensable para implementar el sistema de protección social, modelo capaz de producir sinergias para luchar contra los factores que amenazan el bienestar y la salud de la población, además de permitir contar con mayores recursos y mayor capacidad de ejecución.

Numerosos indicadores nos dan la razón: empieza a bajar la tasa de desempleo. Crece significativamente el aseguramiento social y en cerca del 80% el número de afiliados a riesgos profesionales en los últimos seis años. Se registra un crecimiento de casi el 50% en los afiliados a pensiones, se duplica el número de personas en aseguramiento en salud y aumenta en más del 90% la afiliación a las cajas de compensación.

Así mismo, han mejorado los recaudos para el sistema de salud al poder combinarlos con las distintas bases de datos de pensiones, de riesgos profesionales y de otro tipo. Así, no solo se registra un aumento del número de personas afiliadas a la seguridad social sino de la cantidad de recursos destinados al sistema.

Además, en la vertiente del trabajo disminuye la conflictividad laboral a pesar de haber reestructurado 420 entidades. Mejora la relación entre empresarios y trabajadores. Se duplica el tiempo de convenciones de los bananeros, de los sectores bancario y palmicultor. Ha mejorado la seguridad de los líderes sindicalistas y la posición del país ante la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que la mejor manera de asegurar el cumplimiento de las Metas del Milenio es mediante el fortalecimiento de los sistemas de protección social. Por tanto, la salud debe entenderse y atenderse de manera integral.



Desarrollo de instrumentos de institucionalidad

Otros esfuerzos que se han hecho en un trabajo conjunto con los actores del sistema y el Congreso de la República se concretan en expedición de la Ley 1122 que modifica la Ley 100.

La creación de la Comisión Reguladora en Salud (CRES) y del sistema de inspección, vigilancia y control es un elemento central en la perspectiva de dar estabilidad, monitoreo y claridad en las reglas de juego a largo plazo.

En 2003, el gobierno expidió el sistema de garantías de calidad donde se exige la habilitación para las instituciones prestadoras de salud (IPS), las empresas promotoras de salud (EPS), y la acreditación para estas entidades y para las secretarías del ramo.

Estos instrumentos no solo buscan la calidad sino también alternativas para incentivarla. Por ejemplo, los hospitales o clínicas comprometidos con el tema de acreditación reciben beneficios tributarios y la posibilidad de hacer renovación tecnológica utilizando los instrumentos del Plan Vallejo.

Otro frente de trabajo se ha enfocado en fortalecer la asistencia técnica territorial, buscando la conformación de redes, la implementación del régimen subsidiado y la adopción del plan nacional de salud pública

que se expidió en 2007 con la participación de casi todos los actores del sistema.



Sistema de información y planillas

El desarrollo del sistema de información es uno de los más difíciles y preocupantes. No obstante, la controvertida planilla debidamente ajustada se convertirá en uno de los grandes avances del sistema pues permitirá pasar de la información a la sistematización, sin la cual no es posible hacer una eficaz administración.

Además, su aplicación ha permitido recoger más recursos parafiscales. De hecho, el país preveía que el monto parafiscal sería de 1,5 billones de pesos al mes, pero hoy se han recaudado 2,2 billones de pesos mensuales. La sumatoria sería de 700.000 millones de pesos más de los previstos.

La planilla ha permitido recaudar, combatir la evasión y la alusión, pero lo más importante es su poder de sistematización. Dentro de diez años, por ejemplo, si alguien necesita liquidar su pensión no es necesario buscar recibos de pago de los años anteriores, sino simplemente obturar una tecla de computador para obtener su historia laboral.

En el tema de recursos humanos, el Congreso ha discutido un proyecto de ley para exigir que cada cinco o seis años los profesionales deban presentar un examen que les permita recertificarse. Esto impediría que personas como yo, por ejemplo, que estudié medicina pero nunca la ejercí en la parte asistencial, pueda montar un consultorio sin antes actualizarme profesionalmente.



Instrumentos para la participación social

Los actores de la sociedad civil aportan estabilidad, continuidad y experiencia en la entrega de servicios de orden social. En el caso de la salud, la participación social es vertebral para el sistema y por eso el gobierno ha promovido los espacios de diálogo, concertación y trabajo conjunto con las cajas de compensación, comunidades religiosas, universidades públicas y privadas, y hospitales privados, entre otros.

Las cajas de compensación familiar, como institucionalidad creada durante cincuenta años por empresarios y trabajadores, debe ser la sombrilla del sistema de protección social. Por ello fueron vinculadas activamente al proyecto de creación de la Nueva Eps que reemplazará al Instituto de los Seguros Sociales (Iss).

Las comunidades religiosas también desempeñan un papel destacado. El hospital San Francisco del Chocó, con enormes dificultades para la prestación de servicios, ha sido sometido a una reestructuración con la ayuda de las monjas dueñas de la clínica la Presentación de Medellín. Las hermanas buscan recuperar la administración y manejo del hospital para aislarlo de los intereses políticos que lo acechaban, como ocurre en tantas otras regiones del país.

También se trabaja con universidades públicas y privadas: la Universidad de Antioquia, con su Facultad de Ciencias de la Salud, no tenía un hospital universitario propio. Logramos que adquiriera la antigua clínica León XIII con el compromiso que la administración fuera distinta al manejo de la misma universidad y no se confundiera.

En Bogotá, la Universidad del Rosario, Compensar y la Orden de Hermanos del San Juan de Dios trabajan en la recuperación y fortalecimiento de la prestación de servicios que daban las antiguas clínicas del Seguro Social.

En una destacada labor se han recuperado y fortalecido entidades importantes que estaban liquidadas o a punto de cerrarse: la clínica Shaio, el hospital Lorencita Villegas de Santos, la clínica de Cajanal, la Fundación Santafé, el hospital San Juan de Dios y la clínica Materno Infantil.

En Boyacá se han invertido cerca de 90.000 millones de pesos para afrontar la crisis de la red hospitalaria, al igual que en Santander y Atlántico, los departamentos que más nos preocupaban.



La Nueva Eps

La creación de la Nueva Eps es un tema interesante y complejo. Trasladar dos millones y medio de colombianos de un día para otro no es fácil, es un reto enorme, pero tengo la convicción de que redundará en beneficio de todos los colombianos.

Su gestación se debió a la inviabilidad de continuar con el antiguo Iss, afectado con un déficit crónico por sus altísimos costos de funcionamiento: convención colectiva, mesadas pensionales, concentración de pacientes de alto costo y ausencia de aseguramiento.

La Nueva Eps arranca saneada financieramente, sin integración vertical, como aseguramiento público regulador del mercado.

Su creación no obedece, como afirman algunos, a la intención de privatizar el seguro. Al contrario, el gobierno se enfocó en darle estabilidad y proyección de mediano y largo plazos al sistema de aseguramiento en el que participa el sector público. Si se hubiera querido privatizar, habríamos abierto una licitación para inversionistas internacionales. Sin embargo, buscamos los mejores socios nacionales: las cajas de compensación familiar que tenían experiencia en régimen contributivo y cuyos consejos directivos están conformados por trabajadores y empresarios en partes iguales.



Mejoramiento de redes hospitalarias

En Chocó y otras regiones del país se presentan situaciones muy críticas de hospitales. A pesar de contar con los recursos, la disposición y la decisión política del gobierno nacional, el gobierno departamental no asumió la tarea de reestructurar la red hospitalaria.

Boyacá ha sido el primer departamento en hacerlo y hasta el momento ha intervenido 206 hospitales los cuales registran superávit y visibles mejoras en su funcionamiento.



Cobertura y resultados

Estudios internacionales recientes demuestran que los individuos con acceso a seguros de salud están mejor que aquellos no asegurados, pues cuentan con mayores tasas de tratamiento, acceso temprano al tratamiento de enfermedades y menores complicaciones.

Según los datos de la Encuesta de Hogares, Calidad de Vida y Salud, a mediados de 2007 cerca del 81% de la población colombiana estaba asegurada, logro relevante que no se puede desconocer.

Por su parte, un estudio del Banco Mundial demostró en 2006 cómo el régimen subsidiado en Colombia ha venido aumentando, sobre todo entre la población más pobre.

Dice textualmente:

El régimen subsidiado colombiano ha aumentado significativamente la afiliación de salud de los pobres y ha aumentado el acceso y la utilización de los servicios de salud. Los afiliados experimentan muchas menos barreras al acceso necesario y utilizan las instituciones de salud más frecuentemente. Los niños afiliados, al sufrir de diarrea o infecciones respiratorias, tienen mucha mayor probabilidad de asistir a una institución de salud.

Es más: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ubica a Colombia como el segundo país de América más equitativo en salud, después de Cuba, para sorpresa de todos. Dice este estudio que en Colombia el gasto de bolsillo en salud, como porcentaje del gasto total, es del 7,5 y en Cuba de 9,9.

Además, los indicadores evidencian disminución de la mortalidad materna y la mortalidad infantil.



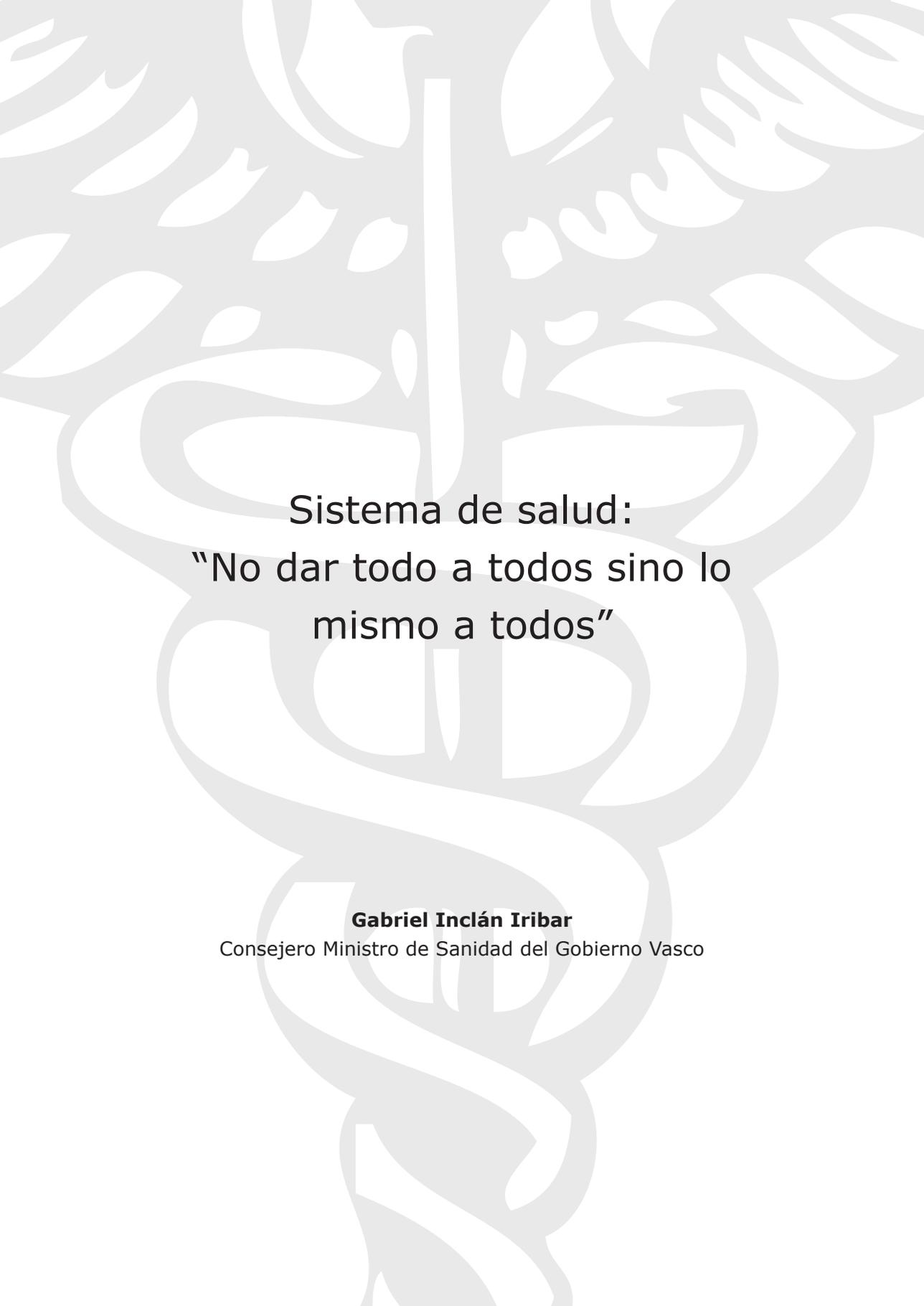
Tutelas y tensión entre los actores del sistema

Para finalizar mencionaré algunos de los temas pendientes que más preocupan al Ministerio de la Protección Social.

Gracias al trabajo que hemos hecho con el Congreso de la República, Colombia podrá alcanzar en 2010 la universalización en aseguramiento. En el contexto de la descentralización resulta preocupante, sin embargo, el hecho de que hay numerosas regiones del país que no cuentan con la institucionalidad necesaria para asumir adecuadamente el nuevo reto.

También es delicado el tema de las tutelas. Es necesario explicar al país y a los jueces que los servicios son limitados y que todo derecho a la salud debe ser combinado con unos deberes inherentes a los ciudadanos.

Finalmente, me preocupa la tensión y la inmadurez reinante entre los diversos actores del sistema, clima que no contribuye a la eficiencia del sector. Espacios como el de este foro son sumamente útiles para vencer esas tensiones, mejorar el tejido social del sistema y crear dinámicas de controversia constructiva.



Sistema de salud:
“No dar todo a todos sino lo
mismo a todos”

Gabriel Inclán Iribar
Consejero Ministro de Sanidad del Gobierno Vasco



El gobierno vasco ha estructurado un sistema público de salud que hoy día es catalogado como uno de los mejores sistemas sanitarios de Europa. En mi presentación haré una breve reseña de la historia que nos ha conducido a ese honroso lugar.



¿Quiénes somos?

El País Vasco se encuentra al norte de la Península Ibérica donde habitan 2.141.000 personas en una superficie de 7.200 kilómetros cuadrados, lo que implica una alta densidad poblacional de casi 250 habitantes por kilómetro cuadrado.

El ritmo de nacimientos es casi proporcional al de las defunciones, con un promedio de 19.000 nacimientos frente a 18.000 muertes. La población es en su mayoría vieja: 19% está por encima de 65 años y sobrepasará el 21% en siete años, mientras apenas el 17% está por debajo de los 18 años.

El creciente número de inmigrantes alcanza el 4,5% de la población y su incremento genera grandes retos para el futuro mediato, entre otras cosas, para los servicios de salud.

En el panorama económico Euskadi cuenta con una situación boyante, contrario a lo que ocurría hace 23 años cuando padecía altos índices de desempleo y un desnutrido presupuesto para salud y desarrollo.

Bastaron 23 años para que esto cambiara, lo que demuestra que todo es posible. En la actualidad, el PIB es de 66.400 millones de euros, mientras el PIB por habitante asciende a 31.000 euros. El desempleo descendió del 21% en 1985 a apenas el 4% en 2007.

La región ha tenido un crecimiento económico en los últimos años del 3,2%, con una estructura económica basada en la industria (30%), los servicios (60%) y apenas el 9% en construcción, hecho que ha amortiguado el impacto de la reciente crisis española en ese campo. En cuanto a su estructura político-administrativa, Euskadi tiene un altísimo nivel de autogobierno con un manejo autónomo de más del 80% del gasto público y un régimen fiscal propio. Es decir, legisla, recauda y gestiona los impuestos del territorio, hecho que representa una ventaja comparativa para la prestación del servicio de salud pública.



El sistema sanitario

En lo relativo a la sanidad, el País Vasco tiene autonomía completa con respecto a la legislación básica del Estado Central.

El marco de las relaciones entre la región y el Estado es el Consejo Interterritorial de Salud, que se reúne cada tres meses y congrega a los diecisiete ministros regionales, a los consejeros y al ministro de Salud del Estado español.

En esa instancia soy defensor del modelo descentralizado porque cada localidad conoce mejor que nadie sus necesidades básicas y su manera de solucionarlas. Por eso permanecemos atentos a cualquier intento de legislar para intentar retornar al modelo centralizado.

De hecho, actualmente los únicos servicios no transferidos al Estado en materia de salud son la legislación básica del Estado relativa a la sanidad interior, la sanidad exterior (relacionada básicamente con las exportaciones alimentarias) y la legislación sobre medicamentos.



Equidad, solidaridad y cohesión social

El sistema sanitario de Euskadi parte de un postulado esencial: la sanidad pública es un vehículo de cohesión social, solidaridad y equidad en la medida en que las actividades y funciones del sistema equilibran la igualdad de oportunidades entre los colectivos.

La clave está en comprender que la salud o el nivel sanitario de un país es uno de los pilares esenciales de la calidad de vida, del bienestar individual y colectivo, y de la generación de riqueza de una sociedad.

Si no se entiende que la salud pública es fundamental como pilar del desarrollo de un país seguramente no será posible mejorarla. Esto sucede en muchas partes del mundo donde se da prioridad en inversión y gestión a otras áreas de interés nacional como la economía, la industria petrolera, etcétera.

Pero la experiencia histórica ha sido contundente en demostrar que es absolutamente imposible que un país alcance el desarrollo económico mientras sus ciudadanos no estén sanos, saludables, escolarizados y con acceso, preferiblemente gratuito, a la salud y la educación.



Claves de la política de salud

El País Vasco ha apostado por una sanidad pública que es cien por ciento universal, basada en la búsqueda de solidaridad y equidad. La universalidad garantiza una amplia cobertura y niveles generales de acceso. Además la financiación pública permite transferir rentas de los más ricos a los más pobres.

Los siguientes son los principales criterios de la política de salud pública como prioridad en el País Vasco:

- Mejora el bienestar individual y general de la ciudadanía
- Garantiza la cohesión social
- Cumple un papel redistributivo de beneficios para todos y para todas
- Permite la generación de un valor agregado
- Legitima la acción del gobierno
- Aporta a la construcción de país.

En definitiva, en el País Vasco la sanidad es muy importante hasta el punto de dedicarle el 33% de su presupuesto. No es diferente en Cataluña, Aragón o Valencia.



La salud pública es inversión y no gasto

Además de las razones descritas, debe entenderse de una vez por todas que la salud pública genera riqueza para un país y no gasto. Es falso, énfasis, que solo genere gasto. Es esta una noción central que quisiera transmitirle al Departamento Nacional de Planeación (DNP) y al gobierno colombiano en general: lo que se considera “gasto” en salud pública en realidad es una inversión que de seguro trae considerables beneficios económicos, riqueza tangible y medible, y por si fuera poco, aporta a la construcción de país.

La estructura y organización de nuestro sistema sanitario se sustenta en un eje vertebral: aseguramiento universal cien por ciento público. Esto significa que a todos le damos lo mismo, no que todos tengan derecho a todo. Eso es imposible. Repito nuestra premisa: “No todo para todos, sino lo mismo para todos”.

El debate suscitado en Colombia sobre este tema se ha dado también en otros países y en el parlamento español. Pero es impensable pensar en la universalidad ilimitada de todo para todos.

Habría que empezar por preguntarse cuál es el derecho universal a todo tipo de salud y, además, qué es salud. Salud es tener un buen coche, una buena novia, un buen marido, una buena casa, unas buenas carreteras, un aire no contaminado y así sucesivamente hasta el infinito. ¿Y en ese caso el Estado debería garantizar todo el ramillete?

Es muy importante, entonces, aclarar de qué estamos hablando: ¿de ese concepto amplio y abstracto de salud? O de medicina o sanidad. Creo que son dos temas bien diferentes.

Por tanto, el cubrimiento es universal para todo aquello que el gobierno ha aprobado para que entre al sistema público de salud, dentro de ciertos límites y parámetros ajustados a la realidad, a la factibilidad y a la sostenibilidad. Lo demás, lo que salga de ese límite, deberá ser pagado por cada individuo o ciudadano. Si una dama quiere un pecho

más grande, tendrá que pagar por su cuenta. Si un caballero desea dientes de oro, también deberá sufragarlo de su propio bolsillo.

Ahora bien, en problemas de cáncer, enfermedades vasculares o en cualquier otro tema del amplio catálogo de prestaciones incluido en el plan de cubrimiento, el sistema tiene la obligación de dar todo lo requerido.

No se trata de ser avaro con los servicios ofrecidos a los ciudadanos, al contrario, insisto en que nuestra prioridad es la solidaridad, la equidad y la cohesión social. Pero todo ello con unos parámetros claros, lógicos y elementales de discriminación de aquello prioritario frente a lo que no lo es.



Impuestos, fuente de financiación

El sistema de financiación de la sanidad pública vía impuestos generales es la mayor decisión que tomó el Estado español en 1986 cuando cambió el régimen de seguridad social por el pago por medio de impuestos.

Este modelo tiene verdaderas ventajas y garantiza mucho más la adecuada prestación del servicio, dado que se cuenta cada año con el dinero público para invertir y sufragar los gastos de la salud pública.

Creo que un gobierno tiene la obligación de atender a toda la población como si fuera un organismo vivo. Es importante el cerebro, el corazón, la educación, la sanidad, el equilibrio ecológico, entre muchas partes y funciones de ese gran cuerpo social. Por eso nuestro sistema cubre una amplísima cartera de servicios, quizás entre las mayores del mundo, con excepción de la cirugía estética y parte de los servicios odontológicos.

Existe una enorme accesibilidad a los servicios médicos en términos geográficos, pues en cualquier parte de Euskadi se encuentra muy cerca un hospital.



Descentralización y eficiente gestión

A lo largo de los años, la región ha recibido del Estado la transferencia de diversas funciones, actividades y autonomías en materia de sanidad. Hemos evolucionado política y genéticamente y hemos reformado el sistema a fondo. En la época de Franco, absolutamente todo dependía del Estado central y apenas en un período de escasos quince años el País Vasco recibió las atribuciones y montó exitosamente el engranaje del sistema.

Además, se creó la base fundamental para contar en toda la región con los centros de atención primaria: no hay un pueblo o una comunidad que no tenga un médico especialista en atención primaria. Es un médico con seis años de carrera y cuatro de especialidad, acompañado por una enfermera, una comadrona y un pediatra.

De manera simultánea hemos hecho un enorme esfuerzo en el desarrollo de los derechos ciudadanos, la carta de las obligaciones, la historia clínica generalizada, así como en convertir nuestro sistema público en un ente público de derecho privado con ciertas reglas del mercado para poder competir, tarea nada fácil.

Creamos además el Consejo de Servicio Sanitario para garantizar plazos máximos de acceso a consultas y cirugías quirúrgicas no urgentes. Las cirugías urgentes son atendidas inmediatamente, la cirugía preferente es atendida en muy poco tiempo y las menos urgentes tienen un plazo máximo, una segunda opinión médica y un comité de ética.

En definitiva, tenemos un sistema muy estructurado que incluye además una defensoría del ciudadano para que haga valer sus derechos, en caso de que estos sean vulnerados.



Cubrimiento universal para ricos y pobres

En definitiva, nos comprometimos a hacer una ley para lograr la mejor sanidad posible, y énfasis en "posible" y no en ideal, porque no existe "la mejor sanidad del mundo". Solo existe la sanidad posible,

es decir, aquella que puede financiarse de manera equitativa, realista y sostenible.

En ese contexto, la clave del modelo es garantizar efectivamente un cubrimiento universal para todos, ricos, pobres, altos o bajos. Nos apoyamos además en un sistema de información y monitoreo, sujeto a permanentes actualizaciones.

Un indicador elocuente de la calidad de los servicios es que los ricos también van a la sanidad pública. Hace pocos meses el presidente del BBVA fue internado por una repentina enfermedad en el hospital público del país vasco. Y fue dado de alta en poco tiempo, sano y satisfecho.

Por tanto, podría decirse que no tendremos la mejor sanidad del mundo porque esa no existe, como ya lo dije, pero sí un sistema eficiente, equitativo, cualificado y solidario porque se pagan con los impuestos ciudadanos, factor clave de su éxito.



Pacientes no, clientes sí

Decidimos reformar no solo la estructura sino la cultura ciudadana respecto a la sanidad. Empezamos por cambiar la falsa noción de que lo que haga el médico es lo más importante y la "verdad" revelada para el paciente: "Haga usted lo que yo le diga porque si no se va a morir". Eso no es cierto, es completamente falso.

En realidad, lo más importante es que el paciente -el cliente en este caso- tenga la posibilidad de elegir libremente la opción que considere más conveniente para proteger la salud de su cuerpo y de su mente. Sustituimos la denominación de "paciente" por "cliente" para cambiar ese concepto. El paciente o cliente tiene derecho a decidir, a conocer las diversas alternativas a su disposición, y a elegir las dentro del sistema público, sin estar sujeto a ningún mandato dictatorial del único médico de turno.

Otra de las claves centrales es separar funciones: definir clara y nítidamente quién legisla, quién contrata y quién da la autorización sanitaria.

Antes, todas estas funciones estaban centralizadas en una sola instancia, lo cual creaba serios conflictos de interés y problemas de ineficiencia.

No menos importante es definir claras reglas de juego para todos los agentes o actores del sistema de sanidad, incluidos los ciudadanos beneficiarios. La idea es que cada cual sepa cuál es su rol, su función, su deber y su derecho.



Planes de salud y catálogo de prestaciones

El sistema se basa en dos conceptos centrales: en primer lugar, no se trata de vivir más años sino de vivir mejor. Y en segundo término, para garantizar la calidad de vida y la salud de los ciudadanos es necesario definir de manera rigurosa, responsable y realista un adecuado plan de salud.

En nuestro caso, diseñamos y rediseñamos cada cierto tiempo un determinado plan de salud con base en las tendencias, indicadores, niveles de incidencia, prevalencia y valores más importantes para los ciudadanos. Sobre esa base proyectamos el paso prioritario a seguir hacia un futuro mediato.

Este plan debe ser aprobado por el gobierno, el Parlamento Vasco y es liderado por el departamento de sanidad. Está regido por políticas claras de salud previamente concertadas, definidas y difundidas. El plan se elabora a partir de una encuesta de salud de altísima discriminación y la identificación de los niveles de incidencia y prevalencia, entre muchos otros factores.

Sobre esa base se estructura el catálogo de prestaciones que, como ya mencioné, es considerado como uno de los más amplios del mundo.



Conclusiones

La evolución de los últimos años arroja un balance muy positivo del sistema sanitario del País Vasco. Siete razones de peso argumentan esta afirmación:

- Su amplia cobertura (universalidad)
- Su capacidad para reducir las diferencias de acceso a la asistencia (aseguramiento público)
- Su papel en la promoción de la solidaridad, equidad y cohesión social (financiación pública)
- Su relevancia en el desarrollo de políticas sanitarias de prevención, protección, promoción, restauración y control de la salud
- El desarrollo tecnológico, su uso y su impacto en la equidad
- Su capacidad de generar riqueza
- Su capacidad de propiciar empleo y ocupación a una significativa proporción de población activa.

No obstante, el futuro del sistema no está exento de riesgos y retos, junto a las reglas de juego actuales y los buenos resultados alcanzados en salud. En ese contexto, las estrategias de futuro deberían orientarse en dos direcciones prioritarias: la captación de recursos y la innovación.

A la luz de estas consideraciones somos partidarios de un fortalecimiento, de la intervención pública en los servicios sanitarios, así como de una mayor relevancia del sistema sanitario en el desarrollo de un país.

Lo decimos con modestia, pero con autoridad moral: el Gobierno Vasco ha liderado el desarrollo y consolidación del sistema público de salud hasta situar a Osakidetza entre los mejores sistemas sanitarios de Europa, por las siguientes razones:

- Por el aumento en la esperanza de vida y disminución de la mortalidad infantil
- Por su catálogo de prestaciones
- Por los estudios psicológicos
- Por las encuestas de satisfacción
- Por los reconocimientos a la calidad.

En resumen, el valor social y económico de nuestro sistema sanitario público es razón más que suficiente para buscar en forma colectiva propuestas de mejora que redunden en beneficio del conjunto de la sociedad.

Por ello, insisto en la necesidad de seguir trabajando en el conocimiento y la creación de conciencia sobre el papel que desempeña la innovación e inversión en salud en el crecimiento económico y la cohesión social de cualquier país y, en particular, de España y Colombia, dos países que amo profundamente.

¿Sistema de salud o sistema de aseguramiento?

Espergesia

Yo nací un día
que Dios estuvo enfermo.

Todos saben que vivo,
que soy malo; y no saben
del diciembre de ese enero.
Pues yo nací un día
que Dios estuvo enfermo.

Hay un vacío
en mi aire metafísico
que nadie ha de palpar:
el claustro de un silencio
que habló a flor de fuego.
Yo nací un día
que Dios estuvo enfermo.

Hermano, escucha, escucha...
Bueno. Y que no me vaya
sin llevar diciembres,
sin dejar enero.
Pues yo nací un día
que Dios estuvo enfermo.

Todos saben que vivo,
que mastico... Y no saben
por qué en mi verso chirrían,
oscuro sinsabor de féretro,
luyidos vientos
desenroscados de la Esfinge
preguntona del Desierto.

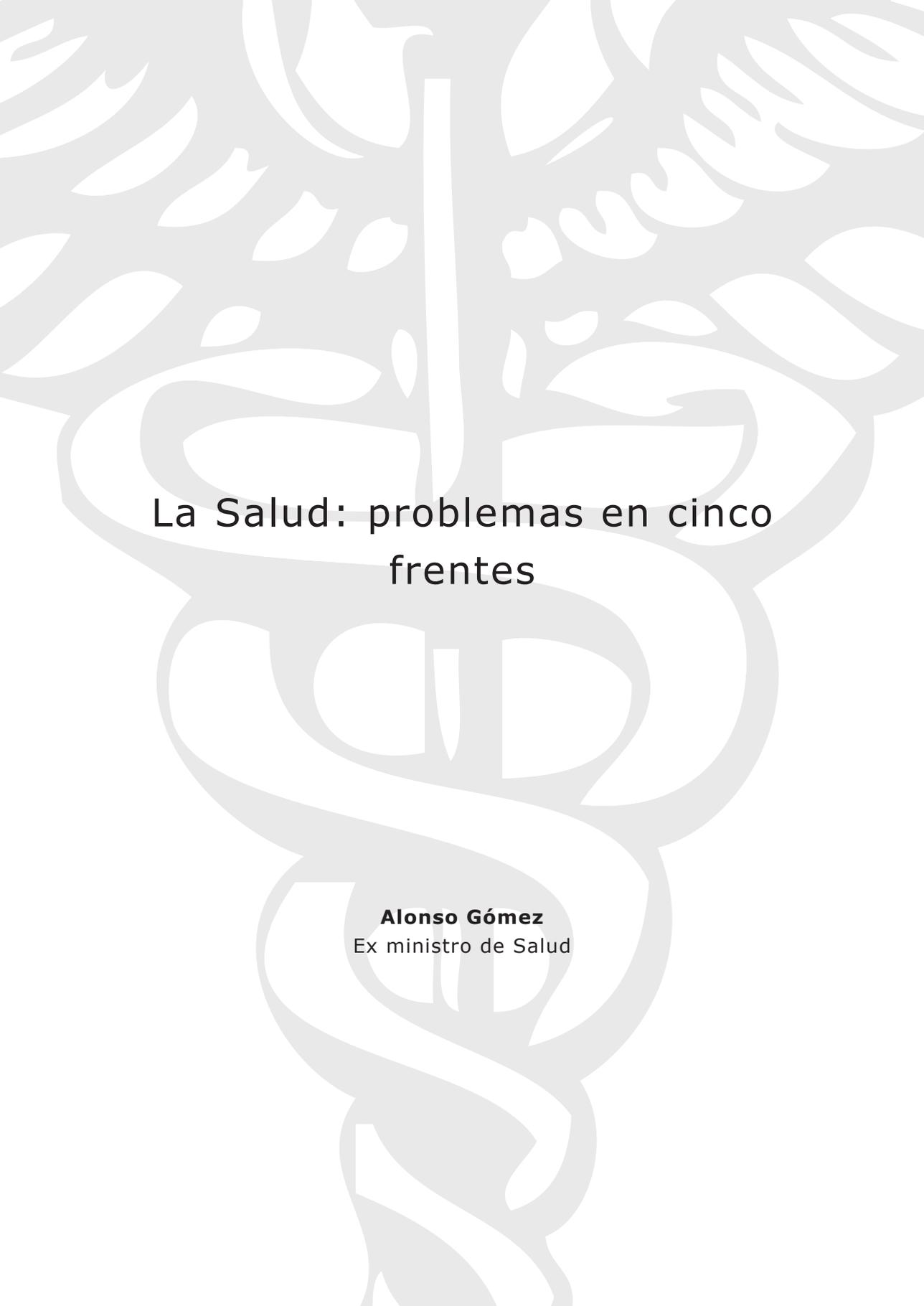
Todos saben... Y no saben
que la Luz es tísica,
y la Sombra gorda...
Y no saben que el Misterio sintetiza...
Que él es la joroba
musical y triste que a distancia denuncia
el paso meridiano de las lindes a las Lindes.
Yo nací un día
que Dios estuvo enfermo,
grave.

César Vallejo (1918)

Los heraldos negros. Ed. Cátedra, 1998, Madrid

Autores

Alonso Gómez
Luis Carlos Avellaneda
Juan Gonzalo López
Ramón Abel Castaño
Patricia Linares Prieto



La Salud: problemas en cinco frentes

Alonso Gómez
Ex ministro de Salud

La persistencia de los problemas de salud en Colombia es evidente a pesar de que el Ministerio de la Protección Social intentó dibujar un país de las maravillas. Intento plantear qué parte del problema se debe a la definición misma del sistema y presento una nueva propuesta al respecto, con base en la investigación de Philip Musgrove, experto economista en salud del Banco Mundial, y del maestro William Hsiao, doctor en economía de la salud, de la Universidad de Harvard.

En todos los países, las reformas a los métodos de atención a la salud han sido como la búsqueda del Santo Grial, por lo general poco sustentadas en la práctica y defendidas como férreas doctrinas. La falta de claridad en los conceptos y definiciones del sistema ha llevado con frecuencia a comparaciones entre “manzanas y naranjas”, cuyo resultado es un discurso confuso lleno de conclusiones engañosas. El interés en la definición de un sistema de salud no es meramente académico puesto que una definición adecuada y persistente permite comprender cuáles intervenciones podrían mejorar su desempeño.

En Colombia, tres lustros después de la reforma de salud, se enfrentan problemas en cinco frentes básicos: los servicios institucionales, el equilibrio financiero y la cobertura, los servicios de salud, la salud pública y la educación médica (cuadro 4.1).



Mercado libre o planeación central

Los gobiernos tienen una política de salud, sea activa o pasiva. La “no política” simplemente significa una posición de *laissez-faire*, cuyas fuerzas económicas moldean el sistema de salud. Como consecuencia se crea un mercado con determinadas interacciones y con fallas estructurales. El resultado final es que

emerge un mercado de servicios de alto costo impulsado por los proveedores de bienes y servicios. Para estructurar el sector, las naciones han intentado diferentes abordajes, con frecuencia dirigidos por la ideología. Así se han levantado dos estructuras polares: (a) La planeación central, cuyo supuesto es que el gobierno es capaz de dar asistencia social a toda la población, y de administrar los recursos con eficiencia. (b) El mercado libre, cuyos supuestos son: el consumidor puede tomar decisiones informadas y racionales; este modelo satisface mejor los deseos individuales y optimiza la eficiencia, y la competencia incitaría a la eficiencia y la innovación.

Cuadro 4.1

Los cinco mercados de la salud desde la perspectiva de la demanda y la oferta.

Mercado	Demanda	Intercambio	Oferta
Financiación	Seguro	Primas	Planes de seguros
		Seguros	
Servicios médicos	Servicios médicos	Honorarios	Médicos
		Atenciones	
Servicios institucionales	Servicios hospitalarios	Precios	IPS
		Servicios	
Servicios farmacéuticos	Suministros	Precios	Laboratorios, Farmacias
		Medicamentos	
Educación profesional	Educación en salud	Matrícula	Universidad
		Educación	

Fuente: Elaboración propia.

Según Musgrove, el mercado libre “ha demostrado ser útil en ciertas áreas de la economía, pero en la salud, esto no es tan cierto”. “No es una panacea. Sólo se preocupa por la eficiencia y asume distribución equitativa del ingreso. No es la mejor aproximación para producir y asignar recursos para los bienes públicos y meritorios”, advierte Hsiao.

El mercado de aseguramiento para el cuidado de salud tiene las ventajas de prevenir grandes pérdidas financieras y garantizar el acceso a los servicios, pero falla en su tendencia a generar monopolios, en la selección adversa del asegurador al seguro, en la falta de cobertura para pobres, mayores y discapacitados, y en generar ganancias excesivas para las aseguradoras.

Otros problemas del mercado de aseguramiento en países en desarrollo agravan la falta de cobertura, pues la seguridad social financiada con impuestos al salario solo cubre a los empleados del sector organizado y cobija como máximo al 50% de la población. Además, requiere recursos adicionales pues estas naciones siempre necesitan una estrategia de subsidio para financiar el cuidado de los pobres.

El mercado para servicios clínicos e institucionales, por su parte, enfrenta problemas tan graves como la asimetría de la información y el desconocimiento previo del precio del servicio. Como consecuencia se mina la soberanía del consumidor y se pierde la señal de precio. En resumen, no se reúnen las condiciones de mercado (cuadro 4.2).

Frente a las fallas del mercado, los estudios han demostrado que es muy difícil y costoso corregirlas, exigen mecanismos reguladores complejos y algunas fallas no pueden remediarse. En ese contexto, la economía de la salud podría llamarse más precisamente una economía "anormal", debido a tres razones: (a) El cuidado sanitario contempla los bienes públicos y meritorios, que exigen el papel del gobierno, y los bienes privados que demandan el papel del mercado. (b) Hay serias fallas en los cinco mercados del sector salud. (c) Las relaciones complejas entre estos mercados hacen muy difícil coordinar las fuerzas para lograr los mayores beneficios para el mayor número de personas.

Cuadro 4.2

Fallas del mercado en los servicios clínicos

Falla del mercado	Consecuencias	Medidas de control	Resultado empírico
Hospital como monopolio natural	Ganancia excesiva Mala calidad Expansión costosa de la tecnología	Reembolso retrospectivo	Inefectivo
		Presupuesto prospectivo	Efectivo
Poder monopolístico del médico por asimetría de la información	Demanda inducida Mala calidad Expansión de la tecnología costosa Exceso de ganancias	Monitoreo y revisiones exigidas	Inefectivo y costoso
		Pago por Capitación, salario o presupuesto global	Efectivo
		Educación del consumidor	Inefectiva
		Sustitución de médicos	Inefectiva
Barreras de información por incertidumbre y complejidad técnica	Altos costos de investigación y monitoreo	Información al consumidor	Costoso y moderadamente efectivo
Ausencia de información previa por incertidumbre	Competencia débil Expansión de tecnología costosa	Precio posterior en los servicios estándar	Moderadamente efectivo para servicios médicos e inefectivo para servicios hospitalarios

Fuente: Elaboración propia.

Para ilustrar este concepto, deben revisarse las categorías económicas de los bienes que conforman el cuidado sanitario: los bienes públicos nunca disminuyen su cantidad y su producción individual es muy costosa (ejemplo, medicina preventiva, control de vectores). En cuanto a los bienes meritorios, su consumo produce externalidades y mayor beneficio social que privado, como el caso de vacunas, cuidado primario y urgencias. Los bienes privados benefician exclusivamente a quien los consume y el mercado los produce y consume eficientemente, por ejemplo, medicamentos y la mayoría de servicios médicos curativos. Según Hsiao y de acuerdo con la teoría económica,

es socialmente óptimo que el gobierno financie y posiblemente provea los servicios públicos y meritorios, mientras puede ser más eficiente que el mercado libre financie y provea los servicios de bienes privados.



Lecciones aprendidas

Más allá de discusiones ideológicas, pueden aprenderse valiosas lecciones de la experiencia de las naciones:

- El enfoque de la demanda de servicios no puede producir un seguro universal de salud para la población y el gobierno debe intervenir cuando su meta es el acceso igualitario a una atención digna.
- Las naciones que recurren al enfoque de oferta de servicios han descubierto que podrían imponer efectivas reducciones fiscales para controlar la inflación de los costos de atención. Paradójicamente, las naciones que gastaron menos se encontraron con que su gente estaba más satisfecha.
- La experiencia enseña que ni el estricto enfoque de la demanda de servicios ni el modelo de oferta generan los mejores resultados. Debe existir un punto medio que combine lo mejor de cada uno.
- De la adecuada relación médico-paciente se puede lograr la satisfacción de los pacientes, aún después de limitar los recursos. Los médicos tienen un gran margen de discreción para dar a los enfermos una atención médica efectiva y dejarlos satisfechos. La forma como lo hacen es un misterio.



Propuesta: redefinir el sistema y sus metas

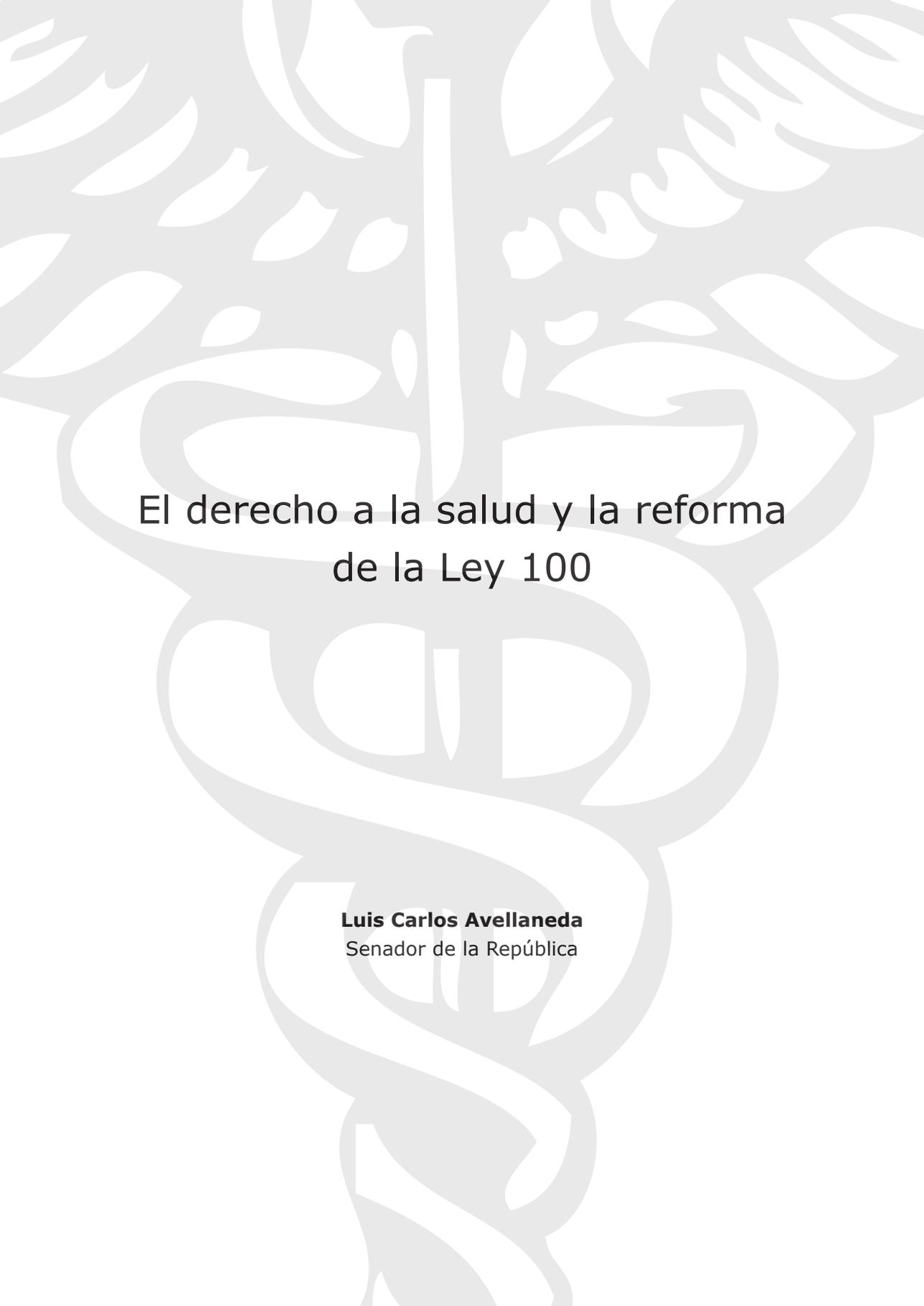
Investigadores y políticos han debatido acaloradamente las reformas a los sistemas de salud, más orientados por la ideología,

y no han logrado una definición común y consistente. Sus conceptualizaciones giran en torno a tres abordajes insuficientes: el abordaje informativo, en el cual la descripción de las características no explica el por qué ni el cómo un sistema de salud produce ciertos desenlaces. El abordaje por sus componentes funcionales no explicita los objetivos que las funciones deben lograr ni cómo los desenlaces afectan las variaciones en la organización de las funciones. Y la teoría económica, por su parte, ofrece muy poca comprensión sobre los desenlaces del nivel macro del sistema.

La propuesta es definir en forma simple que un sistema de salud es un medio para un fin, y no un fin en sí mismo. Es un conjunto de relaciones en las cuales los medios (componentes estructurales) están conectados causalmente con los fines (objetivos). Incluye "todas las actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud", como reza la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sus objetivos son el mejoramiento de la salud (la salud es un bien intrínseco de las personas y una necesidad sentida de la sociedad); la protección del riesgo financiero (minimizar el riesgo del empobrecimiento absoluto), y la satisfacción pública (la insatisfacción genera presión política para reformar el sistema). Sus medios o componentes estructurales son la financiación, formas de pago, organización macro de la prestación de los servicios, regulaciones y persuasiones.

En Colombia, estos objetivos no se han cumplido: falta información sobre el estado de salud de la población (el último informe fue de 1995), y se aprecia un deterioro, resurgimiento de patologías prevenibles, bajas tasas de vacunación, elevada mortalidad infantil y materna. No más del 60% de la población está protegida contra el riesgo económico. Y la satisfacción pública no se ha logrado. Por el contrario, la Ley 100 despierta insatisfacción general entre ciudadanos, prestadores de servicios y aseguradores.

Podría concluirse que el deficiente estado de salud de la población y la falta de protección del riesgo financiero reflejan la inequidad en nuestra sociedad. El *laissez-faire* y las imperfecciones impulsan el surgimiento de un mercado de servicios de alto costo impulsado por los proveedores. Es imperativo que los diseñadores de políticas comprendan las consecuencias de su acción o de su no acción. El problema no es ideológico sino práctico. Aprendamos de otros países, de los estudiosos y de nuestra propia experiencia.



El derecho a la salud y la reforma
de la Ley 100

Luis Carlos Avellaneda
Senador de la República

Es mi deber denunciar el hecho de que las máximas autoridades del gobierno en materia de salud, como son el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, pierden el enfoque constitucional del derecho a la salud. Sus discursos no mencionan cómo desde la Constitución Nacional, desde un Estado social de derecho, la salud debe concebirse como un derecho fundamental y en consecuencia debe otorgarse a la población bajo principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia y eficacia.

Para hablar de salud en Colombia debe partirse de este hecho. Porque enfocar la atención hacia las metas deseables para 2010 y 2019, como lo hacen los directores de las entidades mencionadas, envía a la sociedad el mensaje equivocado de que los deberes del Estado pueden ser postergables o violables impunemente. Es perder la perspectiva de la salud como un derecho fundamental.

Considero grave también la actitud de desintitucionalización del gobierno al saber que está incumpliendo la Ley 100 de 1993 y pretender que ello no tiene trascendencia. Podría decirse que esto es incluso más desinstitucionalizador que la acción de la guerrilla porque significa decirle a la población que si el Estado viola la ley, los ciudadanos también pueden hacerlo.



Promesas incumplidas

Nada causa más daño a las instituciones que la violación de una norma constitucional de obligatorio cumplimiento para todos, pero principalmente para el Estado. Si se examinan los artículos 157 y 162 de la Ley 100 de 1993, se hace evidente su incumplimiento por parte del

gobierno porque allí estaba prometida la cobertura universal mientras el ministro hoy día admite que esta no se ha logrado, y que apenas se va buscar para el 2010.

En la misma ley estaba prometida la equidad y lo que hay es inequidad y más en materia del servicio de salud. El gobierno habla de buscar el principio de igualdad, y esta es el principio ideológico para conseguir equidad. Pero si no hay igualdad en cobertura y no hay equidad en la prestación del servicio, lo que se plantea es simplemente la continuidad de un sistema no incluyente que fomenta las brechas abismales entre ricos, clase media, clase pobre y clase miserable de este país.

Es grave que el gobierno repita en todos los escenarios “vamos mejorando, vamos mejorando”, cuando al mismo tiempo admite que no ha cumplido con la ley y viola por tanto estos derechos fundamentales que son esenciales en la construcción de la dignidad del ser humano.



Colombia sí tiene recursos para la cobertura universal

Frente a la polémica sobre si es mejor para el país optar por el modelo de salud pública o de aseguramiento, el objetivo es la salud pública, la misma que se puede conseguir mediante un sistema de aseguramiento como el planteado por la Ley 100 de 1993.

No es que yo sea absoluto enemigo del aseguramiento o de la carnetización, ni tampoco abogo por volver a un sistema centralizado en materia de salud. Creo en la descentralización como la manera más eficaz de proveer servicios importantes a la población.

Pero sí creo que Colombia tiene recursos suficientes para generar universalidad y equidad. Es un tema que he reiterado en varios escenarios, sin respuesta por parte del gobierno. Hace cuatro años presenté con el Polo Alternativo un proyecto de ley que modificaba la Ley 100 con el fin de resolver la dicotomía de lo que he llamado “el ánimo de lucro en la salud” para sustituirlo por lo que llamo “la administración responsable de la salud”.

El Ministerio de la Protección Social señala que Colombia gasta en salud más o menos el 7,8% del PIB. Con las cifras de 2003 voy a demostrar cómo es posible alcanzar universalidad y equidad: el PIB del año 2003 fue de 224 billones de pesos. Su porcentaje para la salud representó el 7,8%, según fuentes del propio ministerio.

La población estimada, según el antiguo censo fue de 44,57 millones de colombianos. Esto da un per cápita de 393.211 pesos, como puede comprobarlo quien haga la simple operación matemática de dividir los recursos disponibles por el número de habitantes.

Ese mismo año de 2003, la UPC del régimen contributivo valía 323.000 pesos. Las cifras demuestran que el país sí estaba en capacidad de cubrir a los 44 millones de colombianos en la vigencia de 2003 con la UPC del régimen contributivo. Inclusive sobran recursos por 70.000 pesos per cápita.

Este breve ejercicio matemático abre el interrogante de qué pasa y a dónde van los recursos de la salud en Colombia.



Un sistema perverso

Desde mi perspectiva de abogado y de político de la oposición percibo que algunos aspectos de la Ley 100 propician una perversidad en el sistema.

El modelo es tan perverso que hace lo siguiente: las Eps adquieren, en una especie de acto de fe, la obligación de prestar unos servicios de salud a la población. Sin embargo, parece ser que en la práctica no prestan satisfactoriamente estos servicios, a juzgar por el gran número de tutelas interpuestas por parte de los ciudadanos. La Procuraduría no ha determinado aún las razones que justifiquen el altísimo porcentaje de tutelas por obligaciones contraídas por estas empresas en el pan obligatorio de salud.

Situación inexplicable que confirma la pregunta sobre qué pasa con los recursos destinados a la salud en Colombia, si existen evidencias

judiciales, entre otras, de que no se está prestando satisfactoriamente el servicio.

Existe una insatisfacción reinante entre los usuarios y los actores del sistema de salud, propiciada a mi parecer por tales mecanismos perversos: no se otorgan citas oportunas y se premia a los médicos para que no mediquen de manera adecuada, ni generen apoyos diagnósticos. En últimas, se les premia para que no cumplan con su deber ético. La Ley 100 constriñe al médico y lo conmina a violar incluso su juramento hipocrático.



Reformar la Ley 100, una prioridad

Es necesario modificar la Ley 100 para erradicar estos vicios de perversidad que van en detrimento de la salud de los colombianos. No se trata de derogar la ley por completo, pero sí de someterla a reformas sustanciales.

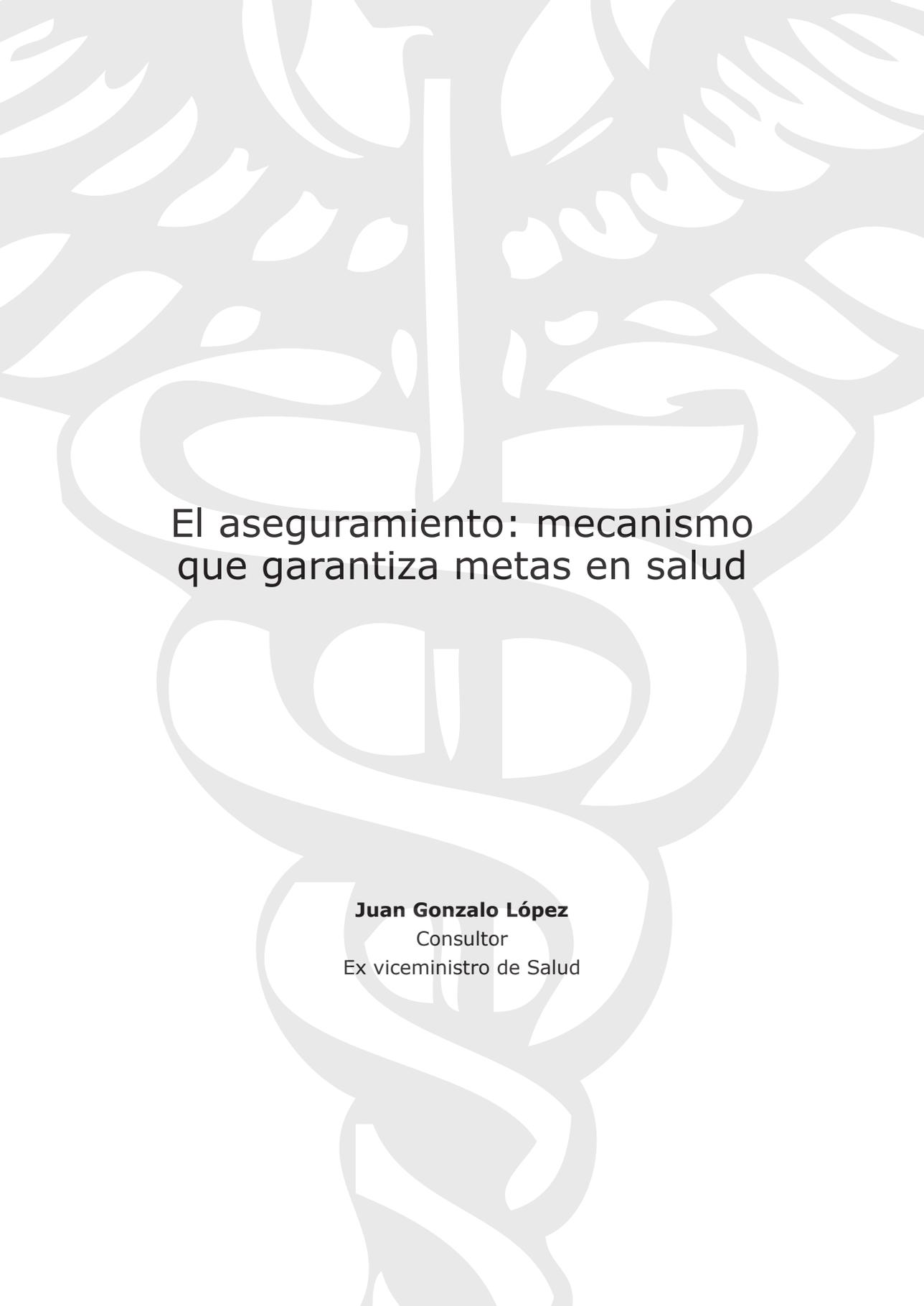
Los principios de la ley son correctos: concebir la salud como derecho fundamental, con criterios de universalidad y equidad. Pero en la práctica, algo del modelo de aseguramiento hace que unos sectores de la población se enriquezcan mientras las clases sociales más desposeídas se sumergen en niveles aún más profundos de pobreza.

La salud es un factor de desarrollo de los países, pero también es un factor de equidad y por tanto se debe erradicar el ánimo de lucro en la prestación de este sagrado servicio.

Una posible alternativa es tomar la decisión de que las Eps y la Ars no manejen recursos y centralizar el manejo público de la totalidad de los dineros en el Fosyga. De esa manera, se pagaría a estas entidades un porcentaje por el aseguramiento, por sus labores de administración, ya que en un régimen capitalista no se puede "trabajar a pérdida".

La propuesta concreta es que dicho porcentaje sea de 7% de manera que se agilice el flujo y la asignación de recursos y podamos generar universalidad, equidad y calidad en la prestación de los servicios.

Este nuevo esquema permitiría una actuación conjunta del Estado y la sociedad civil, motivada en función del desarrollo, la disminución de la pobreza, la construcción de la democracia y de un país saludable y en paz, objetivo último de todas las sociedades.



El aseguramiento: mecanismo que garantiza metas en salud

Juan Gonzalo López
Consultor
Ex viceministro de Salud



nte la disyuntiva entre el sistema de salud o el de aseguramiento es necesario considerar los antecedentes en torno a las dos etapas de la humanidad ha tenido desde la práctica y la teoría de la promoción y conservación de la salud.

Una primera etapa, la correspondiente a la higiene individual, se caracterizó por ejercer las prácticas sociales para combatir las epidemias. A partir del siglo XVII, Johann Peter Frank, aporta a la vertiente científica que estudia los factores sociales que condicionan la salud de la población y que en conjunto con la vertiente política, representada por la Revolución Francesa (la salud como un derecho) y la Revolución Industrial (con proletarios exigiendo mejores condiciones); se da inicio a una segunda etapa caracterizada por la higiene colectiva.

Estas dos vertientes “marcaron” los futuros desarrollos en torno a los servicios de salud en los diferentes países europeos y, por influencia, al resto del mundo. Los dos pioneros en este tema fueron, en su momento, Inglaterra y Alemania, los cuales desarrollaron los siguientes modelos:

- Sistema nacional de salud, en Inglaterra, con mayores avances en el período inmediato a la posguerra con W. Beveridge
- Seguridad social, en Alemania, desarrollado principalmente por Otto Von Bismark.

Estos dos modelos se irradiaron al mundo con diferentes matices y modelos. En América Latina se caracterizó por el desarrollo de la seguridad social para los trabajadores y el sistema nacional de salud (SNS)

para la población no asegurada. Los pioneros de esta tendencia fueron Argentina y Uruguay entre otros.

Colombia, en este caso, fue un país intermedio, con desarrollos a mediados del siglo XX. Hasta ese momento, en nuestro país los avances se relacionaban más con el cumplimiento de algunas medidas sanitarias y fitosanitarias; como ejemplo se tiene la lucha contra la uncinariasis (1019-1935) desarrollada en la zona cafetera como proyecto para su erradicación; más con motivos de comercio (exportación de café) que por protección a la población.

En la actualidad, los avances se dirigen más hacia el desarrollo de modelos de aseguramiento (principalmente públicos) como un mecanismo para garantizar el acceso a los servicios de salud; disminuir la incertidumbre, la asimetría (especialmente en información) y controlar la demanda inducida; además de proteger del gasto excesivo (ante enfermedades de alto costo por ejemplo) a la población, especialmente a la más pobre.

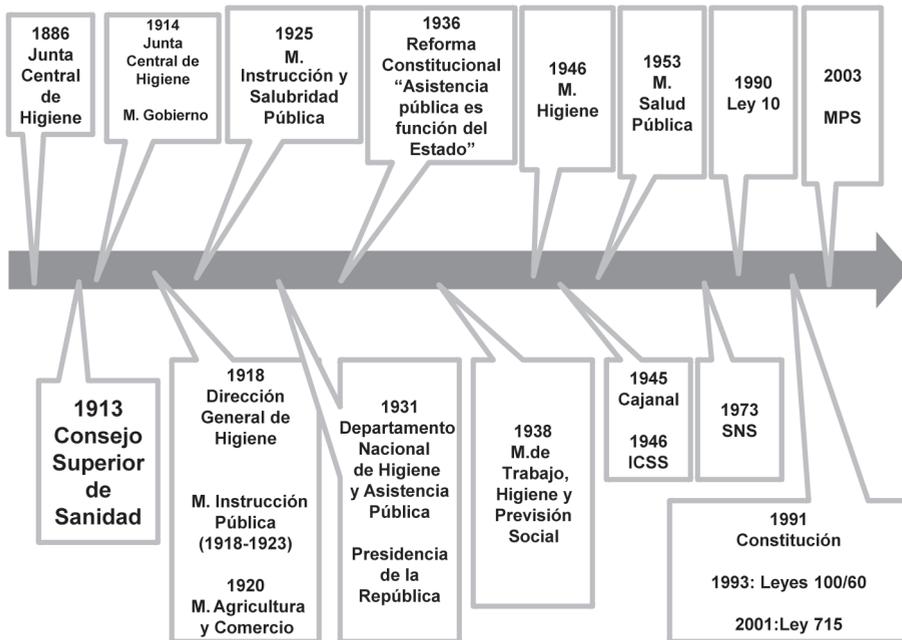
Desde el punto de vista institucional (ministerios e instituciones), Colombia ha tenido cambios permanentes desde finales del siglo XIX. Se estructuraron diferentes tipos de organismos, siempre con el ánimo de responder a las exigencias del comercio. Sin embargo, a partir de mediados del siglo XX, el país inicia el proceso de aseguramiento mediante la creación del Iss y Cajanal, para la protección de los trabajadores de los sectores privado y público, respectivamente. Posteriormente (años 1970), se desarrolló el sistema nacional de salud, el cual estuvo vigente hasta el desarrollo de la Ley 100 de 1993, aunque en algunos casos aún quedan restos del sistema nacional de salud. En el gráfico 6.1 se resaltan los principales hitos en este tema.

Como se puede observar, tanto el mundo como Colombia han avanzado hacia el aseguramiento, no sin antes transitar por otros esquemas y modelos no siempre muy exitosos.

Las características actuales de la sociedad exigen que los sistemas se centren en la competencia en la prestación (pública-privada), la calidad, la equidad y la autonomía del individuo (libre elección). Esto, unido a la protección que se desea convierten al aseguramiento como la estrategia más eficiente para obtener las metas propuestas.

Gráfico 6.1

Hitos en la evolución del sector salud

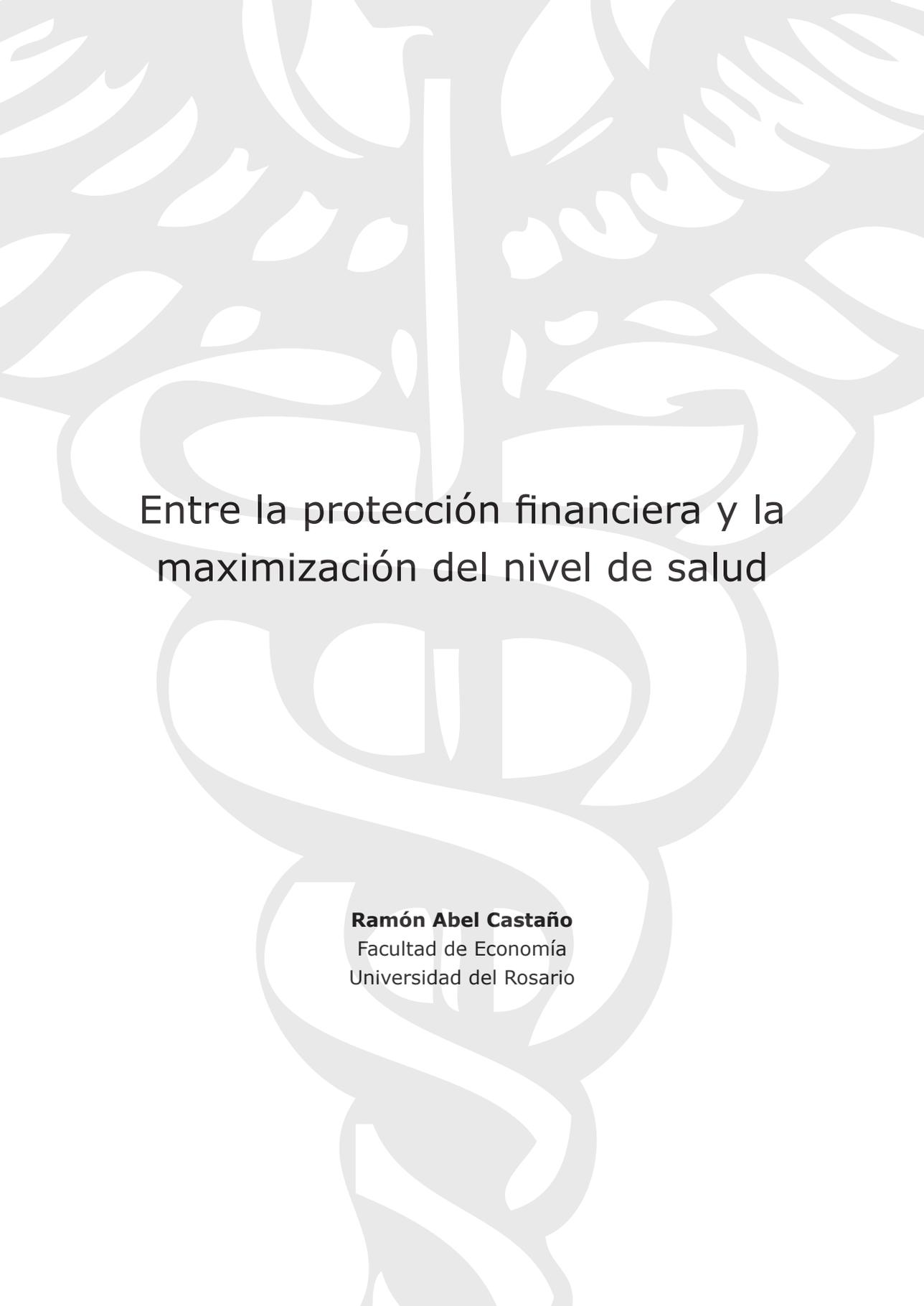


Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, se debe resaltar el tema de las utilidades en las empresas administradoras de planes de beneficios. Si bien este punto ha sido el centro de un gran debate en el conjunto de la sociedad por las utilidades que algunas de estas generan, el enfoque que se le ha dado es equivocado, puesto que las utilidades son legítimas (no es concebible que se creen empresas para que pierdan dinero).

La evaluación de este tipo de entidades se debe centrar, sobre todo, en los resultados positivos en su población afiliada (atribuible a la gestión

de la empresa) como análisis adicional, y cuáles recursos utilizó para alcanzar el anterior objetivo. Este análisis generaría un conocimiento para la toma de decisiones mucho más importante que el simple análisis sobre un resultado en rojo o negro.



Entre la protección financiera y la
maximización del nivel de salud

Ramón Abel Castaño
Facultad de Economía
Universidad del Rosario



a disyuntiva de si debemos conservar el sistema de aseguramiento, o deberíamos regresar a un sistema de monopolio público estatal tipo Beveridge, como el del Reino Unido, es esencial en la polémica sobre la salud pública.

Los argumentos en favor del aseguramiento han sido en repetidas veces planteados por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), en un esfuerzo por transmitir al público su convicción acerca de las bondades de este esquema y los peligros de regresar al otro esquema. Pero un análisis a fondo de las funciones de los sistemas de salud planteadas por la OMS (2000) podría arrojar luz sobre estas afirmaciones.

Dice el informe de la OMS que las funciones de los sistemas de salud son cuatro: financiamiento, prestación, rectoría y generación de recursos. Por su parte, la función de financiamiento se divide en tres subfunciones: movilización de recursos, mancomunación y compra de servicios de salud. Entre estas tres subfunciones y la de prestación, se puede construir un paralelo entre los modelos de aseguramiento y tipo Beveridge para dilucidar las ventajas y desventajas de uno y otro.



Movilización de recursos

En cuanto a la movilización de recursos, o la recolección del dinero para financiar el sistema, ambos modelos tienen la posibilidad de hacerlo cabalmente. El aseguramiento moviliza recursos vía impuestos a la nómina, los cuales tienen destinación exclusiva y no se mezclan con los demás recaudos del sistema tributario. El modelo Beveridge recauda ingresos por la vía de los impuestos generales, sean directos o indirectos, los cuales tienen múltiples alternativas de uso y la parte

de estos que se destina a salud es producto del proceso político de asignación del presupuesto.

En este primer punto podría decirse que el modelo de aseguramiento no tiene ninguna ventaja particular sobre el modelo Beveridge, pues al fin y al cabo por cualquiera de las dos vías se puede recaudar el dinero necesario para financiar el sistema de salud. Pero quizá la diferencia en la efectividad de cada modelo depende del contexto en el que se aplica. Para un país en desarrollo puede resultar más práctico tener una fuente exclusiva de financiación que no permita que el sistema de salud quede subfinanciado como producto de los vaivenes políticos que determinan la distribución del presupuesto. En el caso colombiano esto ha quedado ampliamente demostrado por la capacidad que tiene la subcuenta de compensación de acumular excedentes en las épocas de crecimiento económico para gastarlos en las épocas de crisis, como ocurrió durante la crisis del 1998-1999 (Castaño, 2004). El hecho de que los excedentes de compensación estaban aislados del apetito presupuestal del gobierno y del legislativo, permitieron mantener este esquema de financiación anticíclico cuando más lo necesitaba el sistema.

Ahora bien, el modelo de aseguramiento adoptado en Colombia y financiado con impuestos a la nómina no está exento de costos. El más claro es el impacto negativo sobre la formalidad de la economía en la medida en que un mayor costo de la mano de obra debida a los impuestos estimula el empleo informal y hace más difícil el financiamiento del sistema. De otra parte, el costo de la mano de obra en el contexto de los mercados laborales globalizados, no deja de ser una preocupación cuando hay sustitutos de mano de obra no calificada en otros países que no tienen los mismos costos de mano de obra. He ahí pues una paradoja en la que la ventaja de tener una fuente de financiación estable tiene el costo de mantener la informalidad y perder la competitividad internacional de la mano de obra no calificada.



Mancomunación

En cuando a la subfunción de mancomunación, el sistema tipo Beveridge con un monopolio estatal de financiación permite lograr el mayor nivel de mancomunación, pues todos los impuestos van a un solo fondo y desde allí se distribuyen a los diferentes sectores del gobierno, entre estos el de la salud, cuyos recursos se distribuyen por el país con diferentes criterios de asignación. En el caso canadiense, donde las provincias son responsables por sus propios recaudos, hay un nivel de mancomunación subnacional. Aunque este nivel de mancomunación es inferior al máximo posible, que es nivel nacional, aún es suficiente para compensar las diferencias de ingresos y de riesgos entre personas. Pero sin duda es mucho más fácil lograr un nivel alto de mancomunación en un sistema de recaudador único.

En el modelo de aseguramiento en Colombia, se ha avanzado en la función de mancomunación en cuanto se rompieron los monopolios públicos que existían antes de la Ley 100 y se lograron llevar todos los recaudos al fondo común del Fosyga, pero aún queda por sumar a este proceso todos los recursos de la salud para lograr el máximo posible de mancomunación en el que se cumpla la función de compensación entre riesgos e ingresos. En síntesis, el modelo de aseguramiento en las condiciones actuales de Colombia no permite el nivel de mancomunación que permitiría un modelo de monopolio estatal en el recaudo. Las propuestas de algunos analistas de llevar todos los recursos de la salud a un solo fondo y de ahí repartirlos entre los 44 millones de colombianos, podrían representar el nivel máximo de mancomunación, aunque desde luego estas propuesta plantean serios desafíos políticos, y operativos.



Compra y prestación

En lo concerniente a la subfunción de compra, que se puede analizar simultáneamente con la función de prestación pues ambas son dos caras de un mismo proceso –la prestación de los servicios, aparecen algunas diferencias importantes entre los dos modelos. La primera diferencia es que en los modelos de monopolio público nacional o provincial como el británico o el canadiense, la población está asignada

a un pagador por su ubicación territorial y no está empadronada, es decir, no está identificada previamente. Quizá el modelo cubano sea una buena excepción a esto, pues en ese esquema los médicos del nivel comunitario sí llevan a cabo este tipo de empadronamiento. En cambio en el modelo de aseguramiento, los individuos se afilian a un asegurador con identificación y datos de ingreso. La pregunta es ¿en cuál de los dos modelos es más factible implementar estrategias de gestión del riesgo en salud que permitan mantener la población sana y atenderla oportunamente y de manera costo-efectiva cuando requiera servicios de salud?

En principio, cualquiera de los dos modelos permite esto. Pero la experiencia del modelo británico muestra que no es tan fácil, pues el individuo simplemente vive en un área y no identifica al médico del área como su asegurador o el gestor de sus riesgos. Por su parte, el médico no es responsable de ir casa por casa buscando los individuos de riesgo para gestionarlos proactivamente, por lo cual sus estrategias de intervención son más reactivas que proactivas. En el caso cubano esto es más factible pues el grupo de salud tiene la obligación de buscar los riesgos antes de que estos se materialicen.

En el caso del aseguramiento es mucho más fácil pues en el momento en que el individuo se afilia a un asegurador es posible para este recopilar información sobre el cotizante y su grupo familiar que será utilizada para gestionar riesgos. De hecho esta es una oportunidad perdida por la mayoría de Eps en Colombia, pues consideran la declaración de salud al ingreso como un mero documento formal que se almacena para efectos de protegerse en caso de potenciales demandas futuras. Pero las pocas Eps que utilizan esta información para detectar proactivamente personas de riesgo e iniciarles intervenciones, han mostrado que es una herramienta muy útil que les permite tener un mejor control de los riesgos individuales de sus afiliados. No obstante, el hecho de que muchas Eps no utilizan esta información, no permite afirmar con certeza que el empadronamiento típico del aseguramiento es una garantía de que se hará la gestión del riesgo en términos idóneos y desde el principio de la relación asegurado-asegurador.

Ya en la gestión del riesgo de individuos que han consultado por una u otra razón, puede haber diferencias menos visibles entre los dos modelos. En el modelo Beveridge, una vez el individuo entra en contacto con el sistema de prestación, así sea para un evento discreto como una gripa o un trauma menor, el prestador puede aprovechar esta oportunidad para captar al paciente y abordarlo integralmente incluyendo sus riesgos universales (los propios de su edad y género), los riesgos específicos como la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, el estrés, o patologías concretas como la hipertensión, la diabetes, las dislipidemias etcétera. En el modelo de aseguramiento esto también es posible.

La diferencia en la forma de abordar los riesgos una vez los individuos han entrado en contacto con el sistema, parece ser muy poca. Podría decirse que por el hecho de tener empadronados los afiliados y por recibir un presupuesto fijo (la prima o en nuestro caso la U_{PC}), el asegurador tiene un incentivo para mantener a raya sus riesgos mediante intervenciones proactivas para prevenir la ocurrencia de los siniestros y para minimizar su costo una vez estos ocurran, pero siempre buscando maximizar el nivel de salud. Sin embargo, esto no necesariamente ocurre, pues el efecto de la restricción presupuestal de la prima puede llevar al asegurador a adoptar mecanismos de control del riesgo pero de tipo restrictivo: interponer barreras de acceso, negar servicios médicamente necesarios, o amordazar al médico para que utilice recursos de manera muy limitada.

En el lado del modelo Beveridge, el prestador no está expuesto al efecto de la prima como referente de restricción presupuestal, pero tampoco tiene un incentivo muy claro a maximizar los resultados en salud de su población pues el hacerlo no le afectará su presupuesto en el corto plazo. Al final puede terminar adoptando comportamientos minimalistas: prestando los servicios de la manera más reactiva y minimizando su esfuerzo para mantener su posición como prestador.

Frente a la posibilidad de que un asegurador adopte modelos de atención restrictivos (modelo de aseguramiento) y un equipo de salud de

un área adopte comportamientos minimalistas (modelo tipo Beveridge), el aseguramiento presenta la ventaja de que si hay libertad de elección de asegurador, el individuo puede cambiarse de un asegurador a otro, mientras que en el modelo Beveridge solo lo puede hacer cambiándose de área, lo cual muy probablemente no haga.

Pero la libertad de elegir en el aseguramiento también adolece de una gran debilidad: como la calidad de los servicios no siempre es observable, el usuario no tiene información práctica para tomar la decisión de cuál asegurador es mejor. Además, en el momento de elegir un asegurador el usuario tiene gran incertidumbre sobre cómo será su experiencia en el momento que necesite al asegurador. Al final, detrás de una buena fachada atractiva para el usuario, puede esconderse un modelo de atención altamente restrictivo y el usuario difícilmente se dará cuenta, por lo cual podrán sobrevivir en el mercado aseguradores de muy mala calidad técnica. En este punto entonces, tampoco hay una clara ventaja del aseguramiento sobre el modelo de monopolio público.



Protección financiera vs. salud agregada

Desde el punto de vista de los objetivos de los sistemas de salud, también pueden analizarse los dos modelos y descifrar sus ventajas y desventajas. Según la OMS (2000) el objetivo último de un sistema de salud es mejorar la salud de las personas. Pero hay dos objetivos subsidiarios que al final deben llevar al mejor cumplimiento del objetivo último. Estos dos son: garantizar un financiamiento equilibrado y responder a las expectativas legítimas de los usuarios. El objetivo del financiamiento equilibrado no es otra cosa que garantizar que los hogares contribuyan a financiar el sistema según su capacidad de pago pero que reciban atención independientemente de cuánto han pagado. En otras palabras, lo que se busca es que el sistema de salud proteja a los hogares frente a los riesgos financieros de la enfermedad o el trauma.

En este sentido, cualquiera de los dos modelos, el de aseguramiento y el de tipo Beveridge, puede cumplir perfectamente con este objetivo.

El hecho de que en uno las fuentes de financiación sean impuestos a la nómina y en el otro lo sean los impuestos generales, no hace la diferencia. Ambos sistemas de financiamiento pueden diseñarse de manera que sean progresivos y no regresivos. Y el acceso a los servicios de salud puede garantizarse de igual forma en los dos modelos. Más aún, el establecimiento de copagos y cuotas moderadoras también se puede aplicar en los dos modelos. Pero aquí vuelven a aparecer diferencias de contexto que dan algunas ventajas al modelo de aseguramiento.

La diferencia clave es que los servicios de salud financiados públicamente en los países en desarrollo, típicamente terminan siendo usados por hogares de mayores ingresos, especialmente en la alta complejidad, constituyendo así un efecto regresivo (Gwatkin 2005). La lógica subyacente al subsidio a la oferta señala que en los hospitales públicos se atiende la población pobre, porque se supone que las condiciones de comodidades y ubicación de estos prestadores son menos atractivas para las personas con capacidad de pago. Si la demanda excede la oferta, el hospital simplemente hace lo mejor que puede para satisfacerla, pero la dinámica de financiación por la vía de la oferta crea incentivos hacia el minimalismo, que terminan debilitando la capacidad resolutive de los hospitales y terminan creando barreras de entrada imposibles de superar para las personas que no tienen capacidad de pago para ir al sector privado. En cambio en el modelo de aseguramiento el individuo tiene en su poder dos elementos que le permiten exigir la prestación de los servicios: un plan de beneficios explícitamente definido, y un carné de afiliación que lo liga al reclamo de los beneficios del plan.

Sin embargo esta diferencia puede resultar irrelevante, si se tiene en cuenta lo mencionado arriba en cuanto a que los modelos de atención restrictivos de un asegurador no necesariamente son visibles para el asegurado como para temer que los individuos asegurados huyan hacia otros aseguradores con mejores modelos de atención. De nuevo, la asimetría de información juega en contra del usuario, pues podrán subsistir en el mercado aseguradores que mantienen su equilibrio financiero mediante modelos de atención restrictivos.

Ahora bien, el resultado benéfico que más se ha señalado acerca del modelo de aseguramiento en Colombia ha sido el de la protección financiera. En la medida en que un modelo de financiamiento mantiene por dos vías independientes la contribución (de acuerdo con la capacidad de pago) y los beneficios (independiente del riesgo y de lo que ha pagado), es claro que la protección financiera se puede materializar de mejor manera. Los estudios recientes de Flórez y Giedion (2007) muestran claramente que sí hay un efecto de protección financiera en la medida en que el asegurado tiene una menor probabilidad de enfrentar un gasto catastrófico en comparación con el no asegurado. Estos estudios confirman lo que se esperaba a partir de la teoría del aseguramiento, lo cual es una excelente noticia para el país.

Sin embargo, no hay que perder de vista que el objetivo último del sistema es la salud de las personas y que la protección financiera es un objetivo subsidiario. Más aún, es necesario reconocer que estos dos objetivos están en conflicto, lo cual con sorprendente frecuencia es ignorado por los diferentes actores del sistema. El conflicto radica en que para lograr un mayor impacto en salud se deben priorizar las intervenciones que generan mayor beneficio por peso invertido, y estas no son precisamente las que ponen en riesgo financiero a un hogar. Por ejemplo, una vacuna o una atención prenatal no es un gasto catastrófico para un hogar, mientras que un trasplante de médula ósea o una cirugía de mediana o alta complejidad sí lo es. Si el gobierno se comprometiera con mejorar la salud de los colombianos, el énfasis debería ponerse en el lado de las intervenciones altamente costo-efectivas y sacrificar la meta de brindar protección financiera a los hogares.

Dentro del análisis comparativo entre aseguramiento y sistema nacional, la discusión es exactamente la misma: cualquiera de los dos enfrenta exactamente la misma tensión entre maximizar el nivel de salud agregado y el nivel de protección financiera. La creciente brecha entre lo que la ciencia puede hacer por los pacientes y lo que la sociedad puede pagar por esos avances, hace que cualquier sociedad del mundo racione los servicios de salud. Ahora bien, el que lo haga de manera explícita o implícita implica una gran diferencia. En este

sentido, el modelo de aseguramiento, particularmente el modelo privado colombiano, queda en una posición débil pues es muy difícil para un asegurador involucrarse en decisiones de racionamiento que afectan la vida y el bienestar de las personas. Esto no resulta tan difícil para un actor público, y mucho menos aún si este actor goza de la legitimidad y el reconocimiento social como institución transparente y equilibrada.



¿Políticas sectoriales basadas en la evidencia?

Aparentemente pues, pareciera no haber una ventaja clara entre un esquema de aseguramiento y un esquema de sistema nacional tipo Beveridge. De hecho la tendencia que se observa en los modelos tipo Beveridge es hacia una mayor transferencia de riesgo al prestador o al manejador de recursos al nivel local (la autoridad local de salud o el Primary Care Trust en el caso británico), como si se tratara de una emulación del modelo de aseguramiento, pero manteniendo la financiación y la prestación de carácter públicos. Pero por el lado del aseguramiento también hay una tendencia de la regulación hacia evitar la competencia pura de mercado y mantener regulaciones sobre las primas y los beneficios como una forma de evitar la competencia que termina excluyendo a los enfermos y los pobres, que son justamente los que más necesitan el seguro de salud.

La falta de evidencia concluyente a favor o en contra de uno de los dos enfoques no permite entonces tener la certeza de cuál funciona mejor, en qué contexto y bajo qué supuestos. De hecho, como lo plantean Judith Healy y Martin McKee (2002), las reformas a la salud parecieran estar orientadas más por una reacción al pasado que por una auténtica razón de fondo soportada en evidencia. Las reformas vertiginosas de la Europa del Este y de la ex Unión Soviética durante la década de los noventa, y que estos dos investigadores han venido estudiando con cuidado, mostraron cómo a falta de evidencia, un desplome súbito del sistema de economía centralizada llevó a cambios sucesivos de sistemas en un ejercicio más de ensayo-error que cualquier otra cosa.

Incluso desde el mismo Banco Mundial, que a principios de los noventa promovió los modelos de aseguramiento, Adam Wagstaff (2007) ha planteado cuestionamientos al modelo de financiación con impuestos a la nómina, debido a su impacto negativo sobre la formalidad de la economía y sobre la competitividad de la mano de obra no calificada como única ventaja comparativa de los países en desarrollo. El autor vuelve a sugerir el financiamiento por impuestos generales, repitiendo de nuevo el ciclo de búsqueda de soluciones sin otro sustento que las debilidades de los modelos precedentes.

No podríamos esperar que en Colombia la situación fuese diferente. De hecho, en el momento de abrazar la reforma de mercado la evidencia que había solo se refería al modelo de competencia gerenciada que había desarrollado Enthoven (1998 y quien presentó su propuesta desde finales de los años setenta) y existía un soporte importante desde la teoría, e impulsado por el Informe del Banco Mundial de 1993. No sorprendería entonces que los llamados de algunos críticos del modelo de aseguramiento a volver a esquemas de financiamiento con impuestos generales y con compra y prestación públicos, terminaran siendo la próxima ola de reformas a los sistemas de salud en el mundo en desarrollo, una vuelta más del péndulo en reacción al pasado.



Salud agregada vs. curación individual

Otro punto importante en el debate sobre las reformas a la salud es el desconocimiento de la diferencia entre dos conceptos: la salud agregada de los colombianos y la atención curativa de los individuos. El primer concepto se refiere a que la salud es un indicador agregado que muestra cómo las personas en conjunto han mejorado su expectativa de vida al nacer, su calidad de vida o cualquier otro indicador agregado. En cambio el segundo concepto se refiere a la atención curativa que un individuo en una condición de enfermo pudiera recibir para recuperar su estado de salud.

Las diferencias entre estos dos conceptos son cruciales por sus implicaciones prácticas. Si el objetivo del sistema es maximizar el derecho

a la salud como el disfrute del grado máximo posible de bienestar físico, mental y social, nivel que le permita a los individuos desarrollar su plan de vida, no hay duda de que las políticas sanitarias que permiten lograrlo son de corte típicamente de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y atención curativa de baja complejidad y alto impacto (por ejemplo, atención institucional del parto, o salas ERA). Esta visión utilitarista del derecho a la salud coincide con la visión del Departamento Nacional de Planeación, que considera la salud como un elemento que contribuye al desarrollo de un país. Si un país ve la inversión en salud como un componente de su capital humano que contribuye al desarrollo, lo que debe hacer para maximizar la productividad de la gente es dar prioridad precisamente a estas intervenciones de bajo costo y alto impacto.

Más aún, el mismo Amartya Sen (2000), argumenta que las capacidades y funcionamientos básicos del ser humano son aquellas que le permiten construir y ejecutar su plan de vida y lograr aquellas cosas que valora, y que en desarrollo de este plan de vida el individuo contribuye al desarrollo de un país. De ahí su argumento en favor de la libertad como motor del desarrollo. En este marco de Sen, es claro que las intervenciones que permiten lograr esto no son las atenciones curativas de alto costo y bajo impacto, sino las de bajo costo y alto impacto. Incluso el mismo Sen menciona como capacidades en el campo de la salud la de escapar a la morbilidad y a la mortalidad prematura. De nuevo, es claro que para lograr esto hay que invertir los recursos en salud con una óptica utilitarista, pensando no en la atención curativa de un individuo sino en el mejor resultado agregado en la salud de la población.

La confusión entre salud colectiva y salud individual lleva a que diversos actores esgriman argumentos que aumentan la confusión y que terminan convertidos en verdades de a puño que recita el ciudadano de a pié. Esta confusión lleva a considerar que garantizar la atención curativa con atenciones de alto costo y bajo impacto contribuye a maximizar el nivel agregado de salud, lo cual es incorrecto, pues el alto costo de oportunidad que se paga por ese tipo de intervenciones no permite utilizar esos recursos en intervenciones que, con

los mismos recursos, generan un efecto marginal mayor. El reciente informe de la Procuraduría (2008) incurre en esta confusión y ofrece recomendaciones que dificultan obtener la claridad que necesita el formulador de políticas y la opinión con respecto a este punto.

Finalmente, las consideraciones sobre el derecho a la salud no pueden partir de un marco de referencia estrictamente deontológico en el que la bondad de una acción se evalúa con base en su sujeción a reglas morales o deberes, como, en el caso de los derechos, la supremacía del individuo sobre el colectivo. Aunque este principio es incuestionable, ello no implica que no se pueda poner en una balanza frente a consideraciones consecuencialistas y se busque un equilibrio más razonable entre el derecho de una colectividad a gozar del más completo estado posible de bienestar físico y mental, y el derecho de un individuo a preservar su vida, su dignidad y su libertad para desarrollarse como persona. Las confusiones mencionadas en esta ponencia ponen de manifiesto que el debate aún está inmaduro, pero abren también la ventana del entendimiento que posiblemente lleve al país a comprender la necesidad de afrontar la realidad inescapable del racionamiento.



Referencias bibliográficas

Castaño, RA. 2004. *Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del Pos y/o de la Upc*. Fundación Corona.

Flórez, CE; Giedion, U. 2007. El impacto sobre el hogar de un evento adverso en salud: el efecto amortiguador del aseguramiento. El caso de Colombia (Mimeo).

Gwatkin, DR. 2005. For whom to buy? are free government health services the best way to reach the poor? En: *Spending Wisely*. Editado por AS Preker y JC Langenbrunner. The World Bank.

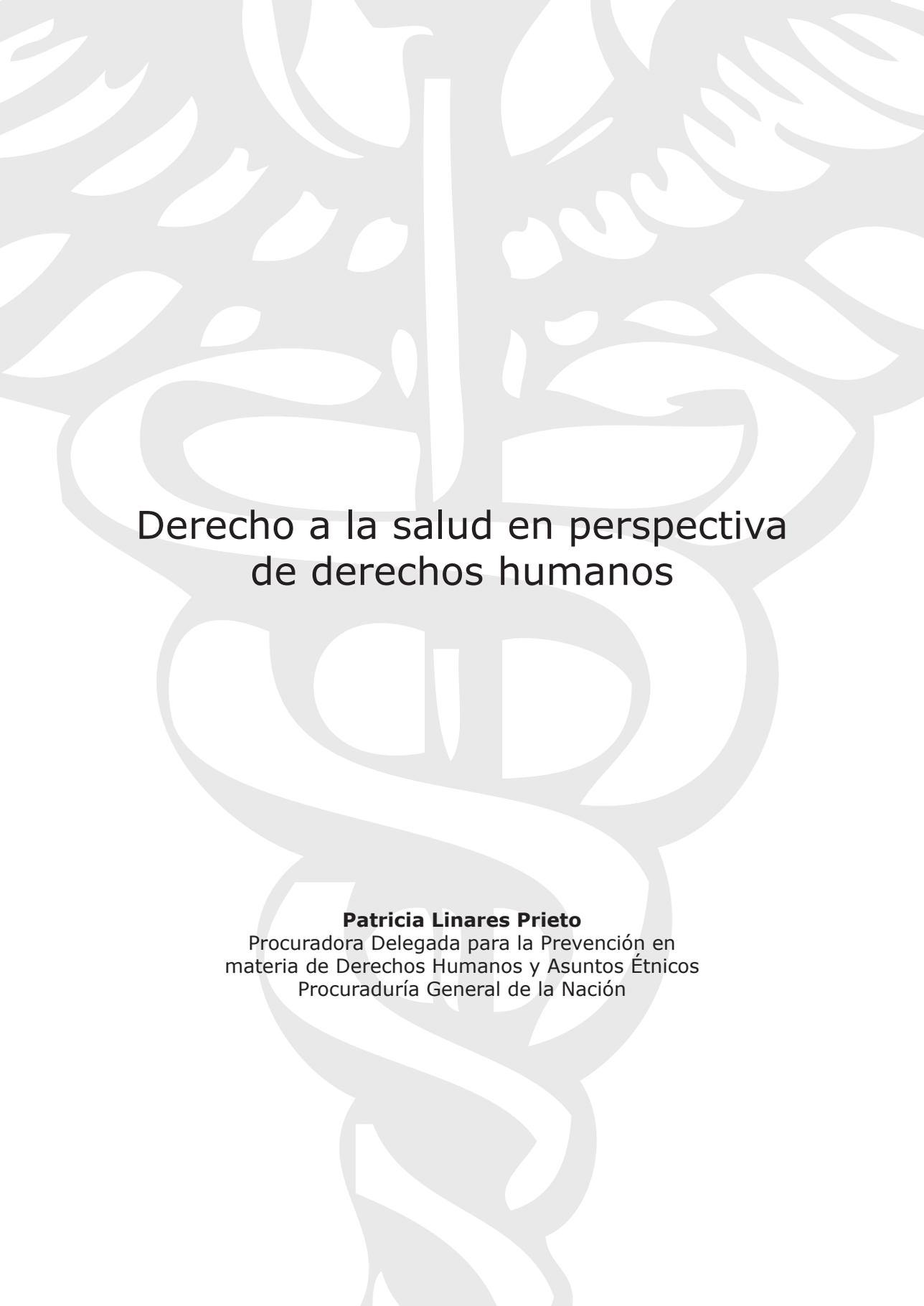
Healy, J; McKee, M. 2002. Reforming hospital systems in turbulent times. *Eurohealth*. 7 (3): 2-7.

Enthoven, A. 1988. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 13 (2): 305-321.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. Informe Mundial de la Salud. Ginebra.

Sen, A. 2000. *Development as Freedom*. Alfred A Knopf, New York.

Wagstaff, A. 2007. Social health insurance reexamined. World Bank *Policy Research Working Paper* (4111).



Derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos

Patricia Linares Prieto

Procuradora Delegada para la Prevención en
materia de Derechos Humanos y Asuntos Étnicos
Procuraduría General de la Nación



Al adoptar Colombia la fórmula del Estado social de derecho en la Constitución de 1991, asumió el compromiso ineludible de hacer efectivos los derechos fundamentales de las personas, no solo los civiles y políticos sino también los denominados derechos económicos, sociales y culturales, pues una efectiva protección de la dignidad de la persona así lo exige.

Colombia adoptó un sistema de salud que introdujo mecanismos de mercado y formas de aseguramiento de la población, lo que implicó la sustitución progresiva de los subsidios a la oferta, orientándolos a la demanda. Sus promotores calificaron este nuevo sistema de salud como una forma de “pluralismo estructurado”, para diferenciarlo de los modelos de prestación puramente pública o puramente privada de acceso a los servicios médicos, mientras que otros analistas lo han calificado como un modelo de “mercado regulado”.

Surgieron entonces nuevas instituciones y mecanismos reguladores del sistema de salud: empezamos a hablar de las EPS (empresas promotoras de salud), las IPS (instituciones prestadoras del servicio) y las ARP (aseguradoras de riesgos profesionales), y a aproximarnos, a las diferencias entre los regímenes contributivo, subsidiado y especiales (artículo 279 de la Ley 100 de 1993, Fuerzas Militares, Policía y magisterio), sus fuentes de financiamiento y sus modelos de atención; supimos de la existencia del Pos (plan obligatorio de salud), pero también del Pos-s (plan obligatorio de salud del régimen subsidiado), que es el plan de beneficios para la población más pobre, denominado régimen subsidiado, el menos completo y el más restringido. Llegamos incluso a comprender que, paradójicamente, las normas definen como “vinculados” precisamente a quienes no están ni vinculados, ni protegidos por ninguna forma de aseguramiento.



Reclamos a la salud

La implementación del modelo ha supuesto un aumento considerable del gasto público en salud, pues según las cifras más respetadas actualmente este representa aproximadamente el 7,5% del PIB, cuando en 1993 apenas llegaba al 6,3%, incremento significativo si se tiene en cuenta que el gasto privado de las familias en esos años cayó del 3,2 al 1,2% del PIB, esto permite afirmar que la atención médica sigue siendo principalmente financiada con recursos públicos, ya sean fiscales o parafiscales.

Si bien durante los primeros años de implementación de la Ley 100 los resultados en aseguramiento y atención a la enfermedad fueron progresivos, especialmente en los sectores más pobres pues, por ejemplo, durante los primeros diez años el nivel de aseguramiento pasó del 29 al 68%, la tendencia en los últimos cinco ha sido hacia el estancamiento.

Por eso subsisten graves problemas que han suscitado el reiterado reclamo de distintos sectores de la sociedad, usuarios, organizaciones sociales, sindicatos, academia y medios de comunicación, pues en promedio más del 30% de la población, esto es casi 13 millones¹ de colombianos, no están asegurados, proporción que es sensiblemente mayor en los sectores más vulnerables, en los que los niveles de desprotección alcanzan el 43%, mientras que en el quintil más rico de la población ese nivel de desprotección es del 14,3%, lo que señala una diferencia de casi 30 puntos.

En síntesis, aunque en los primeros años se alcanzaron leves mejoras en temas como cobertura y equidad, la tendencia marca un preocupante estancamiento que se traduce, cada vez más, en denuncias por parte de los distintos sectores y en lo que se ha denominado la

¹ Según las cifras del Censo de 2005 del DANE, la cifra de población ajustada a junio 30 de 2005 es de 42.888.592. En consecuencia, el equivalente de 30% de población desprovista de aseguramiento de salud corresponde a 12.866.577. DANE, Censo general, Nivel nacional 2005. Documento consultado en la página electrónica <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>

judicialización del tema, lo cual se agrava con situaciones no contempladas en la ley, como la atención a población desplazada, más de tres millones de colombianos, que reclaman soluciones de carácter estructural para la realización de su derecho a la salud, o con aquellas que si bien tuvieron cabida en la Ley 100, como la atención especial para comunidades étnicas, no acreditan suficientes y efectivos desarrollos.

Por ejemplo, en lo relacionado con la obligación de *universalidad* del servicio más del 30% de la población no logra acceso al sistema, ya sea porque no están asegurados, o porque aún estándolo y requiriendo con urgencia atención médica, no logran el correspondiente servicio, pues los diferentes agentes del sistema niegan u obstaculizan la atención, anteponiendo controversias de orden jurídico y administrativo al derecho prevalente a la vida y a la integridad, y los sistemas de inspección, vigilancia y control no cumplen su cometido, lo que desplaza a la persona al ámbito judicial.

En cuanto a *accesibilidad, aceptación y calidad*, persisten problemas tal como lo demuestra, por ejemplo, la cuestionable diferencia en los contenidos del Pos para el régimen contributivo y del Pos-s (régimen subsidiado), lo que evidencia una segmentación en el acceso a los servicios de salud, pues quienes no tienen capacidad de pago acceden a restringirlos planes de beneficios, mientras aquellos que gozan de mayor capacidad económica pueden garantizar un servicio óptimo; lo cual no solo es contrario al principio de no discriminación que debe gobernar las políticas públicas sociales, sino que genera crecientes tensiones entre la población².

² Sentencia T-760-2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa. En la sentencia en mención la Corte Constitucional ordena al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en relación con los contenidos del Pos “adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud”.



La salud “entutelada”

Así mismo, se verifica el efecto distorsionador que puede eventualmente tener para el sistema la activación permanente de mecanismos excepcionales como la tutela, incluso promovidas por las entidades impugnadas, situación inadmisibles que debe ser denunciada por los usuarios, pues hasta la semana pasada, gracias a la decisión de la Corte Constitucional (Sentencia C-463 de 2008). La Corte al resolver una demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, que acogió el concepto del Ministerio Público, si bien se reitera la validez y pertinencia de la tutela para dar vía a la realización del derecho a la salud de una persona individual, se ordena a las EPS asumir el 100% del costo del servicio en principio negado y luego reconocido por orden del juez constitucional, cualquiera sea, pues se venían castigando los recursos de la población adscrita al régimen subsidiado, cuando en estos casos una vez resuelta la tutela a favor del accionante, si se trataba de medicamentos o tratamientos de alto costo, definidos como tales por las mismas EPS, el 50% del valor de los mismos se le trasladaban al Fosyga.

Las encuestas de demografía y salud muestran un sensible retroceso que coloca al país en los niveles que en estas materias presentaba en 1990; desde el año 2000 el retroceso ha sido progresivo, lo que necesariamente le impone al Estado atender de manera inmediata y urgente esta grave situación, mediante el diseño e implementación de políticas públicas preventivas, so pena, como esta ocurriendo, de volver a sufrir el impacto de enfermedades que se asumían ya superadas, como la rabia, la fiebre amarilla y el dengue y de enfrentar graves enfermedades que afectan principalmente a la población infantil, dado el retroceso en programas de vacunación.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, cada año se presentan aproximadamente 80.000 tutelas por presuntas violaciones al derecho a la salud, siendo resueltas la mayoría de ellas. De ellas, por ejemplo, en el año 2005 el 43% correspondió a reclamos por parte de personas adscritas al régimen contributivo, el 3,5% a usuarios del régimen subsidiado y el 9% a los vinculados, los que están por fuera del sistema.

Hay una clara ruptura entre la comprensión del derecho a la salud a partir de los principios constitucionales, valga decir en perspectiva de derechos humanos, y el tipo de modelo elegido para la prestación del servicio incluidos, desde luego, los mecanismos internos que este prevé para efectos de inspección, vigilancia y control. Mientras la salud en el marco propio del Estado social de derecho supone políticas públicas orientadas a garantizar el pleno goce de salud física y mental, ese derecho, en el marco del sistema diseñado mediante la Ley 100 de 1993, se supedita a la garantía de la eficiencia de un modelo diseñado para operar con las leyes de un mercado regulado, alimentado con recursos públicos, esto hace que los correctivos impacten los procedimientos pero no superen, porque no pueden hacerlo, las barreras al acceso y a la calidad que en esta perspectiva se hacen insalvables.

Lo anterior aplica también para los mecanismos de inspección, vigilancia y control externos, atribuidos a los organismos que conforman el Ministerio Público, pues cuando los mismos intentan diseñar instrumentos para verificar la realización del derecho, se tropiezan con los componentes de un sistema legalmente constituido que lo que le permiten, en el mejor de los casos, es medir y verificar la eficiencia económica del modelo, obstáculo difícil de superar si se tiene en cuenta que el ejercicio del control preventivo por parte de estos organismos debe estar fundamentado, desde luego, en el principio de legalidad, orientado a garantizar la realización plena de un derecho fundamental inherente a la dignidad de las personas.

Los anteriores resultados son el producto de un estudio realizado por la Procuraduría General de la Nación y Dejusticia, con el apoyo de la Agencia Catalana de Cooperación, que se encuentran consignados en el libro *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud*, en el cual, entre otros requerimientos que el jefe del Ministerio Público le hizo a la Corte Constitucional, está el de la declaratoria del estado de cosas inconstitucionales en la materia. Ese alto tribunal, el 31 de julio de 2008 expidió la Sentencia T-760-2008, que acoge buena parte de las recomendaciones de dicho informe.

Cobertura, acceso y esquemas de financiación

No quiero que te vayas

No quiero que te vayas,
Dolor, última forma
de amar. Me estoy sintiendo
vivir cuando me dueles
no en ti, ni aquí, más lejos:
en la tierra, en el año
de donde vienes tú,
en el amor con ella
y todo lo que fue...
En esa realidad
hundida que se niega
a sí misma y se empeña
en que nunca ha existido,
que sólo fue un pretexto
mío para vivir.
Si tú no me quedaras,
dolor, irrefutable,
yo me lo creería;
pero me quedas tú.
Tu verdad me asegura
que nada fue mentira.
Y mientras yo te sienta,
tú me serás, dolor,
la prueba de otra vida
en que no me dolías
La gran prueba, a lo lejos,
de que existió, de que existe,
de que me quiso, sí,
de que aún la estoy queriendo.

Pedro Salinas

La voz a ti debida (1933)

Autores

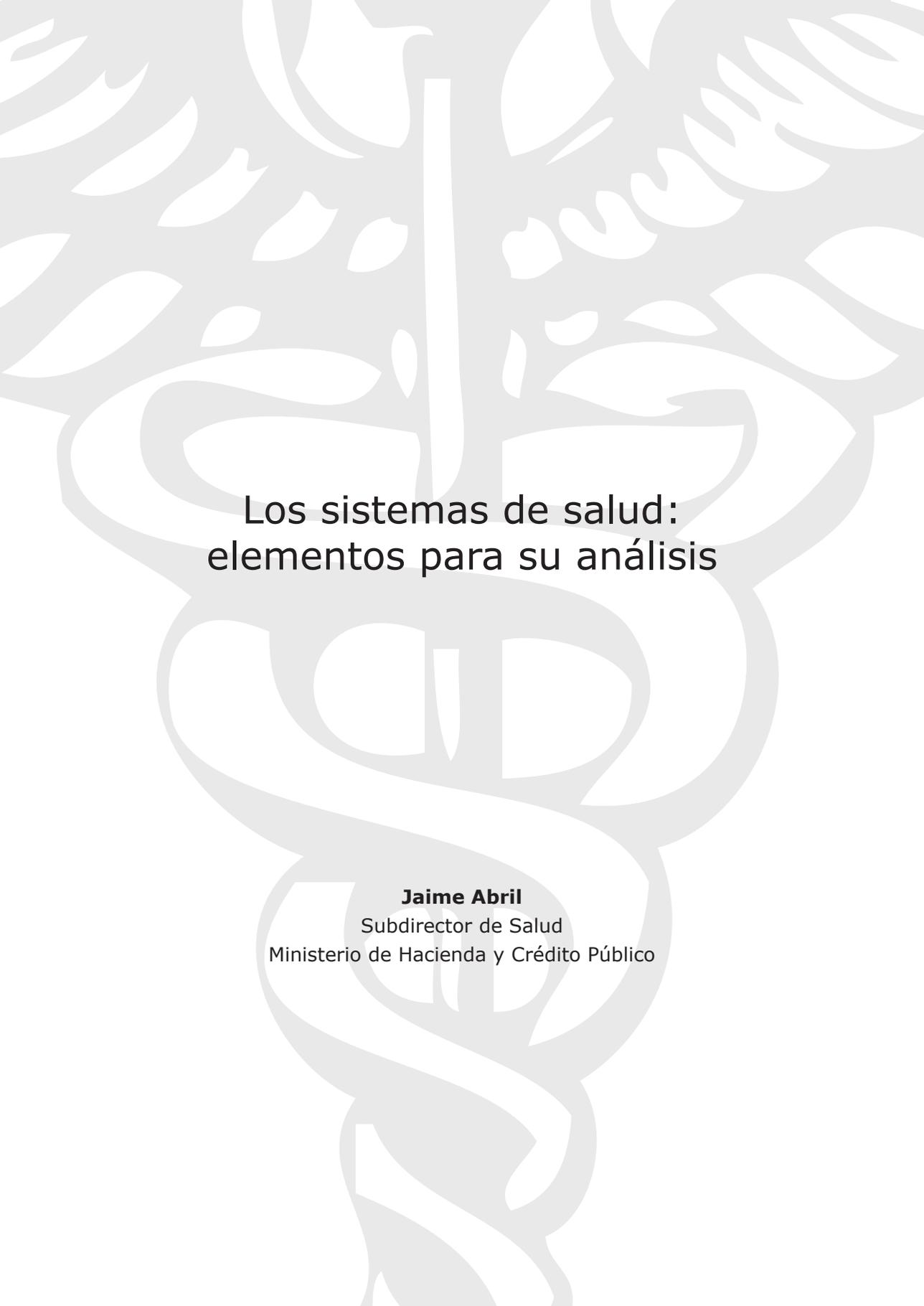
Jaime Abril

Juan Manuel Díaz-Granados

Nelcy Paredes

Mauricio Restrepo

Félix Nates



Los sistemas de salud: elementos para su análisis

Jaime Abril

Subdirector de Salud

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

P

Para efectos de diseñar un sistema de salud, es decir, la forma en que las sociedades definen la organización de la prestación de los servicios de salud, es necesario abordar el análisis de sus referentes constitucionales y legales y de sus implicaciones fiscales y económicas. Esta presentación se refiere a estos elementos, con énfasis en el modelo adoptado en Colombia.



Los referentes constitucionales y jurisprudenciales

Para comenzar, es preciso examinar lo que ha señalado la jurisprudencia constitucional en materia de derechos en salud. En Colombia, la salud ha pasado de concebirse como derecho prestacional, que por conexidad con la vida, derivaba en derecho fundamental, a ser un derecho fundamental "autónomo". Así lo ha ratificado la Corte Constitucional mediante Sentencia SU-484 de 2008, por medio de la cual, además de ordenar la adopción de medidas para garantizar el goce efectivo de los derechos en salud, señala algunas consideraciones que han de tenerse en cuenta para abordar el análisis del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), adoptado en Colombia a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, entre esas consideraciones, cabe resaltar las siguientes:

- La Corte Constitucional reitera la decisión jurisprudencial de reconocer "(...) que el derecho a la salud es, autónomamente, un derecho fundamental y que, en esa medida, la garantía de protección debe partir de las políticas estatales, de conformidad con la disponibilidad de los recursos destinados a su cobertura (...)". De esta forma la Corte reconoce la necesidad de armonizar la política pública en materia de salud con

la disponibilidad de recursos de la sociedad y del Estado, en términos de cargas fiscales o parafiscales, que implican restricciones, dado que los ingresos económicos disponibles son limitados y dependen de la capacidad de cada sociedad para generarlos.

- La Corte puntualiza también la posibilidad de establecer límites a las prestaciones en materia de salud, al señalar que "(...) los derechos constitucionales no son absolutos, es decir, puede ser limitados de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad que ha fijado la jurisprudencia constitucional (...)".
- Sobre la concepción prestacional del derecho a la salud, la Corte precisa el alcance de la misma, y aclara que "(...) la condición de 'prestacional' no se predica de la categoría 'derecho', sino de la 'faceta de un derecho'¹. Es un error categorial hablar de 'derechos prestacionales', pues, como se dijo, todo derecho tiene facetas prestacionales y facetas no prestacionales (...)".
- Respecto de la inmediatez o progresividad en el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un derecho fundamental, en este caso, el de salud, la Corte precisa: "(...) Algunas de las obligaciones que se derivan de un derecho fundamental y que tienen un carácter prestacional, son de cumplimiento inmediato, bien sea porque se trata de una acción simple del Estado, que no requiere mayores recursos (por ejemplo, la obligación de suministrar la información de cuáles son sus derechos a los pacientes, antes de ser sometidos a un tratamiento médico), o porque a pesar de la movilización de recursos que la labor implica, la gravedad y la urgencia del asunto demandan una acción estatal inmediata (por ejemplo, la obligación de

¹ En la Sentencia T-595 de 2002, la Corte consideró que la faceta prestacional de un derecho fundamental puede tener carácter progresivo, por cuanto requiere "tiempo para diseñar y planificar, así como la necesidad de apropiar y destinar recursos para adecuar las condiciones existentes".

adoptar las medidas adecuadas y necesarias para garantizar la atención en salud de todo bebé durante su primer año de vida, artículo 50, Constitución Política).

- Otra de las obligaciones de carácter prestacional derivadas de un derecho fundamental son de cumplimiento progresivo, por la complejidad de las acciones y los recursos que se requieren para garantizar el goce efectivo de estas facetas de protección de un derecho. Tanto la decisión democrática acerca del grado de protección que se brindará a un derecho fundamental en sus facetas prestacionales, como la adopción e implementación de las formas específicas de garantizar su efectivo respeto, protección y cumplimiento, suponen que el cumplimiento de este tipo de obligaciones se logre progresivamente. En tal sentido, el cumplimiento de este tipo de obligaciones no se satisface con la simple actuación estatal, esta debe ser ajustada a la Constitución, por lo que debe estar encaminada a garantizar el goce efectivo de los derechos (...)."
- La Corte reconoce que incluso los derechos fundamentales tienen límites, al respecto manifiesta: "(...) el derecho fundamental a la salud es limitable y, por lo tanto, el plan de beneficios no tiene que ser infinito sino que puede circunscribirse a cubrir las necesidades y a las prioridades de salud determinadas por los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles (...)."
- Un factor fundamental a tener en cuenta en el análisis de la provisión de servicios de salud a la población, que la Corte no deja de lado y que reitera por medio del texto de la Sentencia SU-484 de 2008, lo constituye la necesidad de tener siempre en cuenta la sostenibilidad financiera del sistema, en tal sentido ordena a la Comisión de Regulación en Salud (creada por la Ley 1122 de 2007) que en sus decisiones tenga en cuenta "(...) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente (...)."

De esta manera, el referente constitucional y jurisprudencial ha establecido los lineamientos generales que deben tenerse en cuenta para adoptar las medidas de política pública que conduzcan a consolidar el Sgsss, que implica la asignación de recursos fiscales y parafiscales para la satisfacción del derecho fundamental a la salud, en el nivel de las posibilidades materiales del Estado y de la sociedad.



La economía de la salud

La construcción de la teoría económica sobre la forma de organizar los servicios de salud han partido necesariamente de los elementos centrales de cualquier mercado: con la perspectiva de la demanda, donde el consumidor es el agente principal o en la perspectiva de la oferta, donde se organiza el mercado a partir de los proveedores. Sin embargo, siempre existirá la posibilidad de organizar la provisión de los servicios de salud en un esquema que armoniza las dos perspectivas, y que integra elementos de la demanda y elementos de la oferta.

De todas maneras, la perspectiva que se adopte influirá necesariamente en los esquemas de financiamiento para proveer los servicios, sean estos basados en impuestos o contribuciones, o una combinación de ellos, esquemas que en todo caso tendrán que ser evaluados respecto de su impacto fiscal y sus efectos en la redistribución del ingreso, por ejemplo, mediante aportes de solidaridad, como en el caso del sistema vigente en Colombia.

En otras palabras, significa que la sociedad puede satisfacer las necesidades en salud, mediante la provisión de los bienes y servicios por dos vías: por el mercado privado o por el mercado intervenido por el Estado, al declararlo un bien público. En su defecto, insisto, puede hacerse una combinación de las dos vías.

Provisión a partir del mercado privado

Cuando la cobertura está sujeta exclusivamente al mercado privado, el servicio de salud sería un bien económico de mercado, un bien privado, donde el agente principal, el consumidor, determina la demanda de servicios y por tanto la cobertura, e influye en la determinación de los precios en el mercado.

En este esquema existe alguna capacidad de los agentes para inducir la demanda de los afiliados y algún poder de mercado para fijar los precios, con incidencia en la cobertura. El incentivo primordial de los agentes está centrado en el precio, fijado por el mercado.

Este tipo de enfoque económico estimula la competencia que por lo general redundaría en eficiencias relativas y suministra diversas coberturas. Además, los recursos asignados a la salud dependen de las decisiones individuales de los consumidores sobre acogerse o no a seguros, o hacer pagos directos a instituciones hospitalarias, lo que se conoce como "gastos de bolsillo".

Dado que los recursos asignados a la salud dependen de las decisiones individuales de los ciudadanos, no cabe en este enfoque el concepto de "seguro obligatorio" ni de "regulación". El mercado funciona de manera autónoma en virtud de las necesidades de los consumidores y con alguna oferta establecida por el mismo mercado. A partir de la racionalidad y la demanda individual de las familias se construye un tipo específico de cobertura dentro del mercado.

Fallas del libre mercado

No obstante, hay evidencias históricas de que el mercado falla. Y también lo hace en el campo vital de la salud. La teoría concluye que el libre mercado no resuelve la problemática de la salud de la población ni genera la cobertura deseable.

Esta tesis tiene argumentaciones sólidas, comenzando por el hecho de que el precio fijado por el mercado no permite el acceso a los servicios de salud por parte de todos los ciudadanos, constituyéndose en barrera de acceso y, por tanto, en factor de exclusión, lo que resultaría costoso socialmente, dada la esencialidad de estos servicios. En ese contexto, se puede afirmar que el mercado es excluyente. De hecho, teóricamente se dice que en el mercado se aplica "el principio de exclusión", básicamente porque excluye de la satisfacción de las necesidades, a quien no tiene la capacidad de pagar el precio de mercado de los bienes o servicios satisfactorios de tales necesidades.

Además, el precio fijado por el mercado tampoco corresponde necesariamente al precio eficiente, entre otras razones por las asimetrías de la información.

Se escucha con frecuencia que el mercado es más eficiente que el Estado y que hace funcionar un esquema de precios como parámetro para generar incentivos y mayor eficiencia. Pero no siempre es así y menos en el caso de la salud, como estamos evidenciando.

De otra parte, los incentivos de los agentes, tanto de los oferentes como de los consumidores suelen estar en franco desencuentro. Por ejemplo, desde el punto de vista de los consumidores o los demandantes del servicio, los individuos con mayor riesgo de enfermarse buscan asegurarse y demandar los servicios de salud, configurando lo que se conoce como "selección adversa". Pero ocurre todo lo contrario desde el punto de vista de la oferta o de los prestadores de salud en el mercado privado: existe una tendencia a asegurar a los individuos de baja siniestralidad, a los de menor riesgo, a quienes menos necesiten el servicio. A esto se le llama "selección de riesgo".

Evalrados estos argumentos vale la pena preguntarse sobre las ventajas o desventajas de este modelo. Estos elementos deben considerarse necesariamente en un sistema de salud financiable que busque cobertura universal.

Mercado intervenido por el Estado

Cuando el mercado está intervenido por el Estado, la salud es un bien público. En ese caso, no se permite bajo ningún motivo la exclusión del acceso a los servicios de salud para toda la población. Por ello, el Estado interviene deliberadamente el mercado, transformando un bien privado en un bien público.

En este enfoque, los incentivos se dan por la calidad en la prestación del servicio y no por los precios, dado que este deja de ser un factor determinante para los agentes proveedores. En el sistema actual en Colombia, se reconoce a cada Eps una misma "prima" (el precio) por

cada persona afiliada, por lo que la competencia entre dichas empresas se centra en la calidad en la prestación de los servicios. Así, los usuarios suelen regirse por ese criterio de calidad para elegir su Eps, o inclusive para cambiar a otra en caso de inconformidad.

Para garantizar el acceso al servicio de salud, el Estado determina un esquema de financiamiento mediante cargas tributarias o fiscales o contribuciones parafiscales a cargo de empresas y trabajadores.

A partir de los escasos recursos disponibles el Estado debe establecer las coberturas, en términos de prestaciones y atenciones, y las primas que se reconocerán a los aseguradores. Además, se establecen límites según las restricciones presupuestales de las familias, las empresas y el propio Estado. En la gran mayoría de los casos las necesidades son mayores a los recursos disponibles, hecho que no se puede desconocer.

Esta intervención del mercado por parte del Estado puede adoptar diversos esquemas financieros. Se citan los principales:

- La nación y las entidades territoriales financian los servicios y fijan la cantidad del gasto. En este esquema las principales fuentes de financiación son los impuestos nacionales y territoriales
- Se opta por imponer un impuesto a la nómina, distinto a los impuestos generales
- Se imponen gravámenes a quienes tienen capacidad de pago, con destinación específica
- Se adopta una combinación de los esquemas anteriores.



Esquema de financiamiento en salud: aspectos básicos

Los elementos generales que se deben considerar para definir un esquema de financiamiento en salud podrían sintetizarse así:

- El Estado debe decidir si los recursos destinados a la salud son públicos o privados, o una combinación de los dos.
- La sociedad debe definir claramente los contenidos de los planes de beneficios, es decir, el conjunto de prestaciones y atenciones en salud que de acuerdo con los recursos disponibles es posible financiar, dado un perfil epidemiológico, en un marco de sostenibilidad financiera del sistema, en todo caso teniendo en cuenta la necesidad de suministrar aquellos servicios cuando exista un "estado de necesidad", en los términos de la Corte Constitucional, expresados en su Sentencia SU-484 de 2008.
- Debe considerarse la contención de costos a la luz de criterios de eficiencia y racionalidad económica.
- Es necesario determinar incentivos y desincentivos.
- Deben definirse mecanismos de pago. Esto conlleva al tema de establecer reglas para los procesos transaccionales entre los distintos actores.
- Deben contemplarse mecanismos de ajuste por desviación del riesgo, tarea que implica un riguroso ejercicio de regulación.
- Fijación de límites fiscales y presupuestales.
- Definición de reglas de asignación de recursos entre los diversos niveles de gobierno, entre la nación y las entidades territoriales. He aquí un tema fundamental en un Estado descentralizado, donde se tienen competencias totalmente definidas y recursos asociados a tales competencias.

- Equidad en el financiamiento según la progresividad de las respectivas fuentes.
- Adopción del principio de solidaridad, un valor que se hace imperativo en el tema de la salud.



El sistema de salud adoptado en Colombia

El sistema adoptado en Colombia responde en su esencia al modelo denominado "pluralismo estructurado", que básicamente busca integrar un conjunto de instituciones con claras y diferenciadas funciones con las necesidades y deberes de la población en materia de salud. Entre las funciones se definen las de modulación o de dirección y regulación, de financiamiento, de articulación, aseguramiento y prestación de servicios. Entre los deberes de la población se identifican los de contribución, información, afiliación y hábitos para la conservación de las condiciones de salud.

Este modelo, con algunas variantes, se traduce en el caso colombiano, en el Sgss adoptado mediante la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 1122 de 2007.

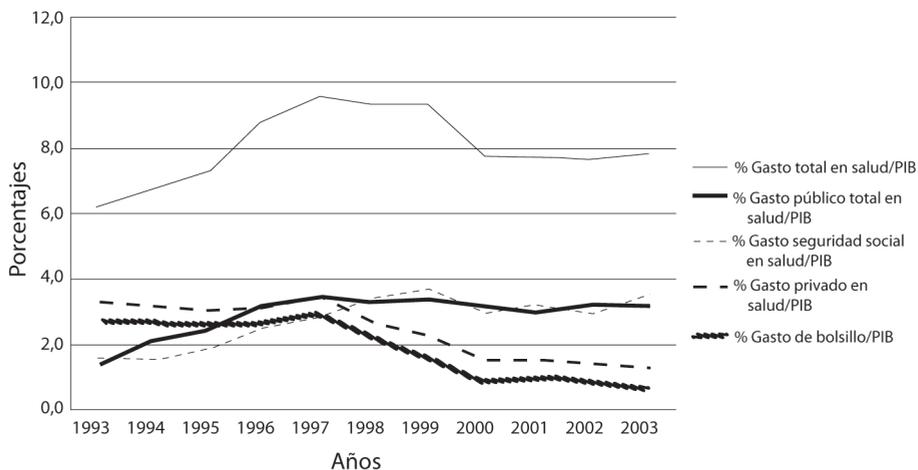
Los resultados del sistema de salud instaurado desde el año 1993, ha sido positivo, pues se han canalizado mayores recursos para la salud, se ha logrado más eficiencia en la asignación de los mismos y se ha alcanzado una mayor cobertura del aseguramiento. El mayor gasto en salud en Colombia se aprecia en los gráficos 9.1, 9.2 y 9.3.

Principios que deben prevalecer y los retos del régimen contributivo

Entre los principios que se considera deben prevalecer en el régimen contributivo se destaca el requisito de que sea financiado con contribuciones parafiscales, que sea autosostenible bajo el concepto de aseguramiento, generando aportes de solidaridad.

Gráfico 9.1

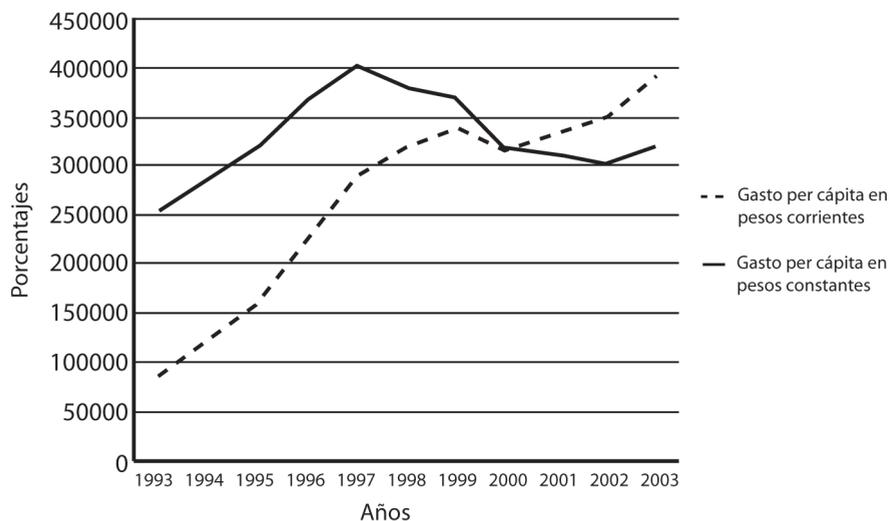
Gasto en salud



Fuente: Barón Leguizamón, Gilberto. 2007. *Cuentas de salud en Colombia. El gasto nacional en salud y su financiamiento.* MPS, PARS, DNP.

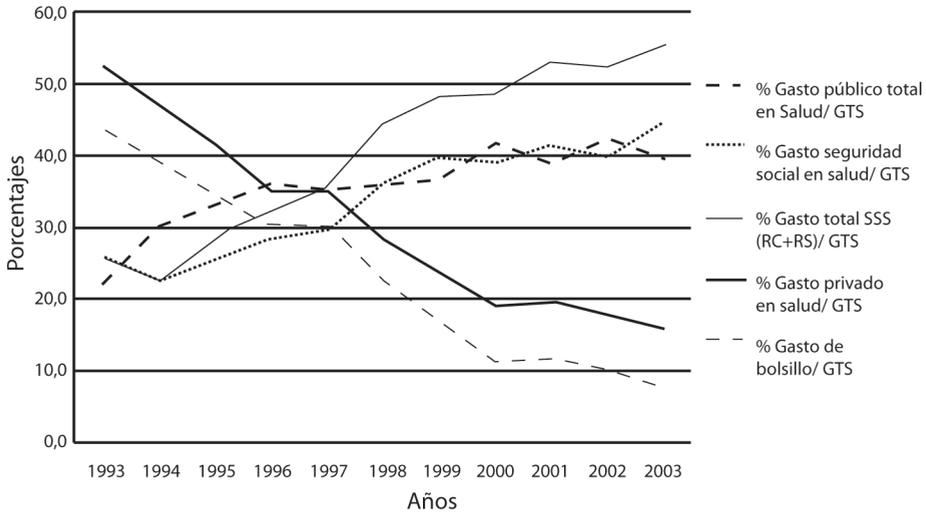
Gráfico 9.2

Gasto en salud



Fuente: Barón Leguizamón, Gilberto. 2007. *Cuentas de salud en Colombia. El gasto nacional en salud y su financiamiento.* MPS, PARS, DNP.

Gráfico 9.3
Gasto en salud



Fuente: Barón Leguizamón, Gilberto. 2007. *Cuentas de salud en Colombia. El gasto nacional en salud y su financiamiento*. MPS, PARS, DNP.

Además, debe estar dirigido a segmentos de la población con capacidad de pago: trabajadores con contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados e independientes. Debe otorgar prestaciones asistenciales y económicas como beneficio.

No obstante, se han identificado factores críticos y retos desde la captación del ingreso para el régimen contributivo, empezando porque existen evidencias de evasión y elusión: en un cruce de registros del año 2006 efectuado por el Ministerio de Hacienda mediante el registro único de aportantes (RUA), que administra, se encontró que cerca de cincuenta mil personas declarantes de renta estaban registradas en el Sisbén, que más de diecisiete mil declarantes estaban afiliados al régimen subsidiado y que existían más de cien mil casos de elusión con datos que no correspondían a los ingresos reportados en las declaraciones de renta.

La planilla integrada de liquidación de aportes (PILA) ha contribuido de manera importante a solucionar dicha problemática. Sin embargo, se espera que se le efectúen los ajustes necesarios para evitar que este mecanismo de pago se convierta en barrera de acceso al régimen contributivo.

En el mismo sentido, mediante la creación de la Unidad de Obligaciones Pensionales y Contribuciones Parafiscales (UGPP) se busca fortalecer la capacidad de vigilancia y control del Estado ante la evasión y elusión, de manera subsidiaria a las responsabilidades de las entidades que administran las contribuciones parafiscales. Se espera que esta UGPP ayude a cubrir los vacíos que presenta el sistema de protección social en materia de determinación y cobro.

En cuanto a la jurisprudencia de la Corte Constitucional se está analizando las implicaciones y efectos que sobre el gasto público tienen las recientes sentencias que en materia de salud se ha proferido, en particular la Sentencia SU-484 de 2008, cuyas consideraciones relevantes fueron enunciadas en el primer capítulo del presente documento.

En todo caso, para enfrentar los factores críticos y los retos enunciados debe tenerse como premisa el hecho de que los ingresos tienden a ser inflexibles mientras los gastos tienden a expandirse, hoy principalmente por el Pos judicial.

No menos importante es la necesidad de resolver el problemas de las “zonas grises” en los Pos, como también lograr la consolidación del mecanismo de aseguramiento de enfermedades de alto riesgo, recientemente adoptado.

Por el principio de autosostenibilidad financiera que esta en la base del régimen contributivo, financiado enteramente con las contribuciones parafiscales de patronos y empleadores, trabajadores independientes y pensionados, su operación debe minimizar cualquier contingencia fiscal para la nación.

Los retos del régimen subsidiado

En cuanto al régimen subsidiado parece haber consenso entre todos los actores del sistema de salud sobre la urgente necesidad de optimizar el sistema de información y la base de datos única, tarea inaplazable que supone un trabajo mancomunado con las EPS y las entidades territoriales.

Esta información es indispensable para saber a ciencia cierta, si realmente están afiliados al régimen subsidiado únicamente los colombianos más pobres sin capacidad de pago. Es imperativo fortalecer las labores de focalización de esa población.

De otro lado, el reto de la cobertura universal implica analizar cómo avanzar en la integralidad del régimen subsidiado y cómo se deben reorganizar y optimizar todas las fuentes de financiamiento. De la misma manera debe mejorarse el flujo de recursos, uno de los eslabones más críticos del sistema.

También deberá decidirse si será más eficiente avanzar en la integralidad del aseguramiento o si se prefiere mantener por un lado los recursos del aseguramiento y por el otro los recursos de oferta para la atención de las actividades y atenciones no contenidas en el Pos (no Pos).

Finalmente formulo una invitación a reflexionar sobre la tendencia creciente a señalar al Estado como responsable de todo. Esta falsa concepción pasa por alto el hecho de que el Estado no produce ingresos, no crea recursos por sí mismo y no es una fábrica de capitales económicos. Por tanto, requiere el concurso de todos los sectores de la sociedad, especialmente de los actores del sistema vigente, para garantizar satisfactoriamente el derecho fundamental a la salud.



Referencias bibliográficas

Restrepo, Mauricio. 1996. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada.

Barón, Gilberto. 2007. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003, el gasto nacional en salud y su financiamiento*. Ministerio de la Protección Social (MPS), Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), Departamento Nacional de Planeación (DNP). Impresol Ediciones. Bogotá.



Visión de futuro desde el aseguramiento

Juan Manuel Díaz-Granados
Nelcy Paredes

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
Acemi



En el pasado quince años desde que Colombia adoptó un nuevo sistema de seguridad social en salud, el cual está basado en el aseguramiento y la participación del sector privado, en la búsqueda de la universalidad, la solidaridad, la eficiencia y un mejor estado de salud para la población.

La reforma ha alcanzado enormes logros, reconocidos por múltiples estudios nacionales e internacionales. En el anexo informativo se presenta una recopilación de cifras provenientes de tales estudios que certifican los buenos resultados obtenidos e ilustran algunos de los retos por resolver.

Los sistemas de salud son dinámicos por naturaleza y el colombiano no es la excepción. Una primera fase de desarrollo de la Ley 100 de 1993 ha culminado en 2008. Luego de las tímidas reformas legislativas introducidas en las últimas normas, el primer período se cierra en una situación de profunda crisis del sistema y la existencia de problemas estructurales, sin que se hubieran tomado decisiones eficaces, ni definido una ruta apropiada hacia el futuro. En 2008 también se da inicio a la segunda fase de la reforma en salud en Colombia, cuyo punto de partida es la sentencia de la Corte Constitucional T-760 que define el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo, señala la necesidad de contar con lineamientos claros en materia de políticas públicas y de regulación y emite una serie de órdenes de profundo calado en materia de planes de beneficios y flujo de recursos.

Así las cosas, se hace necesario considerar el diseño de una nueva fase que permita fortalecer el sistema para proyectarlo hacia los próximos

veinte años. Para este propósito, se requiere la adopción de un paquete de medidas legislativas y reglamentarias, adicionales a una redefinición de políticas en salud, empleo y fomento a la formalidad.

El propósito de este escrito es aportar elementos de juicio para la construcción de ésta nueva fase, para lo cual, a partir de las características deseables que debe tener el sistema de salud colombiano, se proponen los factores críticos que deben ser resueltos.

Las características que serían deseables en nuestro sistema se enuncian a continuación:

- Universalidad
- Resultados en salud
- Equidad
- Calidad
- Acceso
- Protección financiera
- Eficiencia
- Sostenibilidad.

Cada una de estas características, según se dijo, requiere la adopción de medidas concretas de regulación y gestión que son factores críticos para su éxito.



Universalidad

La universalidad supone, como es obvio, que toda la población tenga acceso a los servicios de salud. En el mundo existen básicamente dos modelos para lograrlo: el primero, un sistema público en el cual el Estado coordina, organiza, asume el riesgo y presta directamente los servicios de salud a toda la población, por medio de redes de hospitales, preferentemente de naturaleza pública. El segundo modelo, el de aseguramiento, requiere la existencia de una o varias entidades que asumen el riesgo de enfermedad a cambio de una prima. En este modelo, el asegurador puede ser un monopolio público, parecido al antiguo sistema colombiano, o un esquema en el que operan varias

entidades aseguradoras, con participación del sector privado, en un ambiente de competencia regulada, alternativa que adoptó Colombia con la Ley 100 de 1993.

En este escenario se supone que todo colombiano debe estar afiliado a una entidad aseguradora, finalidad que fue dispuesta por el legislador en 1993, ratificada por el legislativo y ordenada por la Corte Constitucional.

El reto sigue siendo cómo llegar efectivamente a la universalidad, garantizando que ella sea sostenible en el tiempo.

Para lograr este objetivo es preciso abordar los siguientes factores críticos:

Regulación del derecho a la salud

Como consecuencia de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, Colombia se enfrenta a una nueva realidad en la cual la salud es un derecho fundamental, lo cual supone una visión distinta del derecho a la salud y por supuesto una regulación y tratamiento específico.

La Corte señala que la salud como derecho fundamental puede ser susceptible de:

- Ser limitado, siempre que se respete un núcleo esencial que debe contener los servicios que se requieran (prescritos médicamente) con necesidad por el paciente (que no pueda soportarlos económicamente). Dado que además la Corte indica que deben respetarse los principios de vida, integridad y dignidad, surge el interrogante de determinar cuál es el alcance del derecho a la salud y, por tanto, los límites que puedan ser aplicados. La inquietud básica es que si el núcleo esencial es extremadamente amplio y la posibilidad de establecer limitaciones es muy reducida, se requerirán recursos económicos muy cuantiosos, con los cuales no se cuentan.

- Ser progresivo, es decir que los planes de beneficios, en función de la disponibilidad de recursos, no tienen por qué incluir en las primeras etapas todos los servicios. La Corte solicitó un cronograma en que progresivamente los planes incorporen nuevos beneficios. A este respecto la inquietud es que los límites de tales planes podrían dejar de aplicarse si, desde el principio, no incorporan el núcleo esencial del derecho a la salud, con lo cual, en la práctica, la progresividad sería simplemente un enunciado.

En este escenario el país tendrá que regular la salud como un derecho fundamental, para lo cual se ha sugerido la adopción de una ley de carácter estatutario, mecanismo previsto en la Constitución para regular este tipo de derechos.

Unificación del sistema y de la afiliación

Hoy día existen varios subsistemas sujetos a reglas y beneficios diferentes. El país necesita un solo sistema con uniformidad de coberturas y operación coordinada, para lo cual se precisa un cronograma de homologación de planes de beneficios para toda la población. Ello implica la adopción de decisiones difíciles, especialmente por la inclusión en esta política de las poblaciones que hasta ahora han estado exceptuadas.

Como se desprende de lo anterior, cada subsistema tiene requisitos, soportes documentales y bases de datos diferentes, que tienen que ser superados por una afiliación unificada, sincronizada con el sistema de identificación oficial del país.

Movilidad entre regímenes

Uno de los problemas más apremiantes de la situación actual es la movilidad entre regímenes. La muestra más dramática es la de personas que prescinden de una oferta de empleo y de su afiliación al régimen contributivo derivado de este, por no perder el cupo del régimen subsidiado. La afiliación debe ser al sistema, independiente de quien paga la prima. El sistema, en este caso, habrá de prever que la

cobertura del subsidio se activa o desactiva automáticamente, según la situación en que se encuentre el afiliado.

Aseguramiento

El aseguramiento es el mecanismo definido por la ley para lograr la universalidad en la cobertura y hacer efectivo el derecho a la atención en salud de la población. En Colombia, como lo demuestran estudios recientes, el aseguramiento, en el cual participa activamente el sector privado, ha demostrado ser útil para extender la cobertura y, lo que es más importante, para brindar un acceso real a la atención.

En la nueva fase la consolidación del aseguramiento permitirá garantizar la cobertura universal. Sin embargo, es preciso definir los términos y condiciones apropiados para que el sector privado pueda actuar en esta importante actividad. Todo inversionista requiere un marco jurídico estable y seguro, así como una rentabilidad razonable de su inversión, aspectos estos que no se han dado en el sector.

Reingeniería del régimen subsidiado

El régimen subsidiado demanda su incorporación al sistema único. Esto supone reformas importantes dirigidas a unificar el proceso de afiliación, simplificar las reglas de operación, así como centrar la administración de los recursos en un fondo común con cargo al cual se paguen las primas de aseguramiento.

En un sistema unificado no será necesaria la celebración de contratos entre aseguradores y entidades territoriales. También tendrá que suprimirse la contratación obligatoria de los aseguradores con la red pública de hospitales, que no contribuye a la eficiencia y supone mayores gastos que afectarán a la universalidad. Bajo tales circunstancias es evidente la necesidad de adelantar un plan de modernización para que dicha red pública de hospitales sea viable en el futuro.



Resultados en salud

El aseguramiento es uno de los instrumentos para hacer efectivo el derecho a la salud y para mejorar las condiciones de salud de la población colombiana, si se trabaja de manera coordinada con el Estado, para intervenir oportunamente los factores de riesgo que la afectan.

En este sentido, la nueva fase del sistema debe establecer claramente las prioridades de salud que pueden ser atendidas, así como las competencias y el alcance de la gestión que, para su resolución, habrán de asumir las aseguradoras, las entidades territoriales, los prestadores y los mismos usuarios. A partir de estas definiciones, se medirán los resultados de la acción de cada participante, en términos de las mejorías obtenidas en los indicadores de salud de la población.

Nuevo plan de beneficios explícitos en función de prioridades

El plan de beneficios tiene como función establecer la cobertura de servicios de salud a los cuales tiene derecho la población. La manera como este se diseñe contribuye eficazmente a mejorar los resultados en salud, si apunta a la satisfacción de las principales necesidades de atención de la población. Bajo esta perspectiva, metodologías para evaluar la efectividad y la eficiencia de las alternativas terapéuticas disponibles, se constituyen en una herramienta fundamental para seleccionar las coberturas del sistema que darán el mayor beneficio a la población, en países que, como Colombia, tienen recursos económicos limitados.

El plan obligatorio de salud colombiano fue elaborado en 1994 y no ha sido sometido a una revisión integral. Esta es una necesidad apremiante que requiere, entre otros, considerar los siguientes aspectos:

- El impacto del cambio demográfico, en el cual se evidencia un proceso de envejecimiento de la población
- La existencia de zonas muy pobres con alta prevalencia de enfermedades transmisibles
- Los estudios de carga de la enfermedad
- Las probabilidades de ocurrencia de cada patología
- Las diferentes alternativas terapéuticas disponibles

- Los costos de prestación de cada una de las alternativas terapéuticas
- Los estudios de costo efectividad para seleccionar aquellas alternativas terapéuticas que producen el mejor resultado al menor costo posible.
- La metodología actuarial para el cálculo de la U_{PC}.

De acuerdo con los lineamientos de la Corte Constitucional, el nuevo plan de beneficios requerirá ser elaborado y discutido en los distintos sectores de la sociedad, es decir usuarios, médicos, instituciones, gobierno, etc., lo cual, por supuesto, dará mayor legitimidad a este importante instrumento.

Esquema de gestión de riesgos en las Eps

Las Eps son aseguradoras que están sujetas a unas reglas muy rigurosas, en virtud de las cuales no se les permite seleccionar los riesgos, la afiliación es obligatoria y la cobertura y el precio son determinadas por el Estado. La importancia de la gestión de las Eps se concentra, entonces, en la administración de la red, en la búsqueda de los servicios de salud de la mejor calidad para sus afiliados, al precio más asequible posible y en la implantación de modelos de prevención de las enfermedades.

Para garantizar el cumplimiento de esta obligación, las Eps tienen el reto de diseñar un sistema de administración de riesgos, que haga posible identificar, calificar y monitorear los factores de riesgo a que está expuesta la organización en su conjunto, así como la interrelación entre aquellos asociados a su gestión y los de salud a los que está expuesta su población afiliada. Este sistema le permitirá, en el marco de sus competencias, intervenir los riesgos de salud para prevenir la aparición de la enfermedad o reducir su severidad, salvaguardando con ello su propia supervivencia.

Trabajo coordinado entre entes de gobierno y Eps

Obtener los mejores resultados en salud depende del trabajo coordinado del gobierno, en sus diferentes jurisdicciones, con las Eps para

que, mediante la intervención oportuna de las causas que afectan la salud, se logre reducir la incidencia y prevalencia de nuevas patologías y su severidad.

Es imprescindible que las acciones de promoción de la salud y aquellas que se desarrollan en la colectividad, se complementen con las que debe realizar la EPS y su red de atención, en su relación directa con el afiliado.

Identificación e intervención de factores de riesgo-trabajo multisectorial

En la mayoría de los casos las enfermedades se originan por factores externos que escapan al accionar del sector, incluyendo a las EPS. Por el contrario, una gran parte de las causas de enfermedad, son generadas por deficiencias que se presentan en otros sectores claves, como pueden ser la educación, el medio ambiente, la infraestructura de acueducto y alcantarillado y la seguridad, entre otros.

Obtener cada vez mejores condiciones de salud para la población, implica el compromiso del gobierno, en su conjunto, para que se generen políticas saludables que intervengan los factores de riesgo que alteran la salud.

El desafío para las EPS, además de las acciones de prevención, detección temprana y atención de las necesidades de salud de sus afiliados, es desarrollar un sistema de información epidemiológica, con el propósito de identificar oportunamente los factores de riesgo para que alerten a las autoridades y para que adelanten ellas mismas los programas de intervención, según las competencias de cada cual.

El compromiso del gobierno es vincular a todos los sectores que pueden generar riesgos para la salud, sociales y económicos, de tal manera que se implementen políticas que minimicen los efectos negativos sobre la salud de la comunidad.

Modelo de atención de medicina familiar

En el desarrollo de sus competencias, las Eps deben desarrollar modelos de gestión que privilegien la atención integral del afiliado y su familia, en el entorno social y laboral en que se encuentran.

Es por ello importante que se dé mayor prioridad a los modelos de atención de medicina familiar, fortaleciendo el papel y la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

Premios y castigos por autocuidado

Como se mencionó al inicio, la obtención de mejores condiciones de salud para la población requiere el compromiso de todos, incluyendo el del mismo afiliado.

En este sentido y en desarrollo del mandato constitucional, contenido en el artículo 49 de la Carta Política, es necesario que el Estado promueva la adopción de normas o programas que premien los hábitos de vida saludable y castiguen las conductas riesgosas que adopte el individuo y que le generen algún problema de salud.



Equidad

Lograr que el sistema de salud contribuya a la meta del gobierno de reducir la pobreza y las desigualdades, implica que este se organice y financie de tal manera que toda la población reciba los mismos beneficios, independientemente de su condición económica o de su riesgo de enfermar.

Los estudios antes mencionados muestran que los instrumentos adoptados por la Ley 100 van dirigidos en la vía correcta, pero se requiere su reforzamiento para que se eliminen los factores que aún generan inequidades.

Solidaridad (vía cotización o vía impuestos)

Un elemento de nuestro sistema de salud es su solidaridad. Esta se da por varios caminos: el primero mediante el aporte al cual están obligados los afiliados al régimen contributivo para la cofinanciación del

subsidio que otorga el sistema a la población más pobre que no cuenta con un empleo o actividad que le genere el ingreso necesario para su sustento. El segundo, es una transferencia, al interior del régimen contributivo, entre los afiliados de mayor ingreso o mejor condición de salud, hacia los de menor ingreso o los más enfermos.

Este esquema de solidaridad ha permitido que la población pobre y aquella con problemas de salud que superan su capacidad económica, puedan acceder, por medio del aseguramiento, a los servicios de salud que requieran. El desafío es garantizar las condiciones económicas que permitan, ya sea vía el aporte por cotizaciones o el pago de impuestos, los recursos económicos para garantizar la universalidad y la unificación de los planes de salud para toda la población.

Equiparación progresiva de planes

Resolver el reto mencionado en el punto anterior es un imperativo para eliminar la inequidad que implica tener planes de salud diferentes para segmentos de la población, afectando justamente a los más pobres.

Ello demanda la adopción de medidas que regulen los excesivos beneficios que reciben unos muy pocos sectores de la población, colocando en riesgo la atención de sectores más amplios de la población.

Prima de seguro por nivel de riesgo en el régimen contributivo

Dado que hemos optado por organizar el sistema de competencia regulada, es fundamental establecer medidas de política que corrijan los errores propios que puede presentar el aseguramiento. La primera es que la prima se adecue al nivel de riesgo asumido la cual debe ser diferente en función de la probabilidad de enfermar de los individuos. Ya existen en el sistema primas por edad, sexo y localización geográfica. No obstante, tenemos el reto de buscar alternativas para que estas estén adecuadamente ajustadas e incluyan correcciones por enfermedad o historia de consumo de servicios.

Prima de seguro por nivel de riesgo en el régimen subsidiado

Infortunadamente en este régimen la prima no reconoce diferencias

entre los riesgos de salud de los niños, adultos, mujeres en edad fértil, ni población mayor. Es una prioridad corregir esta situación, mediante primas diferenciales, por nivel de riesgo.



Calidad

La citada característica es la más importante en la competencia entre las EPS. Pero este no es un concepto simple ni fácil de abordar. Se relaciona con el acceso, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. Además, integra elementos como la idoneidad y la competencia profesional, la disponibilidad y la suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la continuidad y la atención humanizada, para así lograr la satisfacción del usuario.

Aunque se establecieron normas que definen los contenidos del sistema de garantía de calidad para Ips y Eps, los avances son lentos. Además de estimular su desarrollo, el sistema colombiano necesita que se definan las condiciones medias de calidad aplicables para que efectivamente se produzcan los resultados esperados de una mejor condición de salud para los afiliados. Para ello se deben atender los siguientes factores críticos:

Fijación de estándares según recursos

Es necesario definir los estándares mínimos de calidad en tres dimensiones: atención, prestación de servicios y resultados en salud con el fin de delimitar, de manera explícita, las condiciones de calidad media que, según la Ley 100 de 1993, son compatibles con los recursos disponibles.

Adopción de guías de atención

Los contenidos del Pos pueden definirse como una lista explícita de servicios o como una selección de patologías. En cualquier caso lo ideal es tener guías de atención en las cuales se detallen de manera explícita: el proceso de atención, las condiciones específicas de los pacientes a quienes el sistema otorga una determinada prestación, actividad, procedimiento, dispositivo, insumo o medicamento y las condiciones medias de calidad que ofrece el sistema, según lo definido en el punto

anterior. Las guías facilitan estandarizar la prestación de servicios y reducen su variabilidad.

Fortalecer acreditación

Se deben generar condiciones para que las entidades tanto prestadoras como aseguradoras establezcan programas continuos de mejoramiento de la calidad, para lo cual procedería evaluar la posibilidad de definir incentivos.

Certificación de profesionales de la salud

El sistema ha avanzado en el reconocimiento de que el recurso humano es un pilar fundamental para cualquier objetivo que se pretenda alcanzar en salud. Es por ello que se debe buscar que la educación formal y continuada impartida en las universidades, contenga de manera efectiva el conocimiento acerca del funcionamiento del sistema, sus logros y las limitaciones que se enfrentan para lograr los mejores resultados a favor de la población. Así mismo, es perentorio que se promueva la utilización de metodologías basadas en la evidencia para garantizar el acceso de los colombianos a aquellas intervenciones que mejoren el nivel de salud, a costos sostenibles para el sistema.

Farmacovigilancia

Uno de los retos más importantes para la sostenibilidad de los sistemas de salud en el mundo, es la disponibilidad de nueva tecnología, la cual en el campo de la salud implica, con frecuencia, mayores costos en el corto plazo y decisiones éticas difíciles en torno a los conceptos de equidad e igualdad. En este punto el país necesita institucionalizar un análisis de las tecnologías que puedan ingresar al país y de aquellas que serán costeadas con recursos públicos, acompañado de un sistema robusto de fármaco y tecnovigilancia.

Es conveniente que los resultados de estos sistemas sean conocidos por la población para que pueda hacer una mejor utilización de los medicamentos y la tecnología cubierta por el sistema.

Inspección, vigilancia y control

La competencia regulada tiene como parte fundamental un régimen de inspección, vigilancia y control que supervise periódicamente el cumplimiento de las normas por parte de las entidades, de suerte que establezca, de manera oportuna, las acciones y sanciones que sean requeridas.

El desafío es diseñar un sistema de control verdaderamente eficaz que puede partir de la definición de indicadores de gestión y de control sensibles a la generación de problemas en una entidad, para su oportuna intervención.

Replanteamiento de la red pública de prestadores territoriales

En el régimen subsidiado se requiere replantear la obligación de contratación con la red pública de prestadores cuando ella no garantice un acceso real y unos resultados en salud a la población del régimen subsidiado, a un costo asequible que el sistema pueda pagar. Para ello se deben definir estándares mínimos de calidad en cada una de las dimensiones mencionadas.

Cuando en una región solo se encuentre la oferta pública disponible, el gobierno tendrá que adoptar un plan de modernización que garantice la mejor respuesta posible, para el nivel de atención en el que opera. En algunos de estos casos deberá, igualmente, cofinanciar la operación de dicha infraestructura ya que, a las tarifas que pueden contratar las EPS, implícitas en la nota técnica de la UPC-S, la entidad no puede mantener adecuadamente el costo de su operación.



Acceso

La garantía de acceso depende de múltiples variables socioculturales y económicas, por lo cual se hace imperativo estudiar los determinantes para elegir las acciones de política más adecuadas para su cumplimiento efectivo.

Dentro de los retos que esta característica exige, está la consolidación de un solo sistema de salud, basado en aseguramiento, con prestaciones de salud definidas explícitamente tanto en servicios como en condiciones de calidad, que responda a las necesidades más apremiantes de la población.

Aseguramiento

Como se mencionó, el desafío de la segunda fase del sistema es consolidar el aseguramiento como estrategia para garantizar el acceso y resolver los problemas de inequidad que aún persisten.

Nuevo plan de beneficios explícito en función de prioridades

En la tarea de diseñar un nuevo plan de beneficios la definición de prioridades es un imperativo ético ya que los recursos disponibles nunca son suficientes, ni en nuestro país ni en países de alto nivel de desarrollo, para satisfacer todas las necesidades de salud de la población.

La forma de establecer las prioridades, desde el punto de vista técnico, se detalló en un punto anterior. No obstante, la definición de prioridades debe también ser un proceso democrático en el cual participen los usuarios, los médicos, los financiadores y los proveedores del servicio, a partir de una comprensión de las restricciones de recursos y de la necesidad de acordar los criterios para la definición de las coberturas.

Estándares de garantía de oportunidad, según recursos

Una definición indispensable en el diseño del Pos es fijar de manera explícita las condiciones de oportunidad para el acceso a los servicios que el sistema se compromete a garantizar a los colombianos. Teniendo en cuenta las limitaciones de recursos, no solo financieros humanos, tecnológicos y administrativos del sistema, se requiere que el usuario conozca plenamente el alcance de sus derechos y los plazos en los cuales va a tener acceso a los servicios definidos de acuerdo con las prioridades del servicio.

Trámite de los usuarios

Según las encuestas disponibles, el trámite de autorización de servicios es un elemento que produce insatisfacción en los usuarios del

servicio. Las EPS, en conjunto con el gobierno, deben revisar las normas vigentes con el ánimo de plantear alternativas para la verificación de los derechos y la pertinencia de los servicios, que sean transparentes para los usuarios.

Suficiencia de la red de prestación

Las EPS han detectado que en varias zonas del país o en ciertos servicios o en algunos momentos en los que se eleva la demanda por determinadas enfermedades, que hay escasez de oferta de atención que afecta el acceso y la oportunidad del servicio.

Esta situación, en muchos casos de carácter estructural y no coyuntural, requiere promover la ampliación de la oferta física y de recursos humanos para el adecuado suministro de los servicios. Las EPS están en la obligación de participar de esta solución porque es a ellas a las que les corresponde garantizar la red de servicios a sus afiliados.

El sistema necesita un plan que evalúe la correspondencia de la oferta de servicios frente a la demanda actual y futura de atención en salud que permita tomar los correctivos necesarios.

Recurso humano

Como se mencionó, hay deficiencias importantes en la disponibilidad de recurso humano en algunas especialidades y para la cobertura de atención en algunas zonas del país. La reglamentación de la Ley 1162 podría incentivar a los profesionales de las especialidades deficitarias o para su ejercicio en zonas apartadas.

Esquema separado para servicios no Pos de carácter progresivo

La responsabilidad de una EPS, como la de cualquier otro asegurador, debe circunscribirse a la cobertura prevista en el respectivo plan de beneficios. En consecuencia la EPS no es responsable de los servicios excluidos del Pos.

Con base en la doctrina constitucional los servicios fuera del Pos que reúnan las características definidas por la Corte Constitucional deben ser suministrados por el Estado como último garante del derecho a la salud. Desde nuestra óptica es menester deslindar claramente los roles en el sistema. A la Eps corresponde asumir los contenidos Pos. Todos los servicios no Pos deberán corresponder al Estado, el cual es el real deudor de dichos servicios excluidos del plan de beneficios.

El manejo de los servicios no Pos debe obedecer a un sistema de gestión nacional con procedimientos y criterios técnico científicos unificados. Los aludidos servicios deberán ser pagados por un esquema diferente de las Eps, como por ejemplo un fondo público administrado directamente por el Estado.

El nuevo mecanismo tendrá que incorporar regulaciones precisas en cuanto a la capacidad de pago de los usuarios de los servicios no Pos, lo cual requiere de consultas de bases de datos como las manejadas por la DIAN, entre otros.

Así mismo, teniendo en cuenta que algunos usuarios pueden contar con patrimonio suficiente para asumir los servicios no Pos pero no contar con la liquidez para realizar el pago, el nuevo esquema podría contemplar que este fondo público brinde líneas de crédito a estos usuarios.

Replanteamiento de la red prestadora pública territorial

Ya se mencionó la importancia de realizar un replanteamiento de la red pública prestadora de servicios de salud, a partir de estudios de la oferta disponible, en cada zona del país. Esto implica, pensando en el usuario más pobre, la adopción de decisiones difíciles respecto de aquellas instituciones que no son viables, así como arbitrar más recursos para reforzar, con inversiones en equipamiento y en gestión, las que sí lo sean.

En este mismo sentido procede revisar la obligación de la contratación obligatoria de las Eps con dicha red, sobre todo en aquellos casos en los cuales ella no brinda el acceso oportuno y con calidad a los servicios que requieren los afiliados.



Protección financiera

La Ley 100 de 1993 propuso la protección financiera como uno de los fundamentos del servicio público de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe del 2000 "Mejorar el desempeño de los servicios de salud", calificó el sistema de salud colombiano como el primero del mundo que logra garantizar una real protección a los afiliados.

Este importante logro debe defenderse. Para ello es imperativo consolidar el sistema de aseguramiento y garantizar su adecuada financiación.

Aseguramiento

El aseguramiento es uno de los instrumentos más poderosos para garantizar un acceso efectivo a la atención, porque el afiliado no asume directamente el costo total de su atención. En el sistema colombiano, el individuo, a cambio de una prima, transfiere a un asegurador el riesgo de ruina que le puede generar la financiación, con recursos propios, de un evento de enfermedad en su grupo familiar. El aseguramiento evita que las familias caigan en la pobreza cuando deban enfrentar casos de atención en salud que no puedan soportar económicamente.

Ello implica que Colombia tenga el gasto de bolsillo menor en los países de la región. Esto último representa un logro de la mayor trascendencia porque es una garantía para la estabilidad económica y la calidad de vida de las familias de bajos ingresos.

Hay que afrontar con responsabilidad y valentía los desafíos mencionados a lo largo de este escrito, para garantizar la consolidación de un sistema que hasta el momento y a pesar de todas las dificultades enfrentadas ha logrado brindar a la población, especialmente a la más pobre, un acceso real a los servicios de salud.

Impulso a los planes adicionales

Dado que los recursos económicos disponibles son limitados la cobertura universal bajo un plan de servicios esenciales de salud para todos implica la necesidad de priorizar las patologías más importantes con

modelos de atención que brinden la mayor y mejor respuesta para la población colombiana. Es preciso entonces que aquellas personas con capacidad de pago, que deseen mejorar estas condiciones mínimas, realicen aportes adicionales a planes de salud voluntarios.

La financiación de las prestaciones de salud por medio de estos mecanismos, contribuyen a reducir las frecuencias de utilización de servicios a cargo de la UPC. Son recursos adicionales que ayudan a financiar el sistema y se constituyen en un elemento adicional que amplía la solidaridad y la protección financiera de la población de menores recursos económicos.

Para este propósito carecen de sentido las barreras reglamentarias y los criterios restrictivos de la Superintendencia Nacional de Salud que afectan negativamente a los planes complementarios y a la medicina prepagada.

Adecuado balance en copagos y cuotas moderadoras

El sistema requiere ajustar el mecanismo de pagos moderadores y copagos que contribuya con la financiación de los servicios e incentive su buena utilización por parte de la población afiliada.



Eficiencia

La OMS asimila el concepto de "eficiencia del sistema de salud" al de "desempeño global", definido a partir de los resultados alcanzados por un sistema, dado un nivel determinado de recursos. El sistema de aseguramiento adoptado por la Ley 100 de 1993, incluye este principio para la seguridad social en su conjunto, de tal manera que se obtenga "la mejor utilización social y económica de los recursos disponibles".

La eficiencia es un imperativo ético para lograr los mejores resultados de salud dados los recursos disponibles. Es primordial definir los mejores modelos de atención y los procesos técnicos más eficientes para alcanzar las metas del sistema, asegurando el acceso a servicios de calidad a toda la población.

Aseguramiento

El aseguramiento también puede contribuir a la eficiencia en la medida que las EPS deben cubrir los servicios de salud contenidos en el Pos, que la población afiliada requiere, con los recursos de la UPC y los copagos y cuotas moderadoras. Para responder adecuadamente por los riesgos cubiertos, la EPS desarrolla programas de prevención y detección temprana de las enfermedades para reducir su aparición o la complejidad de sus secuelas. También selecciona la red de la mejor calidad posible, que se ajuste a las necesidades de atención de su población, a un precio compatible con los recursos recibidos.

Para cumplir con este postulado es necesario definir adecuadamente los contenidos del Pos para que puedan ser financiados con la prima asignada. Así mismo, se requiere realizar un seguimiento cercano de los resultados obtenidos por las EPS para obtener la mayor cantidad de servicios, con los recursos disponibles.

La experiencia del sistema de salud colombiano ha demostrado que el aseguramiento y, especialmente, la participación del sector privado produce una reducción sustantiva en los gastos de administración, lo cual muestra que sí es posible obtener mayor acceso y mejores resultados en salud con los mismos recursos disponibles. Sin embargo, no es dable pensar que reducciones adicionales apreciables en los gastos de administración sean posibles.

Participación sector privado en el aseguramiento

No se puede desconocer que buena parte del crecimiento económico de un país descansa sobre la empresa privada, pues esta tiene los incentivos para promover la inversión y el crecimiento a cambio de una utilidad razonable.

La participación del sector privado en el aseguramiento de la salud ha generado innegables niveles de eficiencia, pero para que la empresa privada pueda sobrevivir se requieren reglas claras y seguridad jurídica para actuar en esta importante actividad. Hoy, estos aspectos son críticos.

Las evaluaciones de varias experiencias en países con diversos modelos, muestran que si se restringe la propiedad o la iniciativa privada, los niveles de crecimiento y desarrollo son inferiores a los alcanzados cuando se estimula al sector privado. Perseguir el lucro, siempre y cuando vaya de la mano con la responsabilidad social, no solo es positivo sino necesario.

La participación del sector privado, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, ha demostrado sus bondades. El reto es garantizar, de un lado, las definiciones adecuadas del Pos y la UPC y, de otro, establecer reglas claras que dan transparencia a la relación entre el Estado y las EPS.

Participación sector privado en la prestación

El sector privado ha estado siempre presente en la prestación de servicios de salud. No obstante, su crecimiento y desarrollo requiere también un ambiente adecuado para la inversión, lo cual implica la definición adecuada de la UPC para que ella pueda remunerar adecuadamente el servicio.

Promoción de la competencia regulada

El sistema de salud se soporta sobre la competencia por calidad, dado que el precio y el producto están definidos por el Estado. Es un esquema de mercado ampliamente regulado.

Uno de los elementos necesarios para promover la competencia es permitir la libertad de precios en el mercado de servicios de salud para que en una sana competencia, se puedan obtener los mejores servicios de salud a un precio adecuado que el sistema pueda pagar. Es por esto que se requiere revisar las fallas del mercado que supuestamente propone resolver el manual de tarifas mínimas que se pretende expedir. Definir por decreto los precios que deben pagar las EPS, eliminará una de sus funciones básicas e impactará la financiación futura de los servicios de salud. Además, una imposición de precios limitaría en extremo el marco de gestión de las EPS, lo cual se sumaría a la fijación de la cobertura, la prima y los deducibles por parte del Estado.

En estas circunstancias se estaría desvirtuando el carácter asegurador de la EPS.

Metodología oficial de costo efectividad

La actualización del Pos demanda la realización de estudios de evaluación económica como una herramienta que ayude a la toma de decisiones sobre la incorporación de servicios de salud. Una de tales metodologías es la de costo efectividad la cual considera tanto los efectos sobre la salud como sobre los recursos consumidos por el respectivo servicio, comparado con otras alternativas terapéuticas disponibles.

Sería altamente conveniente que la Comisión de Regulación en Salud (CRES) adopte una metodología oficial de costo efectividad.

Metodología oficial de adopción de nueva tecnología

Las metodologías de evaluación económica son importantes pero no suficientes para la definición de los contenidos del Pos. Los descubrimientos biomédicos no pueden mejorar la salud de las personas si no se hacen investigaciones que determinen cómo aplicarlos en los distintos sistemas de salud y contextos políticos y sociales, garantizando que lleguen a quienes más los necesitan, a costos que la sociedad y el país puedan pagar.

Estas innovaciones están presionando los costos del sistema, por lo cual es perentorio asignar a una entidad o a un grupo externo de carácter eminentemente técnico, la función de evaluar los beneficios de las innovaciones, en comparación con las otras alternativas disponibles.

Información transparente

Una adecuada rectoría del sistema necesita un sistema de información que haga posible monitorearlo y tomar las decisiones adecuadas en el momento oportuno.

Así mismo, los diferentes participantes del sistema requieren, para sus análisis del entorno y la planeación de sus actividades, conocer la

información que debe estar disponible para todos. No puede haber información oficial que no pueda ser consultada, especialmente aquella, como la de los estados financieros, que es aprobada por la autoridad competente.

El sector ha hecho esfuerzos importantes en la definición y estandarización de datos de consumos de servicios y diagnósticos (RIPS), pero hay un atraso importante de ciertas instituciones en su implementación. Después de diez años de su definición, es necesario que el gobierno evalúe el sistema para que proponga su simplificación, teniendo en cuenta los costos de producción de datos que no se usan.

Reingeniería régimen subsidiado

Como ya se expresó, el régimen subsidiado debe ser repensado en su operación, la cual es en extremo complicada, genera costos de transacción importantes y es altamente ineficiente. Además, falta claridad en las responsabilidades de las entidades que intervienen en el proceso. Las decisiones son importantes y seguramente su discusión y análisis tendrá un alto contenido político. No obstante, si ellas no se adoptan, continuarán los problemas, en perjuicio de la población pobre.

Replanteamiento de la red pública territorial

Ya se ha dicho de manera reiterada que se requiere un replanteamiento de la financiación y operación de la red pública, que hoy genera ineficiencias desviando recursos que pueden ser invertidos en la atención de la población más pobre. Los hospitales públicos tienen que prepararse para un entorno en que los subsidios a la oferta se reducirán hasta desaparecer, por lo cual su sobrevivencia dependerá de su propia gestión.



Sostenibilidad

La reforma de 1993 proyectó un sistema de cobertura universal en el que toda la población colombiana tendría acceso a los mismos servicios de salud a cambio de una prima que la pagaba el sistema con los aportes por cotización y mediante la asignación de subsidios para la población más pobre. Para alcanzar la autosostenibilidad en

el mediano plazo, la ley partió del supuesto de una economía con tasas de crecimiento promedio cercanas a 5%, que mantendría tasas de desempleo de un solo dígito. En este escenario, los aportes por cotización generaban los recursos, tanto de solidaridad como de impuestos, necesarios para apalancar la financiación del régimen subsidiado.

Las condiciones económicas no han sido las esperadas y ello impacta el sistema de salud. Su análisis es ineludible en la proyección futura del sistema.

La desaceleración de la economía genera efectos negativos en las cotizaciones derivadas del empleo y en los recaudos tributarios. Simultáneamente exige un mayor esfuerzo fiscal del Estado para mantener el financiamiento del régimen subsidiado.

Por lo anterior un régimen contributivo robusto y de mayor tamaño que el subsidiado se constituye en elemento esencial de la sostenibilidad, la cual supone, por otro lado, que el aseguramiento sea sostenible como tal, es decir que la UPC se calcule técnicamente para poder cubrir los beneficios del Pos.

Formalización de la economía

Si la economía no genera empleo formal, se afectan los ingresos por cotizaciones, el flujo de recursos, lo cual pone en riesgo la autosuficiencia del régimen contributivo.

En el país se han desarrollado, a veces con la tolerancia gubernamental, modalidades de contratación que marginan al trabajador de la formalidad. El reto es incorporar el mayor número de personas en la economía formal, lo cual como consecuencia traerá mayores afiliados al régimen contributivo que apalanquen el sistema.

Control a la elusión y evasión

En los quince años de desarrollo del sistema se han construido instrumentos para el control de la evasión y la elusión. En este sentido

está el registro único de aportantes (RUA), la Ley 828 de 2003 y otro paquete de medidas reglamentarias establecidas con ese objetivo. Posteriormente se articuló el registro único de afiliados (RUAF) y, recientemente, se unificó el recaudo de los aportes parafiscales y de seguridad social mediante la PILA y se creó la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Parafiscales de la Protección Social (UGPP). Los resultados para el control de la evasión aún no han sido los esperados y se debe propender por la aplicación coordinada de todas estas normas para lograr un mayor impacto.

Estos sistemas deben acompañarse también de cruces con otras bases de datos disponibles para corroborar los ingresos de las personas como la DIAN.

También es importante encontrar fórmulas para que las personas de bajos ingresos puedan afiliarse al régimen contributivo, sin la obligación de realizar la cotización plena a pensiones o generar esquemas de ahorro para la vejez.

Costeo actuarial del plan de beneficios

Para garantizar la sostenibilidad de las Eps y del sistema no basta hacer estudios de costo efectividad que evalúen las nuevas tecnologías. Las decisiones finales de inclusión en el Pos deben hacer proyecciones de incidencia de las patologías y probabilidades de utilización de servicios y comparar este costo con los ingresos disponibles en el sistema.

Se requiere cambiar la metodología de cálculo de la Upc para que se utilice información histórica sobre los consumos de servicios y sobre los costos de atención para que se estimen, con metodologías actuariales, las probabilidades de uso por diferentes variables, tal como se hace en la definición de las primas en cualquier seguro.

Esquema separado para servicios fuera del plan de carácter progresivo

Como ya se mencionó, se requiere una entidad externa para que evalúe la pertinencia de servicios no Pos en casos específicos y autorice

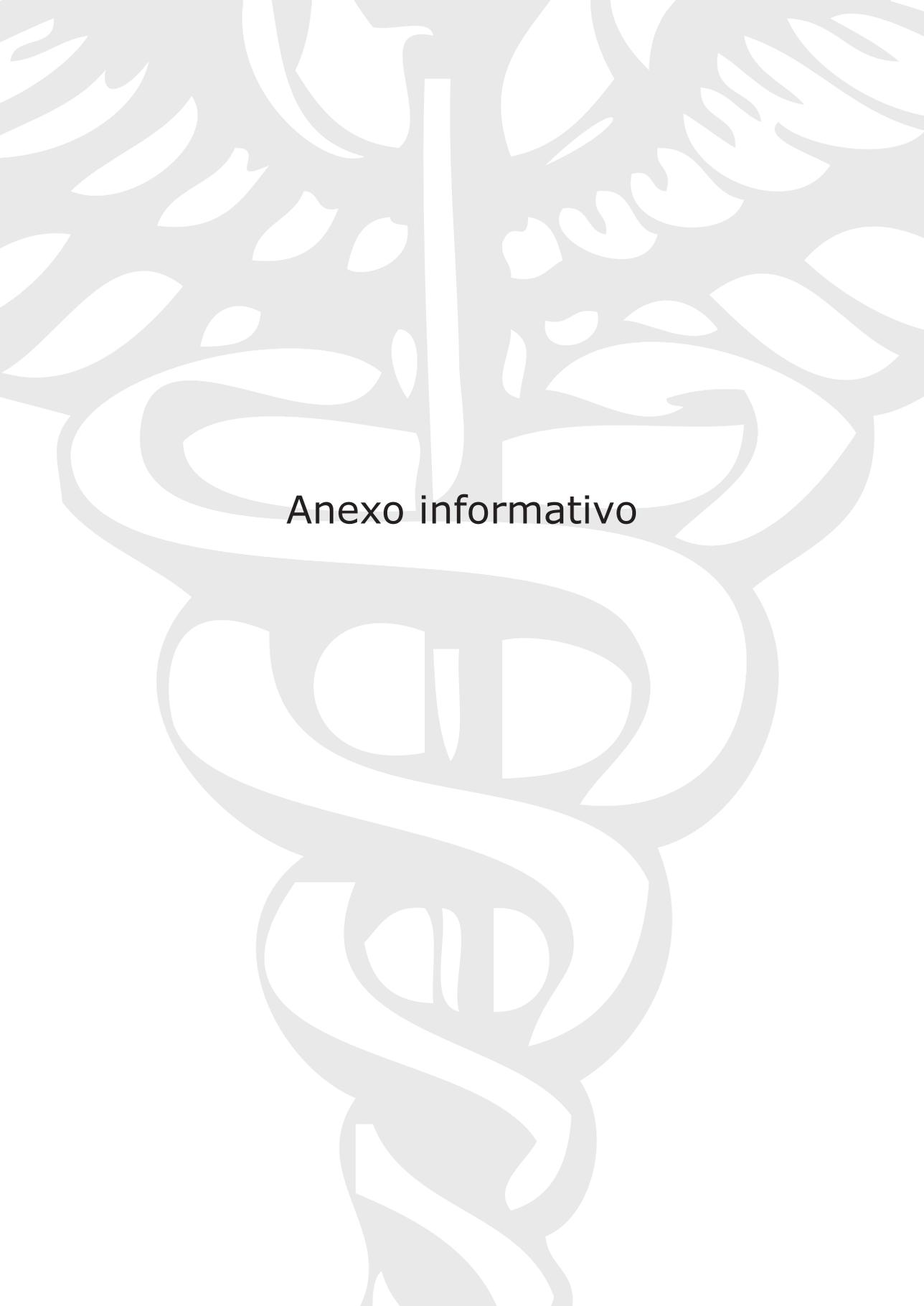
o desaprobe con criterios previamente establecidos tanto científicos como económicos.

La financiación de los servicios no Pos y su organización pueden establecerse, siguiendo el modelo de otros países, mediante un fondo público administrado por el Estado separado de la gestión de las Eps.

Fomento planes adicionales

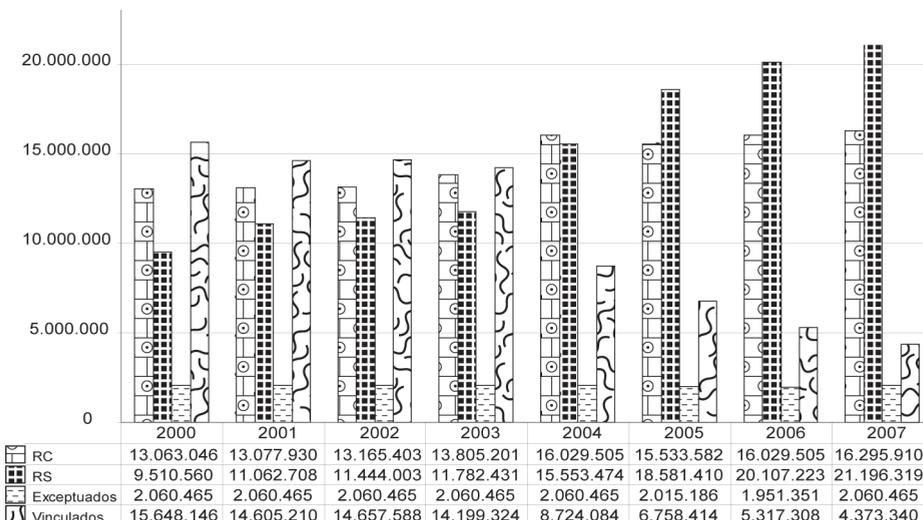
Los planes adicionales ayudan a preservar la sostenibilidad del sistema. El país no puede garantizar a la población con capacidad de pago ciertas comodidades o ciertos procedimientos, que desde el punto de vista de la colectividad, no son prioritarios. Su financiación corresponde a recursos propios mediante la compra de planes de cobertura adicional que se ofrezcan en el mercado.

También es importante considerar la posibilidad que se establezca una legislación que obligue a las personas que voluntariamente deciden realizarse una cirugía estética, o desarrollen actividades deportivas de alto riesgo, para que adquieran coberturas adicionales para la financiación de las complicaciones que puedan surgir.



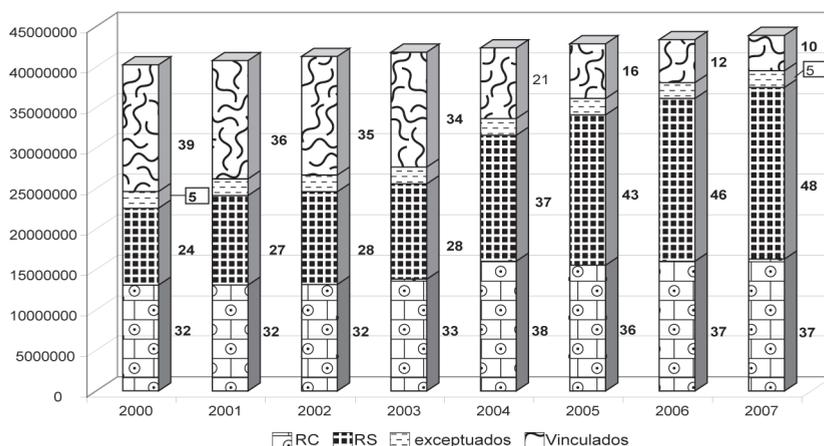
Anexo informativo

Gráfico 10.1
 Universalidad
 Cobertura de la afiliación al sistema



Fuente: Informes del C_{NS}S, Población total proyecciones DANE.
 Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020 anualizadas por sexo y edad.

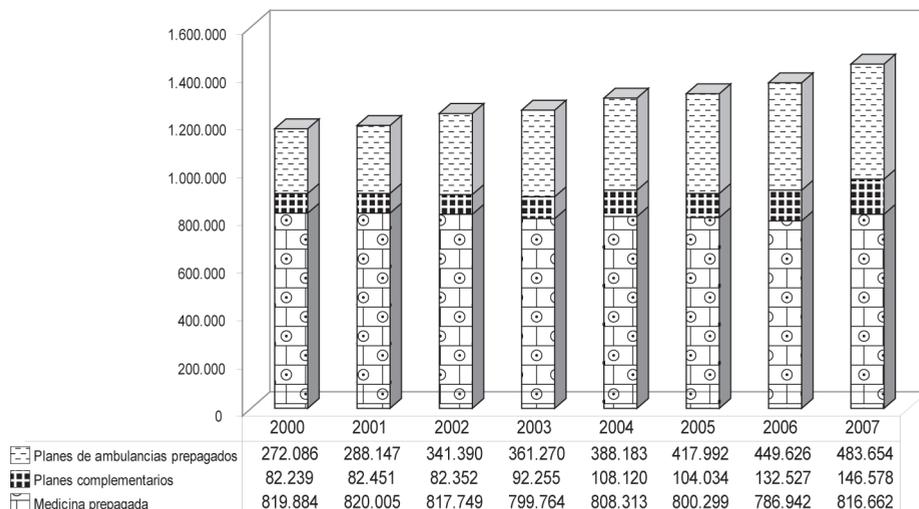
Gráfico 10.2
 Cobertura de la afiliación al sistema (porcentajes)



Fuente: Informes del C_{NS}S, Población total proyecciones DANE.
 Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2006-2020 anualizadas por sexo y edad.

Gráfico 10.3

Crecimiento de los afiliados a planes voluntarios



Fuente: Acemi.

Cuadro 10.1

Acceso a la consulta médica

Comparación antes y después Ley 100

Frecuencia de uso de consulta médica 1993 - 2006			
Tipo de servicio	Frecuencia de uso		
	ISS 1993	Estudio 2006	Cambio (%)
Consultas médicas	2,339	3,517	50
General	1,389	2,200	58
Especializada	0,457	0,809	77
Urgencias	0,492	0,508	3

Fuentes: Informe estadístico 1993, Instituto de Seguros Sociales, Oficina de Planeación, Grupo de Estadística. Información reportada por las EPS para el cálculo de la UPC 2008 al Ministerio de la Protección Social, Nota técnica 2008 EPS afiliadas a ACEMI.

Cuadro 10.2

Servicios de salud Eps privadas

Servicio	2005	2006	Var(%)
Consulta médica	30.945.775	37.238.940	20,3
Otros ambulatorios	78.639.783	81.594.443	3,8
Urgencias	6.741.465	6.290.660	-6,7
Hospitalario	1.039.994	1.041.261	0,1
Partos y cesáreas	161.670	179.700	11,2
Domiciliario	186.885	321.964	72,3
Alto costo	155.424	197.430	27,0
Total	117.870.997	126.864.397	7,6

Fuente: Información enviada por Eps al Ministerio de la Protección Social para el cálculo de la UPC 2007 y 2008, periodo 2005 y 2006 proyectado al 100% de la población Acemi a partir de una muestra representativa.

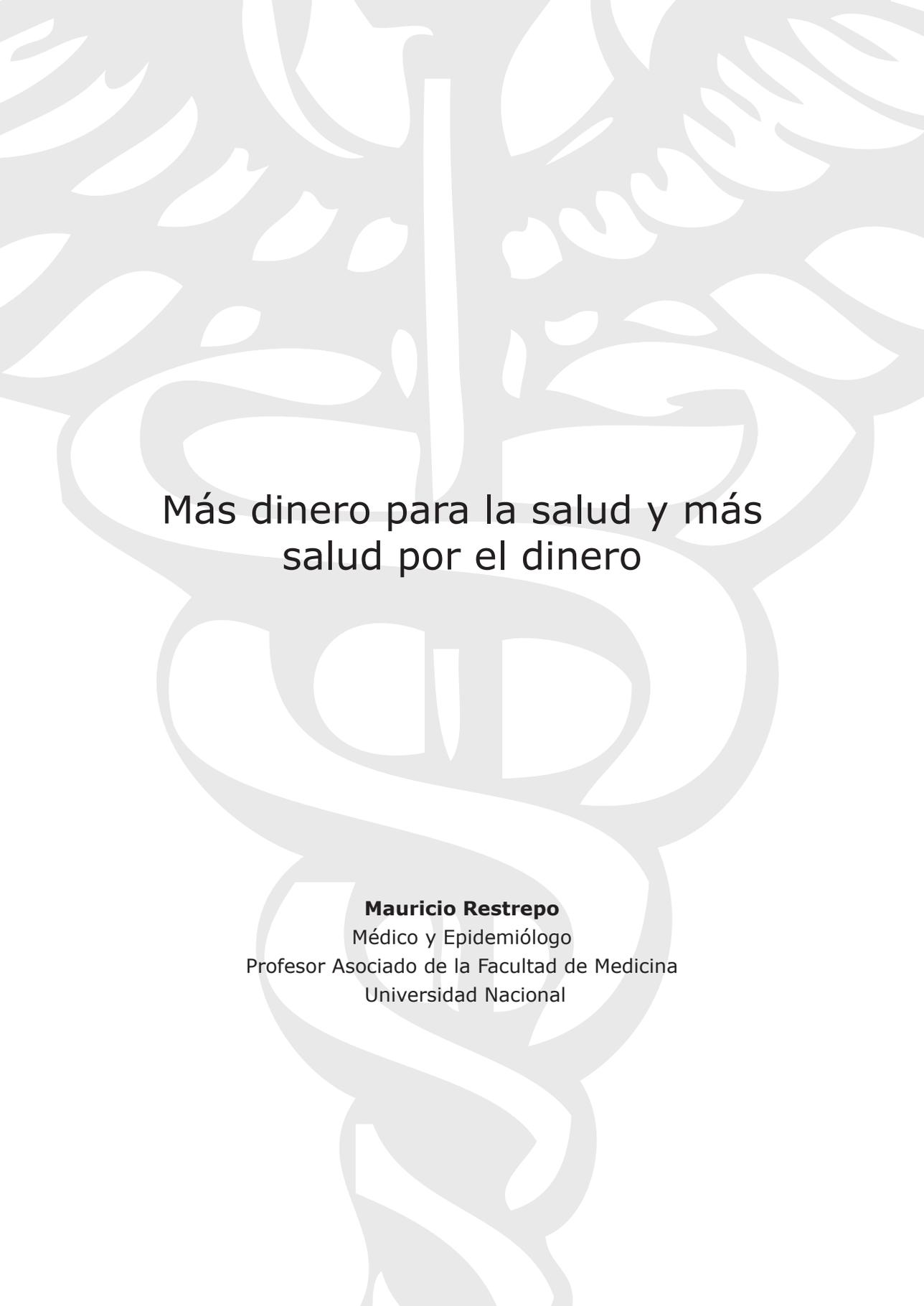
Cuadro 10.3

Calidad

Índice global de satisfacción de los usuarios.

Componentes	Contributivo		Subsidiado		Índice global	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Acceso a servicios	54,50	64,42	48,00	71,67	53,00	66,39
Libre escogencia	41,40	35,56	34,50	32,47	39,80	35,46
Oportunidad	77,60	82,84	75,20	86,18	77,00	83,74
Percepción	73,40	82,91	72,40	86,58	73,20	98,91
Índice global	61,80	67,25	57,70	68,87	60,90	67,69

Fuente: Evaluación de los servicios de salud que brindan las Eps. Informes de 2005 y 2003. Defensoría del Pueblo.



Más dinero para la salud y más
salud por el dinero

Mauricio Restrepo
Médico y Epidemiólogo
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional

“Más dinero para la salud y más salud por el dinero”, esta frase de un prestigioso médico indio resume de muy buena forma el reto fundamental de los sistemas de salud modernos, y será la guía de mi intervención.

Un determinado modelo o esquema de financiación de los servicios de salud determina en forma importante las cuantías disponibles y por tanto la cobertura, tanto en sentido poblacional como en el sentido de la amplitud y profundidad de los beneficios a los que los ciudadanos tienen derecho. “Más dinero para la salud”, por tanto, implica la elección de un esquema de financiación idóneo y, al mismo tiempo, la selección de un determinado modelo de financiación tendrá un impacto sustancial en la equidad del sistema de salud y en la equidad del estado de salud de una sociedad.

En mi opinión, el más grave problema de la situación de salud de los colombianos, tanto desde el punto de vista de su estado de salud como en relación con el acceso y utilización de los servicios de salud es la falta de equidad. Esta ausencia de equidad es el reflejo de la inequidad estructural de la sociedad colombiana; no se debe esperar que el sistema de salud resulte una excepción dentro de las instituciones sociales y que resulte siendo equitativo en un escenario de inequidad social general; sin embargo, si debe buscarse con ahínco que el sistema de salud sea un elemento generador de equidad y debe procurarse, por lo menos, que su diseño no contribuya a reforzar la inequidad social estructural.

En resumen: se necesita más dinero para la salud y su cantidad y la forma de conseguirlo impacta de manera muy importante la equidad

del sistema, asunto de la mayor importancia en Colombia. En este foro, al igual que en muchos otros ámbitos, se ha suscitado la duda acerca de si el esquema de financiación vigente en el actual sistema general de seguridad social en salud es el más conveniente y deseable. Concretamente, aquí se ha planteado un dilema entre el esquema de un seguro de salud y el de un sistema nacional de salud.

Me parece útil aportar algunas ideas muy generales para aclarar este punto y para contribuir a solucionar el dilema planteado. Hay dos elementos esenciales a considerar en los diversos esquemas de financiación de los servicios de salud: primero, el origen de los fondos que pueden ser privados o públicos y, segundo, si se utiliza o no un mecanismo de agrupación del riesgo (*risk pooling*). Parece haber un desarrollo filogenético de los diversos esquemas que se han venido desarrollando históricamente, en la medida en que las sociedades se enriquecen y desarrollan. Las tendencias que se registran muestran que se pasa de recursos privados a públicos y a adoptar progresivamente mecanismos de agrupación de riesgo.

Así, el esquema de financiación de los servicios de salud más arcaico y primitivo es el del pago de los servicios con dinero privado y al momento de recibir el servicio (pago privado de bolsillo); esta es la forma como tradicionalmente se ha pagado a los médicos y la forma como los más pobres, en todas las sociedades siguen financiando sus servicios de salud. Es un esquema tremendamente inequitativo y que da lugar a la exclusión, y a que la enfermedad se acompañe de catástrofes financieras para las familias. Es bueno recordar que el costo de una hospitalización promedio puede ser equivalente al ingreso anual de una familia pobre.

De la forma anterior, la financiación privada de bolsillo es un modelo destinado a desaparecer y nadie bien informado lo propiciaría hoy día. Parece oportuno recordar que como efecto de la reforma de 1993 (Ley 100) en Colombia, según los estudios del economista Gilberto Barón, la financiación privada de bolsillo ha sufrido una muy importante disminución, en aras de un aumento en el gasto mediante el mecanismo de seguro.

Los múltiples inconvenientes del pago privado de bolsillo llevaron a la necesidad de crear mecanismos de agrupación de riesgo, que permiten la previsión de eventos costosos, su predicción y grados variables de solidaridad mediante subsidios cruzados, entre jóvenes y viejos, ricos y pobres, y enfermos y sanos. La forma más primitiva de agrupación de riesgo es el seguro privado de naturaleza comercial. Aunque más ventajoso que el pago de bolsillo, se rige por la leyes del mercado, que en este caso tiene imperfecciones bien conocidas (selección de riesgo, selección adversa, *moral hazard*). A la larga, el seguro privado termina excluyendo a los más necesitados: los enfermos, los viejos y los pobres, y sobre asegurando a quienes tienen un menor riesgo (ley de la cobertura inversa). Es un esquema que nadie recomienda hoy día y que se restringe para los más ricos, a quienes no se les puede impedir gastar su dinero en algo que ellos consideran un lujo.



Modelos de financiación

Quedan por considerar dos grandes modelos de financiación de los servicios de salud: el seguro social y el seguro público. Ambos implican mecanismos de agrupación de riesgo con todas las ventajas que ello comporta, pero se diferencian en la forma como levantan los fondos. En el seguro social, usualmente ligado al estatus laboral de los individuos, los fondos se levantan mediante el impuesto a la nomina, que es muy eficiente, es decir su recaudación no implica grandes costos, pero que puede ser altamente inequitativo, sobre todo en sistemas con relativa baja cobertura. En el caso del seguro público los fondos se recaudan por medio de impuesto generales, especialmente el impuesto directo a la renta, resultando altamente progresivo pero relativamente ineficiente debido a los costos de su recaudo y a la facilidad para eludirlo y evadirlo.

La anterior revisión, muy panorámica y superficial, creo que se justifica y debe ser tenida en cuenta en el caso de la actual coyuntura nacional, frente a las voces de inconformidad y a algunas propuestas de modificación, en general poco claras, que a menudo se escuchan. El hecho interesante es que en la Colombia actual se dan y conviven todas las formas de financiación que he enunciado. Existe todavía

una importante proporción de colombianos que aun financian sus servicios de salud de su bolsillo, existen seguros privados de salud, el llamado régimen contributivo es un seguro social y el régimen subsidiado corresponde a un modelo de seguro público.

Resulta muy importante y trascendental a mi modo de ver, adelantar una discusión seria y bien informada acerca del camino que, como sociedad, vamos a elegir para el futuro. La actual convivencia de varios modelos refleja, de nuevo, las disparidades de nuestra sociedad y caracteriza nuestro modelo de salud como un modelo segmentado, con todos los inconvenientes que ello acarrea, sobre todo para la consecución de la equidad. Es indispensable entonces ir tomando decisiones que, de manera incremental, nos lleven a un modelo idóneo y coherente de financiación de los servicios de salud, que satisfaga las necesidades sociales y especialmente la equidad.

El dilema sería entre fortalecer e ir haciendo más extendido el régimen contributivo o marchar hacia la generalización de un régimen subsidiado. En el sentido anterior, y desde el punto de vista teórico, el esquema más recomendable para Colombia sería el de un seguro público financiado por impuestos generales directos, tipo impuesto a la renta. Algo parecido al régimen subsidiado actual. Esta propuesta no implicaría, de ninguna manera, la provisión exclusivamente pública de los servicios, que podrían ser prestados por instituciones de diversa naturaleza, tal como hoy sucede.

Una anotación que me parece importante es que la evidencia empírica, en relación con el desempeño de los distintos modelos de financiación en muy diversos países del mundo, parece demostrar que no hay una ventaja intrínseca para el modelo de seguro social o para el de seguro público. Hay muchos países que han logrado la cobertura universal y altos niveles de equidad con cualquiera de los modelos.

Para terminar con el tema de "más dinero para la salud", una mala noticia. Según estudios econométricos del Banco Mundial, en los próximos veinte años y por razones ligadas a las transformaciones

demográficas, epidemiológicas y de la evolución tecnológica, se estima que el gasto en salud en los países como Colombia se incrementara en una cifra cercana al 40%. Este dato significa un nuevo reto para la sociedad colombiana e implica, de nuevo la necesidad de discutir y elegir un modelo idóneo y coherente.

En mi opinión, y como una modesta contribución a la discusión que he propuesto, creo que hay ganancias logradas que por ningún motivo deben perderse. La Ley 100 de 1993 impone el modelo de seguro como mecanismo de financiación de los servicios de salud y creo que ello es un gran avance. A diferencia de ciertas voces que tratan de demeritar el énfasis en el aseguramiento, yo creo que se debe perseverar en mantener y perfeccionar este mecanismo.



Eficiencia de los modelos

En relación con la segunda parte de la frase inicial: “más salud por el dinero”, el problema a resolver es el de la eficiencia de los diversos modelos, en la forma como se asignan los recursos y de la manera como ellos son utilizados por las instituciones. El tema es de gran calibre; baste decir que se estima que entre 20 y 50% de los recursos de los sistemas de salud en el mundo se pierden por ineficiencias evitables.

Una primera afirmación que creo necesaria hacer es que más dinero disponible necesariamente no resulta equivalente a más y mejor salud para la gente. El ejemplo más patético de la verdad de la anterior afirmación es el caso de Estados Unidos de América, país que hoy gasta un monto equivalente al 15 ó 16% de su PIB en servicios de salud, sin duda la cantidad más importante en el mundo; sin embargo los indicadores de salud de esa sociedad están muy lejos de ser los mejores del mundo. ¿Por qué? por ineficiencia.

El tema de la eficiencia de los servicios de salud y de la eficiencia de los distintos modelos de financiación y provisión de servicios de salud es muy complejo y en esta intervención solo quiero aproximarme a algunos temas que en este foro han ido apareciendo como motivo de preocupación o de polémica. Específicamente, quiero tocar el tema

de la conveniencia de un plan limitado de beneficios y de su mecanismo básico que es el racionamiento.

Para comenzar, puede ser bueno recordar a Perogrullo y afirmar que las necesidades y, sobre todo, los deseos tienden a ser infinitos y que los recursos para satisfacerlos tienden a ser siempre escasos; los servicios de salud no escapan a este eterno problema que de alguna manera debe ser resuelto. Una manera de resolverlo es mediante el proceder llamado racionamiento, que significa distribuir ordenada y justamente un bien, o servicio, que es escaso. Obviamente en la función de racionar hay implicaciones éticas serias, pero también es un tema relacionado con la eficiencia, y en este aspecto es que quiero aportar alguna idea.

Según los teóricos de los sistemas de salud, por ejemplo el inglés Brian Abel Smith, de hecho todos los sistemas de salud y todos los modelos de financiación y provisión se ven obligados a racionar los servicios. La diferencia entre los modelos está en la forma como racionan; a este respecto pueden distinguirse dos grandes formas: el racionamiento *ex ante* y definido en forma transparente, y el racionamiento determinado por motivos circunstanciales, en el momento en que se debe proveer el servicio.

Para ejemplificar estas dos formas de racionamiento el caso colombiano puede ser muy útil. Consideremos la situación del Iss previamente a la reforma de 1993. El Iss, una institución típica del modelo de seguro social, ofrecía a sus afiliados un plan de beneficios teóricamente ilimitado, incluyendo hasta servicios de alta sofisticación tecnológica en el exterior. Como director que fui de servicios de salud del Iss, dedicaba una parte de mi tiempo a revisar cuentas de hospitales norteamericanos en donde los afiliados habían recibido costosos servicios.

Obviamente, tales afiliados eran una absoluta minoría y gozaban todos ellos de estatus privilegiado. Al mismo tiempo, para la gran mayoría de los afiliados, a quienes se había prometido un plan ilimitado de beneficios las cosas no marchaban tan bien. Se les decía: "Usted tiene

derecho a este medicamento pero en el momento no lo hay”, “usted tiene derecho a esta cirugía pero tiene que esperar, vuelva en dos años”, recuerdo bien las colas para la cirugía de cataratas y varices; en fin, la realidad era que, muy a menudo el derecho enunciado tenía un precario cumplimiento.

En el modelo de la Ley 100 se establece un tipo de racionamiento *ex ante* y que debe ser establecido en forma transparente y a la luz del costo efectividad de las diversas intervenciones sobre el estado de salud. Surge así el Pos, como un intento para distribuir en forma justa y con mayor eficiencia los recursos escasos. Por otra parte, a partir de la Constitución de 1991 y mediante jurisprudencia de la Corte Constitucional el derecho a la salud se vuelve tutelable. La tutela es el mecanismo que existe en Colombia para garantizar la exigibilidad jurídica del derecho a la salud.



Ha habido avances

Así como en el de la financiación, creo que en estos temas también se han obtenido progresos. Pienso que nunca es conveniente engañar a la gente y prometerle cosas que no pueden cumplirse: dadas las circunstancias actuales es imposible satisfacer a todos con todo y que es necesario racionar; pienso que así seguirá siendo en el futuro. Por otra parte, me parece preferible racionar *ex ante* y de manera transparente. Por consiguiente, considero ventajoso establecer un plan claramente limitado de beneficios. Es un mecanismo que bien manejado puede procurar tanto la equidad como la eficiencia.

Infortunadamente a mi modo de ver, un plan limitado de beneficios se ha constituido en uno de los aspectos más criticados del modelo actual y motivo de gran insatisfacción por parte de los ciudadanos y de frustración por parte de los profesionales de la salud. ¿Qué es lo que anda mal? Creo, en primer lugar, que debe distinguirse, muy claramente, entre dos hechos que tienen muy diferente naturaleza: por una parte, la estrategia de algunas instituciones de negar o retardar sistemáticamente servicios incluidos en el Pos para aumentar sus utilidades y, por otra parte, las insuficiencias intrínsecas que puede tener el Pos para

lograr una atención idónea de los ciudadanos. En el primer caso se trata de un delito y la justicia debe proceder con toda su fuerza.

En el segundo caso, el problema sería de rectoría del sistema, a cargo del Estado, y la solución estaría en poner en ejercicio eficaz un proceso previsto en la ley que es la permanente actualización del Pos y el mantenimiento del equilibrio entre su amplitud y profundidad. Aquí es necesario poner de presente el grave problema de la eficacia y la efectividad de las intervenciones tanto en el área clínica como en el área de la salud pública.

Si se concibe a la salud y a los servicios de salud como derechos, caso que es el de Colombia, nadie tiene derecho a lo ineficaz, ni a lo inefectivo, mucho menos a lo nocivo. Infortunadamente, muchas de las insatisfacciones y de las frustraciones, de ciudadanos y profesionales de la salud, derivan de la dificultad o imposibilidad de acceder a intervenciones de dudosa efectividad, no exentas de peligro y siempre altamente costosas. Existe el problema de la plétora tecnológica y de un sector muy poderoso de la industria que mercadea muy fuertemente los bienes y servicios que produce; la presión ejercida por este fenómeno la reciben los médicos quienes la trasladan a sus pacientes y estos a los jueces. Todo este proceso es legítimo y en muchas ocasiones podría ser conveniente, pero hay que darle cauces que conduzcan al bien general. Esta es una labor indelegable del estado pero no debería ser guiada por casos individuales y obedeciendo a circunstancias particulares.

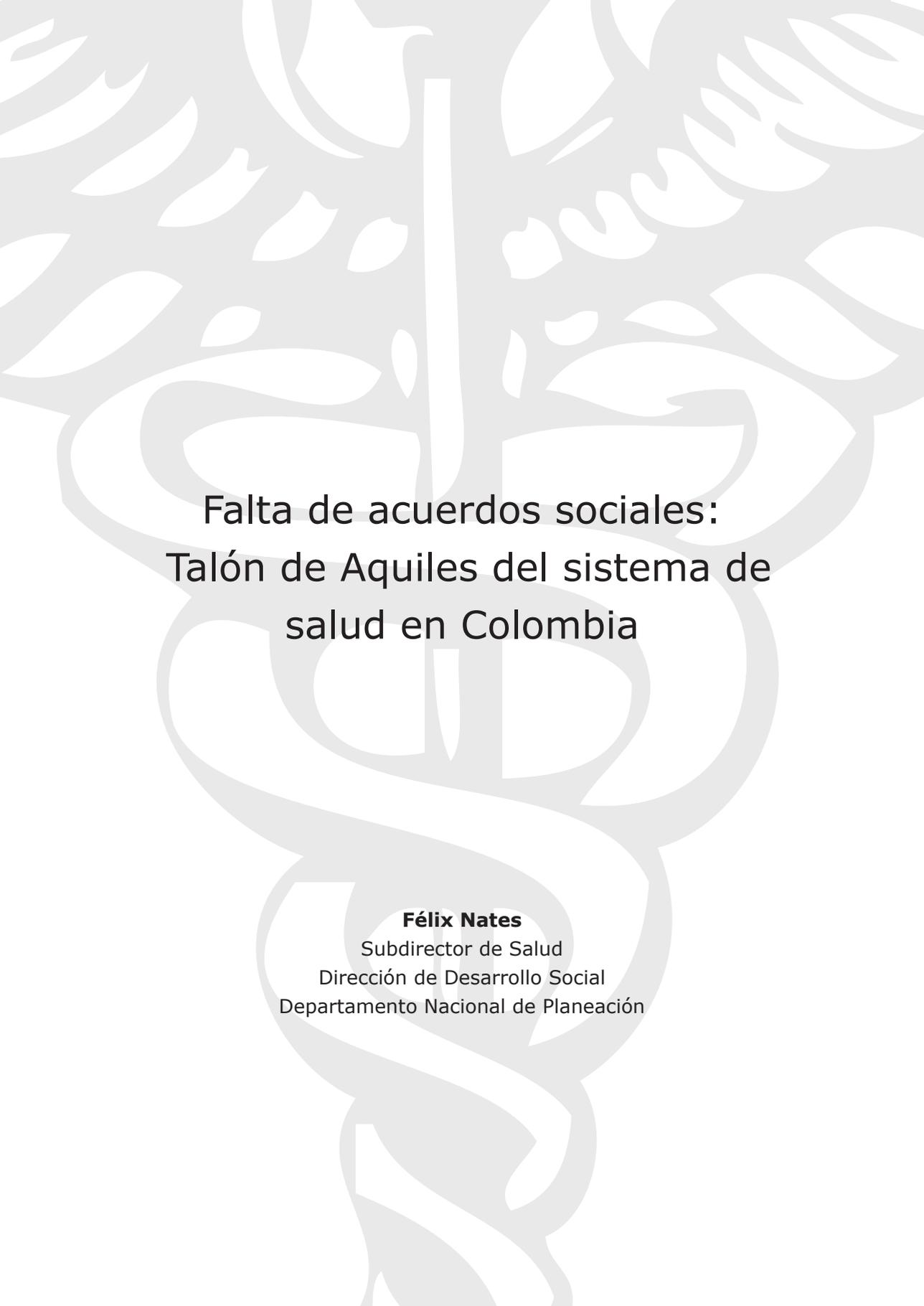
El diseño de un plan limitado de beneficios y su actualización deben tener como un insumo básico las necesidades y deseos de los usuarios y de los profesionales particulares, pero este insumo siendo necesario no es suficiente. Es indispensable una visión de conjunto y la concepción del bien común por encima de los intereses individuales; esta visión solo la puede aportar el estado.

Veo con preocupación las opiniones, sobre todo desde el gremio de los médicos, y las acciones por parte del poder jurisdiccional en contra

de un plan limitado de beneficios. Mi pronóstico es que de continuar la tendencia a declarar como derecho una plétora indefinida de intervenciones médicas y de otra naturaleza, en aras de la igualdad y de la dignidad, el resultado será volver al derecho una simple retórica que no puede encontrar, por limitaciones inevitables, una expresión real y equitativa para todos los ciudadanos. Creo que hay una fuerte tendencia, poco conveniente a mi modo de ver, de regresar a caminos ya recorridos, y que se traten de ilustrar con el ejemplo del Iss, que era también el de la mayoría de los hospitales públicos en el pasado.

Para terminar, dos palabras sobre la tutela. Se argumenta la gran frecuencia de la utilización de este procedimiento como prueba de la inconveniencia de un plan limitado de beneficios. En primer lugar, quiero afirmar que la tutela, con todas las incomodidades y costos que pueda ocasionar es una ganancia enorme para los ciudadanos y un progreso en la democracia; algo que debe mantenerse y perfeccionarse. Una pregunta interesante y que no tiene respuesta es: ¿Qué hubiera pasado antes de 1993 si hubiera existido la tutela? ¿Sería que con el modelo actual habría aumentado su utilización? ¿Sería que en la ausencia de las instituciones actuales no había motivos de reclamo por parte de los ciudadanos en relación con sus servicios de salud? No quiero responder a las preguntas anteriores pero creo que deben invitar a la reflexión, cuando se piense en modificaciones serias al actual sistema.

A modo de resumen, creo que la consecución de la equidad y la eficiencia siguen siendo retos fundamentales cuando se considera el problema de los servicios de salud en Colombia; la elección de un modelo de financiación idóneo impactara la equidad y el modelo de racionamiento y sus mecanismos tendrán un gran impacto en la eficiencia.



Falta de acuerdos sociales:
Talón de Aquiles del sistema de
salud en Colombia

Félix Nates

Subdirector de Salud

Dirección de Desarrollo Social

Departamento Nacional de Planeación



El objetivo de la sociedad y del Estado es lograr que la población tenga el mejor estado de salud posible. Ello dado que el buen estado de salud es considerado como un activo individual y colectivo y, por tanto, convirtiéndola en un derecho, a la vez releva el valor que la sociedad le da a esta, es decir, como un medio para lograr el desarrollo. Por tanto, la salud cumple con un doble papel, de una parte se constituye como fin y de otra es un instrumento.

En el logro de este objetivo la sociedad, el Estado y las personas tienen un papel activo; lo anterior en el contexto de los acuerdos sociales y los recursos que la sociedad dispone para el logro del propósito. Por lo anterior, cada uno asume una perspectiva diferente bajo la cual se condiciona su accionar.

Tanto la sociedad como el Estado preponderan la salud como fin. En particular, desde la perspectiva del gobierno, si bien en su accionar parte de reconocer el doble papel de la salud, da una mayor importancia a esta como fin. Es decir, reconoce que la salud es un derecho de todos los ciudadanos.

Con el fin de garantizar el derecho a la salud, una de las acciones más importantes del gobierno es propender por la consolidación del sistema de salud, pues se considera que el actual sistema de salud permite: (a) garantizar y hacer exigible el derecho a la salud; (b) promocionar la salud; (c) prevenir la enfermedad; (d) brindar acceso efectivo a los servicios de atención y mejorar su calidad; (e) ser auto sostenible; (f) avanzar progresivamente hacia la garantía del derecho, y (g) ser eficiente y razonable frente a los recursos disponibles y los problemas prioritarios en salud de la población y los individuos.



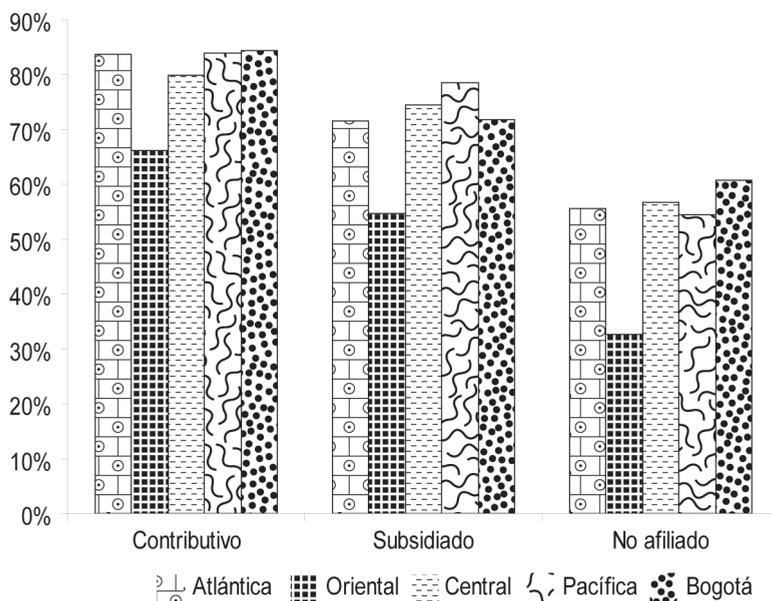
Algunos logros

Estos son algunos logros que dan cuenta de la garantía del derecho, desde su implantación en 1993:

- El país ha avanzado en coberturas de población, a 2009 habrá cobertura universal (normativo).
- El país ha avanzado en coberturas de beneficios, se han realizado, a la fecha, cerca de diecinueve actualizaciones a los planes de beneficios.
- Se ha evidenciado que las personas que detentan un seguro tienen un mayor acceso a los servicios de salud (gráfico 12.1).
- En materia de exigibilidad los instrumentos diseñados para que los ciudadanos reclamen el derecho funcionan (tutelas y CTC).

Gráfico 12.1

Atención profesional por tipo de régimen por región - 2005



Fuente: Floréz, Carmen Elisa; Acosta, Olga Lucía, et ál. *Avances y desafíos, de la equidad en el sistema de salud colombiano*, 2007. Fundación Corona, Universidad del Rosario, Universidad de los Andes, DNP.

Sin embargo, se reconoce que pese a los buenos resultados, aun existen aspectos, relacionados con la operación del sistema y con la exigibilidad del derecho. En relación con estos últimos es necesario que se cuenten con acuerdos sociales explícitos y exigibles, reglas claras, y con recursos que permitan lograr el cumplimiento y exigibilidad del derecho, en el marco del acuerdo social logrado.

A continuación se describen los ámbitos en los cuales es necesaria una acción específica por parte del ente rector del sistema de salud, y de la sociedad en su conjunto, pues la solución en salud siempre debe ser acordada.



Población en transición y movilidad

Es necesario analizar problemas específicos que impiden tanto la consolidación del sistema y su solvencia presupuestal, como el avance en los objetivos del Estado de garantizar el derecho, la equidad y cobertura.

Uno de estos problemas, aun en condiciones de cobertura universal, es la existencia de una población en transición. Por este tipo de población se entiende aquella que por su condición económica no es objeto del régimen subsidiado, pero que tampoco tiene la suficiente capacidad de pago para acceder al contributivo.

Este segmento de la población corresponde a cerca de 2,7 millones de personas, según ejercicio realizado por la Subdirección de Salud del Departamento Nacional de Planeación, basado en la Encuesta de Calidad de Vida de 2003. Es urgente aclarar y resolver su situación y desarrollar una estrategia específica que les garantice oportuno cubrimiento.

Otro tema prioritario es la movilidad. La movilidad definida en la Ley 1122 de 2007 y los sistemas de información no están acordes con la realidad laboral, ello restringe el acceso al servicio y la exigibilidad del derecho (aplica para toda la población afiliada, especialmente para la población considerada como no formal).

El sistema de identificación del estado de afiliación actualmente no permite que ante un cambio en la condición laboral de la persona, esta y su familia acceda en forma inmediata al seguro de salud según su capacidad de pago. Por tanto, se requiere de una base de datos dinámica que permita a las personas y sus familias acceder al seguro de salud en forma inmediata dado un cambio en sus condiciones que determinan el tipo de seguro que puede obtener.



El diseño del Pos

El incremento de tutelas y *СTC* ha demostrado que hay un problema de exigibilidad de los derechos que podría ser atribuible al diseño de los planes y a las actuaciones de los aseguradores, prestadores o al profesional sanitario.

Un Pos debe caracterizarse por: (a) ser comprehensivo, esto es debe permitir la inclusión de intervenciones altamente costo-efectivas; (b) completo, es decir, que reconozca los riesgos diferenciales de las intervenciones contempladas, por sexo y edad y no estar sujeta a la disponibilidad de recursos, y (c) continuo, esto es permitir la atención integral de la patología.

La definición y delimitación clara del plan obligatorio de salud (Pos) es otra necesidad relevante. El actual diseño del Pos carece de claridad (en ciertos procedimientos, actividades, intervenciones y tecnologías), ello genera confusiones que van en detrimento del sistema, de la adecuada prestación del servicio y en consecuencia del derecho del ciudadano.

Dichas confusiones, crean un ambiente de inseguridad jurídica, pues ante la presencia de un conflicto entre los agentes, el juez no tiene más elementos que la opinión calificada del médico tratante. Así, la tutela es un elemento indispensable en la exigibilidad del derecho, que esta aumente o no, no es el problema.

Los problemas son: (a) la falta de claridad explícita en los contenidos de los planes de beneficios; (b) la falta de un mecanismo que permita

indicar, y exigir al médico tratante que no es dable ordenar el uso de tecnología que no sea costo efectiva y probada científicamente, pues ello induce a errores al juez y muy seguramente a la sostenibilidad del sistema, y en consecuencia en detrimento de la ciudadanía, y (c) la falta de un acuerdo social que todos los agentes y actores respeten y cumplan.

De otra parte, frente a la percepción ciudadana el diferencial de contenidos en los planes de beneficios (régimen subsidiado y contributivo) y la obligatoriedad de contratar con la red pública, para el caso del régimen subsidiado, ocasiona un trato desigual y sus consecuentes presiones financieras.

Para enfrentar esta situación el país debe avanzar hacia un Pos integral, con tecnología y beneficios explícitos, definido desde la base de un acuerdo social. Es obvio que la discusión girará en torno a si se incluyen o no determinados procedimientos y tecnologías para lo cual habrá de crearse un marco institucional que clarifique el modelo actual o lo modifique, según el consenso de los actores.

Otra alternativa en este frente sería crear un modelo similar al de Canadá, donde una comisión representativa y de alto nivel define cuáles son las tecnologías costo-efectivas que la sociedad requiere en determinado momento. Estas deben ser acordes, no solamente con el perfil epidemiológico, demográfico y las necesidades de la población sino también con los recursos disponibles.



El acceso y calidad en la prestación de los servicios

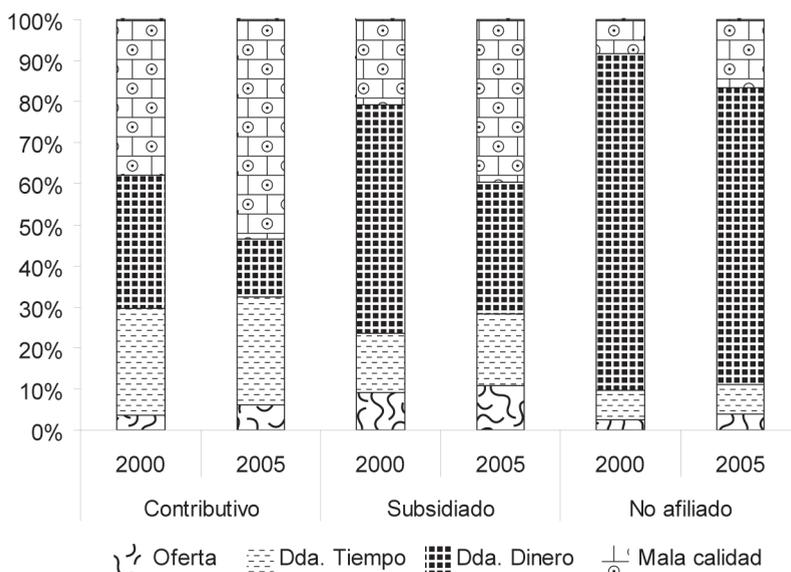
Como se mencionó con anterioridad en este foro, parece haber consenso en la necesidad de redoblar esfuerzos para aumentar y consolidar el régimen subsidiado de salud en aras de la equidad y el cubrimiento universal.

Pero una vez lograda la cobertura universal, será necesario avanzar en términos de acceso y calidad.

La evidencia muestra que los problemas de acceso están asociados principalmente a la falta de dinero y a la calidad (gráfico 12.2).

Gráfico 12.2

Razones para no usar los servicios de salud por régimen 2000-2005



Fuente: Floréz, Carmen Elisa; Acosta, Olga Lucía, et ál. *Avances y desafíos, de la equidad en el sistema de salud colombiano*, 2007. Fundación Corona, Universidad del Rosario, Universidad de los Andes, DNP.

Sin embargo, se observa que los afiliados al régimen contributivo perciben en mayor proporción una mala calidad en la prestación de los servicios de salud. Desde el punto de vista teórico este fenómeno se asocia con el hecho de que las personas con mayores recursos, demandan y utilizan más los servicios, tienen mayor conocimiento y de igual manera mayor nivel de exigencia sobre la calidad en relación con las personas de menores recursos. Lo anterior muestra que aún en condiciones de cobertura universal la calidad percibida se constituye en un reto para el sistema de salud.



Perspectivas y correctivos

Frente a los principales problemas descritos se han considerado diversas alternativas de solución que se presentan a continuación.

Para el problema de la *población en transición* el Sgsss deberá definir un mecanismo que permita a la población en transición afiliarse al régimen contributivo o al subsidiado dependiendo su capacidad de pago, para ello se propone un seguro a la cotización cofinanciado por el gobierno y por el usuario catalogado dentro del segmento de población en transición. Sin embargo, esta iniciativa presenta el riesgo de la sostenibilidad, el reto de la identificación de la población objetivo y la ventaja de enmarcarse en los principios del sistema de promoción social y generar una mayor movilidad y, por tanto, el mayor ingreso de recursos al sistema. Este mecanismo abarca tanto la cobertura como el acceso al sistema.

En lo referente al tema de *movilidad* es imperativo que el Sgss adecue su esquema de funcionamiento a la realidad de mercado laboral de los individuos. Esto es el hecho de que Colombia es un país con tasas de desempleo de dos dígitos y un alto índice de empleo informal. Tales niveles de informalidad implican una mayor movilidad de los individuos entre un régimen y otro, o de altas fluctuaciones en sus características laborales.

Se hace entonces necesario un sistema de información sólido, confiable y en tiempo real que permita identificar en un momento determinado cuándo una persona cumple con las condiciones para transitar del régimen contributivo al régimen subsidiado, y viceversa. El esquema debería diseñarse para que esto se haga de manera automática, a fin de garantizar la cobertura del individuo durante el período de transición entre un régimen y otro.

Lo anterior implica la necesidad de avanzar en el largo plazo hacia una solución de afiliación única para dar respuesta tanto a las necesidades de la población, como a los objetivos de equidad, cobertura y financiación sostenible, tal como lo señala el experto Mauricio Restrepo, de la Universidad Nacional.

Otro reto inmediato es redefinir el plan de beneficios de salud. Esto es clarificar y determinar la atención básica para todos los habitantes (como se encuentra definida en el artículo 49 de la Constitución Política Nacional), teniendo en cuenta la tecnología costo-efectiva, y la disponibilidad de recursos, y basándose en los principios del universalismo básico sobre el cual se sustenta el Sgsss: (a) La cobertura de prestaciones esenciales es universal; (b) la calidad es igual para todos; (c) el usufructo es para todos y debe ser garantizado por el Estado; (d) es limitado y está en armonía con las condiciones socioculturales y económicas del país, y con sus acuerdos sociales, y (e) es progresivo.

El riesgo al que nos enfrentamos es lidiar con la interpretación subjetiva sobre los acuerdos sociales alcanzados. El país debe tener claro que cubrir todos los eventos de salud es deseable pero no es sostenible, ni posible con los actuales recursos. Es decir, el país y la sociedad deben ser conscientes que hay exclusiones en los planes de beneficios y que hay que definir una senda de progresividad conforme a los esfuerzos fiscales que esté dispuesta a hacer la sociedad en su conjunto.

Por tanto, se debe avanzar hacia un plan de beneficios que consulte el ciclo de la enfermedad y sea consistente con la evolución del perfil epidemiológico y demográfico de la población, y que, además, haga explícita la oportunidad de los beneficios a los que los individuos tienen derecho, conforme los acuerdos sociales y la disponibilidad de recursos.

En términos de *calidad*, es imperativo implementar el sistema obligatorio de garantía de la calidad (Sogc) con participación directa y real de las entidades territoriales a fin de garantizar sobrepasar las limitaciones al acceso que se impone a los ciudadanos, sin distinción de capacidad de pago.



La sostenibilidad del sistema frente a la actual problemática y a las estrategias de solución

Tanto la solución como la problemática inciden en la sostenibilidad del sistema y por tanto sobre sus esquemas de financiación. El Sgsss cuenta hoy con múltiples fuentes de financiación y diferentes actores

o agentes que operan, en un modelo de gobierno descentralizado, donde concurren tanto el orden nacional como el territorial en su financiación. Por tanto, el rediseño de cualquiera de los mecanismos planteados debe ir en estrecha relación con el tema de la descentralización de los recursos.

Frente a la meta de cobertura de beneficios debe tenerse en cuenta la evolución potencial del país y el perfil epidemiológico y demográfico de la población. Según las proyecciones, en 2020 la población adulta mayor abarcará cerca del 13% y de allí en adelante crecerá hasta aproximarse a los actuales parámetros europeos. Esto implica un enorme desafío para el país desde el punto de vista del rediseño de planes de beneficios de salud, de la adecuación de la oferta, de la tecnología y, por supuesto, de los esquemas de financiación.

Bajo el actual esquema, para poder llegar a igualar los planes de beneficios se necesitarían entre 5,3 y 6 billones de pesos adicionales. La consecución de estos recursos implicaría cerca un aumento del 27% a los aportes de salud, aumento que tendría un efecto importante sobre la economía nacional y la generación de empleo.

La pregunta consiguiente es si el país está dispuesto y capacitado para hacer un esfuerzo de esa magnitud o si más bien se verá en la obligación de buscar otros sistemas de financiamiento más factibles y sostenibles.

En cuanto al tema de la seguridad jurídica, el sector salud ha tenido problemas específicos y ha dado señales equivocadas al mercado y específicamente al sector judicial. Frente a esta situación, es imperativo garantizar el planteamiento de reglas claras, beneficios delimitados, procedimientos específicos y acciones institucionales concertadas que permitan determinar la inclusión o exclusión de ciertas tecnologías o procedimientos en los planes de salud.

En consecuencia, es necesario direccionar el gasto y el financiamiento que se puedan derivar de ese rediseño, como también garantizar, de

manera efectiva, el adecuado uso de las herramientas de vigilancia, monitoreo y regulación, así como del adecuado empleo de las fuentes de financiación en las entidades territoriales.

Finalmente, los ajustes del sistema deben, tener en cuenta que, en cumplimiento del objetivo de lograr un estado de salud valorado por la colectividad y el individuo es imperativo evitar que algún grupo de ciudadanos, y en especial la población pobre, extrema y vulnerable, corra el riesgo de no acceder a los servicios de salud materializados en los planes de beneficios de hoy o los de mañana.

Institucionalidad del sector

La cena miserable

Hasta cuándo estaremos esperando lo que no se nos debe... Y en qué recodo estiraremos nuestra pobre rodilla para siempre! Hasta cuándo la cruz que nos alienta no detendrá sus remos.

Hasta cuándo la Duda nos brindará blasones por haber padecido...

Ya nos hemos sentado mucho a la mesa, con la amargura de un niño que a media noche, llora de hambre, desvelado...

Y cuándo nos veremos con los demás, al borde de una mañana eterna, desayunados todos. Hasta cuándo este valle de lágrimas, a donde yo nunca dije que me trajeran.

De codos todo bañado en llanto, repito cabizbajo y vencido: hasta cuándo la cena durará.

Hay alguien que ha bebido mucho, y se burla, y acerca y aleja de nosotros, como negra cuchara de amarga esencia humana, la tumba...

Y menos sabe ese oscuro hasta cuándo la cena durará!

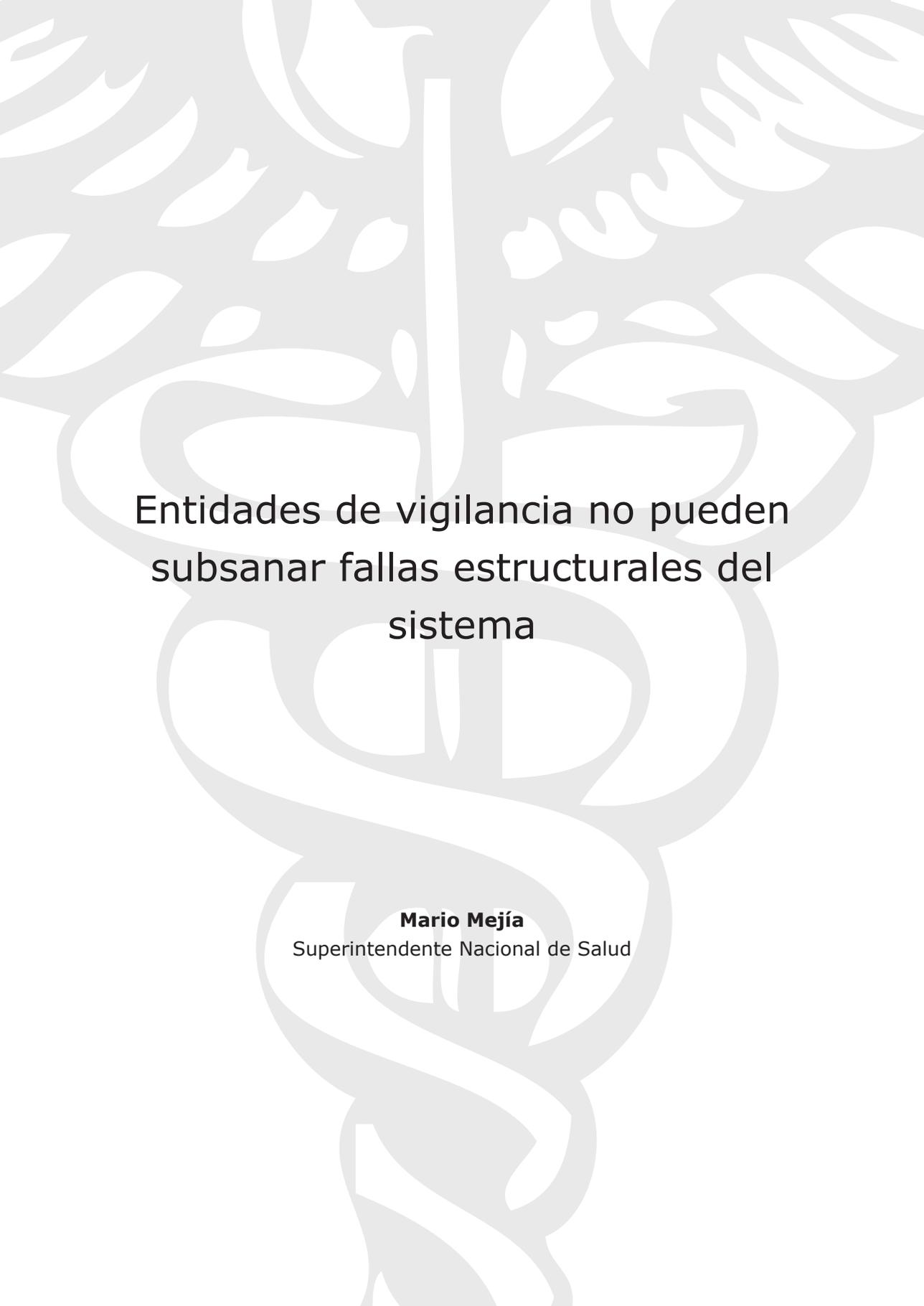
César Vallejo (1918)

Los heraldos negros

Ed. Cátedra, 1998, Madrid

Autores

Mario Mejía
Héctor Zambrano
Jorge Iván González
Edgard González
Néstor Rodríguez
Carlos Ignacio Cuervo



Entidades de vigilancia no pueden
subsanan fallas estructurales del
sistema

Mario Mejía

Superintendente Nacional de Salud

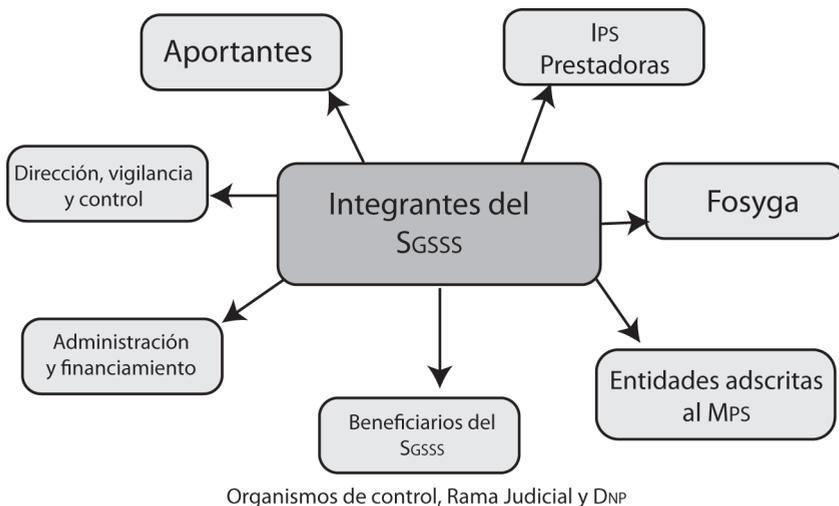


La institucionalidad del sistema de inspección, vigilancia y control (Ivc) cumple un papel crítico en el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). El objetivo de mi presentación es mostrar cómo se ejerce ese papel y en lo posible aportar al debate sobre la forma de mejorar el desempeño general del sistema.

Los integrantes del SGSSS definidos en la Ley 100 son los aportantes, las IPS, los organismos de dirección, vigilancia y control, el Fosyga, las entidades de administración y financiamiento, los beneficiarios del sistema, y otras entidades adscritas. En la base del sistema se encuentran los organismos de control, la rama judicial y el DNP (gráfico 13.1).

Gráfico 13.1

Integrantes del sistema general de seguridad social en salud



Sobra advertir que se trata de un sistema de aseguramiento y abarca todas las entidades de los regímenes contributivo y subsidiado.

También contempla a las entidades exceptuadas y especiales que hacen las veces de aseguradores como la Policía, las Fuerzas Militares, los maestros, Ecopetrol y los regímenes especiales conformados por las universidades.

El Fosyga es un actor fundamental que ideó el sistema para hacer el cruce de todos los recursos. Pero con el desarrollo de la operación su funcionamiento se ha tornado cada vez más complejo y responsable de nuevas tareas que parecen estar desbordando su capacidad.

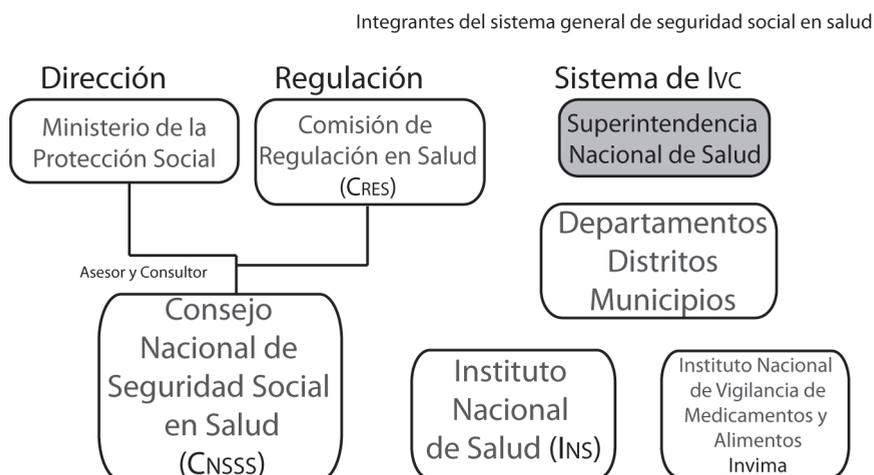


Organismos de dirección, vigilancia y control

El director por excelencia del SGSSS es el Ministerio de la Protección Social. El organismo de regulación es la CRES que reemplaza en sus funciones el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS), el cual se convierte en un órgano consultor (gráfico 13.2).

Gráfico 13.2

Organismos de dirección, vigilancia y control



Por su parte, el sistema de Ivc está conformado por la Superintendencia Nacional de Salud, que además es el órgano rector y por las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios). Todo ello sin perjuicio de las atribuciones del Instituto Nacional de Vigilancia en Medicamentos y Alimentos (Invima) y del Instituto Nacional de Salud (INS).

En cuanto a las relaciones con los órganos de control, la Procuraduría y la Contraloría, existen ciertas funciones de control que en ocasiones son difíciles de separar. Es el clásico ejemplo que se presenta cuando en caso de alguna irregularidad surge la pregunta de si cabe una investigación administrativa por parte de la Superintendencia o si lo pertinente es una investigación disciplinaria por parte de la Procuraduría.

Es necesario aclarar esta superposición de funciones y garantizar que cada autoridad con cumpla su misión en lugar de duplicar esfuerzos en la misma tarea u omitir su intervención en espera de que otra lo haga.

Lo mismo puede ocurrir con la Contraloría General de la República, especialmente en temas financieros, pues se detecta una tendencia recurrente en la Superintendencia a ejercer auditorías en asuntos contractuales, administrativos y financieros mientras se descuida el tema esencial de la salud.

Debe tenerse claro que el objetivo de la vigilancia es prevenir, identificar y corregir situaciones indeseables que afecten al sistema a fin de garantizar que cumpla su razón de ser: la prestación eficiente y oportuna del servicio de salud.



Confusión de competencias

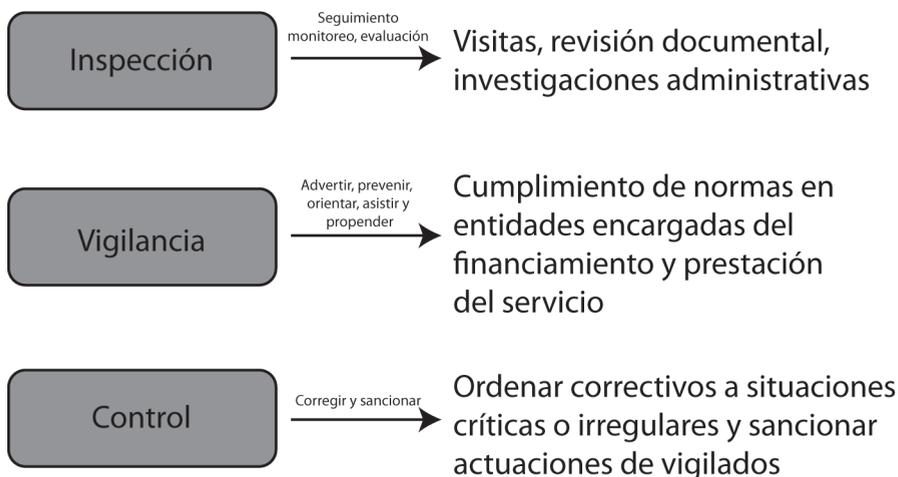
La Ley 1122 enunció algunos conceptos que se daban por entendidos pero que, al ser especificados, generaron controversias sobre los alcances de las competencias, especialmente entre las entidades territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.

Por ejemplo, los órganos de control, la Procuraduría y la Contraloría, ejercen control pero además hacen inspección y vigilancia, funciones distintas y diferenciadas de acuerdo con la ley.

Si se verifican las definiciones de la ley se comprenderá que la inspección consiste en hacer visitas, la vigilancia en recibir y analizar la documentación exigida, y el control en establecer sanciones y correctivos (gráfico 13.3)

Gráfico 13.3

Definiciones artículo 35



En realidad, el control visto solo como sanción y corrección no involucraría la inspección y la vigilancia por definición de la propia ley.

Sobre este asunto, se ha aclarado que cada una de las entidades mantiene sus competencias y que las sanciones no son competencia exclusiva de la Superintendencia.

Debe haber absoluta claridad sobre el hecho de que los organismos con facultades de inspección, vigilancia y control son la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales, en especial las departamentales y distritales.

No obstante, aunque la Superintendencia fue definida por la Ley 1122 de 2007 como el órgano rector del sistema Ivc, en la realidad, siendo autocríticos, esta declaración no tiene mayor significado dado que las atribuciones de cada autoridad están suficientemente establecidas y especificadas por la ley.



Ejes del sistema

El sistema de Ivc se fundamenta en los ejes establecidos en la Ley 1122 de 2007: el primero es el financiamiento, la savia que permite articular el sistema, cumplir con la prestación de servicios y la destinación de los recursos.

El segundo es atención en salud que consiste en vigilar que la salud se preste en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad.

El tercer eje es el aseguramiento que consiste en vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación.

El cuarto es el sistema de información, uno de los más problemáticos no solo para el régimen contributivo sino también para el subsidiado, que enfrenta inmensas dificultades para conformar la base de datos de afiliados dadas las dificultades de identificación existentes en el país.

El quinto eje es la focalización de subsidios que consiste en identificar la distribución de recursos a los más necesitados. Es ahí donde se puede saber si los recursos del régimen subsidiado están siendo bien asignados o no.

El sexto eje es la participación ciudadana en la vigilancia que se constituye en uno de los logros más importantes pues garantiza que el control no sea teórico si no práctico. Es la forma como se aproxima el ciudadano al Estado.

Se trata de buscar que el ciudadano tenga a quien recurrir para resolver su problema de inmediato, en lo posible sin que la entidad deba

recurrir a sanciones. Estas actuaciones se materializan cuando el ciudadano llama a la Superintendencia porque no le prestan el servicio oportunamente.

Para la entidad es una tarea compleja dado que el país tiene más de 44 millones de habitantes, pero hasta el momento se han obtenido resultados positivos por esta vía. Es decir, en los asuntos en que interviene directamente la Superintendencia hay muy buena recepción por parte de los vigilados para resolver las denuncias de los ciudadanos.

El séptimo eje corresponde a las medidas especiales que tienen como fin tratar de rescatar a las entidades que se encuentran en dificultades, ordenar su liquidación o hacer intervenciones técnicas y administrativas a las entidades territoriales. Debe advertirse, sin embargo, que la Superintendencia está obligada en el caso de las Ips a agotar previamente una etapa de salvamento. En las demás entidades se puede entrar directamente a la liquidación.



Competencias exclusivas de la Superintendencia

Hay algunas competencias que la ley establece exclusivamente a la Superintendencia. A mi modo de ver la vigilancia de la Superintendencia es general, es decir, abarca todo el sistema y en algunos casos es complementaria o superpuesta a la de las entidades territoriales.

De todas maneras la ley sí especifica ciertos asuntos que solamente puede atender la Superintendencia: el tema de los empleadores; la atención inicial de urgencias; las funciones de las Eps; el esquema de aseguramiento en general, salvo lo dispuesto en la Ley 715 sobre la respectiva entidad territorial; los ingresos del sistema y su forma de distribución, y la vigilancia de las Eps para que no incurran en prohibiciones, tales como negar afiliaciones o cancelar unilateralmente la relación contractual.



Competencias de las entidades territoriales

Las atribuciones de las entidades territoriales en materia de sanciones siguen siendo las mismas y no han sido cambiadas por la Ley 1122,

como erróneamente afirman algunos. Contribuye a la confusión el hecho de que la Ley 715 en algunos casos utiliza la figura de control y otras veces la de supervisión, pero al final de cuentas si la ley anterior establece atribuciones de control estas pueden ser ejercidas.

Los departamentos, distritos y demás entidades territoriales fueron revestidos con una facultad especial para evaluar y hacer inspección, vigilancia y control en los factores de riesgo ambiental. También deben vigilar en su jurisdicción el aseguramiento de las EPS.

Una de las principales competencias de las entidades territoriales es atender lo relativo al sistema obligatorio de garantía de calidad en salud que comprende: el sistema único de habilitación, la acreditación, el programa de auditoría médica de la calidad (Pamec) y el sistema de información de la calidad.

Las competencias de los municipios básicamente se centran en supervisar el acceso a la prestación del servicio de salud y en el cumplimiento de las normas de sanidad, entre ellas la adecuada disposición de los desechos hospitalarios.

Según el decreto respectivo, corresponde a los entes territoriales velar por el manejo responsable de estos desechos, obligación que se inicia en la institución prestadora del servicio y que debe ser vigilada por la Secretaría de Salud y demás autoridades con competencias ambientales, tales como los Departamentos Administrativos del Medio Ambiente (DAMA) o las corporaciones autónomas regionales (CAR).

Finalmente, también es deber de los municipios vigilar el proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en sus respectivas jurisdicciones.

Esas atribuciones, a su vez, están reguladas o por el Ministerio de la Protección Social. También tiene facultades de vigilancia el Departamento Nacional de Planeación sobre el sistema general de participaciones (SGP) de acuerdo con lo reglado por el Decreto 28 de 2008.

En lo que respecta a las medidas jurisdiccionales, la Procuraduría ha sido enfática en determinar que no es una competencia *per se* para resolver asuntos patrimoniales y contractuales. Especifica que debe haber una verdadera situación de conflicto entre los entes vigilados, una situación comprobada de no prestación del servicio para justificar la intervención.



Sin identificación no hay afiliación

El fundamento del aseguramiento está dado sobre la identificación de las personas para que puedan afiliarse a un Pos con una frontera determinada.

En el régimen subsidiado se presentan enormes dificultades para la identificación de las personas, problema que solo puede ser resuelto por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Y en ocasiones por la propia población que no acude a identificarse, lo que socava uno de los pilares del sistema como es un ágil y adecuado mecanismo de afiliación.

Esto repercute en toda la estructura e incluso genera mayor congestión en el Fosyga.



El plan definido de atención

Un sistema de aseguramiento debe contar con un plan definido de atención. Pero en el sistema actual dicho plan está en cuestión, no porque esté mal formulado en los documentos sino por los numerosos pronunciamientos judiciales y administrativos que desbordan la frontera determinada por el plan.

Si esta frontera tiende a desaparecer seguramente precipitará severas dificultades financieras porque acarrea cuantiosos costos que no estaban previstos en el financiamiento. En el sistema de aseguramiento la prima de la póliza de seguros debe ir necesariamente de la mano con el plan definido de atención que cubre.

No obstante, recientes sentencias de la Corte obligan al asegurador a atender eventos no previstos por el plan y además a pagarlos con recursos del Fosyga, en el caso del régimen contributivo. Genera gran preocupación el no saber de dónde saldrán esos recursos imprevistos y hasta cuándo esta situación resultará sostenible.



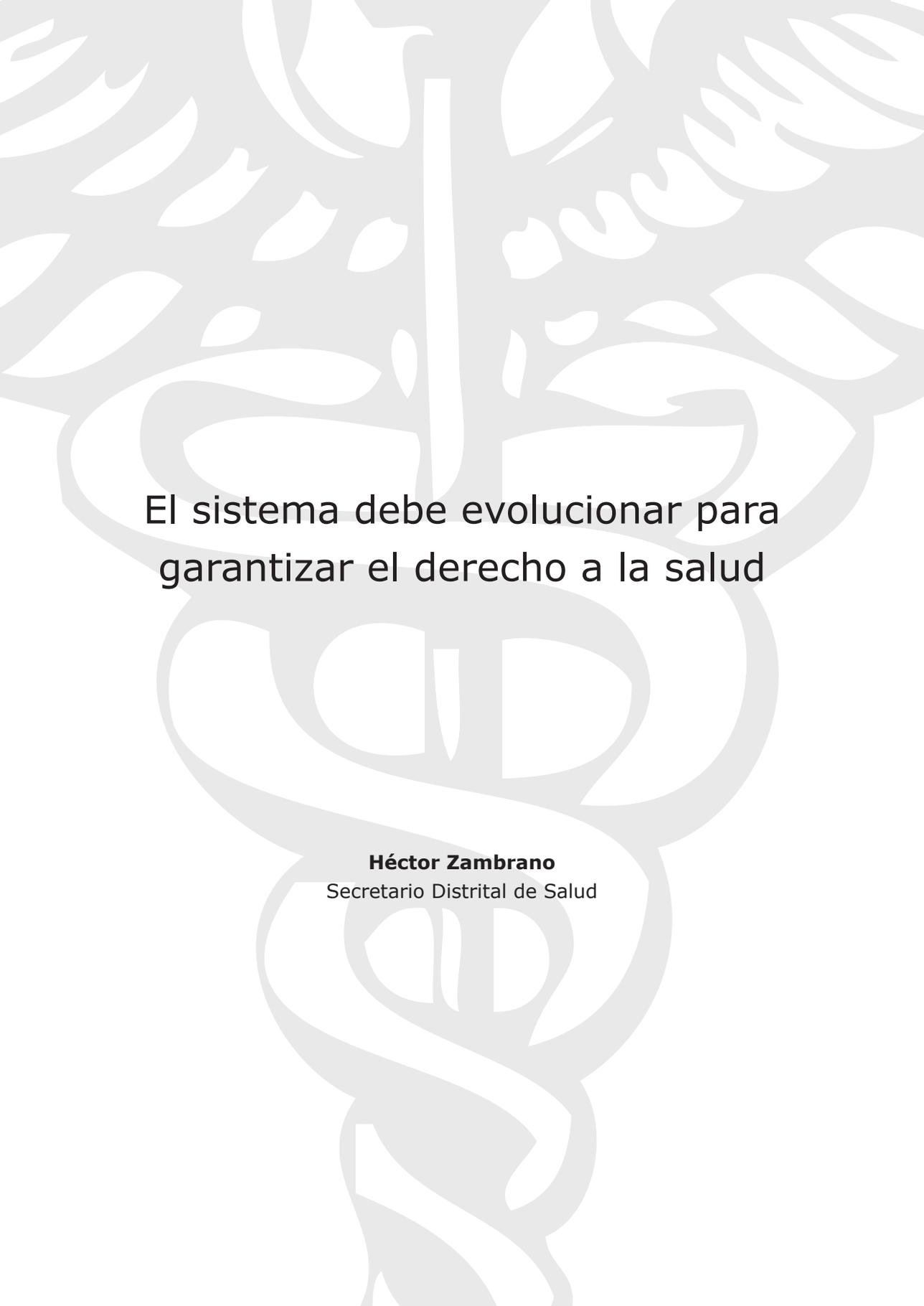
Conclusiones

En primer lugar no se puede desconocer que la Superintendencia es un ente pequeño para un espectro tan grande de responsabilidades extendidas sobre todo el territorio nacional y sobre todas las instituciones que interactúan en el sistema.

En segundo término, no debe subestimarse la urgencia de los debates planteados pues apuntan directamente a los cimientos del sistema: la realidad financiera y las bases de datos que sustentan la afiliación.

Mientras esta problemática no se ataque a fondo, los actores del sistema seguirán echándose culpas mutuamente y no habrá ningún modelo de inspección, vigilancia y control capaz de corregir estos problemas estructurales.

Se necesita un sistema bien diseñado para que la vigilancia se reduzca a eso: vigilar su operación. Pero no puede esperarse que los organismos de vigilancia rediseñen el sistema o se dediquen a multar a los actores individuales (EPS, IPS, entidades territoriales, etc.) por las fallas estructurales identificadas.



El sistema debe evolucionar para
garantizar el derecho a la salud

Héctor Zambrano
Secretario Distrital de Salud

Desde la experiencia de Bogotá se ha visto un importante contraste entre cumplir con los objetivos finales de la salud que básicamente es garantizar el derecho a la misma y el sistema de aseguramiento que es hacia donde tiende el país a corto plazo.

El contraste se genera porque se siguen viendo barreras de acceso a los servicios por parte de las personas aseguradas y un Pos que no da respuesta efectiva a las necesidades de la comunidad.

En ese sentido, muchas veces la afiliación a un régimen de salud no es garantía para recibir los servicios y el primer llamado que hacemos es a no conformarnos con el simple aseguramiento. Este debe ser complementado con otras políticas como la atención primaria en salud, las acciones del plan de intervenciones colectivas en salud pública y un adecuado desarrollo de servicios e infraestructura de la red hospitalaria.

Nuestro objetivo como entes territoriales en el tema de salud definitivamente es mejorar los indicadores de salud, producir ganancia en años de vida de la población, y propiciar acciones de promoción y prevención que generen mejoramiento de la calidad de vida de todos y todas.

En eso Bogotá es ejemplo nacional en obtención de logros y avances que se ponen en común en texto. En este tiempo de gobierno del alcalde mayor, Samuel Moreno Rojas se han comprometido todos nuestros esfuerzos para seguir hacia el aseguramiento universal, pero complementado con acciones en salud pública y teniendo en cuenta la participación de la comunidad.



Garantía del aseguramiento

En 2008 ingresaron al régimen subsidiado en salud 201.782 personas del nivel 1 y 2 del Sisbén. De estos cupos 90.000 fueron nuevos y 110.000 de reemplazos que se entregaron gracias a la depuración de la base de datos. Se garantizó la continuidad de 1.708.670 afiliados al régimen subsidiado en Bogotá, mediante la contratación con las Eps. El aseguramiento le permite a la comunidad recibir los servicios de una Eps del régimen subsidiado.

Los servicios de salud para la población afiliada en Bogotá contaron con una inversión en 2008 de 400.000 millones de pesos, con lo cual queda demostrado el compromiso con la salud del gobierno de la Bogotá Positiva.



Gratuidad en salud

Se puso en marcha una de las principales metas en salud propuestas en el Plan de desarrollo *Bogotá Positiva: la gratuidad en salud*, con la cual se logra que las atenciones en salud como citas médicas, acciones de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación, medicamentos, exámenes de laboratorio y en general el acceso a los servicios, sean gratuitas para menores de 5 años, adultos mayores de 65 años y personas en condición de discapacidad severa incluidas en los niveles 1 y 2 del Sisbén afiliadas al régimen subsidiado.

Con la puesta en marcha de este programa 204.802 personas entre adultos mayores de 65 años y menores de 5 años, así como 37.000 personas en condición de discapacidad severa identificados en los niveles 1 y 2 de Sisbén afiliados al régimen subsidiado, reciben servicios de salud gratuitos en cualquiera de los centros de salud de la red pública y privada distrital.

Gracias a esta meta, Bogotá se convierte en la primera ciudad del país en brindar gratuidad total en salud a este grupo poblacional, pues el régimen subsidiado no cubre el valor total de las atenciones en salud y es el usuario el que asume ese porcentaje denominado copago o cuota de recuperación.

La gratuidad consiste en que el Distrito asume el copago o cuota moderadora que debían pagar los usuarios cada vez que solicitaban un servicio de salud y que oscila entre 5 y 10% del valor total de la cuenta.

La inversión en el programa de gratuidad tiene una inversión en todo el periodo de gobierno de 77.000 millones de pesos y cada año cubrirá a cerca de 250.000 habitantes entre menores de 5 años, mayores de 65 años y personas en condiciones de discapacidad severa.

Los beneficios de la gratuidad en salud que mejoran el sistema de aseguramiento son:

- La eliminación de las barreras de acceso para la población niveles 1 y 2 del Sisbén.
- Reducción de la mortalidad infantil, mortalidad por enfermedades como neumonía y enfermedad diarreica aguda pues reduce una de las barreras de acceso más recurrente en los servicios de salud como lo es el factor económico.
- Aumento de años de vida saludable y aumento de la esperanza de vida.
- Disminución de la presencia de enfermedades evitables o que se pueden detectar tempranamente.
- Seguimiento más frecuente a la situación nutricional de los menores y acción más rápida en casos de desnutrición.
- Control oportuno de enfermedades comunes en adultos mayores como hipertensión arterial, diabetes y enfermedades vasculares y coronarias.
- Mejoramiento en el acceso a los servicios de salud a la población en condición de discapacidad.



Acciones en salud pública

Citología

En conjunto con la Oficina de la Primera Dama de Bogotá se dio inicio a la campaña *Dale una cita a la cito*, para promover el examen oportuno que puede detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino, una de las primeras causas de muerte en las mujeres de la ciudad.

Durante 2008 se realizaron jornadas masivas de promoción y prevención en la red pública de hospitales del distrito, con el fin de sensibilizar a las mujeres alrededor de temáticas sobre la prevención del cáncer de cuello uterino y de mama. En este periodo se han tomado 546.262 citologías, 25% más que en el mismo periodo del año anterior. De igual modo, aumentó en 10% el número de mujeres que además de tomarse la citología, reclamaron su resultado y consultaron a tiempo con su especialista.

Bogotá tiene una tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino de 6,7 por 100.000 mujeres la meta de la Bogotá Positiva es reducirla a 5,7 por cada 100.000 mujeres.

Vacunación

Para disminuir la mortalidad y morbilidad en niños y niñas, y poder erradicar las enfermedades inmunoprevenibles, se dio inicio al programa de vacunación, mediante el cual hoy el 97% de los niños y niñas menores de 1 año cuentan con las vacunas del plan regular de salud.

Se incluyeron nuevas vacunas gratuitas pagadas por el distrito como influenza, neumococo, hepatitis A y rotavirus.

Durante el desarrollo de la Bogotá Positiva, se han desarrollado diferentes jornadas de vacunación de niños y niñas en las cuales se han aplicado los siguientes inmunológicos:

- En el plan regular de inmunizaciones se han aplicado 635.000 dosis a niños y niñas menores de 1 año (polio, DPT, BCG, tripleviral, fiebre amarilla y triple viral entre otras).
- En influenza se han vacunado a 92.622 niños y niñas y 302.820 adultos mayores en este periodo.
- En neumococo se han inmunizado a 4.352 menores de bajo peso al nacer.
- Se han aplicado un total de 24.550 dosis de rotavirus a bebés nacidos a partir del 1 de junio de 2008.
- En cuanto a vacunación contra hepatitis A, se han aplicado un total de 91.684 dosis a niños y niñas de un año de edad.

Salud a su casa

Un importante logro es haber dado continuidad a este programa, que a principios de 2008 inició con 325 equipos que trabajan en territorios de estratos 1 y 2 encargados de adelantar programas de promoción y prevención de enfermedades. Hoy se cuenta con 352 equipos que en 2008 han canalizado a unas 600.000 personas a los servicios de salud y el programa cuenta con una cobertura total de 1.690.000 personas.

- Cerca de 691.098 personas que han recibido acciones de promoción y prevención de enfermedades e información sobre servicios de salud.
- Cerca de 696.347 personas canalizadas a servicios al sector salud y otros sectores como educación e integración social.
- Cerca de 198.873 personas con acciones de seguimiento para verificación de asistencia a programas de promoción y prevención como vacunación, citología, control de crecimiento y desarrollo, consulta prenatal y consulta de planificación familiar.
- Visitas de asesoría y seguimiento a 121.190 familias con menores de 5 años para mejoramiento en los conocimientos y habilidades para el cuidado de niños y niñas (prevención de accidentes caseros, manejo de enfermedades respiratorias agudas, etcétera).

Para 2009 entrarán a los territorios 25 equipos más para llegar a 375 equipos y al final del gobierno se contará con 425 equipos.

Salud al colegio

Por medio del programa Salud al Colegio se han intervenido 310 sedes en 130 colegios distritales con énfasis en programas de salud sexual, convivencia, tiempo libre, prevención del suicidio, nutrición y ambientes escolares saludables, con una cobertura de 422.000 estudiantes con acciones de promoción y prevención en salud.

Infraestructura

Se entregó la obra de Ecoterapia en la localidad de Sumapaz, que se trata un nuevo centro de rehabilitación integral para personas con discapacidad mental y habitantes de la calle. Este nuevo centro de rehabilitación integral para personas mayores con discapacidad mental y habitantes de calle, es resultado de la evolución de un proyecto denominado Ecoterapia, por medio del cual se brinda una alternativa nueva para que mediante actividades agroambientales, se consolide la rehabilitación integral para personas con problemas agudos de salud mental como la esquizofrenia.

Dicha institución beneficiará a toda la población de la localidad de Sumapaz y del Distrito Capital, mediante la prestación de servicios como: terapias de carácter pasivo (recorridos terapéuticos por senderos ecológicos, manualidades, ejercicios físicos, talleres lúdicos, cultivo de la tierra, cría de albinos), que reivindiquen la relación hombre-naturaleza y permitan sistemas en los cuales se integre el entorno natural y los sistemas terapéuticos tradicionales y no convencionales o alternativos.

La inversión en infraestructura fue de 2.340 millones de pesos y actualmente cuenta con sesenta pacientes internados.

Gracias a una inversión de 3.500 millones de pesos entró en funcionamiento la más moderna y completa unidad renal con la que cuenta la Red pública hospitalaria de Bogotá, la cual está brindando sus servicios en el hospital Occidente de Kennedy. Esta unidad renal es la cuarta que funciona en un hospital distrital.

En las próximas semanas se abrirá el hospital de Meissen, al sur de la ciudad, obra de 17.000 metros cuadrados con una inversión de 40.000 millones de pesos y 280 camas.



Debilidades y retos del sistema de salud

A pesar de los logros persisten unos retos y compromisos por cumplir para hacer más efectiva la labor de los entes territoriales en salud.

En primer lugar se deben mejorar la forma como el Estado asume el aseguramiento de la población. En ese sentido desde la ciudad de Bogotá se propone la creación de una Eps Distrital que le permita al gobierno participar en el aseguramiento del régimen subsidiado en salud, en el Distrito Capital y en la región centro-oriental, así como garantizar los servicios de salud con calidad, oportunidad, suficiencia y disponibilidad; fortaleciendo la atención primaria en salud mediante la red adscrita de hospitales.

Esta propuesta pretende regular el libre mercado en el modelo de aseguramiento, conservando independencia e imparcialidad y ser administrador directo del aseguramiento que es uno de los grandes problemas que tiene nuestro sistema.

Con la Eps Distrital se espera:

- Garantizar la contratación con la red pública
- Cumplir un reto importante: ser tan buen pagador como hasta ahora lo ha sido el Fondo Financiero Distrital de Salud
- Derivar recursos de demanda hacia los hospitales públicos
- Lograr el propósito de aumentar la cobertura del aseguramiento en la ciudad, sin comprometer el equilibrio financiero de la red pública de servicios.

Otro reto importante es lograr un mayor flujo de recursos para los hospitales de la red pública pues de todos es sabida la importante cartera que presentan las ESES en Bogotá por atenciones de personas de otras ciudades que son de difícil cobro. Además en Bogotá se carga con todo el peso de la atención de los usuarios no asegurados que en otras instituciones oficiales y privadas no reciben.

Pese a ello, en el gobierno de la Bogotá Positiva existe un compromiso político, administrativo y de gobierno de la administración distrital en darle sostenibilidad financiera a los hospitales públicos de la ciudad garantizando los recursos para su buen funcionamiento.



Cada año más recursos para hospitales

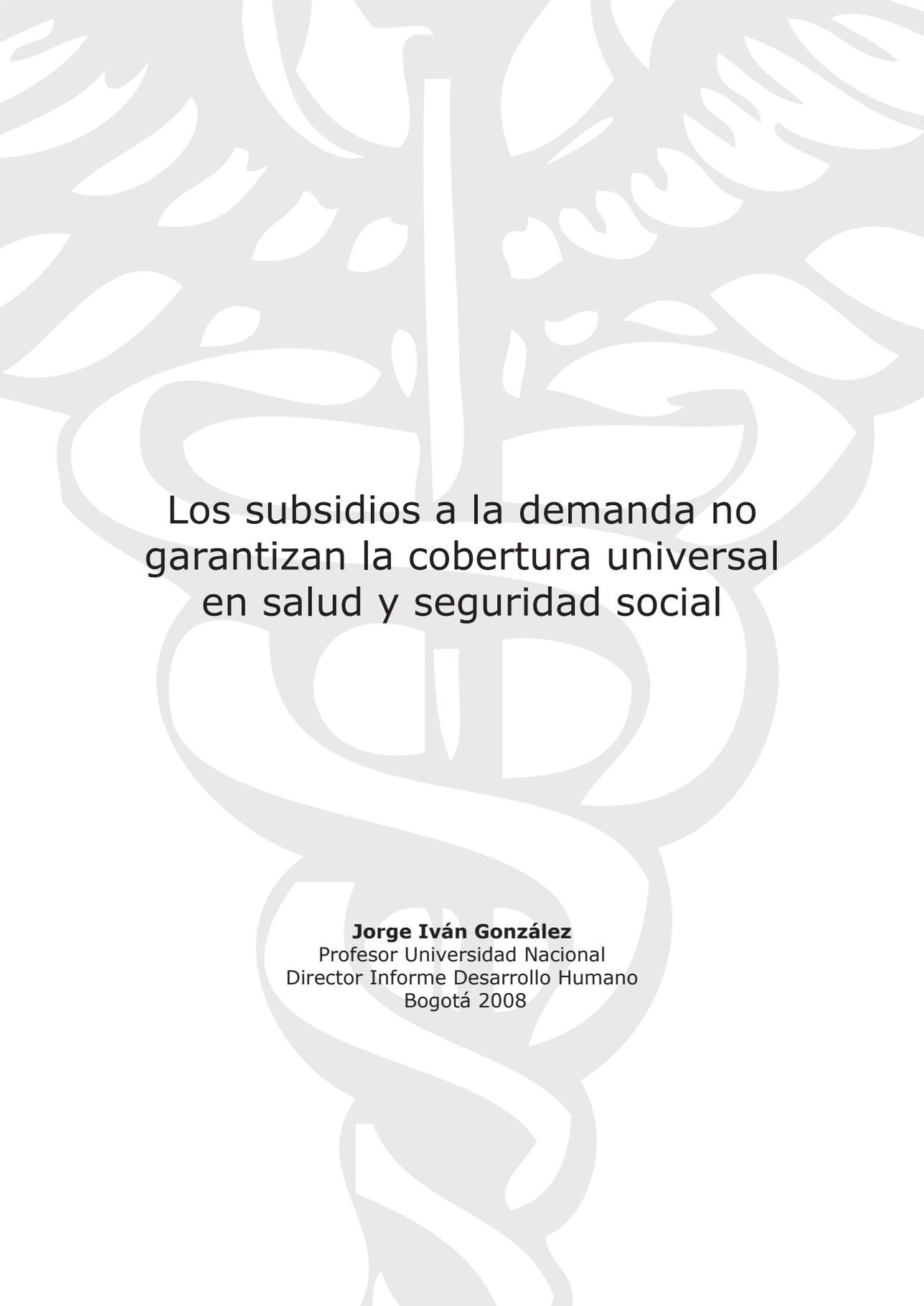
De 2004 al 2008 ha habido un incremento muy importante en el presupuesto para los hospitales de Bogotá, al pasar de 491.000 millones a 855.000 millones, lo que representa un aumento del 74%, cifra que no solo ha garantizado la sostenibilidad financiera de esta red pública, sino que se ha visto reflejada en la mejora de prestación de los servicios que demandan los habitantes de la capital.

Se reconoce que en 2008 se han tenido dificultades en algunos hospitales, especialmente por el incremento de la cartera sin recuperar de las EPS, lo propio sucede con la cartera que les adeudan entes territoriales, por atenciones a personas de fuera de Bogotá; la cual, pese al esfuerzo mancomunado de hospitales y Secretaría Distrital de Salud, no ha dado los resultados esperados, impactando así la liquidez de los hospitales.

Frente a esto la Administración Distrital viene adelantando una serie de estrategias para mitigar cualquier demora en los pagos que deban hacer las ESE que van desde ajustar al mínimo los tiempos del trámite de cuentas con la red, servir de gestor de cartera de la misma, hasta priorizar recursos para los hospitales y empezar a implementar el cobro de la jurisdicción coactiva en la red pública hospitalaria de la ciudad para garantizar el recaudo de la cartera.

Las empresas sociales del Estado están haciendo un mayor esfuerzo para ajustar sus gastos corrientes, mejorar la gestión de cobro de cartera; lo anterior, de la mano de un plan de austeridad para garantizar el presupuesto de prestación de servicios y buscar nuevas fuentes de financiamiento por medio de contratación con otros actores del sistema, por ejemplo aumentar los niveles de contratación con las EPS, para seguir por el camino de sostenibilidad y eficiente prestación de servicios subsidiados, contributivos y a otros pagadores.

Con estas estrategias se seguirá garantizando en Bogotá el derecho a la salud de todos y todas, con el concurso de los demás actores del sistema con quienes nos une una sola expectativa y un objetivo común: mejorar las condiciones de vida y salud de la población.



Los subsidios a la demanda no
garantizan la cobertura universal
en salud y seguridad social

Jorge Iván González
Profesor Universidad Nacional
Director Informe Desarrollo Humano
Bogotá 2008



Visión Colombia 2019 II Centenario (DNP, 2005) propone escenarios alternativos de crecimiento y desarrollo. La versión que en todos ellos se tiene de la salud y de la seguridad social no es compatible con lo que está sucediendo actualmente. Las consideraciones sobre el proceso demográfico no contemplan la forma como la distribución de la población en el espacio incide en el desarrollo. De acuerdo con esta Visión, el ritmo de crecimiento de la población se reduciría de 1,68% en 2005 a 1,43% en 2010 y a 1,11% en 2019. Como esta tendencia no es espontánea, las medidas de política pública deben ser explícitas, y por ello se afirma que "(...) las metas demográficas tienen como objetivo reducir la tasa de crecimiento de la población". Si la distribución de las personas en el territorio se hace de manera adecuada, baja la presión sobre la demanda ambiental.

En palabras de Visión Colombia, se trata de "(...) contribuir a la desaceleración de la demanda ambiental, mediante el estímulo a la reducción de las tasas de crecimiento poblacional y una mejor distribución de la población en el territorio".

En los modelos que utiliza Visión Colombia para estimar la tasa de crecimiento del PIB, la población aumenta al mismo ritmo que el empleo. Se supone, además, que la menor población reduce la pobreza y mejora la distribución. El análisis de Visión Colombia desconoce lo que actualmente sucede en el país. En la realidad no se presenta una relación clara e inmediata entre la menor población, la reducción de la pobreza y una mejor distribución de las personas en el espacio.

El estudio de Bonet y Meisel (2007) muestra que los menores ritmos demográficos han estado acompañados de una mayor desigualdad en

la distribución de la población en el espacio. La distribución desigual de la población ha ido a la par con una concentración de la actividad económica alrededor de Bogotá.

Desde el punto de vista de la política económica, se podría argumentar que las reformas más recientes adoptadas en el país han tendido a fortalecer el papel de la aglomeración en torno a Bogotá; en cambio, las políticas que se esperaba que tuvieran un impacto sobre el desarrollo regional, tal como la descentralización, no parecen tener un impacto sobre las tendencias observadas a largo plazo (Bonet y Meisel 2007:42).

La descentralización no ha favorecido la convergencia, a pesar de que era uno de sus objetivos centrales. De manera ingenua, Visión Colombia propone que el Ministerio de la Protección Social (MPS) sea "(...) el encargado de coordinar la formulación, elaboración y seguimiento de la política poblacional". En esta tarea también participarían el Ministerio de Educación Nacional, las entidades descentralizadas del sector de la protección social y el Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT).

Tiene razón Visión Colombia en que el ordenamiento de la población en el territorio es un asunto *público* y, como tal, debe estar en cabeza de una instancia gubernamental. Pero en la realidad, el MPS no tiene la capacidad (técnica, jurídica, funcional, administrativa, etc.) para cumplir satisfactoriamente esta tarea. La política de población no es solo control natal. La regulación demográfica tiene que estar vinculada al espacio y a la distribución de las personas en el territorio. Desde esta perspectiva, el Ministerio del Medio Ambiente debe cumplir una función de mayor liderazgo.

Independiente a la forma como se articulen las entidades, vale la pena destacar la importancia que Visión Colombia le atribuye a lo público. Los regímenes de aseguramiento definidos en la Ley 100 se quedan cortos frente a grandes retos, como el ordenamiento de la población en

el ecosistema. Si el régimen actual ha descuidado aspectos básicos de salud pública como la vacunación, no existen las mínimas condiciones para que las alianzas entre los privados y el sector público puedan proponer esquemas adecuados para el ordenamiento de la población en el espacio. Los aseguradores privados, o cualquier forma de asociación con los privados, no garantiza que los operadores tengan un horizonte suficientemente amplio para preocuparse por los problemas de ordenamiento del territorio, entendido como la interacción entre el ecosistema y la población.

Sin que Visión Colombia argumente de esta manera, en su concepción de la política de ordenamiento de la población en el territorio habría una clara opción por lo público. Los privados tienen un horizonte de corto plazo, que se refleja en la poca importancia que le atribuyen a la salud pública y a la prevención. Pero el reconocimiento que hace Visión Colombia de la relevancia de la acción pública no es compatible con la debilidad de los instrumentos propuestos.

Hasta ahora, la política pública ha tenido un impacto en el poblamiento del territorio contrario al que espera Visión Colombia, y las medidas propuestas no tienen suficiente fuerza para modificar la tendencia actual. Y esta incapacidad es grave porque la forma como interactúan las personas con el ecosistema incide en el nivel de riesgo y en las modalidades de la protección social. Es necesario fortalecer la intervención pública en el territorio. No sobra insistir en que estos temas adquieren mayor relevancia ahora cuando la evidencia del cambio climático es contundente (UNDP, 2007).

Junto con esta reflexión sobre el territorio y los flujos demográficos, Visión Colombia propone objetivos más inmediatos en el campo de la salud y la seguridad social: ampliación de cobertura, equiparación de beneficios entre regímenes, reducción de la inequidad, mejoramiento en salud pública. En 2019 habría universalización del aseguramiento e igualación del plan de beneficios (Pos contributivo igual al Pos subsidiado). En otras palabras, en 2019 los subsidios a la oferta dejarían de existir y toda la financiación se realizaría por medio de subsidios a la demanda. Al ir un poco más lejos, Visión Colombia aspira

a que los hospitales públicos se autofinancien. Se trataría, por tanto, de "(...) afianzar el proceso de reestructuración y modernización de las redes de hospitales públicos, con el fin de que logren su autofinanciamiento a partir de la venta de servicios" (DNP, 2005:226).

Visión Colombia tiene dos aspiraciones que no son factibles: acabar con los subsidios a la oferta y, además, garantizar que los hospitales se autofinancian mediante la venta de servicios. La eliminación de los subsidios a la oferta en 2019 atrasa en diecinueve años el ideal de Juan Luis Londoño, para quien la universalización del aseguramiento debería alcanzarse en 2000 (González, 2003). Lo sucedido estos años muestra que el proceso no está convergiendo en la dirección esperada y, por el contrario, la participación de los subsidios a la oferta se está incrementando.

Visión Colombia conserva la idea original de la Ley 100, y supone que la financiación del aseguramiento universal está basada en el crecimiento del empleo y en un fortalecimiento del régimen contributivo.

Las acciones en materia de financiamiento del sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) incluyen la definición e implementación de incentivos para recaudar nuevos recursos a partir de la afiliación de la población con capacidad de pago y el uso más eficiente de los recursos del sector actualmente disponibles. Para lo anterior, se hace necesario reducir la evasión y elusión de los aportes al régimen contributivo; construir e implementar alternativas de afiliación al régimen contributivo o subsidiado para trabajadores independientes no pobres con relativa capacidad de pago; y ajustar y actualizar la estructura tributaria de la explotación de los juegos de suerte y azar (DNP, 2005:226).

De acuerdo con esta afirmación, es pertinente concluir que en 2019 ya no habría "vinculados" y los subsidios a la oferta desaparecerían. La principal fuente de financiación del sistema provendría de los aportes

del régimen contributivo, y de las transferencias que realiza el Estado cuando la subcuenta de compensación del Fosyga no es suficiente para atender las necesidades de las personas afiliadas al régimen subsidiado. Si las metas de crecimiento propuestas en Visión Colombia se cumplen, el desempleo bajaría de 13,6% en 2004 a 5% en 2019¹. En este mundo maravilloso la reducción del desempleo se reflejaría en un aumento de la participación del régimen contributivo y, por tanto, en una mayor solidez de las finanzas del Sgss. Esta lógica tiene tres inconvenientes: no es realista, es procíclica, y únicamente cuenta con los recursos propios del sistema –deja de lado las potencialidades de financiación que podrían obtenerse a partir de la riqueza de la sociedad.



La mirada desde las tendencias reales

Cuadro 15.1

Distribución de la población de Bogotá entre los regímenes subsidiado, contributivo y “vinculado”. Número de personas y porcentaje 1996-2005

Año	Subsidiado	Contributivo	Vinculado	Total	Subsidiado	Contributivo	Vinculado
Número				%			
1996	647293	4460012	793695	5901000	0,11	0,76	0,13
1997	910474	4151288	999238	6061000	0,15	0,68	0,16
1998	937646	4023927	1202895	6164468	0,15	0,65	0,20
1999	964856	3454889	1907720	6327465	0,15	0,55	0,30
2000	1057145	3393197	2027923	6478265	0,16	0,52	0,31
2001	1330910	3713214	1513401	6557525	0,20	0,57	0,23
2002	1286010	3504401	1907756	6698167	0,19	0,52	0,28
2003	1369970	3643301	1836715	6849986	0,20	0,53	0,27
2004	1530177	4091027	1392534	7013738	0,22	0,58	0,20
2005	1678136	3947249	1541626	7167011	0,23	0,55	0,22
2006	1851232	3780640	1689962	7321834	0,25	0,52	0,23

Fuente: Cálculos del IDHB (2008) a partir del Ministerio de Salud (régimen contributivo) y del DNP (régimen subsidiado).

Los datos de Bogotá muestran que las proyecciones que hace Visión Colombia sobre la dinámica del empleo no son realistas. En contra de

¹“Cuando se conmemore el segundo centenario habrá más de once millones de empleos nuevos y la tasa de desempleo deberá haber caído a 5%” (DNP, 2005).

lo esperado, la participación del régimen contributivo está disminuyendo. El cuadro 15.1 resume las coberturas que Bogotá ha alcanzado en salud entre 1996 y 2006. Es notoria la caída de la participación del régimen contributivo. Disminuyó de 76 a 52%. El descenso fuerte tuvo lugar durante la caída del ciclo a finales de los noventa. No hay indicios de que esta tendencia vaya a modificarse. Es factible que el desempleo se agudice y, por tanto, que el régimen contributivo siga perdiendo importancia.

La situación puede ser más crítica ahora que comienza la recesión en Estados Unidos y en Europa, y que el desplome del precio del petróleo se refleje en menores ingresos por exportaciones de petróleo y carbón y en una reducción de la demanda de Venezuela. La economía colombiana no está preparada para enfrentar una fase depresiva del ciclo, primero, porque no ha fortalecido el proceso industrial, que según Kaldor (1966) es la única base segura de crecimiento de largo plazo y, segundo, porque el mercado interno, que podría ser un buen instrumento contracíclico, no se ha consolidado (CID, 2006).

Las tendencias del cuadro 15.1 muestran que la financiación de la salud por medio del régimen contributivo es procíclica: los recursos de la salud mejoran cuando la economía y el empleo van bien, y empeoran cuando la economía y el empleo van mal. Si las personas pierden el empleo, no pueden contribuir y tienen que pasar al régimen subsidiado, o quedarse en el limbo de los "vinculados"². No obstante todas las declaraciones gubernamentales a favor del aseguramiento, y los esfuerzos por reducir el número de vinculados, su importancia relativa va creciendo. Desde que se puso en práctica la Ley 100 se dijo que el estado de "vinculado" era transitorio. La realidad ha sido muy distinta, y entre 1996 y 2006, en Bogotá, su participación ha pasado del 13 al 23%. El porcentaje de las personas que están en el régimen subsidiado aumentó de 11 a 25% entre 1996 y 2006 (cuadro 15.1).

² De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida 2007 (Ecv, 2007), en Bogotá el 24% de las personas del decil uno pertenecen a la categoría de "vinculados".

El aumento de la participación del régimen subsidiado y de los vinculados refleja las dificultades que enfrentan las familias en el mercado laboral, y obliga a aumentar el gasto público destinado a la salud. Es desatinado que el ideal gubernamental, expresado por medio de la Ley 100 y de Visión Colombia, sea la financiación de la salud y de la seguridad social mediante el régimen contributivo. Esta lógica es perversa, ya que la salud y la seguridad social deben financiarse con recursos contracíclicos.

La evolución de las cifras de Bogotá lleva a dudar de los pilares financieros constitutivos de la Ley 100. La norma supone que los subsidios a la oferta deben transformarse en subsidios a la demanda. Este propósito se conseguiría mediante una consolidación del régimen contributivo. Para financiar a las personas con menos capacidad de pago, el componente de solidaridad del régimen contributivo estaría complementado con recursos públicos, pero siempre teniendo como punto de referencia el régimen contributivo. En Bogotá estamos presenciando una dinámica que va en contravía de los propósitos de la Ley 100. La participación de los subsidios a la oferta aumenta en lugar de disminuir. Y es altamente probable que lo sucedido en Bogotá también se esté presentando en el resto del país. Estas tendencias obligan a repensar seriamente los postulados rectores de la Ley 100.

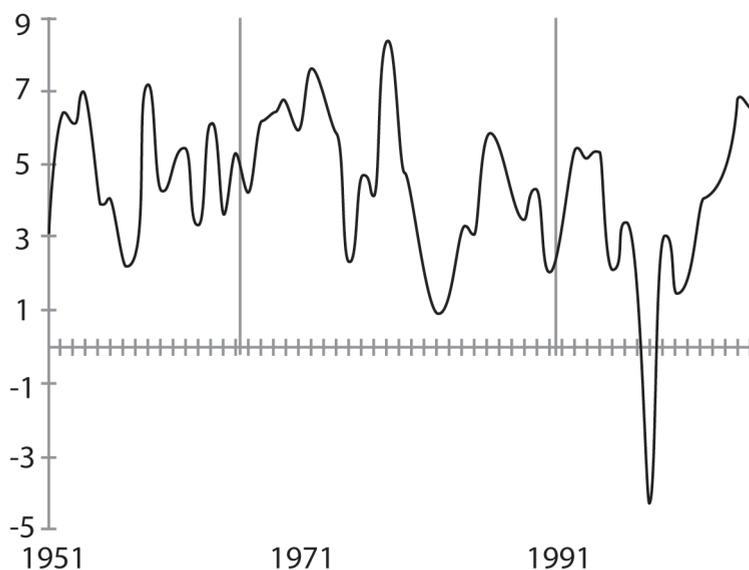
A partir de los hechos observados se derivan varias conclusiones: (a) El infortunio de una política que pretende financiar la salud y la seguridad social mediante recursos procíclicos. (b) El fracaso de la universalidad del aseguramiento y la imposibilidad de transformar todos los subsidios de oferta en subsidios de demanda. (c) La necesidad de diseñar nuevos instrumentos de intervención que enfatizen el papel de lo público.

La tendencia decreciente que ha tenido la participación del régimen contributivo se explica porque el empleo formal ha perdido importancia. Y la dinámica del empleo está íntimamente ligada a los cambios del producto. Si el ciclo económico cae o si el empleo se informaliza, las transferencias al régimen contributivo disminuyen. La naturaleza

procíclica de esta tendencia va en contra de la seguridad social. Es intrínsecamente contradictorio que la principal fuente de financiación de la seguridad social sea procíclica con respecto al empleo. Debe tenerse en cuenta, además, que el ciclo del empleo formal no necesariamente coincide con el del producto. En principio es cierto que el aumento del producto mejora el empleo, pero ello no significa que crezca el empleo formal. Es factible que el mayor crecimiento del producto vaya a la par con un empeoramiento de la calidad del empleo, y este ha sido el caso colombiano.

Gráfico 15.1

Tasa de crecimiento anual del PIB - Colombia (1951-2007)



Fuente: DANE.

El gráfico 15.1 muestra que después de 1999 el producto ha ido aumentando y, sin embargo, la participación del régimen contributivo ha disminuido (cuadro 15.1). El crecimiento del producto no se ha manifestado en un estímulo similar del empleo y, sobre todo, no se ha reflejado en una mayor dinámica de la contratación formal. La ausencia de una intervención pública contracíclica lleva a que la financiación

de la seguridad social descansa en la expectativa de un empleo formal creciendo, tal y como supone Visión Colombia.

La realidad también está mostrando que los subsidios a la oferta no están transformándose de manera masiva en subsidios a la demanda. Todo lo contrario, los subsidios a la oferta continúan creciendo, así que el propósito de universalizar el aseguramiento no se está consiguiendo. Y el resultado parece contundente. Frente a este hecho no tiene sentido que las políticas sobre seguridad social mantengan el discurso sobre la eliminación de los subsidios a la oferta. En lugar de ello se deberían aceptar las nuevas tendencias y a obrar en consecuencia.

Para ser consistentes con la situación que se está presentando sería necesario comenzar reconociendo que no es posible terminar con los subsidios a la oferta. De allí se sigue, entonces, que las políticas públicas deben contemplar la conveniencia de la intervención estatal en el campo de la salud y la seguridad social.

Retomar lo público no significa retroceder sino volver a mirar con otros ojos. Obviamente, desde la lógica de quienes desconocen las bondades de la intervención, no es apropiado que el Estado rediseñe nuevos instrumentos de intervención. Pero aceptar que el Estado es el responsable último de la cobertura universal no es echar hacia atrás, sino reconocer que los privados y las lógicas de acción procíclicas son incapaces de conseguir la universalización.

En el panorama internacional hay ejemplos claros. Canadá y Cuba garantizan la cobertura universal porque ambos países han aceptado que la salud y la seguridad social son responsabilidad directa del Estado y que los recursos necesarios se consiguen con la riqueza de la sociedad. Chile ha dado marcha atrás, especialmente en pensiones. Bachelet ha reconocido que los fondos privados no tenían capacidad para ofrecer la pensión mínima. Estos días el gobierno argentino nacionalizó los fondos por una razón similar. En Colombia el presidente de Asofondos, Santiago Montenegro, admite que los ahorradores deben asumir parte de los costos causados por la crisis financiera internacional. Estados

Unidos, por su parte, emprende un plan de reordenamiento de la salud y de la seguridad social tratando de evitar que la población descubierta siga aumentando. Y en este proceso, el gasto del gobierno federal aumenta de manera importante³.

El gráfico 15.1 pone en evidencia la enorme volatilidad de la economía colombiana. A medida que pasa el tiempo, la dinámica del producto es más fluctuante. Entre 1951-1970, la varianza de la tasa de crecimiento del PIB fue de 2,37, entre 1971-1989 fue de 3,87 y entre 1991 y 2007 fue de 6,95. En este lapso de tiempo, la varianza casi se ha triplicado. Como está sucediendo en Estados Unidos y en Europa, el Estado colombiano debería actuar con el fin de contrarrestar el ciclo de la economía. La salud y la seguridad social no pueden financiarse con recursos que vayan con el vaivén de la economía porque este comportamiento es intrínsecamente contradictorio con la noción misma de protección y seguridad social.

Es la hora de que en Colombia se vuelva a replantear la forma de intervención del Estado en la financiación de la salud y de la seguridad social. En lugar de seguir confiando en los recursos provenientes del régimen contributivo, la mirada debería dirigirse hacia el presupuesto público. Los impuestos generales serían, entonces, la forma de financiar la cobertura universal. Y para que ello sea posible es indispensable poner en práctica una tributación más progresiva y, sobre todo, es necesario incentivar los impuestos al suelo (rural y urbano).

El Informe de Desarrollo Humano para Bogotá (IDHB, 2008) muestra bajo qué condiciones sería posible incrementar la tributación al suelo urbano y al ordenamiento urbano (predial, plusvalía, valorización, etc.) en las grandes ciudades del país. El IDHB concluye que en el país existe un amplio margen para aumentar este tipo de impuestos.

⁶ La tendencia creciente del gasto federal en salud y seguridad social ya la observa Stiglitz a finales de los años ochenta (Stiglitz, 1986). Los anuncios que ha realizado Barack Obama, el presidente electo de los Estados Unidos, indican que se aproxima una nueva forma de intervención del Estado compatible con el ideario keynesiano.

Además, es esencial modificar los criterios regresivos que han inspirado la política tributaria del país. Un impuesto tiene *progresividad fuerte* cuando la tarifa sube con el ingreso. Un impuesto tiene *progresividad débil* cuando la tarifa que pagan los ricos es más alta que la de los pobres. En Colombia la tarifa al impuesto a la renta se mantiene constante a partir de un determinado nivel. La tarifa de los prediales (rural y urbano) tampoco crece a medida que aumenta la riqueza del suelo. El impuesto a la renta en Colombia es progresivo débil porque aunque los pobres no tributan sobre la renta, la tasa de los ricos se vuelve constante a partir de un determinado nivel de ingreso (CGR, 1994). Con Uribe la progresividad se ha debilitado porque la tarifa del impuesto a la renta de los más ricos ha disminuido. Los prediales tienen una progresividad más débil que la del impuesto a la renta. La universalización de la cobertura en salud y seguridad social puede conseguirse si la estructura tributaria es más progresiva. El aumento de la capacidad tributaria y la extensión de la protección social son dos temas estrechamente relacionados. Sin lo uno no es posible lo otro.

El cuadro 15.2 resume la estructura de consumo de los hogares de Bogotá en 2007. Muestra la forma como las familias gastan sus ingresos. El decil uno es el más pobre. Las cifras corresponden a porcentajes. La primera columna corresponde a los gastos en salud.

Como porcentaje de su ingreso, los pobres gastan en salud 10,1% y los ricos 17,7%. De estas cifras se siguen tres conclusiones: (a) los pobres gastan en salud un porcentaje menor de su ingreso que los ricos; (b) si la calidad de la atención es la misma, esta estructura del gasto sería progresiva, (c) todavía se puede avanzar más en progresividad, hasta llegar al punto en el que los pobres no paguen nada por el servicio de salud.

La conclusión (a) se explica porque el régimen subsidiado ha aumentado su participación frente al régimen contributivo y a los vinculados (cuadro 15.1). La mayor cobertura del régimen subsidiado evita que los pobres tengan un gasto en salud más elevado. Y aunque esta

estructura de consumo es progresiva (punto b), todavía podría serlo más (punto c). Un gasto social es progresivo si como porcentaje del ingreso, los pobres gastan menos que los ricos. El gasto en servicios públicos es un buen ejemplo de una estructura que es regresiva. Mientras que los pobres destinan el 10% de su ingreso al pago de servicios públicos, el porcentaje correspondiente al decil diez apenas es de 5,5%. La estructura del gasto en salud no es tan regresiva como la de servicios públicos. Aunque hay más equidad en salud que en servicios públicos, todavía podría lograrse una mayor progresividad. La condición ideal sería que los pobres no pagaran nada en salud, de manera que la gratuidad fuera total. Pero para lograr este propósito se requiere un aumento de los subsidios a la demanda, o que todos los pobres estuvieran afiliados al régimen subsidiado pero, tal y como se desprende del cuadro 15.1, el proceso real no va en esta dirección.

Cuadro 15.2

Estructura de consumo por deciles. Participación (%) del gasto destinado a cada bien en el ingreso – 2007

Decil	Salud	Educ	Trans.	Alim.	Vest.	Viv.	SerPb.	Cult	Otros	Total
1	10,1	8,4	9,0	30	3,5	24,7	10,0	3,7	0,7	100
2	8,6	7,0	10,3	34,3	3,5	22,3	9,1	3,4	1,5	100
3	9,3	7,9	12,0	31,8	3,7	20,8	9,0	3,7	1,9	100
4	12,1	8,1	9,7	33,5	3,9	17,5	8,8	3,9	2,6	100
5	12,0	7,8	12,7	31,1	3,7	17,4	8,6	4,3	2,4	100
6	13,9	8,9	11,0	31,8	4,2	13,3	8,7	5,3	3,0	100
7	13,2	10,2	11,1	28,5	4,2	15,2	8,1	5,6	4,0	100
8	14,3	9,1	12,4	26,4	4,2	14,4	7,5	7,2	4,4	100
9	14,8	11,0	13,6	21,8	4,9	14,2	6,6	7,9	5,4	100
10	17,7	10,4	13,4	15,9	4,6	16,0	5,5	10,5	5,9	100

Nota: Educ. educación, Trans. transporte (público y privado), Alim. alimentación, Vest. vestido, SerPb. servicios públicos, Cult. cultura. Los cálculos se realizaron con el ingreso inicial del hogar, antes de impuestos y de subsidios.

Fuente: Cálculos del IDHB (2008) a partir de la Ecv 2007.



Al rescate de la seguridad social integral financiada con recursos contracíclicos

Para que la seguridad social sea integral y universal es necesario recurrir a la financiación mediante impuestos generales. Ello significa que los subsidios a la oferta no pueden desaparecer. Todo lo contrario, tienen que adquirir mayor relevancia. La universalización de la salud y de la seguridad social debe mirarse desde un panorama general que podría ser el de *seguridad humana* (UNDP, 1994).

Esta noción comprende varias dimensiones: física, social, tragedias naturales⁴, empleo, etcétera. Es riesgo (R) es igual a la amenaza (A) por la vulnerabilidad (V), así que $R=A \times V$ ⁵. La amenaza tiene su origen en factores covariantes o idiosincráticos. Dependiendo de las circunstancias, la intervención del Estado puede reducir la amenaza o la vulnerabilidad. Y este principio general se aplica para todas las formas de inseguridad humana. En el área social, existen factores covariantes (recesión, desempleo, etc.), que actúan como amenazas contra las familias. Si estos fenómenos están acompañados de una amenaza natural (deslizamiento, por ejemplo) y de un mal idiosincrático (enfermedad del perceptor principal), es muy factible que la calidad de vida de la familia se deteriore. En tales circunstancias los mecanismos de protección y de promoción social deben ser contracíclicos (DNP, 2008). Si la amenaza no puede controlarse completamente, la protección social debe reducir la vulnerabilidad con el fin de atenuar el riesgo.

⁴ “En las últimas décadas se ha presentado un crecimiento exponencial de los desastres socionaturales ocurridos en el mundo, así como de las pérdidas económicas y de vidas generadas por los mismos, tendencia que tiende a mantenerse hacia el futuro, con consecuencias más elevadas sobre el desarrollo de los países más pobres. Entre 1975 y 2005 el número de desastres se multiplicó por cinco y las pérdidas económicas se incrementaron de diez a ciento cincuenta y dos billones de dólares por año” (Cárdenas, Cárdenas y Camargo, 2007:3).

⁵ “Riesgo. Se define como la magnitud probable esperada de daños o fallas de uno o más elementos de un sistema, dentro de un territorio y de un período dados, ocasionados por el desencadenamiento de un fenómeno peligroso. El riesgo (R) es, por tanto, función de un peligro potencial o amenaza y de la vulnerabilidad de los elementos expuestos a la amenaza” (Cárdenas y González, 1996:6).

El enfoque de DNP (2008) es más integral y adecuado que el de Visión Colombia (DNP, 2005). En estos tres años se observa el cambio de énfasis hacia una concepción más articulada e integral.

El sistema de protección social (SPS) tiene en los próximos años como reto fundamental lograr la efectiva articulación de tres grandes componentes: (a) seguridad social integral –salud, riesgos profesionales y protección al cesante–; (b) sistema de promoción social y sistema social de riesgo, y (c) sistema de formación de capital humano –sector educativo y formación para el trabajo– (DNP, 2008:5).

Esta mirada es integral y si efectivamente se avanza en la dirección mencionada, el riesgo de las familias disminuirá porque la protección social reduce la vulnerabilidad. El sistema de protección social, tal y como se concibe en la cita anterior, cubre a toda la población, y sus componentes efectivamente permiten pensar en que se trata de un enfoque general. El SPS reduce la pobreza y la desigualdad si garantiza el funcionamiento adecuado de los mecanismos de aseguramiento, reduciendo la vulnerabilidad de la población y creando las herramientas para que los grupos rezagados superen las condiciones adversas que enfrentan. No obstante los avances, esta nueva concepción será exitosa si sortea dos obstáculos: la lógica de Visión Colombia (DNP, 2005) y la prevención que existe en el país contra la financiación pública de la salud y de la seguridad social.

Los dos enfoques de Planeación Nacional (DNP, 2005 y 2008) no son compatibles. La versión 2008 es más rica y supera la estrechez financiera de Visión Colombia. Sería conveniente que en el futuro el sistema de protección social se inspire en DNP 2008 y abandone gran parte de las disposiciones definidas en DNP 2005. Con el ánimo de buscar puntos de encuentro, sería bueno rescatar de Visión Colombia las pocas menciones favorables a lo público, especialmente cuando se hace referencia a temas como el ordenamiento de la población en el territorio.

La segunda traba que debe superar el ideario formulado en DNP, 2008, tiene que ver con el desprecio generalizado por lo público. Esta percepción, que se refleja en la mayor parte de DNP 2005, tiene raíces discursivas profundas. En Colombia el gasto público, como proporción del PIB, no ha caído a pesar de que desde los años ochenta, y sobre todo en los años noventa, el discurso gubernamental ha sido contrario a la intervención del Estado (González, 2008).

Esta esquizofrenia entre las declaraciones enfáticas en contra de la intervención y una realidad claramente intervencionista, genera confusión y no permite entender las bondades y las limitaciones de la acción pública. Durante estas dos décadas los gobiernos no han defendido de manera explícita y contundente la conveniencia de la intervención pública⁶. Para poder conseguir los objetivos expresados en DNP 2008 es necesario recuperar la credibilidad en lo público, y dejar de lado la pretensión de eliminar los subsidios a la oferta.

Los cambios mencionados deben ser sustantivos. Mientras tanto sería conveniente que, por lo menos, mejorara la regulación y el control. El Estado colombiano no interviene directamente pero, adicionalmente, tampoco está regulando y controlando de manera adecuada. Visión Colombia reconoce que la regulación en el SGSSS ha sido *errática e inconsistente*⁷. La Ley 1122 de 2007 que pretende mejorar la regulación se quedó muy corta. Ante todo, porque la norma se expide sin que existan las condiciones de velo de ignorancia que sí se presentaron cuando se promulgó la Ley 100 de 1993 (González, 2007).

⁶ Esta actitud contrarresta, por ejemplo, con la de Obama y su nuevo equipo de gobierno. El *new deal* propuesto por Obama está centrado en la inversión pública destinada a la reconstrucción de escuelas y al mejoramiento de la infraestructura vial. A diferencia de lo que ha sucedido en Colombia, el *new deal* de Obama no tiene una posición vergonzante frente a la intervención del Estado.

⁷ “La regulación en el SGSSS ha sido errática e inconsistente en muchos casos, olvidando el objetivo primordial de garantizar condiciones transparentes para la operación de los mercados y las garantías para los usuarios, frente a los intereses particulares de los agentes. Se hace necesario revisar la pertinencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como ente regulador y procurar mecanismos más acordes con dicha función”.

La Ley 1122 no enfrenta uno de los males constitutivos del Sgss: la disminución del número de intermediarios y la creación de situaciones favorables al monopolio⁸. Los agentes que participan en el sector de la salud expresan sus intereses de maneras muy diversas, y la asimetría de poder ha llevado a que los propósitos financieros de los intermediarios pesen más que las necesidades de salud de la población⁹. La CRES, creada por la Ley 1122, nace sin capacidad de maniobra.

El panorama no es consolador. Por un lado, nada indica que las reformas inmediatas en el campo de la regulación y el control (Ley 1122) pueden ser efectivas. Los intermediarios EPS y ARS le continúan imponiendo sus criterios de acción a las instancias reguladoras. Y de otra parte, en el país no hay ambiente para discutir la conveniencia de la financiación pública de la salud y de la seguridad social. En tales circunstancias, la cobertura no será universal y las cotizaciones al régimen contributivo seguirán sometidas al vaivén de ciclo económico.

Entre tanto, y a regañadientes, el Estado continúa distribuyendo subsidios a la oferta. La experiencia reciente de otros países (Chile, Argentina y Estados Unidos) es un buen punto de partida para modificar de manera sustantiva el ordenamiento institucional de la salud y la seguridad social. Las transformaciones que se están llevando a cabo allá nos recuerdan que la presencia de lo público es la única garantía de que la salud y la seguridad social cubran a toda la población.

⁸ La Ley 1122 acepta que la integración vertical llegue hasta el 30%. Es una renuncia explícita a mantener el ideal competitivo de Londoño y Frenk (1977).

⁹ Llama la atención lo que ha sucedido con la mortalidad infantil en el Distrito cuando se analiza por régimen (contributivo, subsidiado y vinculado). La tasa más baja se presenta entre los pobres sin seguro (los vinculados) con un valor de 10 por cada mil nacidos vivos, seguidas por el régimen contributivo con 16,8 y por el subsidiado con 29,8. Estos resultados podrían explicarse por los incentivos negativos que tiene el sistema, y que terminan reflejándose en la no prestación de servicios. Los afiliados están sometidos a una ruleta perversa de remisiones y trámites administrativos (IDHB, 2007 y 2008; Vacca, 2007). Abundan los ejemplos que muestran que los intereses de los intermediarios prevalecen sobre los de la población atendida.



Referencias bibliográficas

Bonet, Jaime; Meisel Adolfo. 2007. Polarización del ingreso per cápita departamental en Colombia, 1975-2000. En: *Ensayos sobre política económica*. Junio, 25 (54): 12-43.

Cárdenas, Camilo; Cárdenas, Alba; Camargo Germán. 2007. Los riesgos sionaturales y tecnológicos de Bogotá. Situación actual y propuestas de líneas de acción para el corto y mediano plazo. IDHB, PNUD, Bogotá (Mimeo).

Cárdenas, Camilo; González, Álvaro. 1996. Las obras de Ingeniería y sus riesgos. Corporación para la Prevención de Riesgos del Desarrollo (Corprever), Bogotá (Mimeo).

Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID). 2006. *Bien-estar y macroeconomía 2002-2006. Crecimiento insuficiente, inequitativo e insostenible*. CID, CGR, Bogotá.

Contraloría General de la República (CGR). 1994. *Política fiscal y equidad en Colombia*. Tercer Mundo, CGR, Bogotá.

Departamento Nacional de Planeación (DNP). 2005. *Visión Colombia II Centenario: 2019*. DNP, Bogotá.

Departamento Nacional de Planeación (DNP). 2008. *De la asistencia a la promoción social. Hacia un sistema de promoción social*. Boletín núm. 35, SISD, DNP, Bogotá.

González, Jorge. 2003. Juan Luis Londoño: ideas para la acción. *Economía institucional*. 5 (8): 223-239., Reproducido en Leibovich, José. 2004. Editorial *Obra Selecta. Juan Luis Londoño de la Cuesta*, Federación de Cafeteros, Fedesarrollo, Uniandes, Bogotá: 33-52.

González, Jorge. 2007. La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. *Revista Colombiana de Economía de la Salud*. Enero-junio (1): 91-100.

González, Jorge. 2008. La inexorabilidad de la Ley de Wagner. *Zero*. Junio: 36-39.

Informe de Desarrollo Humano para Bogota (IDHB). 2007. *Bogotá con desarrollo humano. Ahí está el detalle. Avances, retos y oportunidades*. ASDI, ACCD, Embajada de Noruega, Alcaldía Mayor de Bogotá, El Tiempo, Bogotá.

Informe de Desarrollo Humano para Bogota (IDHB). 2008. *Bogotá, una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá 2008*. PNUD, Bogotá.

Kaldor, Nicholas. 1966. Causes of the Slow Rate of Economic Growth in the United Kingdom. En: Targetti, Ferdinando y Thirlwall, Anthony (comp.). (1989). *The Essential Kaldor*. Duckworth, London.

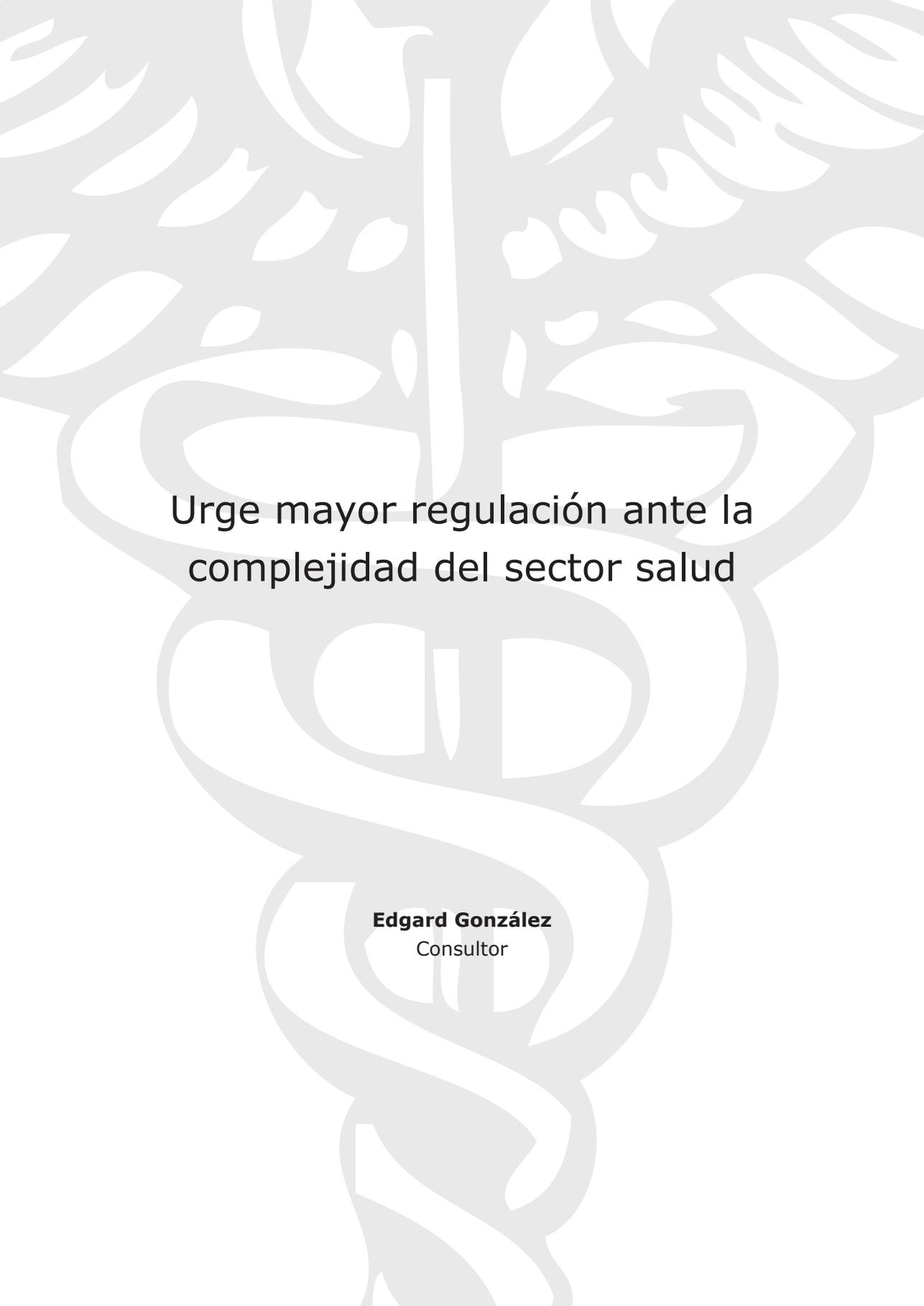
Londoño, Juan Luis; Frenk, Julio. 1997. Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. *Health Policy* 41: 1-36.

Stiglitz, Joseph. 1986. *La economía del sector público*. Antoni Bosch, Barcelona (1992).

United Nations Development Programme (UNDP). 1994. *New Dimensions of Human Security. Human Development Report 1994*, Oxford University Press. New York.

United Nations Development Programme (UNDP). 2007. *Fighting Climate Change: Human Solidarity in a Divided World. Human Development Report 2007/2008*, UNDP. New York.

Vacca, Claudia. 2007. *Orientación de propuestas en el tema de salud para Bogotá*. IDHB, PNUD, Bogotá (Mimeo).



Urge mayor regulación ante la
complejidad del sector salud

Edgard González
Consultor



El tema de la institucionalidad del sector salud es uno de los más complejos del sector público. Complejidad que se deriva de diversas circunstancias, encabezadas por el hecho de que el modelo de aseguramiento implica la creación de un cuasi mercado inducido públicamente, que exige altísimas dosis de regulación como condición absolutamente crucial y esencial para el funcionamiento del sistema.

La institucionalidad tutelada bajo esa regulación solo sería eficaz en la medida en que garantice calidad, sincronización, ciertas exigencias y estándares funcionales muy rigurosos. Si no cumple con estas condiciones, el sistema en su conjunto se verá afectado en la medida en que la institucionalidad sea laxa, que evidencie problemas de calidad en la regulación, que sus instituciones no tengan suficiente masa crítica, o simplemente que adolezca de alguna falla en la estructura institucional.

En esa perspectiva, un punto de referencia muy importante en el análisis de la institucionalidad del sector salud son las características especiales de ese cuasi mercado inducido públicamente que se desarrolló a partir de la reforma ordenada por Ley 100 de seguridad social.



Dispersión en las fuentes de financiación

La segunda característica que genera alta complejidad es la especial naturaleza de las fuentes de financiación del sistema de seguridad social en salud, uno de los factores más decisivos.

A diferencia de cualquier otro sector de la administración pública, este sistema tiene unas complejidades gigantescas en cuanto a la estructura del cliente y el uso de los recursos.

Existen cerca de doce o quince fuentes de financiación dispersas, cada una con destinaciones específicas completamente distintas: algunas para la prestación del servicio de segundo y tercer nivel, otras para el fondo pensional con base en la Ley 60 de 1993, otros recursos para el régimen subsidiado y otros para recursos de seguridad. Es decir, una complejidad monumental.

Este escenario tiene una tradición en términos institucionales y lo complejiza porque implica que los actores institucionales tengan distintos roles según las fuentes de financiación y según la aplicación de los gastos. Pero sobre todo implica que esa atadura de fuentes a determinados propósitos de gasto impida la creación de una bolsa común de recursos que permita una financiación amplia, generosa y generalizada de todo el acumulado en forma universal.

Se identifica aquí una serie de inflexibilidades que van en detrimento del sistema y que deberían ser objeto de revisión por medio de una gran reforma a todo el régimen de financiación y destinación de recursos en el sector salud.



Fusión de ministerios: craso error

La tercera característica se relaciona con las autoridades institucionales de regulación o de dirección del sistema. Un gravísimo error, a mi juicio, ha sido la fusión de los Ministerios de Salud y de Trabajo.

Es obvio que hay una conexión entre el tema laboral y el de salubridad pública y resulta interesante el concepto de protección social que involucre a las diversas instancias, como ha argumentado el respectivo ministerio.

Pero esto tiene sus límites ya que la vocación social de las diversas instituciones o entidades del Estado no es razón suficiente para fusionarlas en una sola bajo la sombrilla de "protección social", pues cada una tiene un rango específico y prioritario de acción.

Además, el tema de salud es vital, prioritario y requiere un manejo muy especializado. Es por ello que la mencionada fusión de los ministerios no le ha hecho bien al sistema, y menos aún si se consideran las altísimas necesidades de regulación y de direccionamiento de política pública que requiere el sector.



Más poder regulatorio para la CRES

La CRES requiere de mayor poder y capacidad regulatoria de la que ha tenido hasta el presente. Si se compara con la Comisión Nacional de Televisión, con el Banco de la República o con otras comisiones de regulación, se encontraría su gran falencia en el alcance de sus facultades reales de control.

Esta comisión opera bajo los parámetros limitados y restricciones severas que simplemente reducen su campo de acción a ciertos temas como la determinación del plan de salud. Pero dejan por fuera de su control la regulación, por ejemplo, de las condiciones de abuso de posición dominante en el mercado de algunos actores del sistema, o la injerencia en instancias y estrategias que verdaderamente garantizan la cobertura universal y la adecuada prestación de servicios.



Descentralización y sistema de aseguramiento

Otro aspecto institucional relevante se asocia con el dilema entre centralización y descentralización, y con los cruces que ellos tienen en el sistema de aseguramiento.

Discrepo con el Ministerio de la Protección Social cuando afirma que la descentralización precede necesariamente a un sistema de aseguramiento. Pienso que ocurre exactamente lo contrario: los sistemas descentralizados tienden a ser más incompatibles con los sistemas de aseguramiento.

La razón es sencilla: la dosis de descentralización reduce la capacidad de alta regulación que exige el sistema, pues este supone la existencia de agentes organizados verticalmente alrededor del mercado. Es este

uno de los grandes dilemas que el sistema ha venido enfrentando en distintas coyunturas.

Por ejemplo, una bolsa común de recursos para asegurar a todos los pobres en el sistema subsidiado entra en contradicción con bolsitas de recursos separadas y manejadas aisladamente por cada entidad territorial. O un sistema de aseguramiento universal, donde haya plena movilidad de los usuarios en el aseguramiento, entra en contradicción con administradores parciales o locales en cada uno de los territorios del país.

Por tanto, debe haber claridad y gran conciencia sobre el tema antes de pretender argumentar que el modelo del aseguramiento sucede a la descentralización como una consecuencia lógica.



Vigilancia y control

En el proceso de identificación de las características complejas del sistema aparece otro tema fundamental: la importancia de garantizar eficaces mecanismos e instituciones de inspección, vigilancia y control, sin duda, la gran bisagra del sistema.

En mi opinión, ha habido grandes fallas a lo largo de muchos años durante los cuales se le dio poca trascendencia a la Superintendencia Nacional de Salud, a pesar de ser esta la gran articuladora de todo el sistema de seguridad social.

Ahora, por fortuna, la nueva administración de esa entidad está rectificando el rumbo y orientando un desarrollo proactivo en la Superintendencia, al mismo tiempo que capitaliza nuevas disposiciones que le han permitido desempeñar un nuevo papel dentro del sistema.

Insisto, sin embargo, en que el protagonismo de la Superintendencia en este esquema de regulación es absolutamente crucial y, por tanto, requiere de manera enérgica un poderoso fortalecimiento de todo el modelo de inspección, vigilancia y control.



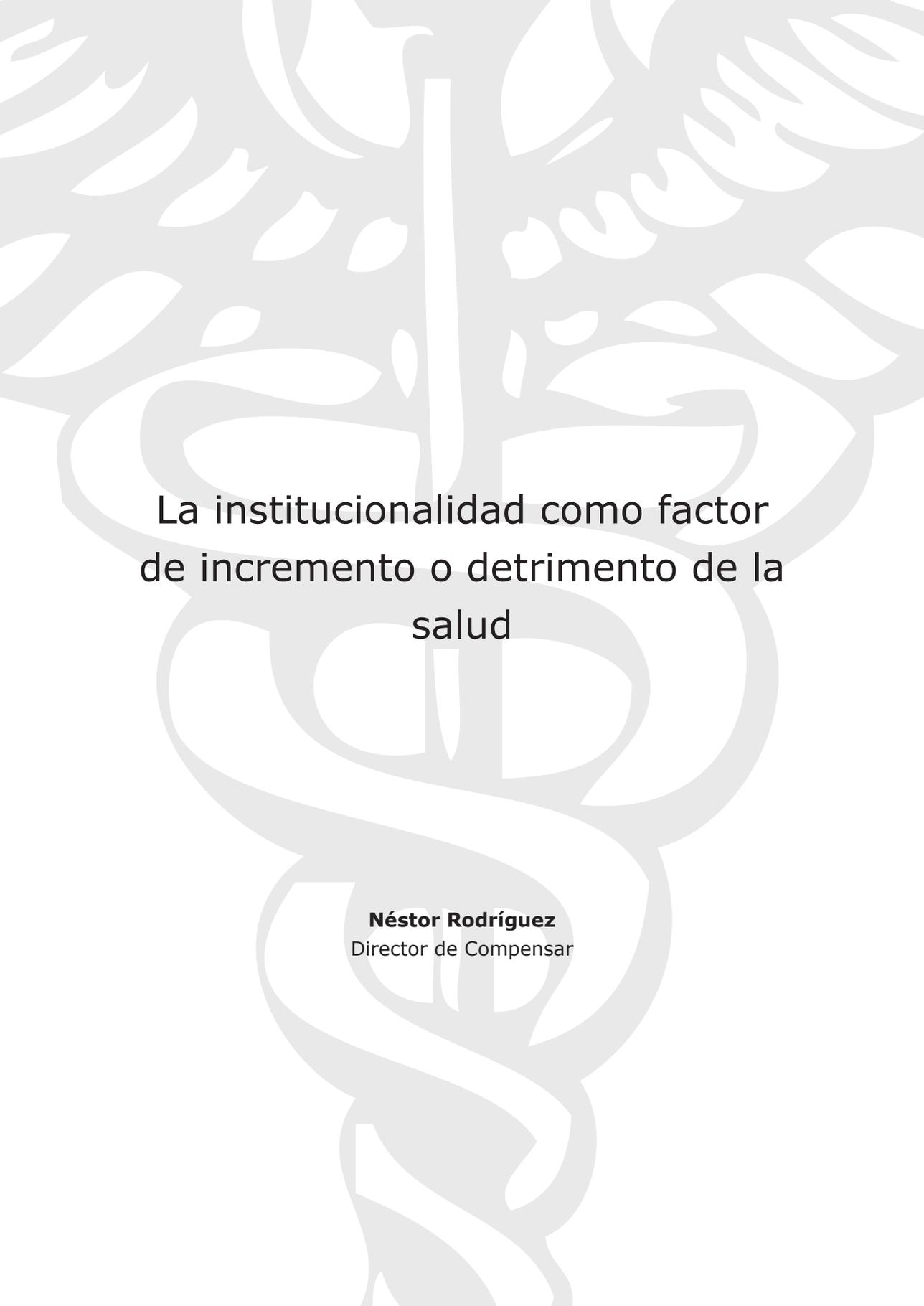
Sistema de información estancado

A las dificultades descritas, se suma la falta de un adecuado sistema de información, pilar sobre el cual debería basarse y administrarse el sistema de salud en su conjunto.

Durante el gobierno del presidente Ernesto Samper la preocupación fundamental, justamente, era el sistema de información. Con la ayuda de Tarcisio Castañeda, entre otras personas, montamos en ese entonces un sistema de información sumamente riguroso, orientado a generar reportes mensuales, trimestrales, con formatos especificados, con un sistema de semaforización preciso y con indicadores de calidad, otro tema importante.

Infortunadamente, todos estos esfuerzos y avances se esfumaron gradualmente y hoy día hay consenso entre todos los actores del sistema sobre el inmenso vacío sobre la falta de información oportuna y confiable.

Para finalizar, espero que estos debates y reflexiones apunten a despejar el camino hacia la posibilidad de generar un esquema universalizado, de acceso generalizado a la prestación del servicio de salud para todos los colombianos, bajo nuevas reglas y parámetros viables.



La institucionalidad como factor
de incremento o detrimento de la
salud

Néstor Rodríguez
Director de Compensar

Es necesaria una reflexión sobre el tema de la institucionalidad, a partir de la base de aceptar la existencia de una arquitectura interesante y adecuada en el nivel macro sobre lo que es el sistema de salud o la manera como Colombia ha elegido resolver los desafíos del sector. No obstante, esta arquitectura no basta mientras no se superen diversos escollos, entre ellos la ausencia de un diseño conceptual claro sobre la articulación del sistema.

El punto de referencia podría ser el concepto general de institucionalidad en el esquema teórico del premio Nobel de Economía Douglas North. En términos generales, North define como institucionalidad al conjunto de reglas formales (como leyes y normas) e informales (como códigos de conducta) que estructuran el conjunto de incentivos de un país bajo los cuales las personas modulan su comportamiento. Es decir, las instituciones que incentivan a que los agentes económicos sean productivos, impulsan el crecimiento económico. De manera análoga, las instituciones que castigan o desincentivan a los agentes productivos, generan mala asignación de recursos, pobreza y corrupción.

Según su teoría, lo que hace que los países avancen es la forma como se logra articular en forma positiva el sistema productivo con lo que hace la gente y la forma como esta se relaciona entre sí, por medio de la institucionalidad. Esta articulación produce una serie de transacciones no solo económicas sino también sociales y culturales que son las que finalmente determinan si un país es capaz o no de acrecentar la riqueza, objetivo final del proceso, o si simplemente mantiene un nivel estático de riqueza, del cual intentan apoderarse por la fuerza los diferentes grupos de interés.

Naturalmente, los diversos tipos de institucionalidad generan distintos incentivos y costos de transacciones que a la postre determinan o influyen la manera como se distribuyan los recursos.



Incentivos perversos

En nuestro caso particular se trataría de analizar si nuestra institucionalidad avanza hacia el objetivo final de incrementar la salud de los colombianos, o si por el contrario, propicia su detrimento.

Mi punto de vista es que hay una arquitectura institucional con la cual mal que bien estamos relativamente de acuerdo, a pesar de algunas diferencias y debates pendientes como los abordados en este foro.

El problema es que a pesar de contar con esa arquitectura macro, no hay una dirección clara, no hay una línea de pensamiento sobre la forma en que esa arquitectura pueda generar la articulación ni los incentivos necesarios para incrementar la salud.

Y como no se cuenta con claridades ni reflexiones a ese nivel, el resultado es que se crean incentivos perversos en la relación de los actores del sistema, que se traducen en tensiones, conflictos, cuellos de botella y deficiencias generales.

Aunque parezca elemental y obvio, la forma como funciona esta arquitectura olvida o soslaya el hecho de que todo el sistema está movido por la gente y por las transacciones y por los motivos que la estimulan. Y mientras no se diseñen esquemas de incentivos positivos y articulación armónica entre los actores, no habrá avances ni en el fortalecimiento institucional, ni en la generación de riqueza, en este caso, de riqueza de salud para los colombianos.

Obviamente, al persistir este vacío se confirman los diagnósticos presentados en este foro según los cuales, a pesar de contar con una arquitectura general coherente, en la práctica no hay un concepto de sistema, no fluye la información, no hay articulación entre los actores y cada cual trabaja por su lado y por sus propios intereses.

Aunque el esquema institucional de salud en apariencia está resuelto en Colombia, si se mira con detenimiento ello no es tan claro ni tan cierto. Porque si fuera cierto y si las reglas de juego fueran claras y sostenibles, se tendría como resultado un incremento en la productividad para el sector y un incremento de la salud y no una lucha por apropiarnos de la misma riqueza sin hacerla crecer. Infortunadamente, a mi modo de ver, esto último es lo que está ocurriendo.



El papel del ministerio: rector, no actor

En ese sentido, me atrevo a sintetizar las condiciones generales que permitirían corregir esta situación: en primer lugar, se requiere un Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social) fuerte en el diseño de aspectos como lo conceptual estructural, el sistema y su conjunto, el micro, el sistema de incentivos, el análisis de los costos de transacciones y de la articulación armónica y eficaz entre los diversos actores.

Es importante comprender que el ministerio no es un actor interesado ni debe pretender serlo, sino que precisamente debería ser el diseñador principal, el rector por excelencia del proceso de articulación y funcionamiento del sistema para que el proceso genere el incremento de salud que todos esperamos.

No me atrevería a decir que ello se lograría volviendo al esquema de un ministerio exclusivamente dedicado a la salud, como ocurría antes, y como han propuesto algunos participantes en este foro. Sea esta u otra alternativa, lo que sí es evidente es la necesidad de que exista un ministerio que asuma su rol en propiedad, no solo en lo macro sino también considerando cuáles son los incentivos y los costos de transacciones, entre otros aspectos.

En ese sentido, no se puede perder la esperanza de que la CRES pueda generar cambios que permitan solventar las deficiencias diagnosticadas en el sector. Como se sabe, la CRES, junto con el Ministerio de Protección Social (MPS) y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), hace parte de los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSS.

Es importante que se analice la conveniencia de una CRES fuerte, autónoma y capaz de producir una regulación adecuada. Esta debería trabajar de manera estrecha y coordinada con una Superintendencia encargada de vigilancia y calidad, como condición fundamental para regular precisamente la operación que ha sido diseñada.



Sistema de información: nada en quince años

Es imposible aspirar al fortalecimiento de una institucionalidad eficaz si no se cuenta con un sistema de información sólido, confiable y actualizado, tal como se ha denunciado con insistencia en este foro. Coincido con los panelistas que condenan el hecho de no contar aún con este sistema, después de quince años de haber emprendido la tarea. Ese lapso es demasiado tiempo como lo es también excesivo el daño que causa la ausencia de información confiable y actualizada.

En la actualidad se avanza en un proceso de identificación de beneficiarios, de incorporaciones y de enrolamiento que el ministerio intenta orientar con buena intención, pero hace falta una concertación y una gestión mucho más decidida. Porque finalmente la salud es un tema prioritario del desarrollo nacional y como tal merece celeridad la consolidación de un pilar tan esencial como es la información.

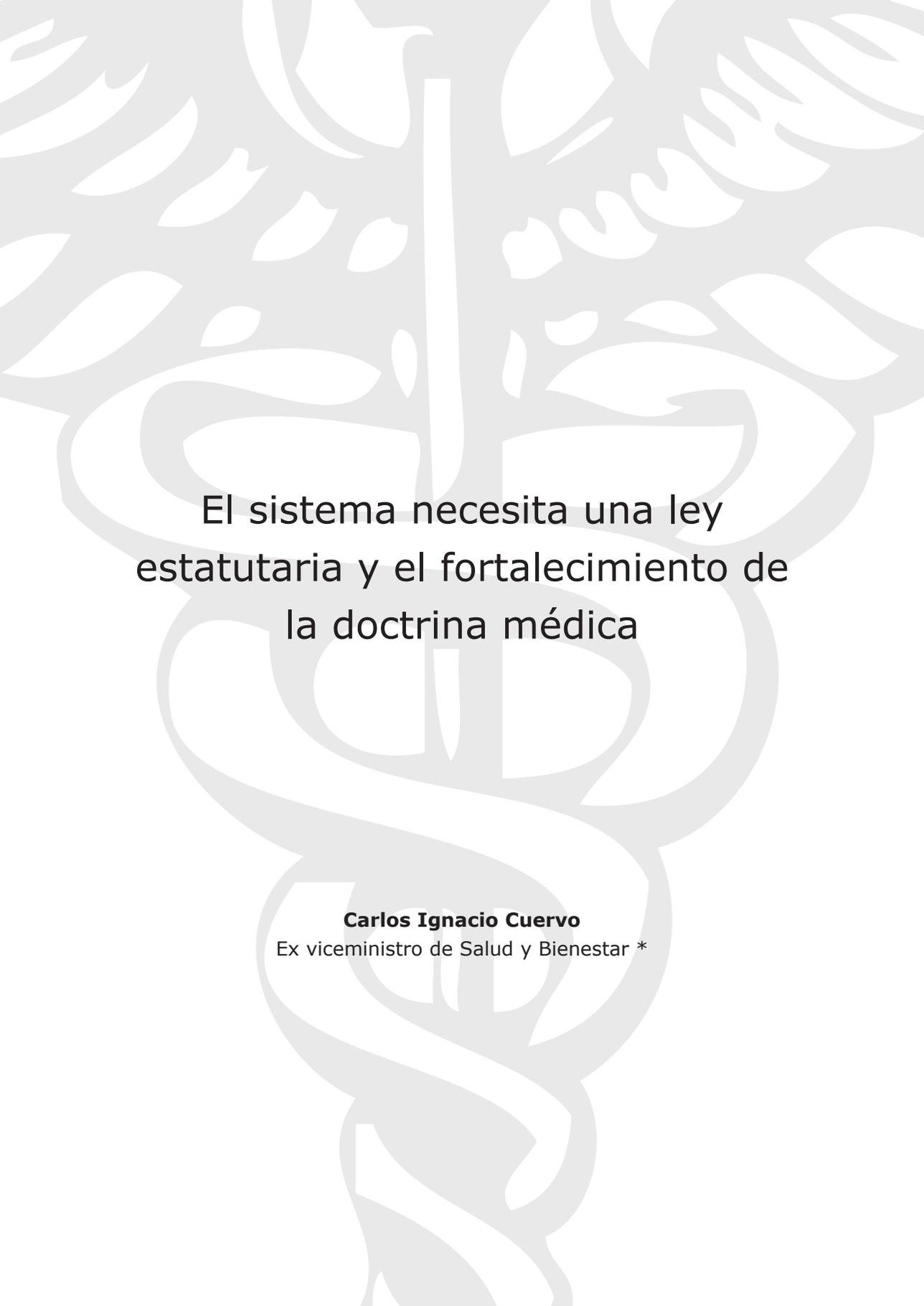


Flujo de recursos financieros

Un tema crucial es el flujo de los recursos financieros. Todos los actores del sistema debemos analizar y concertar mecanismos para solucionar este gravísimo cuello de botella que pone en riesgo tanto el funcionamiento vertebral del sistema como la eficacia de los actores individuales y, por ende, la salud de los colombianos.

Desde el punto de vista de la institucionalidad, se requieren acuerdos viables y responsables sobre la manera de encarar el problema del flujo financiero, puesto que es fundamental para que el sistema fluya y no siga marchando a "trancazos", como ha sido la experiencia de los últimos años.

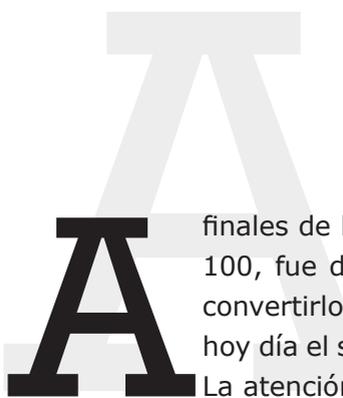
Finalmente, al cabo de quince años e infortunadamente como fruto de la mala experiencia, nos vamos dando cuenta que todos los actores del sistema somos parte de la misma cadena. Y, por tanto, no tiene sentido seguir "dándonos garrote" entre sí: al final todos vamos a sucumbir si el sistema naufraga o llegaremos a un puerto saludable si trabajamos en equipo.



El sistema necesita una ley
estatutaria y el fortalecimiento de
la doctrina médica

Carlos Ignacio Cuervo
Ex viceministro de Salud y Bienestar *

* Esta intervención fue realizada cuando Carlos Ignacio Cuervo se desempeñaba como viceministro de Salud y Bienestar.



Al finales de la década de los noventa, después de la Ley 100, fue difícil desmontar el subsidio a la oferta para convertirlo en el subsidio a la demanda, como funciona hoy día el sistema general de seguridad social en salud. La atención a la población estaba garantizada por parte del Estado mediante la asignación de recursos a los hospitales. De igual manera, se asignaban recursos con los cuales se aseguraba la sostenibilidad de los hospitales, no existía la obligatoriedad para las instituciones prestadoras de servicios de salud de ser financieramente eficientes.

Probablemente en aquella época los recursos eran suficientes y eran provistos por el Estado sin control estricto, la demanda en servicios era menor, y los estados financieros no obligaban a ser muy eficientes en el sistema. Hoy la realidad es otra: los recursos aunque se han aumentado no son suficientes, la demanda de servicios es alta y creciente, la sostenibilidad financiera y operativa del sistema no es clara y es imprescindible la búsqueda de eficiencia por parte de todos los actores para garantizar el equilibrio y la sostenibilidad del sistema.

Ante este panorama no existen soluciones mágicas ni únicas. Por ello se debe avanzar y plantear algunas reformas estructurales que se viene visualizando de tiempo atrás. Lo que se debe rescatar es que el sistema ha obtenido muchos logros, especialmente en beneficio de la población menos favorecida.



El contexto de la institucionalidad

El análisis de la institucionalidad del sector salud debe ubicarse en dos contextos. El primero es la Constitución, los tratados de derechos

humanos adoptados internamente y que forman el bloque de constitucionalidad y el Estado social de derecho que debe garantizar los derechos sociales, económicos y culturales de los ciudadanos. El segundo es una realidad social que no se puede desconocer: la pobreza y las inequidades que afectan al pueblo colombiano, problema que afecta directamente los estándares de salud.

Las actuales políticas de Estado, establecen lineamientos sobre cómo dotar de activos sociales a las personas más pobres y cómo no replicar los círculos de pobreza. Estos activos sociales, desde el sector salud, deben traducirse en bienestar, calidad de vida y disminución de la morbilidad y la mortalidad, objetivos comunes de todos los actores del sistema de salud.



La fusión de los ministerios

Desde principios de siglo, el dilema ha sido cómo garantizar esos derechos sociales para todos los colombianos y no solamente para quienes tienen una relación laboral formal, tradicionalmente con índices de satisfacción más altos.

Uno de los objetivos de la fusión de los Ministerios de Salud y de Trabajo y de Seguridad Social en el Ministerio de la Protección Social obedió a ese reto, bajo el criterio de garantizar estos derechos a todos los ciudadanos, independiente de si tenían o no una relación laboral formal. Bajo el precepto que la salud en la protección social produce sinergias para la lucha contra los determinantes de la ausencia de la salud (estatus socioeconómico, uso de servicios de salud, entre otros) alrededor del ciclo de vida.



Ley estatutaria para delimitar derecho a la salud

En cuanto a la naturaleza de estos derechos y a la financiación, persiste el debate de si el sistema se debe financiar con impuestos generales para garantizar el cubrimiento de toda la población, o si se financia con recursos de impuestos asociados con la nómina laboral, o mediante un modelo mixto como ocurre hoy.

Independiente a las alternativas de financiación escogidas, el esfuerzo fiscal es notorio. También debemos reconocer que en algunos casos los resultados no se compadecen con la magnitud de los recursos invertidos, y que aún se debe mejorar la eficiencia y la aplicación de los mismos.

Respecto a la naturaleza de esos derechos, tal como lo señala la Procuraduría, se trata de derechos relativos y no absolutos, que efectivamente tienen un límite, así como lo tiene la canasta familiar o la prestación de servicios públicos a la comunidad.

Bien valdría la pena hacer un esfuerzo legislativo para establecer esos límites con claridad mediante una ley estatutaria, reconociendo, como lo ha hecho la Corte Constitucional, que el derecho a la salud es un derecho fundamental. Su propósito sería enviar señales inequívocas, tanto a los usuarios y prestadores del servicio como al sector judicial, actualmente bombardeado con numerosas tutelas y demandas precisamente por falta de claridad en los límites.

Así, las personas que toman las decisiones judiciales, en el marco de esa ley estatutaria, podrían entonces delimitar un derecho relativo como es el derecho a la salud.



Blindar el patrimonio familiar y garantizar la salud

El Sgsss está basado en un subsidio a la demanda (antes era a la oferta) dentro de un esquema de aseguramiento que tiene una función muy importante frente a la lucha contra la pobreza: evitar que el patrimonio de las familias colombianas se vea menguado en el momento en que tengan una emergencia médica.

No se trata solo de garantizar la prevención, tratamiento y recuperación de la enfermedad, sino también de evitar que las familias sean cada vez más pobres y blindar su patrimonio como un efecto de protección social.

Las patologías de alto costo son llamadas en México “patologías empobrecedoras”. Si una familia de estrato dos no tuviera el amparo de los subsidios en salud y debiera atender con sus propios recursos la falla renal de alguno de sus miembros, por ejemplo, inmediatamente quedaría por debajo de la línea de pobreza con pocas posibilidades de salir de allí.

Se debe resaltar, entonces, la importancia del concepto de “protección social”, concretado mediante una estrategia clara de defender el patrimonio de los ciudadanos pero al mismo tiempo de garantizar su derecho a la salud.

Las zonas urbanas están más protegidas en ese sentido. Pero aún queda mucho trabajo por adelantar en las áreas rurales donde es urgente garantizar la presencia institucional. Es el caso de la Amazonia, la Orinoquia o la Costa Pacífica donde debe llevarse atención de salud, detección temprana y protección contra patologías prevalentes y, al mismo tiempo, velar por las precarias economías familiares de sus habitantes.



Vacíos en información y base de datos

La identificación de los ciudadanos y la consolidación de las respectivas bases de datos deben ser los instrumentos claves para poder garantizar el gozo efectivo de los derechos sociales, dado que mediante estos se adjudican subsidios a la población pobre como es el caso de las viviendas de interés social, los almuerzos comunitarios o, en el caso de la salud, el carné del Sisbén mediante el cual se accede a los subsidios en salud, entre otros programas del Estado.

A pesar de su importancia, hay vacíos en el campo de la información que deben resolverse de manera urgente.

A agosto de 2008 se tienen 21,6 millones de personas afiliadas al régimen subsidiado, 17 millones al régimen contributivo y cerca de 1,2 millones de afiliados a regímenes especiales exceptuados, lo cual

nos da como resultado cerca de 40 millones de afiliados a alguno de los regímenes, frente a una población según el último censo del DANE de 44,56 millones de personas.

En este problema son varios los actores, de manera importante es competencia de la Registraduría Nacional del Estado Civil, mejorar los mecanismos de identificación de los ciudadanos. En regiones tan importantes como Chocó, muchos ciudadanos aún no tienen cédula ni registro civil de nacimiento o sus números no coinciden con los oficiales, por mencionar solo uno de tantos casos que ameritan urgentes correctivos.



Sisbén focalizado

Con el fin de prevenir que algunas autoridades territoriales manipulen las encuestas sobre afiliación al Sisbén, el gobierno trabaja ahora en una nueva metodología conocida como Sisbén 3, cuya prueba piloto se aplicará en diez departamentos de Colombia.

La idea es homologar esa metodología para poder hacer un nuevo levantamiento de la información por parte de las alcaldías municipales con el fin de identificar la población de acuerdo con sus características socioeconómicas.

Este esfuerzo de focalización del Sisbén es importante para que los estratos más bajos de la población efectivamente tengan acceso al aseguramiento en salud, por medio del régimen subsidiado como también a los demás subsidios que brinda el Estado en materia de vivienda, alimentación y educación, entre otros.



Las Eps en el sistema de aseguramiento

Por otra parte, las Eps cumplen un papel crucial en el sistema de aseguramiento, en este caso es importante recordar que el sistema fue estructurado sobre la base de la promoción y prevención con lo cual se buscaba atender menor cantidad de patologías de alto costo, que generan mayores costos para el sistema y con lo cual los recursos tarde o temprano serán insuficientes.

Las virtudes de la promoción y prevención son la atención y la intervención temprana, mayores tasas de tratamiento y menores complicaciones que reducen tanto la severidad de la enfermedad como el costo de atención, la morbilidad y las tasas de mortalidad.

Una última reflexión sobre las Eps: ¿será que son todas las que están y están todas las que son? La historia demuestra el error de no exigir una suficiencia patrimonial, técnica y una logística mínima dotada con recursos necesarios para soportar la operación del aseguramiento. Las cifras son elocuentes a este respecto: en el país han operado más de trescientas aseguradoras y de ellas actualmente sobreviven cerca de 42.



Necesidad de ajustes en las Ips

Uno de los actores fundamentales en el SGSSS, son las Ips, las cuales pueden ser de origen público o privado. La idea original era crear redes de servicios consolidados de acuerdo con los niveles de atención, fortaleciendo primordialmente el primer nivel. Aun hoy prevalece la idea de crear grandes instituciones que generan altos costos administrativos que no obedecen a las necesidades de la población.

Por el contrario, el Ministerio de la Protección Social promueve la organización de las redes de prestadores de servicios de salud según lo definido en la normatividad vigente, las cuales deben garantizar la sostenibilidad técnica y financiera y asegurar la atención a la población, brindándoles a los usuarios los servicios que requieren con criterios de eficiencia, calidad y oportunidad.

Si bien la mayoría de las Ips ejecutan honrosamente su labor, es necesario reconocer que existen actores que dificultan la gestión de las Ips y persisten algunas dificultades en aspectos como la contratación de las entidades territoriales y de las aseguradoras con la red pública y no hemos logrado una adecuada efectividad de las acciones de promoción y prevención.



Exportando salud

El sector privado colombiano especializado en salud tiene enormes potencialidades en el mercado internacional. De hecho, hoy día realiza significativas ventas de servicios a pacientes del exterior con excelente calidad y precios muy competitivos. El país cuenta con una comunidad científica altamente calificada y gran capacidad técnica y tecnológica, algunas veces más valorada en el exterior que dentro de las fronteras nacionales.

El Plan Vallejo ofrece al sector una serie de incentivos tributarios en términos de derechos de aduana, aranceles e IVA, que le permite vender buen volumen y a precios atractivos diversos tratamientos de cirugía estética, oftalmología y odontología, principalmente.

En promedio, cualquier intervención en alguna de estas áreas tiene un valor en Colombia cinco veces menor que en el Caribe o en el sur de la Florida, por no hablar de España donde los costos son aún más altos.

Se necesitan mayores estímulos para capitalizar estos recursos humanos y técnicos, y para no desperdiciar una gran oportunidad de transferencia de tecnología y de ocupación de esa capacidad instalada con el fin de garantizar la atención, principalmente en los niveles críticos del segundo, tercero y cuarto nivel.



La conformación de la CRES

La CRES es el escenario para analizar racionalmente cómo el país va a disponer de cuantiosos recursos en beneficio de las mayorías, cuál será la "canasta básica" de servicios médicos que se ofrecerá a los usuarios y cómo diseñar un modelo de prevención y seguimiento para que sus disposiciones se cumplan.

En el seno de esta comisión se van a arbitrar cerca de 15.000 millones de pesos y es necesario estar atentos a ese presupuesto.

Por tanto es sensata la recomendación hecha a la Presidencia de la República y al ministro de la Protección Social de velar para que la composición de los miembros de la CRES incluya la representatividad de los diferentes actores del sistema, de manera que refleje las necesidades de sostenibilidad operativa, técnica, científica y financiera del sistema de salud.

La evaluación de tecnología, por ejemplo, requiere una visión experta que oriente de manera objetiva y rigurosa la elección de la tecnología más racional, para que dicha escogencia no quede a merced de la presión de quienes producen medicamentos, dispositivos o tratamientos médicos, con el obvio interés de que estos se incluyan en los planes de prestación de salud.

También es necesaria la presencia de un experto en salubridad pública que revise los perfiles epidemiológicos como línea de base para tomar decisiones respecto a las orientaciones particulares del sistema de salud colombiano, de acuerdo con las prioridades de incidencia de patologías en el país.



Pos basado en patologías y no en tutelas

En la realidad práctica, ¿quién establece hoy en día los contenidos del Pos es el Consejo Nacional de Seguridad Social, no obstante por efectos de las acciones de tutela interpuestas por los usuarios, los jueces han ordenado la realización de procedimientos y atenciones que se encuentran por fuera del plan de beneficios?

Si se logra consolidar una CRES que oriente la definición de un Pos realista, con base en las patologías debidamente identificadas, y con la rigurosidad técnica y financiera, como espera el Ministerio de la Protección Social, se espera evitar que los usuarios continúen interponiendo tutelas ante los jueces.

No comparto el criterio de quienes afirman que el Pos se está convirtiendo en un plan infinito de salud. Las sentencias de la corte han

señalado que el derecho a la salud es relativo y establecen un marco que lo define.



La necesidad de una doctrina médica

Es indispensable que el sector salud cuente con una verdadera doctrina médica que pueda decir a los jueces frente a costo-efectividad y frente a la evidencia científica cuál es el tratamiento más razonable para cierto tipo de patologías.

Los jueces tienden a creerle más al médico tratante que al comité técnico científico porque este se ha convertido en un organismo más burocrático y administrativo que una real autoridad médica.

En ese escenario, el médico tratante es quien debe responder ante el tribunal de ética médica cuando ordena, por ejemplo, un repoblamiento medular para una sección de columna vertebral a partir de células madres, cuando ese procedimiento aún está en investigación. Qué tan efectivo fue el tratamiento, cuánto le vale al sistema, cuánto tiempo y recursos se invierten en una aventura de esa magnitud, quién debe responder por el procedimiento y demás interrogantes que dejan a la deriva la responsabilidad real de los hechos.

Por eso, es fundamental avanzar en el diseño de una ley estatutaria y en la generación de doctrina médica. Esa doctrina médica la hacen los protocolos, la comunidad científica y no los jueces o el médico tratante de turno.

La definición del Pos a partir de las patologías daría claridad en las reglas de juego y posibilitaría a los aseguradores para hacer los cálculos actuariales que le permitan garantizar la sostenibilidad en el tiempo y brindar la atención con la calidad que sus usuarios lo requieren.

En lo relativo a la homologación de las prestaciones mediante la definición de lo que he llamado "la canasta básica" existe la tendencia a la homologación de prestaciones de los regímenes contributivo y subsidiado dentro de una jurisprudencia de la Corte en el sentido de la progresividad de los derechos sociales.

Sostiene la Corte que un Estado no puede retroceder en materia de los actuales derechos. Pero ni el Estado ni la CRES pueden, sin realizar los estudios previos, financieros y técnicos realizar modificaciones a los contenidos del Pos para ninguno de los regímenes, sin poner en riesgo el sistema que ha mostrado muchos beneficios para los colombianos. La tendencia es ampliar progresivamente la cobertura del plan de beneficios o, como lo expresa el experto vasco Gabriel Marín, “no se trata de dar todo a todos sino de dar lo mismo a todos”.



Dificultades en el flujo de recursos

España gastó más o menos unos dos mil dólares per cápita para la salud de sus habitantes en 2002. En el mismo año, Colombia gastó cerca de 556 dólares. Pero como proporción del PIB, tanto España como Colombia están en el orden del 7,8%.

El esfuerzo fiscal es notable, pero los resultados aún no son proporcionales.

Uno de los desafíos en este campo es la imposibilidad de desmontar el esquema de descentralización y particularmente la transferencia del sistema general de participación porque es de orden constitucional. El reto, entonces, es cómo poner a funcionar el sistema sin renunciar al aseguramiento y sin violentar la autonomía de los alcaldes. Cómo hacer para que los recursos no se queden en el camino sino que efectivamente lleguen a su destino final, a los planes de promoción y prevención, al tratamiento y la cadena de hospitales.

Una dificultad mayúscula es el hecho de que los recursos están concentrados en el subsidio de la oferta. De hecho, el plan de desarrollo las leyes 1151 de 2007 y 11220 de 2007, establecen la progresividad al 65% de los recursos de subsidio a la demanda. Pero se enfrenta un bloqueo automático en los recursos del subsidio a la oferta si no avanzamos en la conformación de bases de datos sólidas, tarea en la que deben poner mucho mayor empeño los directores territoriales de salud que no están cumpliendo su tarea en esta materia.

Así mismo, si no se cuenta con un buen sistema de información es imposible hacer interventoría, seguimiento o control. Las actividades de Icv se ven limitadas a resolver las denuncias puntuales del día tras día, sin que efectivamente se logre una visión global y estructural sobre el correcto o incorrecto funcionamiento del sistema.

Afortunadamente, el plan nacional de salud pública 2007-2010, adoptado mediante el Decreto 3039 de 2007, estableció la obligación de formular los planes sectoriales. Hoy día, entre 85 y 90% de los municipios y departamentos tienen aprobados sus planes sectoriales y planes operativos anuales de inversiones, referidos a la diez líneas de política de salud mental, seguridad alimentaria, enfermedades transmisibles, crónicas, no transmisibles y riesgos profesionales, entre otros.

Finalmente, debo resaltar la confianza que se viene recuperando entre los actores del sistema de salud, confianza que permitirá despejar los caminos para impulsar como un solo cuerpo las reformas necesarias y en cuya gestión pueden contar desde ahora con toda la voluntad del Ministerio de la Protección Social.

El aporte de la academia

Voy a hablar de la esperanza

Yo no sufro este dolor como César Vallejo. Yo no me duelo ahora como artista, como hombre ni como simple ser vivo siquiera. Yo no sufro este dolor como católico, como mahometano ni como ateo. Hoy sufro solamente. Si no me llamase César Vallejo, también sufriría este mismo dolor. Si no fuese artista, también lo sufriría. Si no fuese hombre ni ser vivo siquiera, también lo sufriría. Si no fuese católico, ateo, ni mahometano, también lo sufriría. Hoy sufro desde más abajo. Hoy sufro solamente. Me duelo ahora sin explicaciones. Mi dolor es tan hondo, que no tuvo ya causa ni carece de causa.

¿Qué sería su causa? ¿Dónde está aquello tan importante, que dejase de ser su causa? Nada es su causa; nada ha podido dejar de ser su causa. ¿Ha qué ha nacido este dolor, por sí mismo? Mi dolor es del viento del norte y del viento del sur, como esos huevos neutros que algunas aves raras ponen del viento. Si hubiera muerto mi novia, mi dolor sería igual. Si la vida fuese, en fin, de otro modo, mi dolor sería igual. Hoy sufro desde más arriba. Hoy sufro solamente.

Miro el dolor del hambriento y veo que su hambre anda tan lejos de mi sufrimiento, que de quedarme ayuno hasta morir, saldría siempre de mi tumba una brizna de yerba al menos. Lo mismo el enamorado. ¡Qué sangre la suya más engendrada, para la mía sin fuente ni consumo!

Yo creía hasta ahora que todas las cosas del universo eran, inevitablemente, padre o hijos. Pero he aquí que mi dolor de hoy no es padre ni es hijo. Le falta espalda para anochecer, tanto como le sobra pecho para amanecer y si lo pusiesen en una estancia oscura, no daría luz, y si lo pusiesen en una estancia luminosa, no echaría sombra. Hoy sufro suceda lo que suceda. Hoy sufro solamente.

César Vallejo (1918)

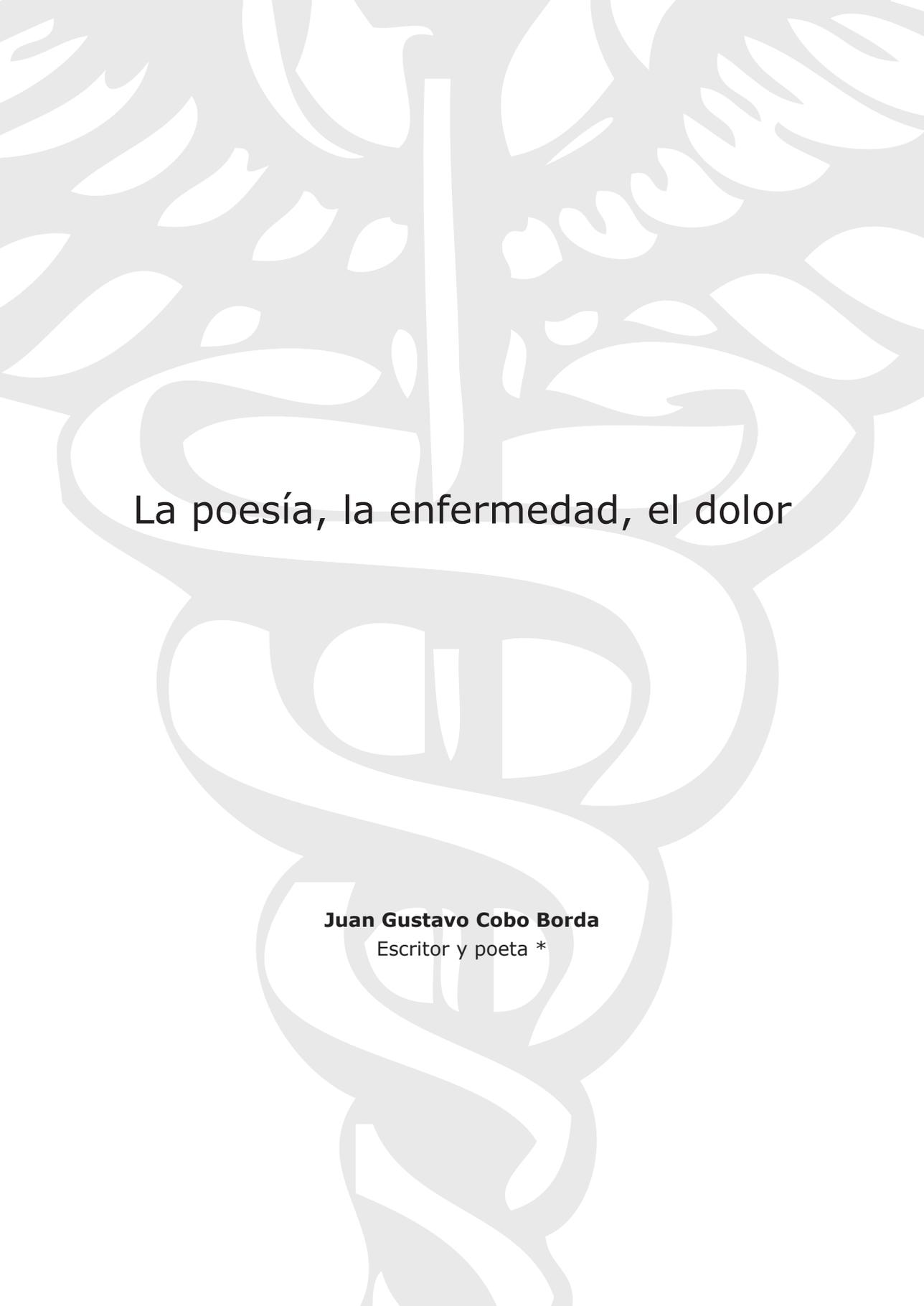
Poemas Humanos. Ed. Cátedra, 1969, Madrid

Autores

Juan Gustavo Cobo Borda

Guillermo Ramírez

Blanca Luz Raché de Camargo



La poesía, la enfermedad, el dolor

Juan Gustavo Cobo Borda

Escritor y poeta *

* Autor de *El arte de leer a García Márquez*, *Lengua erótica* y *La patria boba* entre otros, Juan Gustavo Cobo Borda se ha convertido en un orador imprescindible para los foros de Paipa. Sus charlas sobre literatura latinoamericana arrojan valiosas reflexiones que enriquecen el tono intelectual del encuentro. En esta ocasión, y a la luz del tema que desarrolla este volumen, el escritor y poeta nos invita a visitar los recintos de la enfermedad y el dolor en compañía de reconocidos poetas universales. La salud, como condición completa de bienestar, ausente de todo padecimiento, se tropieza con estas condiciones hostiles que a lo largo de la historia, la poesía ha dedicado importantes consideraciones.



El poema que nos convoca, en un comienzo, es de Pedro Salinas:

*No quiero que te vayas,
Dolor, última forma
de amar. Me estoy sintiendo
vivir cuando me dueles
no en ti, ni aquí, más lejos:
en la tierra, en el año
de donde vienes tú,
en el amor con ella
y todo lo que fue...
En esa realidad
hundida que se niega
a sí misma y se empeña
en que nunca ha existido,
que sólo fue un pretexto
mío para vivir.
Si tú no me quedaras,
dolor, irrefutable,
yo me lo creería;
pero me quedas tú.
Tu verdad me asegura
que nada fue mentira.
Y mientras yo te sienta,
tú me serás, dolor,
la prueba de otra vida*

*en que no me dolías.
La gran prueba, a lo lejos,
de que existió, de que existe,
de que me quiso, sí,
de que aún la estoy queriendo.*

En este poema de Salinas, el dolor es el testigo de que el amor fue; y ese dolor, esa constatación, póstuma, posterior al amor, es mudo hasta antes del poema. El dolor, en esencia cerrado, es un punto ciego que palpita en la oscuridad. Su recurrencia enloquece, y sus pausas no son un alivio, son otra forma de medir su intensidad, acrecentada. El hombre ha buscado indirectos caminos para exorcizar ese bloque intolerable y obsesivo a la vez que es el dolor, y la poesía ha sido uno de ellos, quizás el más usado para su exorcismo, para horadar esa tiniebla que se vuelve absoluta, para huir de su luz despiadada y refugiarse en la caverna protectora de la sombra.

Este recorrido por el dolor podríamos iniciarlo con el *Libro de Job*. El *Libro de Job*, de la Biblia, tiene un tópico al que recurre la literatura en posteriores momentos de la historia. El hombre, que goza la felicidad, que tiene consigo todo, de pronto se ve herido, tajado por el rayo, y llega a recibir de quienes lo acompañan, de sus amigos, el consejo, y más tarde –pudiéramos decir– el nuevo dolor de arrepentirse y de humillarse, de reconocer sus faltas, de aceptar que todo lo que tenía y que ha perdido, es necesario para purgar su culpa. Y ese dolor alcanza dimensiones metafísicas, inconmensurables, hasta el punto de que Dios mismo, “en un torbellino”, como dice la Biblia, interviene en la discusión, recordándole al hombre su insignificancia.

En un agudo ensayo, “Un prefacio a la Biblia hebrea”, George Steiner recuerda estos diálogos de Job, recuerda su traducción a la lengua inglesa.

*Que las estrellas del crepúsculo se oscurezcan,
que busque el crepúsculo luz y no la haya,
(...) al amanecer del día.*

¿Por qué no cerró la luz de las puertas de la matriz de mi madre? ¿Por qué no morí al salir de la matriz, por qué no entregué el alma al salir del vientre?

Ese lamento, esa negación de la vida, para suavizar y disminuir el dolor, va a estar presente en muchos escritores, y también ese momento, terrible, del dolor que es el recuerdo de la felicidad perdida.

Un cuento del conde León Tolstói, "La muerte de Ivan Illich", presenta el mismo dolor de Job, pero ya sin Dios. Un hombre logra posición, consigue armar su apartamento en Moscú, tiene los mejores bienes de la tierra, y de pronto le descubren la enfermedad, y ve cómo todo se va entenebreciendo, cómo el horror de sí mismo y de los seres que lo rodean es cada vez más apabullante. En ese horror, repite Iván Illich el *leitmotiv* del *Libro de Job*, viendo la inutilidad de todo esfuerzo, de todo afán, y la avidez de la cual nada queda y el silencio que se apodera de él. Recuerden esa escena conmovedora del final del cuento, cuando el criado, un hombre fuerte, sólido, acepta sostener las piernas de Iván levantadas para aliviar el dolor. Él sabe que morirá pronto, y sabe que ese siervo, en esa Rusia despótica y feudal que está en la misma condición de un esclavo, es el único ser humano, porque su esposa piensa en la pensión futura, porque su hija imagina la fiesta a donde va a ir apenas él muera. Illich sólo tiene ese criado para que le levante los pies y lo mantenga, un poco todavía, en vida. Dolor de la pérdida y, al mismo tiempo, presencia de la humanidad, de la leche de la bondad humana, por medio del ser menos pensado.

El tema del dolor nos lleva a otros momentos que, para mí, son representativos: Rembrandt, el gran pintor, pinta los momentos de mayor dolor posible, uno, cuando un padre se ve obligado –otra vez por la voz que sale del torbellino de Dios– a matar a su hijo; cuando el cuchillo va a caer, un ángel le detiene la mano, en la célebre escena del sacrificio de Isaac; el otro, cuando pinta a Sansón, que en medio de la caverna y de la oscuridad, siente –y sentimos nosotros– la lanza que le va a perforar el ojo y le va a quitar la visión. Es Rembrandt.

Un poeta andaluz, escritor de la alegría, de la copla: Manuel Machado, dijo sobre Rembrandt y sobre su famoso cuadro "La lección de anatomía del doctor Tulp":

La lección de anatomía de Rembrandt

*Los enemigos de la luz, rincones,
y entrañas, surgen, por la vez primera
en tremendas y fúlgidas visiones,
de atroz verdad y resplandor de hoguera.*

*Lumíneos ocre, cálidos carmines,
ebúrneas y rosadas morbideces,
dejaron los dorados camarines,
para hacer sangre, podre y livideces.*

*Fue Rembrandt, cuyo nombre al mundo asombra,
artista poderoso e insensato,
pincel-puñal de palpitante nervio.*

*Fue Rembrandt vencedor de luz y sombra,
y el dolor tuvo su primer retrato,
y la miseria su pintor soberbio.*

Ese reconocimiento de Manuel Machado a Rembrandt nos muestra que no era aquél el poeta frívolo que muchos ven como opuesto a su hermano Antonio. Borges, quizás, tenía algo de razón con su respuesta a la pregunta que en una ocasión le hicieron los españoles, que admiraban a Antonio: "¿Le gusta a usted el poeta Antonio Machado?". La respuesta del escritor argentino fue la siguiente: ¿Cómo, Manuel tuvo un hermano, también poeta? Quizás Borges había leído el poema "Lección de anatomía de Rembrandt".

Sigamos este río de livideces con un hombre próximo a nosotros, nacido en los Andes, en Santiago de Chuco, de padre gallego y madre

chimí; un hombre que fue peón, arriero, que tuvo el drama del provinciano en la capital, que fue encarcelado por "incendio, asalto, homicidio frustrado, robo y asonada" en un tumultuoso motín popular: César Vallejo. Vallejo, en *Los heraldos negros*, de 1918, nos da quizás la "primera piedra negra y blanca" –como decía él– de lo que significa el dolor.

Espergesia

*Yo nací un día
que Dios estuvo enfermo.*

*Todos saben que vivo,
que soy malo; y no saben
del diciembre de ese enero.
Pues yo nací un día
que Dios estuvo enfermo.*

*Hay un vacío
en mi aire metafísico
que nadie ha de palpar:
el claustro de un silencio
que habló a flor de fuego.
Yo nací un día
que Dios estuvo enfermo.*

*Hermano, escucha, escucha...
Bueno. Y que no me vaya
sin llevar diciembres,
sin dejar eneros.
Pues yo nací un día
que Dios estuvo enfermo.*

*Todos saben que vivo,
que mastico... Y no saben
por qué en mi verso chirrían,
oscuro sinsabor de féretro,*

*luyidos vientos
desenroscados de la Esfinge
preguntona del Desierto.*

*Todos saben... Y no saben
que la Luz es tísica,
y la Sombra gorda...
Y no saben que el Misterio sintetiza...
Que él es la joroba
musical y triste que a distancia denuncia
el paso meridiano de las lindes a las Lindes.*

*Yo nació un día
que Dios estuvo enfermo,
grave.*

La voz que habla en Job, habla en Vallejo. Después de *Los heraldos negros*, Vallejo tiene un gran cambio en su vida, saliendo de Santiago de Chuco a Lima, pero el dolor, el hambre, la enfermedad, en el escenario la infancia, seguirán siendo los motores creadores de su poesía. La parte religiosa es también importante en su obra de esos tiempos –Vallejo es un Cristo–; pero luego se volcará hacia una dimensión más colectiva, más social. Leamos otro poema de *Los heraldos negros*.

La cena miserable

*Hasta cuándo estaremos esperando lo que
no se nos debe... Y en qué recodo estiraremos
nuestra pobre rodilla para siempre! Hasta cuándo
la cruz que nos alienta no detendrá sus remos.*

*Hasta cuándo la Duda nos brindará blasones
por haber padecido...*

*Ya nos hemos sentado
mucho a la mesa, con la amargura de un niño
que a media noche, llora de hambre, desvelado...*

*Y cuándo nos veremos con los demás, al borde
de una mañana eterna, desayunados todos.
Hasta cuándo este valle de lágrimas, a donde
yo nunca dije que me trajeran.*

*De codos
todo bañado en llanto, repito cabizbajo
y vencido: hasta cuándo la cena durará.*

*Hay alguien que ha bebido mucho, y se burla,
y acerca y aleja de nosotros, como negra cuchara
de amarga esencia humana, la tumba...*

*Y menos sabe
ese oscuro hasta cuándo la cena durará!*

Es Vallejo, entre el hambre de los desamparados, comprometido con ellos como luego lo iba a estar con los revolucionarios de Rusia y con los defensores de la República Española en la Guerra Civil. Después el poeta abandona América para sufrir la lluvia, el hambre, el dolor, en un París que le atraía y le haría también sufrir. Sus amigos, los que iban a reconocer sus méritos como José Carlos Mariátegui y el poeta español José Bergamín, sabían que era una especie de Cristo hambriento, de hombre que quería recobrar la infancia, errante, condenado y fugitivo. Muchos de los poetas que mencionan el dolor, son precisamente fugitivos, errantes con hambre que quizás sólo encuentran el pan en la poesía.

Pasemos a otro texto de César Vallejo, en prosa, de *Poemas humanos*. Ya está en París, ya conoce la vanguardia y ha publicado *Trilce* en 1922; ya es, junto a Pablo Neruda, la gran figura de la poesía latinoamericana. Hablo de este poema que habla de dolor, pero su título refiere, no obstante, una expectativa: "Voy a hablar de la esperanza".

Voy a hablar de la esperanza

Yo no sufro este dolor como César Vallejo. Yo no me duelo ahora como artista, como hombre ni como simple ser vivo siquiera. Yo no sufro este dolor como católico, como mahometano ni como ateo. Hoy sufro solamente. Si no me llamase César Vallejo, también sufriría este mismo dolor. Si no fuese artista, también lo sufriría. Si no fuese hombre ni ser vivo siquiera, también lo sufriría. Si no fuese católico, ateo, ni mahometano, también lo sufriría. Hoy sufro desde más abajo. Hoy sufro solamente.

Vallejo, en el comienzo del poema, ya ha trascendido ese modernismo de *Los heraldos negros*; ya ha trascendido incluso su raíz, el quedarse perdido en la casa, mientras la mamá se fue; el estar en la cárcel, el ver que todavía el horno produce pan. “Hoy sufro desde más abajo”: y es que el dolor no tiene explicación.

Me duelo ahora sin explicaciones. Mi dolor es tan hondo, que no tuvo ya causa ni carece de causa. ¿Qué sería su causa? ¿Dónde está aquello tan importante, que dejase de ser su causa? Nada es su causa; nada ha podido dejar de ser su causa. ¿Ha qué ha nacido este dolor, por sí mismo? Mi dolor es del viento del norte y del viento del sur, como esos huevos neutros que algunas aves raras ponen del viento. Si hubiera muerto mi novia, mi dolor sería igual. Si la vida fuese, en fin, de otro modo, mi dolor sería igual. Hoy sufro desde más arriba. Hoy sufro solamente.

Ese dolor de “más abajo”, ese dolor inexplicable, concluye así:

Miro el dolor del hambriento y veo que su hambre anda tan lejos de mi sufrimiento, que de quedarme ayuno hasta morir,

*saldría siempre de mi tumba una brizna de yerba al menos.
Lo mismo el enamorado. ¡Qué sangre la suya más engendrada,
para la mía sin fuente ni consumo!*

*Yo creía hasta ahora que todas las cosas del universo eran,
inevitablemente, padre o hijos. Pero he aquí que mi dolor
de hoy no es padre ni es hijo. Le falta espalda para anochecer,
tanto como le sobra pecho para amanecer y si lo pusiesen en
una estancia oscura, no daría luz, y si lo pusiesen en una
estancia luminosa, no echaría sombra. Hoy sufro suceda
lo que suceda. Hoy sufro solamente.*

El dolor, el sufrimiento, sin razón o con razón; el dolor, desde más abajo, recordándonos que no tiene causa ni sentido cuando es así de fuerte y de brutal; cuando todas las cosas están impregnadas de él. Esa pequeña figura, crística, César Vallejo, está asumiendo todo el dolor del mundo. Luego ese dolor lo volverá solidaridad en la Guerra Civil Española, junto a los muchachos españoles enfrentados a la barbarie y al destrozo. Vallejo habla de un dolor que está más allá de lo físico, más allá de las circunstancias históricas, de un dolor que es inherente a nosotros mismos. Lo humano mismo del dolor.

Nuestra ruta por el dolor nos lleva a un poeta que nació en Rumania, en la región Bucovina, que es ocupada por los rusos en 1940 y dos años después por los alemanes y los rumanos. Un día, cuando el poeta regresa al amanecer a su casa, no encuentra a sus padres. Estos habían sido deportados por los alemanes, y luego muertos en las cámaras de gas en los campos de concentración. Él se quedó en un campo de trabajos forzados, hasta establecerse en Bucarest en 1945. Paul Celan¹, como Vallejo, era un errante. En 1947 se mudó a Viena, y en 1948 se estableció en París, a donde llega como profesor de Literatura Alemana en la Escuela Normal Superior. Era un gran lector de Heidegger, quien le envió especialmente sus obras. Celan visitó al filósofo alemán en su retiro, en la selva negra; algunos de los temas del filósofo van a estar

¹ Los poemas de Paul Celan han sido tomados de: *Antología poética. 1987*. Versión y selección de Patricia Gola. Universidad Autónoma de Puebla, México.

en los poemas del poeta. Celan, además de poeta, fue traductor al alemán de Rimbaud, Apollinaire y Michaux; traductor al alemán de Shakespeare, Emily Dickinson y Marianne Moore; traductor al alemán de Blok y de Mandelstam. En 1970, este escritor que conversaba con las figuras más destacadas de la intelectualidad y que tenía esa nostalgia de su Rumania y de su idioma, se suicidó arrojándose desde un puente de París al Sena.

Paul Celan tenía un núcleo de dolor que lo conformaban la muerte de sus padres en los campos de concentración y el hecho de ser judío; y tenía, al mismo tiempo, otro asunto más dramático, el de ser poeta por medio de la lengua de sus asesinos. Él tenía que escribir –porque el rumano no era una lengua suficientemente expresiva– por medio de un idioma que estaba corrompido por la retórica nazi y por la muerte. Hizo una poesía cada vez más tensa, elíptica, silenciosa y breve, que está llena de hiatos y de dislocaciones. El dolor no permite la retórica, la expansión, sino más bien la concentración sobre su propio núcleo. Por eso este poeta usará muchas palabras compuestas –el alemán se presta para ello–, y algunas de ellas aluden, como el olor de las almendras, al mismo olor del gas con el cual los judíos, los gitanos, eran quemados en estas cámaras de gases, aludiendo al mismo tiempo a algo que siempre impresiona sobremanera, el modo como encontraban a los judíos, después de muertos, con las uñas de las manos clavadas en el hermano vecino. Habían quedado aferrados como en una suerte de vínculo, final y postrero, en el estertor y en el horror de esa muerte por medio de una uña clavada en el otro. La herida era el vínculo de amor entre ellos, un anillo. Celan tenía que afrontar esos recuerdos.

Tenebrae

*Estamos cerca, Señor,
cerca y a la mano.
Agarrados ya, Señor,
unos en otros incrustados, como si*

*el cuerpo de cada uno de nosotros fuera
tu cuerpo, Señor.*

*Reza, Señor,
rézanos,
estamos cerca.*

*Encorvados íbamos,
íbamos a inclinarnos
sobre la hondonada y la laguna.*

Al abrevadero íbamos, Señor.

Este era el poeta que veía a su pueblo, otra vez, como animales hacia el abrevadero; el poeta que sabía que no podía decir nada en la lengua de los asesinos, y sin embargo lo intentaba.

*Era sangre, era,
lo que derramabas, Señor.*

Brillaba.

*Nos arrojó tu imagen a los ojos,
Señor,
ojos y bocas tan abiertos y
vacíos, Señor.*

*Hemos bebido, Señor.
La sangre y la imagen que había en la
sangre, Señor.*

*Reza, Señor.
Estamos cerca.*

¿Cómo se puede mediante el dolor llegar a la poesía? ¿Cómo se puede con esta situación límite crear? ¿Se tiene que apelar, como en este caso,

a la plegaria? ¿Se tiene que apelar a las imágenes del éxodo de un pueblo? ¿Se puede buscar en el lenguaje ya muerto, un resplandor último?

Hay dos textos más de Paul Celan que quiero compartir y que tratan de asuntos aún más dolorosos y dramáticos, alucinantes casi, como es el de ordenar al futuro cadáver, abrir la fosa al pie de la cual lo van a matar. Y el de la leyenda según la cual los oficiales nazis, después de matar, oían la música de Bach. Esto era el límite entre la razón y la sin razón, entre la vida y la muerte. Pero había otro hecho perturbador para Celan como poeta: cuentan que en uno de esos campos de concentración los nazis estuvieron siempre atentos a preservar un árbol porque, según se decía, lo había sembrado Goethe. En medio de lo que Heidegger señalaba como la época de la técnica –ese método sistemático de eliminar a más de seis millones de personas por medio de gases con olor a almendra era parte de la tecnificación del mundo–, era el afán de cuidar y de preservar el árbol sembrado por Goethe, paradigma de la ciencia, la poesía y la razón. De esos judíos que debían cavar su tumba, nos habla Paul Celan en el siguiente poema.

*Había tierra en ellos y cavaron.
Cavaron y cavaron,
así pasó su día, su noche.
Y no adoraban a Dios quien,
según oyeron,
todo esto quería,
quien según oyeron,
todo esto sabía.*

*Cavaron y no oyeron nada más.
No se hicieron más sabios,
No inventaron canción alguna,
No idearon ningún lenguaje.
Cavaron.*

Aquí está el enlace entre dolor, enfermedad y poesía. La enfermedad de este mal que erosiona toda noción humana, está posibilitando que estos hombres que cavaron, que no dejaron nada, dieran origen al poema.

*Vino una calma,
vino también una tormenta,
vinieron los mares todos.
Yo cavo,
tú cavas,
y cava también el gusano.
Y lo que canta allí, dice:
"Ellos cavan".
Oh, uno,
oh, ninguno,
oh, nadie,
oh, tú.
¿Hacia dónde fue,
ya que no fue a ninguna parte?
Oh, tú cavas
y yo cavo hacia ti,
y en el dedo asoma el anillo.*

Es el símbolo del anillo de boda, del anillo de la identificación para los que no tienen nombre, para los que cavan esa fosa en la tierra, pero también en el aire, en el olor a almendra de los gases que los envuelven.

Celan escribió también, primero en lengua rumana que alemana, un poema que tuvo otro título antes de volverse uno de sus poemas emblemáticos, "Fuga de la muerte"; alude a la fuga musical. Cuando lo publicó primero en rumano, se llamó "Tango de la muerte". En esos campos de concentración, la gente creaba pequeños grupos musicales para cantar y recordar, para sentirse menos desamparados. Hay una foto muy conmovedora en que se muestra a un grupo de judíos que había hecho una suerte de violín con palos y cuerdas. Algunas de las canciones que cantaron en aquellos tiempos fueron tangos.

*Negra leche del alba en la noche te bebemos.
Te bebemos por la mañana, y al mediodía te bebemos,
al atardecer bebemos y bebemos.*

*Un hombre habita la casa, juega con las serpientes, escribe.
Escribe cuando oscurece: "Alemania,
tu cabello de oro Margaret, tu pelo de ceniza sulamita,
paladas abrimos una fosa en los aires, donde no hay estrechez".*

En esa "negra leche del alba", que Celan bebe, está resumida esa fuerza silenciosa, ese *más abajo*, sin explicación, de César Vallejo.

Hablaremos ahora de Anna Ajmátova². En 1921 fusilan a su marido, Nicolás Gumiliov; después de eso, la censuran y no puede publicar entre 1923 y 1940. Viene luego un pequeño momento, un atisbo de luz, y en 1946 es de nuevo condenada por el régimen y destierran a su hijo, por segunda vez, a Siberia. "Réquiem" es un poema que sólo se publica en Rusia en 1989. Uno de los grandes filósofos contemporáneos, Isaías Bherlin, que había estado exiliado en Londres, va un día a Moscú en compañía de un hijo de Winston Churchill y visita en una sola noche a Anna Ajmátova.

Es una noche decisiva en la vida de Isaías Bherlin, que siempre la recordará; para Anna Ajmátova, será también una noche igualmente llena de revelaciones, de epifanía, pero esa noche le costaría dos décadas de ostracismo. El régimen le quitaría el carné para comprar comida, le suprimiría todas las posibilidades de trabajo –era traductora–; quedaría como una paria, teniendo que vivir en el mismo apartamento donde vivía su segundo marido con su mujer, porque era tal la necesidad de espacio vital en la Rusia de ese entonces, que todas las familias –con sus nuevos maridos y sus hijos anteriores, si era el caso– tenían que convivir en un mismo espacio limitado.

¿Qué hacía alrededor de 1946 Anna Ajmátova –que perdió su belleza esplendorosa, una belleza magnífica que marcó a todos sus amigos con fascinación–?: hacia filas delante de una prisión en Leningrado para enterarse sobre su hijo, para confirmar si seguía vivo, para tratar de llevarle algo. Oigamos algunos fragmentos de "Réquiem".

²Los poemas de Anna Ajmátova han sido tomados de: *El canto y la ceniza*. 2005. Traducción y selección de Monika Zgustova y Olvido García Valdés. Galaxia Gutenberg, Barcelona.

*Diecisiete meses pasé haciendo cola a las puertas de la cárcel
en Leningrado, en los terribles años del terror.*

Un día, alguien me reconoció.

Detrás de mí una mujer, los labios morados de frío,

que nunca había oído mi nombre,

salió del lugar en que hacía la cola,

un pasadizo vigilado por la policía,

y me preguntó al oído –allí se hablaba sólo en susurros–:

¿Y usted puede dar cuenta de esto?

Yo le dije: puedo. Y entonces, algo como una sonrisa,

asomó a lo que había sido su rostro.

Esa promesa que Ajmátova le había hecho a esa mujer en la fila, implicaría que durante –como ella lo fecha– por lo menos diez, quince años, estuviera trabajando en su poema “Réquiem”. Es el peso tremendo de la palabra ante el dolor, ante esa enfermedad que es el poder –enfermedad que silenció a Celan y que también censuró a Anna Ajmátova.

Puede una pena así mover montañas

y detener la corriente de un gran río,

pero no puede quebrar con su fuerza los cerrojos

que nos separan de las celdas y los presos

llenos de angustia mortal.

Hay quien respira el fresco de la brisa

Hay quien siente la dulzura del sol cuando se pone

Pero nosotras, en la desdicha compañeras,

oímos sólo el sonido ominoso de las llaves

y los pasos de plomo del soldado.

Nos levantábamos como para la misa del alba

cruzábamos la ciudad embrutecida

y más muertas que vivas nos encontrábamos allí

se acortaban las horas de sol, la niebla pesada sobre el Neva

pero aún la esperanza cantaba a lo lejos la sentencia

*Brotan de pronto lágrimas y una mujer se siente fuera del grupo
como si le hubieran arrancado el corazón
y brutales lo arrojaran al suelo
para luego soltarla. Así camina tambaleándose sola
¿Dónde están hoy aquellos con quienes sin querer
compartí mis dos años de infierno?
¿Qué formas adivinan en las ventiscas de Liberia
qué presagios en el aro de la luna?
A ellos envió mi adiós.*

Este es el comienzo del "Réquiem". Leo otro fragmento.

*Diecisiete meses hace que grito llamándote a casa.
Me he postrado a los pies del verdugo, hijo mío, terror mío.
El mundo entero es confusión y yo ya no sé distinguir
quién es la bestia y quién es el hombre.
¿Cuánto falta para tu final? Quedan solo flores polvorientas,
el rumor de las lámparas de incienso y huellas que
no llevan a ninguna parte.
Directo a lo ojos me mira, mal augurio de una muerte
cercana, una inmensa estrella. Diecisiete meses hace que grito
llamándote a casa.
Me he postrado a los pies del verdugo, hijo mío, terror mío.
El mundo entero es confusión y yo ya no sé distinguir
quién es la bestia y quién es el hombre.
¿Cuánto falta para tu final? Quedan solo flores polvorientas,
el rumor de las lámparas de incienso y huellas que
no llevan a ninguna parte.
Directo a lo ojos me mira, mal augurio de una muerte
cercana, una inmensa estrella.*

Todo el cosmos se ha hecho parte del dolor de Anna Ajmátova; el cosmos se ha convertido en espejo. Ella, quien ha compartido el dolor con las otras mujeres, está de alguna forma intacta en su poesía y en ese poema admirable, extenso, pero a la vez silencioso. El dolor engendra poesía, y en alguna forma, el dolor mantiene la vida.

No es nada alentadora esta conferencia, como ustedes pueden darse cuenta. Pero pienso que es precisamente el dolor y la valentía con que estos poetas lo afrontaron, una señal de que podemos leer esos poemas y combatir a Babel con Babel. El mundo de Babel, el mundo de sus referencias topográficas, de su espacio vital, borró todo. Borró las fronteras de los países, todo fue arrasado por las hordas que invadían, como hace recientes años en Sarajevo. Todos esos lugares en donde había tan grandes poetas, en donde había la tradición de una lengua, en donde los famosos lectores del Talmud, judíos que se pasaron toda una vida reflexionando sobre una letra de los textos sagrados, todos esos artistas del silencio y de la vigilia –“de la negra leche del alba”–, todo eso desapareció y sólo subsistió la palabra en la lengua de los asesinos. Theodoro Adorno lo dijo: “No se puede escribir poesía después de Auschwitz”. Pues no, al filósofo y sociólogo alemán lo refutó el poeta rumano.

El que quizás menos tenía que ver con el dolor era Henry Michaux³. Nacido en Bélgica, en 1949, murió en París en 1984. Emil Cioran cuenta cómo era Michaux:

Michaux era siempre un hombre que me sorprendía porque me llevaba a ver películas científicas. Yo no entendía absolutamente nada. Michaux gozaba mucho con una cinta sobre los movimientos de una araña, sobre el movimiento de los párpados de una avispa. Eran películas átonas; no había música. Era frialdad científica, análisis.

A Michaux le encantaba explorarse a sí mismo para desvanecerse. Había escapado en un barco de su casa en Bélgica, llegando a América. Escribió un libro, que tradujo Borges, *Ecuador*, y se enamoró de una hermana de Victoria Ocampo, Angélica. Parecía una especie de entomólogo o botánico. Se ponía a analizar los movimientos de un ser rarísimo, espasmódico, que se transformaba en muchos seres y que

³ El poema de Henri Michaux ha sido tomado de *El pulso de las cosas*. 1998. Traducción de Ulalume González de León y Jorge Esquinca. Universidad Iberoamericana, México.

vivía en países imaginarios, y ese ser que diseccionaba en su poesía, era él mismo. Él quería convertirse en otro, y al no poder ser un místico, empieza a burlarse de los señores de la muerte, dibuja, toma mezcalina para seguir, como una especie de sismógrafo, los movimientos del ser humano, como una rana por medio de la cual pasa la electricidad. Y este sismógrafo de países imaginarios en la figura de Pluma, de viajes en torno a su celda, es en alguno de sus poemas de una violencia inusitada. Él dice, "Yo cogí a mi rey –hablando de sí mismo–, y lo apaleé, y lo escupí, y me pase la noche feliz atormentándolo, y logre casi sentir que se iba a morir. Y al alba resurgió más fuerte que nunca". Michaux cultivaba ese boxeo.

Michaux, en 1948, publica un poema, "Nosotros dos aún". Es un largo texto en el que se dirige al fuego; leamos algunos fragmentos. Es el fuego de un accidente que ha quemado a su mujer, ahora yacente en una cama de hospital.

Nosotros dos aún

*(...) Es el silencio que hizo callar mi canto.
No supiste jugar, atrapaste las cuerdas pero no supiste jugar.
Pronto lo malversaste todo, rompiste el violín.
Arrojaste una llama sobre la piel de seda
para convertirla en un horrible pantano de sangre.*

*Ella estaba en un tren con destino al mar,
en un cohete fugaz sobre la roca,
avanzaba aunque inmóvil hacia la serpiente de fuego
que habría de consumirla y fue entonces que sorprendió
de un salto a la confiada mientras peinaba su cabellera
contemplando en el espejo su felicidad.
Y cuando vio subir la llama, oh, se vio
atrapada en un rincón, detenida, como ante un gran tema
de meditación para resolver de inmediato.
Dos segundos más tarde, dos segundos demasiado tarde,
huía hacia la ventana pidiendo auxilio.
Toda la llama entonces la envolvía.*

(...)

*Ella está en una cama desde la que su pena sube al cielo
sin encontrar un Dios. Desde la que su pena baja hasta
el fondo del infierno sin encontrar un demonio.*

*El hospital duerme, la quemadura despierta.
Su cuerpo como un parque abandonado.
Defenestrada de sí misma
busca cómo regresar, rema en un vacío que no responde a sus
movimientos,
carga ciega a través de una barrera de dolor,
durante un mes remonta el río de la vida, natación atroz.
Paciente entre innumerables ámpulas vuelve a trazar
sus formas elegantes, teje de nuevo la camisa
de su fina piel, la curación está cerca.
Mañana caerá el último vendaje, mañana, aire de sangre,
no supe jugar, tampoco supiste tú.
Arrojaste súbitamente, estúpidamente
tu ridículo coágulo obstructor a lo ancho de una nueva aurora.*

*Desde ese instante perdió toda orientación,
no tuvo más remedio que volverse hacia la muerte,
apenas sí había entrevisto la ruta.
Un segundo abrió el abismo, el siguiente la dejó caer.
Quedamos pasmados en esta orilla, no tuvimos tiempo de decir
adiós.
No tuvimos tiempo de hacer siquiera una promesa.
Ya había desaparecido de la película de esta tierra.*

A esa mujer, en el hospital, a la cual un coágulo mata, trata Michaux de acercarse. Sigue conservando esa especie de frialdad científica al hablar de los elementos del hospital, de la película de esta tierra, y de pronto

*Lu Lu en el retrovisor de un breve instante, Lu, ¿no me ves?
Lu, el destino de estar siempre juntos en el que tenías tanta fe.
¿Y bien? Tú no vas a ser como otros que nunca más vuelven a
dar señales,
devorados por el silencio. No, a ti no puede bastarte una muerte
para llevarte tu amor.
Pero tengo miedo.*

Sumemos este otro fragmento conmovedor:

*No hemos tomado suficientes precauciones.
Debíamos estar más informados. Alguien me escribe
que serás tú, mártir, quien ahora velará por mí.
Oh, lo dudo. Cuando toco tu fluido tan delicado,
que permanece en tu cuarto y tus objetos familiares
que sostengo en mis manos, este fluido tenue que era siempre
necesario proteger.
Oh, lo dudo. Lo dudo y tengo miedo por ti,
impetuosa y frágil expuesta a las catástrofes.
Sin embargo voy a las oficinas en busca de certificados,
desperdiciando momentos preciosos que sería mejor emplear
precipitadamente entre nosotros mientras te estremeces
esperando con tu maravillosa confianza que yo acuda a
rescatarte,
pensando que seguro vendrá.
Pudo haber demorado, pero no ha de tardar.
Vendrá, yo lo conozco, no va a dejarte sola. No es posible.
No va a dejar sola a su pobre Lu.*

Y este otro fragmento.

*Hecho de menos tu sufrimiento atroz en la cama del hospital
Cuando llegaba por los pasillos nauseabundos traspasados de
gemidos
hasta la momia espesa de tu cuerpo vendado cuando escucha
surgir de pronto como el "la" de nuestra alianza, tu voz suave,*

*musical, mesurada, que resistía con valor a la fealdad de la
desesperación,
cuando cerca de ti escuchabas mis pasos y murmurabas liberada:
ah, estás aquí.*

Para concluir:

*El que está solo en la noche se vuelve contra la pared
Para hablarte. Conoce las cosas que te animaban.
Quiere compartir contigo su día.
Tiene siempre algo que contar, pero podría ser que tu persona
se hubiese convertido en un aire del tiempo de la nieve.
Un aire que entra por la ventana que volvemos a cerrar
Con un escalofrío o con el malestar precursor del drama
Como me sucedió hace algunas semanas.
El frío se echó de pronto sobre mi espalda. Me cubrí
Y me di vuelta precipitadamente cuando tal vez eras tú,
Ofreciendo tu mayor tibieza y anhelando ser bien recibida.
Tú tan lúcida, no podías expresarte de otra manera.
Quién sabe si en este mismo instante no esperas ansiosa
Que yo al fin comprenda y vaya lejos de la vida
Donde tú ya no estás a reunirme contigo,
Pobremente, sí, pobremente sin recursos, pero nosotros dos
aún,
Nosotros dos.*

El dolor engendra el silencio y engendra el frío. Pero el silencio y el frío pueden ser una forma de comunicarnos por medio del alivio y de la esperanza, puede ser el anillo de la poesía.

Como estas dosis son demasiado fuertes, creo que debemos ir terminando. Hemos estado en el silencio, en la negrura, en el hospital, en la cárcel, en el hambre, en la pérdida de todo, como Job e Iván Illich, y ahora nos asomamos a dos poemas finales, para ver cómo el dolor, la enfermedad y la poesía, pueden ser también motivos para

que la palabra se expanda y cubra todas esas miserias con un tono de oráculo, el tono de Álvaro Mutis.

Pregón de los hospitales

iMiren ustedes cómo es de admirar la situación privilegiada de esta gran casa de enfermos!
iObserven el domo de los altos árboles cuyas oscuras hojas, siempre húmedas, protegidas por un halo de plateada pelusa, dan sombra a las avenidas por donde se pasean los dolientes!
iEscuchen el amortiguado paso de los ruidos lejanos, que dicen de la presencia de un mundo que viaja ordenadamente al desastre de los años, al olvido, al asombro desnudo del tiempo!
iAbran bien los ojos y miren cómo la pulida uña del síntoma marca a cada uno con su signo especial de desesperanza,
sin herirlo casi, sin perturbarlo, sin moverlo de su doméstica órbita de recuerdos y penas y seres queridos, para él tan lejanos ya y tan extranjeros en su territorio de duelo!
iEntren todos a vestir el ojoso manto de la fiebre y conocer el temblor seráfico de la anemia,
o la transparencia serosa del cáncer que guarda su materia muchas noches,
hasta desparramarse en la blanca mesa iluminada por un alto sol voltaico que zumba dulcemente!
iAdelante, señores!
Aquí terminan los deseos imposibles:
el amor por la hermana,
los senos de la monja,
los juegos en los sótanos,
la soledad de las construcciones,
las piernas de las comulgantes,
todo termina aquí, señores,
ientren!, ientren!
Obedientes a la pestilencia que consuela y da olvido,

que purifica y concede la gracia.

¡Adelante!

Prueben

la manzana podrida del cloroformo,

el blando paso del éter,

la montera niquelada que ciñe la faz de los moribundos,

la ola granulada de los febrífugos,

la engañosa delicia vegetal de los jarabes,

la sólida lanceta que libera el último coágulo, negro

ya y poblado por los primeros signos de

la transformación.

¡Admiren la terraza donde ventilan algunos de sus males

como banderas en rehén!

¡Vengan todos,

feligreses de las más altas dolencias!

¡Vengan a hacer el noviciado de la muerte, tan útil

a muchos, tan sabio en dones que infestan

la tierra y la preparan!

Mutis, con su habitual goce de la palabra y su ironía profunda, nos muestra lo prohibido en el dintel de lo que vamos a perder: "Las piernas de las comulgantes, los senos de las monjas". En medio del templo, el demonio; en medio de la descomposición del cuerpo, el rigor de la poesía y el látigo del deseo.

En otro poema de Mutis, también de *Reseña de los hospitales de ultramar*, hay una escena memorable cuando en el Hospital de la Bahía están tendidos los cuerpos en esos camastros de tierra caliente, y el agua viene y los vivifica y los hace de nuevo sentirse con una coraza que les prolonga la vida. Hay, en especial, un momento que me parece muy revelador de esta relación entre dolor, enfermedad y poesía.

El enfermero

*Ese sí que sabía algunas cosas admirables y nada tristes.
Contaba por ejemplo la construcción de la torre de Babel
O el rescate de los dolientes o la batalla sin banderas
Largas historias en las cuales él aparecía discretamente
Al fondo
Como un viejo actor que hubiese conocido antaño
Los favores del público y que ahora
En un papel muy secundario tiene aún la seguridad de
agradar.
Solía el enfermero, nunca le supimos el nombre y siempre
Le llamamos por el de su oficio, bautizar nuestros males
Con nombres de muchachas.
Y mientras sus manos pacientes y sabias cambiaban las
sábanas,
Preguntaba por nuestro mal como por una doncella
Que nos hubiese acompañado amorosamente durante el largo
Y trabajoso trance de nuestras noches.
¡Ah! Esos nombres pronunciados de lecho en lecho
Como una letanía de lejanos recuerdos detenidos
En el ebrio dintel de la infancia.*

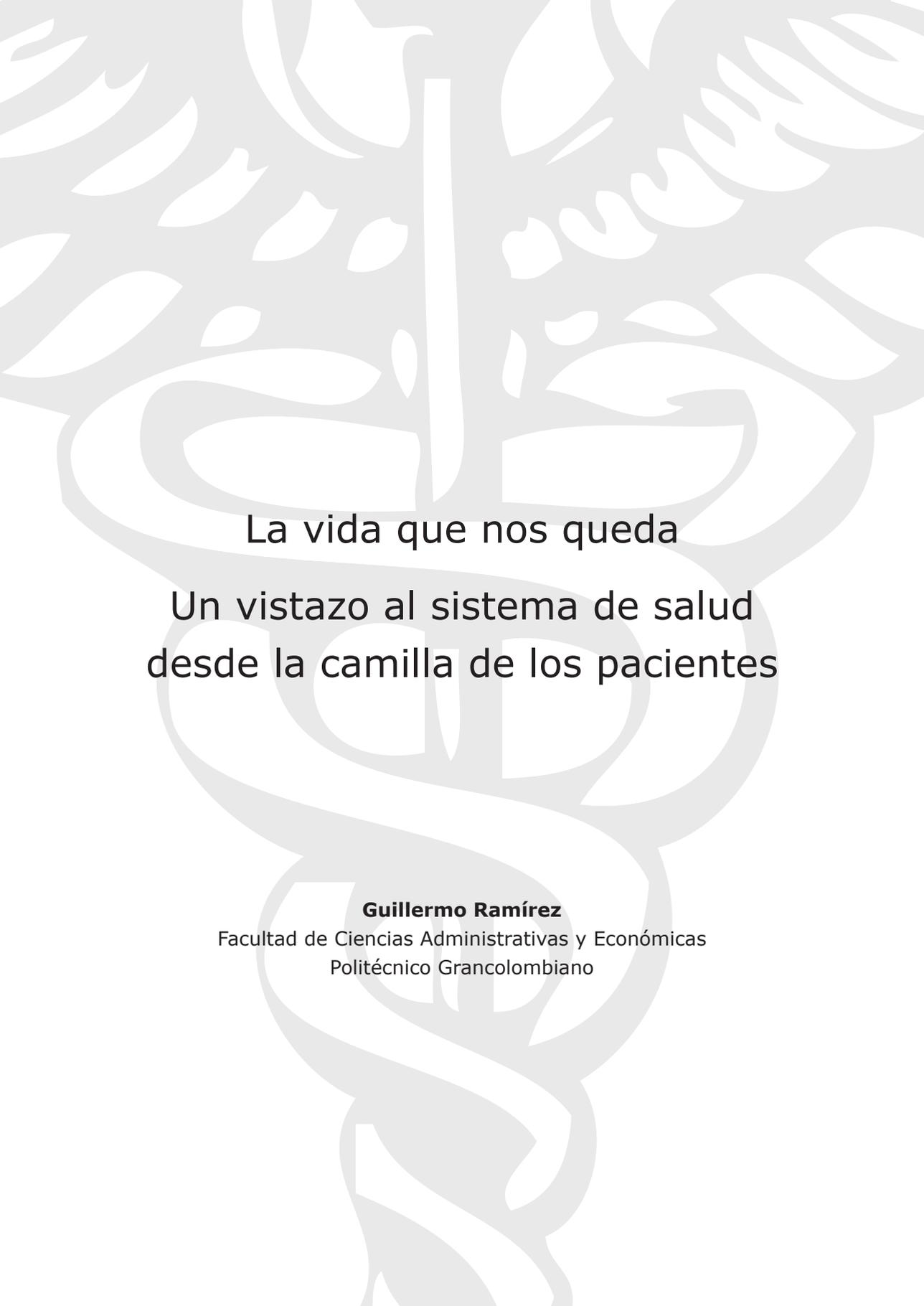
Renata Palotini es una poeta brasileña contemporánea. Con el poema "El grito" termino este escrito. El texto es diciente acerca de lo que dice sobre el dolor, así que no agregaré nada más.

El grito

*Si al menos este dolor sirviera
Si golpease las paredes
Abriera puertas
Hablaste
si cantase y despeinara mi cabello.
Si al menos ese dolor se viera
Si saltase de la garganta como un grito*

*Si cayera por la ventana si estallara
Si muriese
Si el dolor fuera un pedazo de pan duro
Que uno pudiera tragar con fuerza
Y escupir después
Manchar las calles los autos el espacio
El otro, ese otro oscuro que pasa indiferente
Y que no sufre, que tiene derecho a no sufrir.
Si el dolor fuera sólo la carne del dedo
Que se frota en la pared de piedra
Para que duela, duela, duela visiblemente,
Penosamente con lágrimas
Si al menos este dolor sangrase.*

El dolor ha muerto. La poesía sobrevive y quizás lo exorcice.



La vida que nos queda

Un vistazo al sistema de salud
desde la camilla de los pacientes

Guillermo Ramírez

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas
Politécnico Grancolombiano



a grabación suena por quinta vez. “Su llamada es muy importante para nosotros. En este momento todos nuestros agentes se encuentran ocupados. Por favor espere en la línea...”. A continuación regresa la música y la publicidad de los servicios alternos que ofrece la Eps en su otra línea de negocio: la medicina prepagada. Parece que el mensaje que me quieren dar es: “Usted no debería estar esperando en el teléfono a que lo atendamos por medio del sistema de seguridad social, usted debería pasarse a nuestro sistema de medicina prepagada”. La grabación vuelve a interrumpir: “Su llamada es muy importante...”.

Por fortuna no me estoy muriendo. ¿O sí?

Obviamente todos estamos en esta vida brevemente y en cualquier momento estamos esperando que nos descubran esa bomba de tiempo que llevamos dentro. Una mancha en una imagen radiológica, una punzada inesperada, una combinación desafortunada de nuestra fórmula genética con algún evento disparador y entonces descubriremos finalmente si el último capítulo de nuestro libro personal será plácido, poético, casi ridículo o se convertirá en una pesadilla burocrática cercana a lo macabro para nosotros y para nuestros seres queridos. Por fin contesta una voz humana. Me da su nombre muy amablemente y me pregunta en qué puede servirme. Le digo que necesito una cita con un médico.

— “¿Qué clase de médico?”.

— “Uno que tenga mucha experiencia y que sea muy competente”, le contesto, casi en forma antipática.

La voz humana no se altera y mecánicamente me pregunta mi nombre y mi número de identificación y luego cambia la pregunta:

- “¿Qué tipo de servicio solicita?”.
- “Simplemente necesito que me digan cuánta vida me queda...”.

Finalmente obtengo una cita con un médico general para dentro de cuatro semanas. Espero que la vida me alcance...



Los más felices del mundo

A la que no le alcanzó la vida fue a Sara, la madre de un amigo. Los doctores le habían diagnosticado, dos veces, que tenía una infección en la vejiga y le habían recetado antibióticos. Los medicamentos no hicieron ningún efecto y cuando otro doctor (un amigo de la familia al que acudieron en forma privada) estableció que padecía de un cáncer en un ovario, este ya se encontraba en etapa avanzada y a doce meses de llevársela de este mundo.

Tampoco es alegre la historia de Javier. Como no tenía otra opción, recurrió a los médicos adscritos a su EPS y luego de varias semanas y citas, recibió un tratamiento estándar para esas punzadas en el vientre además de una recomendación de una dieta moderada. Pero cuando llegó la hora de renovar el contrato de trabajo con su empleador, la doctora que le hizo el examen de rutina de ingreso le notó “algo extraño” en su hígado. Varios exámenes y pruebas después, (pagados del bolsillo de su familia pues su EPS no los cubrió por no cumplir con el número de semanas mínimo de afiliación), confirmaron que se trataba de cáncer.

En Colombia y en el mundo, el cáncer es una de las principales causas de muerte no violenta¹, siendo el cáncer de próstata, de estómago, de pulmón, de colon y del recto los de mayor incidencia en hombres; mientras que en las mujeres se registra mayor riesgo en el cuello uterino, la mama, el estómago, el colon, el recto y el pulmón. Si nos lo

¹Universidad del Rosario. 2006. *Cáncer en Colombia*. Programa de Divulgación Científica Tomo I, Fascículo 12.

detectan tempranamente, la probabilidad de supervivencia puede ser cercana al 90% y el tratamiento o cirugía es típicamente de bajo riesgo. En cambio, la curva de supervivencia se convierte en un aterrador precipicio cuando el tumor se encuentra tardíamente. El tratamiento incluye la inyección de químicos tóxicos y la exposición a radiaciones. La posibilidad de supervivencia es tan miserable como la experiencia².

La comunidad médica y científica está universalmente de acuerdo en cuanto a la importancia de la detección temprana. Y, sin embargo, en los dos casos que comento, parecería que el sistema de salud no está en capacidad de encontrar o diagnosticar correctamente una de las principales causas de muerte de los colombianos.

Pero generalizar a partir de dos casos, aunque sean muy cercanos y muy queridos, puede resultar injusto con el sistema. Así que mejor recurramos a las estadísticas como lo haría cualquier académico juicioso.

Pues bien. Al consultar los documentos del propio Ministerio de la Protección Social el cambio en la tasa de mortalidad general entre 1996³ y 2005⁴ por causa de neoplasias (tumores) es el siguiente:

Neoplastias

1996 – Casos: 24.042 – Tasa: 61,2 muertes por 100.000 habitantes

2005 – Casos: 31.571 – Tasa: 73,6 muertes por 100.000 habitantes

La tasa de mortalidad por esta causa ha aumentado en 20%. Esto nos pone a pensar si habrá mejoras en las otras causas de mortalidad.

Enfermedades transmisibles

1996 – Casos: 12.830 – Tasa: 32,7 muertes por 100.000 habitantes

2005 – Casos: 14.202 – Tasa: 33,1 muertes por 100.000 habitantes

² Wired Magazine. 2009. Why Early Detection Is the Best Way to Beat Cancer. Enero.

³ Ministerio de Salud. 2000. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos.

⁴ Ministerio de la Protección Social. 2007. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos.

Vasculares

1996 – Casos: 51.020 – Tasa: 129,9 muertes por 100.000 habitantes

2005 – Casos: 55.859 – Tasa: 130,2 muertes por 100.000 habitantes

En ambos casos no hay ninguna variación. En cambio, sí se puede observar una mejora notable en las muertes violentas o accidentales:

Violencia y accidentes

1996 – Casos: 42.307 – Tasa: 107,7 muertes por 100.000 habitantes

2005 – Casos: 34.581 – Tasa: 80,6 muertes por 100.000 habitantes

Esto último nos podría alegrar o permitiría que algunos alabaran la política de seguridad democrática del gobierno actual, pero también nos lleva a concluir que el sistema de salud no ha progresado en la prevención de las muertes “naturales”, en tanto sí en las “artificiales”.

O como lo planteó un amigo médico que trabaja en urgencias de una importante clínica capitalina:

“Si llegas aquí con una bala en el estómago es muy probable que te atendamos y salvemos. Si traes un tumor en el estómago no estás tan seguro de que lo podamos hacer”.

Mientras tanto, en el Reino Unido, la tasa de mortalidad por cáncer pasó de doscientas muertes por 100.000 habitantes en 1999 a 178 en 2005. Una disminución del 11%⁵.

Pero así como la mortalidad no ha cambiado y nos seguimos muriendo de lo mismo, las cifras de morbilidad de las enfermedades de notificación obligatoria no muestran mejora⁶ (cuadro 20.1).

⁵ Datos de Cancer Research UK – www.cancerresearchuk.org

⁶ Ministerio de la Protección Social. 2007. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos.

Cuadro 20.1

Morbilidad de las enfermedades de notificación obligatoria

Enfermedad	Casos (1999)	Tasa/100.000 hab. (1999)*	Casos (2005)	Tasa/100.000 hab. (2005)**
Tuberculosis	6.816	16,1	10.696	24,3
Malaria	71.714	169,5	108.432	246,8
Dengue clásico	20.326	48,1	32.896	74,9
Dengue hemorrágico	1.136	2,7	5.375	12,2
Parálisis flácida	190	4,5	217	4,9
Sarampión	998	2,4	1.035	2,4
Sífilis congénita	748	1,8	1.420	3,2
VIH	1.867	4,4	3.548	8,1

* Total de habitantes: 1999 – 42,29 millones.

** Total de habitantes: 2005 – 43,92 millones.

Así que no es solamente la percepción de los ciudadanos de sentirnos desprotegidos. Las cifras (oficiales) también lo confirman: el sistema de salud no está contribuyendo a prevenir las enfermedades graves.

Algunos cínicos podrían pensar que para el sistema de salud no es buen negocio que nos encuentre temprano esa bomba de tiempo que nos va a matar. Para detectarla se requieren exámenes costosos y para curarla también. Si el objetivo es promover la salud, el sistema está pensado para que lo contrario sea lo que se obtiene. Prevenir no es buen negocio.

La detección temprana del cáncer, por ejemplo, puede significar la supervivencia del paciente, pero no es una buena idea en la lógica de negocios. Por supuesto que no lo dice nadie en voz alta, pero la contradicción es inherente e inevitable en el sistema.

Según encuestas y estudios de optimismo, los colombianos somos clasificados muy alto. Somos felices, nos dicen. Tal vez debido a que ya no le tenemos a la muerte. Es tan fácil morir en este país, que

cada día que vivimos es un regalo de la providencia o de la deidad que cada uno de nosotros tiene en la cabeza.

Se mueren jóvenes en peleas callejeras por unos tragos de más. Se muere simplemente por pasar en el momento inadecuado frente a la vitrina de una multinacional que se niega a pagar una extorsión cuando explota un "artefacto". Se muere por pertenecer al grupo étnico que se mantiene de pie firmemente frente a los violentos.

Por eso nos clasifican como uno de los países más felices. Felices de estar vivos. Felices de no tener (todavía) que pasar por el sistema de salud colombiano.



El negocio de la salud

¿En qué momento se convirtió un derecho fundamental en un negocio?
¿Cuándo la salud se convirtió en un producto que se compra?

El esquema que copiamos de los estadounidenses (no de los norteamericanos, porque en Canadá es otra historia) simplemente está diseñado para favorecer los intereses de los grandes capitales e inversionistas. No de los "clientes".

Este sistema ha sido descrito con gran detalle en el documental *Sicko* de Michael Moore⁷, que bien podría haber sido filmado en territorio colombiano.

Para los que no lo han visto, considero importante narrar algunos pasajes, con comentarios relacionados con el sistema colombiano.

- El documental inicia con la historia de Adam, quien se está cosiendo una herida a sí mismo porque forma parte de los 50 millones de americanos sin seguro de salud. En Colombia la cifra de no afiliados ha pasado de 16 millones (38,5%) en 1999

⁷ *Sicko*. 2007. Director: Michael Moore, productor: Weinstein Company, duración: 123 minutos.

a 5 millones (11,6%) en 2006. Este es un logro notable que tiene gran despliegue en los "power points" de los ministros. Sin embargo, estar "afiliado" no es sinónimo de estar "cubierto", como lo mencionaremos más adelante.

- A continuación nos cuentan la historia de Rick, quien perdió dos de sus dedos en un accidente con una sierra. Por no tener seguro, la operación para coserle el dedo medio se la "cotizaron" en 60.000 dólares y la del otro dedo, en 12.000. Siendo un romántico, escogió el dedo del corazón. El otro dedo terminó en la caneca de basura.
- Nos aclaran que el documental no se enfocará en los que no tienen seguro, sino en los 250 millones que sí tienen seguro y viven el sueño americano. En Colombia, las cifras de afiliados en 2006 correspondían a 20 millones (27,4%) en el régimen subsidiado, 16 millones en el régimen contributivo (23,9%) y 2 millones en los regímenes excepcionales (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, Policía Nacional).

Continúa el documental con historias aun más dramáticas:

- El caso de Larry y Donna quienes deben irse a vivir en una habitación en la casa de una de sus hijas. Después de haber sacado adelante a seis hijos, él tuvo un infarto y ella tiene cáncer. Aunque tenían seguro médico, los deducibles crecieron y crecieron hasta que perdieron su casa y quedaron en bancarrota.
- Eddie (79 años) y su esposa tienen Medicare. Pero solamente les cubren la droga que necesitan si él está empleado. Así que a su edad, debe limpiar inodoros para obtener los medicamentos que alivian sus dolores.
- Laurie tuvo un accidente de carro, pero el transporte de la ambulancia no estaba "preaprobado". ¿Cómo podía preaprobarlo si estaba inconsciente? Ahora tiene que pagar la cuantiosa

cuenta del servicio en cómodas cuotas mensuales durante muchos años.

El autor del documental, célebre por otras realizaciones como *Bowling for Columbine* (2002), con la que obtuvo el Oscar y la Palma de Oro en Cannes, y *Fahrenheit 9/11* (2004), con la que repitió el galardón en Cannes, creó un sitio de Internet antes de iniciar su investigación, solicitando que los usuarios le enviaran sus historias. En menos de 24 horas recibió 25.000 correos con relatos de "horror" del sistema de salud estadounidense.

Recibió incontables mensajes de personas que trabajaban en el sector de la salud y habían visto "cosas" que deseaban contar. Gente que tenía que rechazar diariamente a los asegurados por sus preexistencias (diabetes, problemas cardiacos, cáncer...).

- Una de ellas es Becky, empleada de una compañía de seguros médicos, que llora frente a la cámara al relatar cómo diariamente tiene que rechazar pacientes porque sus enfermedades no están cubiertas.
- Continúa la cinta con una caravana de casos de tumores y enfermedades mortales que no fueron detectadas a tiempo o no estaban dentro de las condiciones. Pero algunos de los pacientes tenían abogados... (¿Suena familiar?). En Colombia, en 2005 se interpusieron 224.270 tutelas, 13% más que en 2004 y 160% más que en 1999. Más de la tercera parte de las tutelas reclamaban derechos de salud, y de estos, más de la mitad (56,4%) solicitaban servicios contenidos en el Pos⁸. Al parecer, el hecho de tener derecho a algo no significa obtenerlo, a menos que un juez lo dictamine.
- En uno de los juicios mostrados en la película, un director médico de una gran compañía de seguros médicos es obligado

⁸ Muñoz López, Olga Lucía. 2008. La tutela y el derecho a la salud, período 2003-2005. Periódico *El Pulso*. Disponible en www.elhospital.org.co. Enero.

a explicar cómo firma las cartas de rechazo de servicios a pacientes o les pone un sello. Casi sin parpadear admite que las firma sin leerlas.

- Conocemos a la doctora Linda Peeno quien renunció de Humana, cuando le advirtieron que para ser una buena directora médica, debería ahorrarle el máximo de dinero a la compañía. “Si usted toma la decisión de negarle el tratamiento a un paciente, la empresa gana. Esa no es mi misión como médico. La palabra ‘rechazado’ es casi siempre una sentencia de muerte”, comenta compungida ante la cámara. En Colombia, más del 87% de las tutelas en salud favorece a los demandantes. No obstante el gran porcentaje de tutelas concedidas, existe una práctica recurrente por parte de algunas aseguradoras: cumplen la orden del juez en el primer o primeros meses o cuando media nuevo apremio judicial, pero luego incurren de nuevo en las mismas fallas del servicio⁹.
- Nos presentan a un investigador de las compañías de seguro cuya misión es encontrar lo que los pacientes han “ocultado” en su aplicación. Si lo descubren, no solo le pueden rechazar el tratamiento sino que le pueden cancelar la póliza. No solo es enfermo... ahora es delincuente.
- Se menciona la frase “*prudent person preexistent condition*” para explicar que no solamente le pueden acusar de falsedad por una preexistencia no reportada, sino que también lo pueden enredar por preexistencias que usted ni siquiera sabía que tenía. Si el paciente tenía un síntoma por el que “una persona prudente” habría solicitado atención médica y no lo hizo, se convierte en delincuente por omisión.
- Todo esto parece ser intencional. El sistema estadounidense está lleno de “grietas” por las que las compañías se pueden escapar.

⁹ Muñoz López, Olga Lucía. 2008. La tutela y el derecho a la salud, período 2003-2005. Periódico *El Pulso*. Disponible en www.elhospital.org.co. Enero.

En Colombia, el 92,7% de tratamientos tutelados sí están en el Pos y son tratamientos integrales de enfermedades de alto costo (cáncer, angioplastias, reemplazos de cadera y diálisis);

el 84,1% de los procedimientos demandados también están dentro del Pos¹⁰.

Michael Moore nos presenta grabaciones de 1971 de la oficina oval de la Casa Blanca en las que Richard Nixon discute la lógica detrás de las HMO (Health Maintenance Organizations, el equivalente a nuestras Eps):

“Es un negocio”, exclama admirado. “Entre menos cuidados proporcionen, más dinero ganarán”.

Nixon lo entendió perfectamente y no dudó en sancionar el sistema de salud.

En Colombia es difícil entender el beneficio que presta una Eps al involucrarse entre el paciente y el sistema de atención médica como si fuera una ventanilla de peaje. ¿Acaso sus resultados financieros no dependerán de suministrar el menor cuidado posible al menor precio posible? ¿ Buen negocio? ¡Claro que sí!

Suficiente para tener chequeras enormes que patrocinaron las campañas de los legisladores americanos y del ahora ex presidente George W. Bush.

En su segunda parte, el documental de Moore nos saca de Estados Unidos y nos lleva a conocer el sistema de salud de cuatro países.

¹⁰ Muñoz López, Olga Lucía. 2008. La tutela y el derecho a la salud, período 2003-2005. Periódico *El Pulso*. Disponible en www.elhospital.org.co. Enero.

Cuadro 20.2

Resultados financieros de algunas de las HMO americanas
(Cifras en millones de dólares)

Humana	28.900	1.200	647	14,5	5,0
Aetna	27.600	3.000	1.800	17,6	4,5
Unitedhealth	81.200	5.300	3.000	14,3	5,3
Wellpoint	61.300	6.170	2.500	11,6	5,1
Cigna*	17.600	1.600	1.100	16,5	1,9
Medco*	44.500	2.000	912	15,4	5,6
Kaiser Permanente*	37.800	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

*Año 2007.

Fuente: Información obtenida en Money.cnn.com – (Consulta 15 de febrero de 2009) y cálculos del autor.

**Otros sistemas de salud****Canadá**

- Los canadienses no se atreven a visitar Estados Unidos sin una póliza de seguros canadiense que los cubra. Un accidente en territorio americano puede costarles de 25 a 30.000 dólares si no están cubiertos.
- Muestra el caso de un joven estadounidense que se accidentó y se cortó cuatro dedos de su mano cuando estaba de visita en territorio canadiense. Su operación fue realizada y se salvó toda la mano. Costo: cero.
- Entrevista a los usuarios y no existe el concepto de “preexistencia”.
- Llama la atención que los canadienses tienen una expectativa de vida tres años mayor que la de los estadounidenses.

Reino Unido

- Las drogas cuestan más o menos 10 dólares (6,65 libras esterlinas cualquier droga).
- Nadie paga nada en ningún hospital. No existe "*billing department*". Se ríen de pensar que alguien tenga que pagar por algo.
- Existe una ventanilla llamada "Caja", en donde le pagan al paciente para que pueda tomar transporte de regreso a su casa si lo necesita.
- En 1948 crearon el sistema de salud. Un país devastado por la guerra y en grave crisis económica, con imágenes similares a las del 11 de septiembre en cada ciudad, decidió que la salud era la prioridad número uno del Estado.
- Esto resume su sistema de salud: "The National Health Service will provide you with all medical, dental and nursing care. Everyone rich or poor, man, woman or child, could use it or any part of it. There are no charges except for very special items. There are no insurance qualifications but it is not a charity. You are paying for it mainly as taxpayers and it will mainly relieve your money worries in times of illness". "El nuevo Servicio Nacional de Salud proporcionará a usted todo el cuidado médico, dental y de enfermería. Todos, ricos o pobres, hombres, mujeres o niños, podrán usarlo total o parcialmente. No habrá cobros, excepto por elementos muy especiales. No habrá calificación para el aseguramiento, pero no será un sistema de caridad. Usted pagará por él, principalmente como contribuyente y su finalidad será la de eliminar sus preocupaciones de dinero en momentos de enfermedad".
- Nos muestran la vida de un doctor en el Reino Unido. Todos trabajan para el gobierno, sus ingresos son excepcionalmente buenos. En Colombia, de acuerdo con el presidente del Colegio Médico, el

30% de los médicos del país no tienen seguridad social en salud ni realizan aportes a pensión y riesgos profesionales¹¹, además,

un médico general gana entre 1,2 y 1,8 millones y son obligados por las EPS a atender hasta siete pacientes por hora.

Francia

- Muestran casos de incapacidades de tres meses pagadas en 65% por el gobierno y el resto por el empleador. Las madres, en su etapa posparto reciben la visita de trabajadoras sociales que incluso le ayudan a lavar la ropa.
- Existe el concepto de solidaridad. Se paga de acuerdo con sus capacidades y se recibe de acuerdo con sus necesidades.
- No conocen el término "preexistencia". Si preguntan por los antecedentes médicos no es para castigar al paciente, sino para tratarlo adecuadamente.
- Es conmovedor ver a un médico haciendo visitas domiciliarias nocturnas. Pasa de casa en casa llevando tranquilidad y esperanza.

Cuba

- En un golpe sensacionalista, típico de Moore, se lleva en una lancha a un grupo de personas que, por haber sido voluntarios en el rescate de las víctimas del 11 de septiembre, adquirieron enfermedades pulmonares que el seguro no les cubre. Su destino es la base militar de Estados Unidos en Guantánamo. Según su lógica, si los detenidos allí tienen servicio médico, ¿por qué no utilizarlo para sanar a quienes sacrificaron su salud como consecuencia de los atentados? Obviamente, son rechazados por los guardacostas que estuvieron muy cerca de dispararles.

¹¹ DiarioSalud.net – 9 de octubre de 2007 – <http://www.diariosalud.net/content/view/6110/520/>

- Terminan en un hospital cubano, en donde reciben atención médica generosa y gratuita.
- Para atenderlos simplemente les preguntaron su nombre y apellido. Nadie se cuestionó si estaban inscritos en algún seguro o si tenían dinero para pagar el servicio.
- Una de las pacientes no puede creer que el mismo remedio para su asma que cuesta 120 dólares en Estados Unidos lo puede obtener en Cuba por 0,05 centavos de dólar.

Es posible que las autoridades cubanas hayan encontrado en el documental una oportunidad para poner al capitalismo americano contra la pared y exhibir las bondades del régimen castrista. Pero en los médicos y enfermeras se notaba una sincera y espontánea voluntad de servicio.

Seguramente aquí en Colombia, si llegamos a un hospital con una cámara y luces, nos van a atender con especial cuidado. No podría afirmarlo plenamente. En todo caso, la filmación que haríamos sería muy útil cuando necesitáramos pruebas para la consecuente tutela.

El documental regresa a Estados Unidos, en donde cámaras de vigilancia callejeras registran cómo los hospitales se “deshacen” de los pacientes indigentes y los descargan en cualquier vía, aún con tubos colgando de sus brazos. Nos muestran a una mujer de avanzada edad que es expulsada de un hospital por Kaiser Permanente pues no tiene con qué pagar su servicio. Posiblemente atenderla afectaría sus ingresos de 37.000 millones de dólares en 2008.

Impresiona ver cómo esta escena se repite aún en los hospitales universitarios más prestigiosos de Estados Unidos. Muy temprano los estudiantes de medicina aprenden la realidad práctica de su profesión, muy diferente de lo que nos muestran las producciones de televisión como “ER”, “Grey’s Anatomy” o “Doctor House”.

En los medios norteamericanos fue famosa la historia reciente de una mujer que se desangró hasta morir a pesar de estar ya adentro de la

sala de emergencia de un hospital. Las grabaciones de las llamadas desesperadas de su esposo y de otro paciente a la línea de emergencia (el famoso *nine-one-one*) resonaron por días en todos los noticieros. Ya estaban en el hospital ¿por qué todo el mundo los ignoraba?

Por último, Michael Moore nos invita a copiar las buenas ideas de los otros países. En Colombia hacemos lo contrario. Importamos modelos fracasados y caemos en los mismos errores.



Empresas de salud colombianas

Estos son los resultados de las empresas de salud colombianas:

Cuadro 20.3

Empresas promotoras de salud (Eps)

(Cifras en miles de millones de pesos)

Empresa	Ingresos (2007)	Gasto asistencial	Gasto comercial	Resultado final	ROE (%)	ROA (%)
SaludCoop	1.516	1.296	136	21	5,34	2,85
Coomeva	1.327	1.175	125	12	34,29	4,49
Salud Total	619	546	30	10	32,26	4,57
Cafesalud	542	484	42	-	0,00	0,00
Famisanar	501	452	36	3	20,00	3,37
Sánitas	498	471	33	(2)	-9,52	-1,30
Susalud	490	416	62	8	25,00	7,77
Solsalud	371	339	10	1	5,00	0,71
Compensar	367	340	40	(10)	-50,00	-17,86
SOS	308	273	28	1	5,88	1,23
Comfenalco Antioquia	278	264	15	1	5,88	2,63
Cruz Blanca	275	248	15	-	0,00	0,00
Humana Vivir	264	233	24	-	0,00	0,00
Colmédica	209	183	18	1	11,11	1,72
Comfenalco Valle	136	121	12	1	7,69	3,85
Ecoopsos	122	113	9	-	0,00	0,00
TOTAL	7.823	6.954	635	47	6,91	2,04

Fuente: Revista Cambio. 2008. Datos suministrados por la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi). Mayo 15.

Sin embargo, el artículo indica que las Eps reportaron “pérdidas cercanas a los 210.000 millones de pesos en 2007”. Honestamente, no encuentro esas pérdidas en ninguna parte.

Cuadro 20.4

Empresas de medicina prepagada (EMP)
(Cifras en miles de millones de pesos)

Empresa	Ingresos	Gasto asistencial	Gasto comercial	Resultado final	ROE (%)	ROA (%)
Colsánitas	467	340	26	12	14,46	5,80
Coomeva	297	244	18	-5	-100,00	-5,68
Colmédica	155	108	12	11	55,00	12,36
Cafesalud	82	58	11	0	0,00	0,00
Susalud	44	39	4	3	33,33	15,79
Medisánitas	35	21	3	3	27,27	16,67
Humana	33	23	1	5	ND	18,52
Vivir	3	2	1	1	50,00	16,67
Comfenalco Valle	2	1	0	1	20,00	20,00
TOTAL	1.118	836	76	31	21,53	6,29

Mientras que las Eps retribuyen en gastos asistenciales el 89% de sus ingresos, las de medicina prepagada retribuyen el 75% de lo recaudado de sus afiliados. Curiosamente, el “gasto comercial” de las Eps es mucho más alto (8,1% del ingreso) que el de las de medicina prepagada (6,8% del ingreso).



La vida prepagada

La inconsistencia de la salud como negocio está en que, desde el punto de vista del dueño del negocio, entre más “duración” tiene un cliente, más le cuesta. Entre más lo curo, menos negocio hago. Así de simple. Con la simpleza que puede entender el campesino que es rechazado en una sala de urgencias o que es obligado a esperar de cuatro a seis horas para que lo atiendan inicialmente.

Las necesidades de salud de la comunidad no están contempladas en el "plan de negocio". Los objetivos son contradictorios entre el prestador del servicio y el "cliente": La "utilidad" (debe mantener costos bajos), el "servicio" (apenas el "obligatorio") y las "extras" (ninguna).

¿Debería ser rentable una Eps? La respuesta es por supuesto no. Porque si es rentable significa que no ha cumplido con su misión. La salud no debe ser un "negocio exitoso". Es un gasto. Punto. Un negocio "a pérdida" que todos los usuarios debemos asumir. No hay utilidad económica medible. Simplemente "utilidad" social. Un país más sano cuesta. Y nadie debería enriquecerse por eso.

El sistema perversamente nos obliga a optar por la medicina prepagada. Es la consecuencia escondida. La medicina "social" deliberadamente impulsa y promueve la medicina "capitalista". Cualquiera podría afirmar que la ineficiencia del sistema es deliberada para justificar la existencia y necesidad de la salud privada.

¿Pero acaso no hemos "prepagado" nuestro derecho a la salud con dos o tres décadas de impuestos y aportes? Además está contribuyendo toda la familia: los dos cónyuges y todos los hijos adultos.

Pero no cantemos victoria. Tener un carné de medicina prepagada tampoco es garantía de vida. Si usted se atrasa en una cuota ya deja de ser "cliente". No importa que haya pagado juiciosamente durante 22 años. Así que tener un servicio de salud prepagado solamente nos garantiza un mes de la vida que nos queda.

¿Y qué pasa con el desempleado? Tener trabajo significa tener servicio de salud. No tener salud implica no tener trabajo y consecuentemente no tener servicio de salud. Un círculo vicioso, destructivo y macabro.

Las empresas, para emplear a alguien le hacen un examen médico. "Apto", declaran triunfales. Pero vaya usted a buscar empleo si ha

sido diagnosticado con una enfermedad grave o terminal. "Tengo diez meses de vida, busco trabajo". No se ven avisos como estos en el periódico. Laboralmente, ya murió. Y sin trabajo, no podrá aportar.

Uno de los sofismas del ministerio es regocijarse en el "cubrimiento" universal. Aparentemente el único cubrimiento que muchos tendrán será el de la sábana que le pondrán al morir. Hay diferentes planes "obligatorios" (Pos) dependiendo del usuario. Según su categoría, usted está "obligado" a enfermarse solamente de lo que incluye su plan.

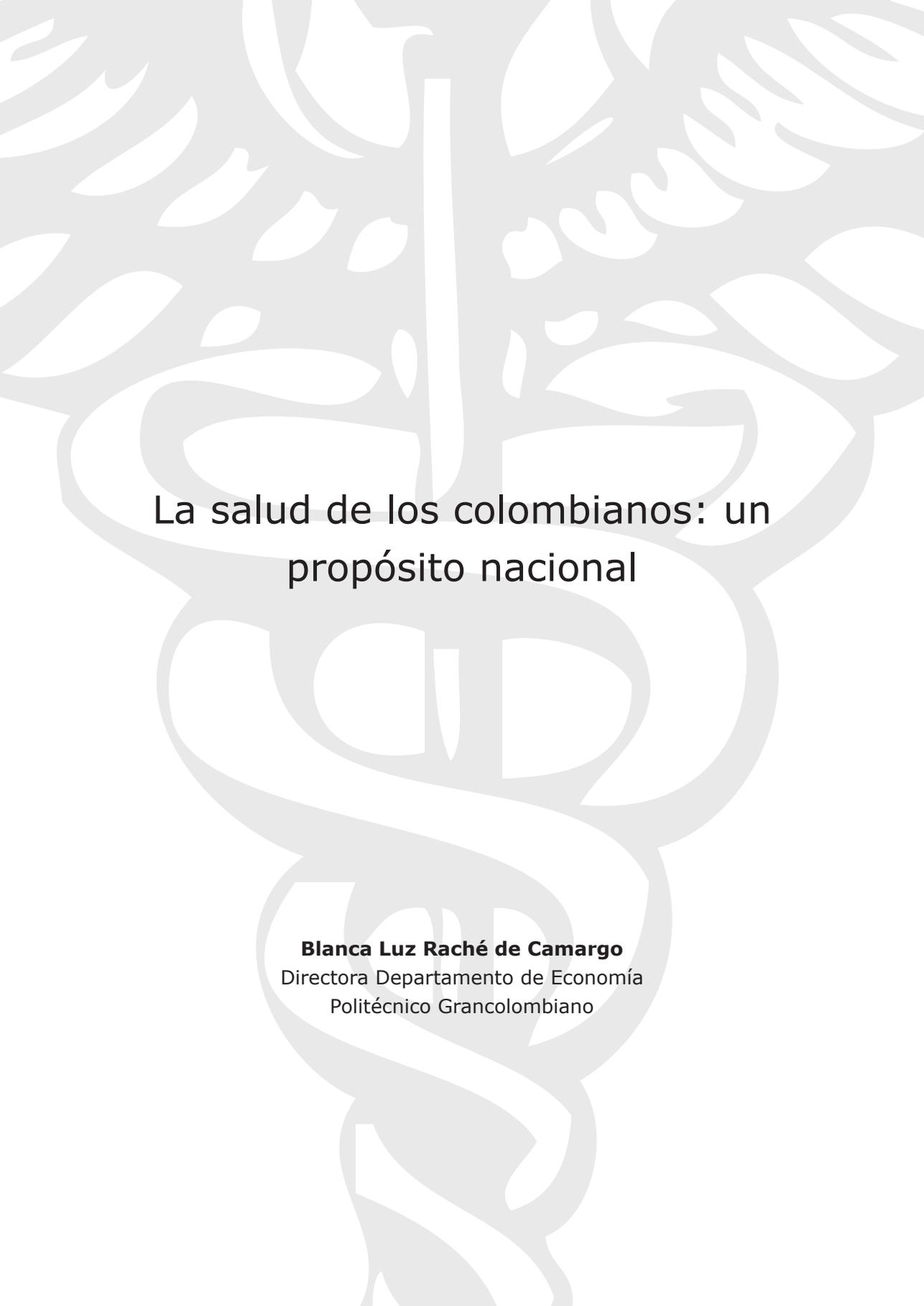
Así que estar afiliado no significa estar cubierto. Son tantas las pre-existencias que para que el sistema de salud lo admita, usted debe demostrar que no lo necesita. Su cubrimiento es como el de una co-bija encogida: si nos tapamos el pecho, nos destapamos los pies y en algunos casos hasta las rodillas y otras partes.

Cuando viajamos en bus, vemos que las personas de edad se dan la bendición cuando pasan frente a un cementerio. Tal vez están rogando al Todopoderoso que, cuando se los lleve, sea en bus expreso, sin hacer parada en el sistema de salud colombiano.

La agonía de una enfermedad no es tan terrible como la agonía de tener que enfrentar la burocracia e ineptitud de un sistema de salud que más parece diseñado para sepultar que para sanar. Ese es el miedo que tenemos. No miedo a morir, sino miedo a caer en las redes del sistema.

Porque lo único que es peor que morir, es no morir rápido. O como lo afirma en su reciente novela uno de los personajes de Savater, la verdadera buena suerte consiste en encontrar la muerte de repente¹².

¹²Fernando Savater. 2008. *La hermandad de la buena suerte*. Editorial Planeta.



La salud de los colombianos: un propósito nacional

Blanca Luz Raché de Camargo
Directora Departamento de Economía
Politécnico Grancolombiano

Los derechos humanos sustentan la búsqueda de que toda persona, independiente de la situación de su grupo social, tenga oportunidades iguales para el logro de su salud.

Pero más que un derecho sería conveniente que la salud de los colombianos se convierta en un propósito nacional, y para lograr este objetivo se deben colocar unas bases sólidas sobre las que se apoye el edificio de la salud como son: eliminación de la desnutrición, saneamiento ambiental y medicina preventiva.



Bases para la salud

Dichas bases necesariamente están relacionadas con el acceso a una alimentación adecuada. Si este principio falla todo el edificio se derrumba y en Colombia en este momento, la desnutrición es la causa de muchas enfermedades que padece la población, destacándose la desnutrición infantil la cual entorpece el desarrollo armonioso de los niños disminuyendo sus capacidades físicas e intelectuales.

Para enfrentar esta situación existen algunas alternativas, como por ejemplo:

- Subsidios al desempleo
- Onces para los niños en las escuelas
- Cocinas comunitarias
- Banco para los pobres en donde se tenga acceso al crédito a pesar de ser pobre.

Estas alternativas se presentan como soluciones parciales para mitigar el impacto generado por el desempleo, pero la principal solución consistiría en aumentar las posibilidades de empleo para la población.

La segunda base corresponde al saneamiento ambiental, de tal manera que los asentamientos humanos posean los servicios adecuados de acueducto alcantarillado y recolección de basuras.

Es imprescindible disponer para el consumo de agua en óptimas condiciones pues de lo contrario se generan problemas de salud con graves consecuencias especialmente para la infancia, presentándose enfermedades diarreicas que es una de las causas de la mortalidad infantil. La realidad es que algunos acueductos de poblaciones e incluso ciudades suministran agua que no cumple con los más mínimos requisitos sanitarios.

Al no existir los servicios de alcantarillado y recolección de basuras adecuados se genera un ambiente antihigiénico de fácil propagación de enfermedades producidas por insectos como moscos y zancudos.

La tercera base consiste en establecer un sistema preventivo de salud, en donde toda la población debe cumplir con un esquema de vacunación y promover los exámenes médicos de control por lo menos una vez al año ya que ciertas enfermedades graves se pueden evitar si se detectan a tiempo. En este sentido es muy importante protegerse de temibles enfermedades como el VIH, exigiendo las certificaciones correspondientes a las personas que ingresen al país. Además se deben identificar las portadoras del virus, suministrarles el tratamiento adecuado y evitar la propagación de la enfermedad por ignorancia, ya que algunas personas portadoras desconocen que lo padecen. Lo ideal sería hacer de Colombia un país libre del VIH.



Mejorar y adecuar sistema de salud

A partir de estas bases sería posible construir un sistema de atención de salud para las personas que lo requieran. El sistema debe empezar por lo más simple, como la atención de atender de una manera eficiente las emergencias, para este fin en muchos países se utilizan equipos de paramédicos muy bien preparados y bien dotados los cuales prestan los primeros auxilios, en forma técnica, eficiente y rápida. En la prestación de este servicio es muy importante, por ejemplo la organización

centralizada de un sistema de ambulancias que garantice llegar al sitio de la emergencia con rapidez y para tal fin el comando central debería enviar la ambulancia más próxima al sitio requerido sin importar el centro de salud a la cual pertenezca.

El objetivo fundamental de un eficiente sistema de salud no es curar a sus habitantes sino más bien evitar las enfermedades, pero dado el caso es necesario modificar la estructura de funcionamiento del sistema general de salud para garantizar una óptima contribución al bienestar social.

Debido a la política de flexibilización laboral, a partir de los años noventa el porcentaje de asalariados que integraban la fuerza laboral fue disminuyendo progresivamente ya que empezaron a surgir otras formas de contratación laboral, tales como: contrato a término, el trabajo a domicilio, el teletrabajo, las agencias de colocación de empleo, el trabajo temporal y la tercerización o *outsourcing*, los contratistas independientes o los prestadores de servicios, cooperativas de trabajo, empresas asociativas de trabajo.

Como consecuencia, la contribución a la protección social por parte de los trabajadores y las empresas también ha disminuido en forma progresiva por lo que el Estado ha venido asumiendo un costo para la protección social en el que antes participaban tanto los empresarios como los trabajadores de tal manera que, por ejemplo, el régimen subsidiado financiado por el Estado abarca cerca del 60% de la población (cuadro 21.1).

De acuerdo con los siguientes datos no existe en Colombia la cultura de afiliar los trabajadores al régimen contributivo en los sectores: agrícola, construcción, hoteles, restaurantes, minería y servicio doméstico. Es así como la protección social que deberían asumir estos sectores debe financiarla el resto de la población mediante impuestos.

Cuadro 21.1

Porcentaje de trabajadores asalariados (sin incluir empleados del gobierno) que cuenta con contrato escrito de trabajo y afiliación al régimen contributivo, con respecto al total de ocupados. Cifras a 2008

Sectores	Porcentaje
Agrícola	4,5
Construcción	10,1
Hoteles y restaurantes	12,7
Transporte y comunicaciones	21,0
Minas	29,2
Industria manufacturera	33,2
Actividad inmobiliaria	34,6
Electricidad, gas y agua	65,0
Instituciones financieras	74,7

Fuente: Martínez, Giraldo, Rodríguez y otros (2008).



Retornar a la financiación tripartita

En este sentido es necesario dar marcha atrás, porque si bien es necesario flexibilizar el régimen laboral no se puede dejar a la población desprotegida en salud y recursos para la vejez, por tanto se hace necesario volver a la financiación tripartita para la seguridad social de tal manera que contribuya el trabajador, la empresa privada y el Estado en la financiación de la protección social sin importar el tipo de contrato laboral que se tenga.

El régimen subsidiado está condenado al fracaso financiero, ya que el Estado no cuenta con los recursos necesarios para ofrecer protección en salud, invalidez y vejez a un porcentaje tan alto de la población, pues ni siquiera los países ricos podrían asumir este costo. Por otra parte el servicio que preste será deficiente por la misma carencia de recursos.

Además el régimen subsidiado afecta la dignidad de la persona ya que la salud no se considera un derecho sino una obra de beneficencia. Además el subsidio promueve el clientelismo y facilita las manipulaciones de tipo político.

No es práctico ni conveniente contar con dos sistemas, uno mejor que el otro, porque en cuestión de salud todos deben tener acceso a los adelantos científicos en el campo de la medicina, y en ese sentido no importa la condición social a la que se pertenezca.

Los resultados de algunos estudios realizados por el Estado presentan las siguientes cifras al año 2008:

- Una cuarta parte de los afiliados al régimen subsidiado (Sisbén 1 y 2), no reciben la atención médica cuando la solicitan, esto correspondería a cuatro millones de personas.
- La mitad de los vinculados al régimen subsidiado (Sisbén 3) no reciben la atención médica cuando la solicitan, lo que corresponde a cerca de seis millones de personas.
- La mitad de los afiliados al régimen contributivo no reciben todos los medicamentos que les fueron recetados.
- Una tercera parte de los afiliados al régimen contributivo no reciben ninguno de los medicamentos recetados.

De acuerdo con estas cifras presentadas por el Estado, además de no prestar atención médica solicitada, no se suministran los medicamentos formulados en ninguno de los dos regímenes.

Un sistema en que millones de personas no reciben la atención médica cuando se solicita o no reciben todos los medicamentos que le son formulados, resulta ser ineficiente.

De tal manera que se hace imprescindible disminuir el tamaño del régimen subsidiado a niveles razonables mediante la participación del sector agrícola y todos los demás sectores en el régimen contributivo que amparados en la jurisprudencia eluden estas responsabilidades de tipo social.

De igual forma, el régimen contributivo debe atender a todos los pacientes que lo soliciten y además suministrar todos los medicamentos que le sean formulados. La EPS que no cumpla con estas obligaciones

elementales debería ser sancionada y en caso de reincidir se le debe quitar su licencia de funcionamiento.

Otro factor que dificulta el correcto y justo funcionamiento de la prestación del servicio de atención médica a los usuarios del régimen contributivo es el sobre costo por consulta en el momento de utilizar el servicio, ya que previamente ha asumido un costo y en términos de justicia si le cobran al usuario cuando utiliza el servicio, se le debería devolver un porcentaje de la cuota cuando no lo utiliza.

El otro tema de discusión en cuanto a la prestación del servicio de salud por parte del sector privado a las personas que aportan al régimen contributivo, es la atención que se debe prestar a los afiliados para todo tipo de enfermedad.

Si este planteamiento no es económicamente viable el Estado debe asumir el sobre costo para las enfermedades que las EPS no estén dispuestas a atender debido a preexistencias o al elevado costo del tratamiento, o bien establecer los procedimientos respectivos evitando la utilización y el amparo de los pacientes en el recurso jurídico de la tutela.



Un gobierno con sentido social

Para prestar un adecuado servicio de salud es necesario y fundamental la realización de proyectos gubernamentales de tipo social, tales como los servicios de acueducto, alcantarillado, recolección de basuras y adicionalmente reducir los niveles de pobreza mediante el incremento de las oportunidades de trabajo, así como soluciones reales a situaciones de desempleo.

El financiamiento del sistema de salud debe orientarse hacia la financiación tripartita –Estado, empresa privada y trabajadores, disminuyendo el régimen subsidiado y aumentando el régimen contributivo, de tal manera que todos los sectores productivos de la economía contribuyan al sistema de seguridad social.

Las Eps deben asumir sus responsabilidades no solamente en atención médica sino en el suministro de los medicamentos formulados a los pacientes, función que se ha venido incumpliendo.

El Estado debe presentar soluciones al problema de las preexistencias y enfermedades de alto costo, de tal forma que la totalidad de la población reciba atención médica sin importar el tipo de enfermedad padecida.



Bibliografía

Alonso, Luis Enrique. 2007. *La crisis de la ciudadanía laboral*. Antrophos Editorial, Barcelona.

Bourdieu, Pierre. 2000. *Las estructuras sociales de la economía*. Editorial Anagrama, Barcelona. 2003

Dieterlen, Paulette. 1995. Algunas consideraciones sobre justicia distributiva. *Revista de Teoría y Filosofía del Derecho* (2). Abril.

Hernández, Mario. 2002. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: Restrepo, Darío. (Editor) *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia: 347-361.

Lautier, Bruno. 2005. Las condiciones políticas de la universalización de la protección social en América Latina. En: *Crecimiento equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*.

Martínez Martín, Félix León. 2008. Implicaciones de las decisiones sobre el financiamiento de la salud. En: <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/pdf>

Martínez, Félix; Giraldo, César; Rodríguez, Oscar, y otros. 2008. *Protección social: entre el aseguramiento y la asistencia*. Fedesalud, Universidad Santo Tomás, Bogotá.

Martínez, Félix; Robayo, Gabriel; Valencia, Oscar. 2003. *¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud?* Fedesalud, Bogotá.

Ocampo, José Antonio; Sánchez, Fabio; Tovar, Camilo Ernesto. 2000. *Mercado laboral y distribución del ingreso en Colombia en los años noventa. Revista de la Cepal.* Diciembre (72 PG).

Peter, Fabienne; Evans, Timothy, 2002. *Dimensiones éticas de la equidad en salud.* En: Evans, T; Margaret, W; Diderichsen, F; Bhuiya, A; Wirth, M. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica (585).

Glosario de siglas

ACCD	Agencia Catalana de Cooperación para el Desarrollo
Acemi	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ARP	Aseguradoras de riesgos profesionales
ARS	Aseguradoras del régimen subsidiado
Aseuc	Asociación de Editoriales Universitarias de Colombia
Asdi	Agencia Sueca de Desarrollo Internacional
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
Cajanal	Caja Nacional de Previsión
CAR	Corporaciones autónomas regionales
Cepal	Comisión Económica para América latina y el Caribe
CGR	Contraloría General de la República
CID	Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Corprever	Corporación para la Prevención de Riesgos del Desarrollo

CRES	Comisión de Regulación en Salud
DAMA	Departamento Administrativo del Medio Ambiente
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DIAN	Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DPT	Vacuna antidiftérica-antitetánica-antipertusis
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EMP	Empresas de medicina prepagada
EPS	Empresas promotoras de salud
ERA	Enfermedades respiratorias agudas
ESES	Empresas sociales del Estado
Fedesarrollo	Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo
Fosyga	Fondo de Solidaridad y Garantías
HMO	Health Maintenance Organisations
IDHB	Informe de Desarrollo Humano para Bogotá
INS	Instituto Nacional de Salud
Invima	Instituto Nacional de Vigilancia en Medicamentos y Alimentos
Ips	Instituciones prestadoras de salud
Iss	Instituto de los Seguros Sociales

IVA	Impuesto al valor agregado
IVC	Inspección, vigilancia y control
MAVDT	Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
MPS	Ministerio de la Protección Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
Pamec	Programa de auditoría médica de la calidad
PARS	Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
PB	Plan de beneficios
PiB	Producto interno bruto
PILA	Planilla integrada de liquidación de aportes
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Pos	Plan obligatorio de salud
Pos-S	Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado
PpA	Paridad de poder adquisitivo
RIPS	Datos de consumos de servicios y diagnósticos
RUA	Registro único de aportantes

RUAF	Registro único de afiliados
SGP	Sistema general de participaciones
SGSSS	Sistema general de seguridad social en salud
Sisbén	Sistema de identificación y selección de beneficiarios de la seguridad social
SISD	Sistema de indicadores sociodemográficos para Colombia
SNS	Sistema nacional de salud
SOGC	Sistema obligatorio de garantía de la calidad
SPS	Sistema de protección social
UGPP	Unidad de Obligaciones Pensionales y Contribuciones Parafiscales
UNDP	United Developed Program (por su sigla en inglés)
Uniandes	Universidad de los Andes
UPC	Unidad de pago por capitación
UPC-S	Unidad de pago por capitación del régimen subsidiado
VIH	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida