

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO DESDE LA PERSPECTIVA
DE LA NUEVA GERENCIA PÚBLICA

NATALIA CECILIA JIMÉNEZ ESGUERRA

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y GOBIERNO
BOGOTÁ D.C. 2013

“Análisis de sistema de salud de colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública”

Monografía de Grado
Presentada como requisito para optar al título de
Politóloga
En la Facultad de Ciencia Política y Gobierno
Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Presentada por:
Natalia Cecilia Jiménez Esguerra

Dirigida por:
Germán Puentes González

Semestre II, 2013

A mi familia por creer en mí y apoyarme en todos mis proyectos e iniciativas.

A mis amigos por estar a mi lado cuando los he necesitado.

A Colombia por ser parte de mi motivación día a día.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. LA NUEVA GERENCIA PÚBLICA COMO ALTERNATIVA AL MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA CLÁSICA	4
1.1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)	4
1.1.1. Composición del sistema.	5
1.2. LA NUEVA GERENCIA PÚBLICA	10
1.2.1. Orientación al cliente	11
1.2.2. Privatización	12
1.2.3. Mercado	13
1.2.4. Competencia	14
2. AVANCES Y RETROCESOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	16
2.1. FALLAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).	17
2.2. LOS CRITERIOS DE CALIDAD, COBERTURA Y ACCESO EN EL SGSSS	23
2.2.1. Calidad en el SGSSS.	24

2.2.2. Cobertura en el SGSSS.	26
2.2.3. Acceso en el SGSSS.	29
2.3. EFECTOS Y SITUACIONES CONFLICTIVAS EN EL SGSSS.	31
3. CRISIS RECURRENTE EN EL SISTEMA DE SALUD	36
3.1. CRISIS DE 2001	37
3.2. CRISIS DE 2009	41
4. CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS

	Pág.
Cuadro 1. Flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	28
Cuadro 2. Circuito del Servicio de Salud.	30
Gráfico 1. Distribución de la Población Afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	46

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Entrevista. Dr. Diego Palacio Betancourt, Ex Ministro de la Protección Social (19 de junio de 2013).

Anexo 2. Entrevista. Dr. Rafael Riveros, Director Científico de la Red Hospitalaria Mederi. (16 de agosto de 2012).

Anexo 3. Documento. “Presentación del Proyecto de la Reforma a la Salud” por parte del Dr. Norman Muñoz, Vice Ministro de la Protección Social; en el Foro *El Paciente Frente a la Reforma a la Salud en Colombia*, celebrado en la Universidad del Rosario. (23 de abril de 2013).

Anexo 4. Documento. Intervención en el Panel 1. “Visión de los Partidos Políticos Frente a la Reforma”, por parte del HR Simón Gaviria, el HR Armando Sabarain, y la Presidente del Partido Polo Democrático Alternativo, Clara López; en el Foro *El Paciente Frente a la Reforma a la Salud en Colombia*, celebrado en la Universidad del Rosario. (23 de abril de 2013).

Anexo 5. Documento. Intervención en el Panel 2. “El Paciente y la Prestación de los Servicios de Salud: la Visión de los Hospitales”, por parte del Dr. Orlando Jaramillo, Dr. Santiago Cabrera, Dr. Fernando Fonseca, Dr. Aldo Enrique Cadena, Sub Secretario Distrital de Salud. En el Foro *El Paciente Frente a la Reforma a la Salud en Colombia*, celebrado en la Universidad del Rosario. (23 de abril de 2013).

INTRODUCCIÓN

La salud en Colombia ha sido uno de temas más polémicos desde el momento en el que se hicieron los primeros intentos para que el Estado asumiera responsabilidades, asignara recursos y diseñara estrategias para resolver esta problemática.

La importancia de la salud radica en que es algo básico, inherente para la convivencia ciudadana y es un factor determinante para que la sociedad logre un desarrollo pleno, ya que las enfermedades ponen en riesgo la estabilidad de la misma.

De acuerdo con la Constitución de 1991, el Estado es el garante de la prestación eficiente del servicio de salud para todos los habitantes, y de su actuar depende que se logre la satisfacción de esta necesidad. Por esta razón, este análisis pone en relieve tanto el rol del Estado y los actores privados como prestadores del servicio de salud, frente a los usuarios o pacientes, entendiendo la salud como un derecho fundamental.

El interés surge de las controversias permanentes sobre el Sistema de Salud, en la que aparecen actores obteniendo ventajas aparentemente desmedidas frente a otros, en este caso la mayoría de la población, que no encuentran solución a la precariedad del servicio del salud.

Es importante mencionar, que aunque en el proyecto de investigación se planteó como objetivo general *Analizar las implicaciones en calidad y cobertura de la implementación de la Nueva Gerencia Pública, como estrategia para gestionar el Sistema de Salud colombiano*, en el transcurso de la investigación surgieron nuevos interrogantes que dieron paso a la inclusión de nuevos elementos en el trabajo.

En primer lugar, se incluyó el criterio de acceso como punto de análisis en la investigación, en tanto que en el servicio de salud la cobertura no implica acceso, como si sucede en el servicio de la educación. En este sentido, es de gran importancia tener en cuenta esta variable para alcanzar a cabalidad el objetivo, y abarcar desde todos los ángulos posibles la investigación.

Para que el presente trabajo tuviera un hilo conductor, se modificó el orden de los objetivos específicos, y se estableció que era pertinente comenzar por

Identificar los elementos teóricos de la Nueva Gerencia Pública (NGP) y sus evidencias prácticas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en los aspectos de calidad cobertura y acceso; continuar con Analizar el SGSSS, en relación a los criterios de calidad, cobertura y acceso; y por último Evaluar los dos momentos de crisis representativas (2001 y 2009), resaltando los elementos que detonaron el Sistema en relación a la implementación de la NGP.

Este último objetivo, inicialmente planteó tres momentos de crisis (1998, 2006 y 2009), pero fue necesario modificarlo porque en la recolección de la información sobre cada una de las crisis propuestas no se encontraron suficientes elementos, evidencias e información que permitieran alcanzar el propósito del mismo. Así, el análisis se redujo a dos crisis principales en los años 2001 y 2009, a las que se consideran como representativas por los elementos que estuvieron rodeando sus causas, consecuencias y efectos en el servicio de salud.

La relación de la NGP con el SGSSS es parte fundamental del trabajo, porque es justamente el elemento esencial en la constitución tanto de la pregunta como de la hipótesis, por cuanto contiene una filosofía que se aparta significativamente de la forma clásica de administrar los asuntos del Estado, tal como lo muestra el trabajo.

Esta monografía está dividida en tres partes. La primera se denominó, La Nueva Gerencia Pública como Alternativa al Modelo de Gestión Pública Clásica; la segunda corresponde a los Avances y Retrocesos del Sistema General de Seguridad Social en Salud; y la última Las Crisis Recurrentes en el Sistema de Salud.

En la primera parte se identifican los elementos teóricos de la NGP y sus evidencias prácticas en el SGSSS. El capítulo explica la estructura del Sistema a propósito del servicio de salud, hace la caracterización de la NGP y los alcances de cada uno de los principios fundacionales de éste modelo, y adicionalmente, se identifican los principios de la NGP adoptados en el SGSSS.

En cuanto a la segunda parte, se hace un análisis del SGSSS, con relación a los criterios de calidad, cobertura y acceso. Para esto, en el capítulo se evidencian las fallas del Sistema Nacional de Salud (SNS), teniendo en cuenta esos criterios. Luego

se contrastan los avances y los retrocesos en el SGSSS frente a los mismos criterios, resaltando la injerencia de los elementos de la NGP en cada uno de los casos. También se explican los efectos de la adopción de la NGP en el Sistema de Salud y las situaciones conflictivas entre los actores del Sistema, resaltando que los principios de la NGP son los causantes de estas situaciones.

En la última parte, se evalúan las dos crisis representativas que ha tenido el SGSSS en sus casi 20 años de vigencia, que corresponden a los años 2001 y 2009, teniendo en cuenta los antecedentes, causas, consecuencias y cuales elementos de la NGP propiciaron cada crisis. De igual manera, se explica en qué consistió cada una de las mismas y cómo se intentó resolver, en su momento, el declive del Sistema.

La investigación tuvo dos fuentes esenciales: indirectas conformadas por el acopio y revisión documental; y directas consistentes en dos entrevistas, la primera al ex Ministro de la Protección Social Diego Palacio y la segunda al Doctor Rafael Riveros, Director Científico de la Red Hospitalaria Mederi. Así mismo, se obtuvieron las grabaciones de las intervenciones de algunos de los participantes del foro “El Paciente Frente a la Reforma de Salud en Colombia”, celebrado el 23 de abril de 2013 en la Universidad del Rosario.

La metodología consistió en la lectura crítica de los documentos recopilados y la sistematización de las ideas fuerza; interpretación de las entrevistas e intervenciones de los participantes en el Foro. Cabe aclarar que en el proyecto de investigación se planteó la posibilidad de hacer entrevistas a personas representativas de algunos actores del Sistema de Salud y así contar con la percepción más precisa sobre lo que ocurre en el SGSSS. Sin embargo sólo fue posible realizarlas a dos de los actores del Sistema de Salud, el sector de los Prestadores y el sector del Estado, quienes proporcionaron una visión mucho más amplia y concreta de lo que sucede en el Sistema.

De esta forma el método del trabajo de investigación es el cualitativo, teniendo en cuenta que los instrumentos como entrevistas, informes y documentos, fueron la base del análisis del accionar de los diferentes actores del Sistema de Salud colombiano, y sus efectos en la prestación de este servicio.

1. LA NUEVA GERENCIA PÚBLICA COMO ALTERNATIVA AL MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA CLÁSICA

En este capítulo se identifican los elementos teóricos de la Nueva Gerencia Pública (NGP), y sus evidencias prácticas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El capítulo está compuesto por dos partes principales, a saber: la estructura del Sistema a propósito del servicio de salud y la caracterización de la NGP. En este último se analizan los alcances de cada uno de los principios fundacionales de éste modelo y se identifican los principios de la NGP adoptados en el SGSSS.

1.1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

En la Constitución de 1991 se dispuso que la salud es un servicio público al que toda la población tiene derecho. Al ser considerada como derecho fundamental, el Estado debe asegurar que se preste el servicio y el acceso de todos los colombianos, independiente de su capacidad de pago,¹ aunque es responsabilidad de cada uno de los ciudadanos proveerse su propio bienestar.

Para garantizar una mejor calidad y mayor cobertura del servicio, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, se abrieron las puertas para que el sector privado compita con el sector público.²

En desarrollo de esta disposición se expidió la Ley 100 de 1993 que regula la Seguridad Social, incluyendo la salud. Con ésta ley se hizo una transformación de nivel administrativo y financiero, reflejado en la descentralización, la privatización, la autonomía de las entidades y la participación ciudadana.³ Esto representó la implementación de los principios que la ola neoliberal estaba promoviendo en América Latina a principios de los 90.

¹Comparar Anexo 1. Entrevista. Dr. Diego Palacio. Ex Ministro de la Protección Social. (19 de junio de 2013)

²Comparar República de Colombia. “Artículo 48. Capítulo II De los Derechos Fundamentales. Título II De los Derechos, las Garantías y los Deberes”. En *Constitución Política de Colombia de 1991*. Documento electrónico.

³Comparar Jaramillo Pérez. Ivan “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. En *El Futuro de la Salud en Colombia*. 1999. p.99.

Uno de los principales objetivos de esta ley es regular el Sistema de Salud, crear condiciones de acceso a éste y garantizar que se preste un servicio de calidad. Para ello se diseñó un sistema que garantice la efectividad de este servicio.

1.1.1. Composición del Sistema. El Sistema de Salud se encuentra constituido por cuatro grandes actores, el Estado, los promotores, los prestadores y los usuarios. El Estado es el ente de coordinación, dirección y control por intermedio del Ministerio de Salud, aunque también hay otros organismos como la Superintendencia de salud que se encarga de la vigilancia y control del Sistema, y la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que tenía a su cargo la dirección del Sistema de Salud.⁴

Artículo 49: [...] Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. [...]⁵

El Ministerio de salud, se encarga de formular y adoptar las políticas, estrategias, programas y proyectos para el SGSSS, de acuerdo con los planes y programas que aprueba el Congreso de la República; dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo; expedir las normas administrativas para el funcionamiento de las EPS e IPS del SGSSS; formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las EPS e IPS del SGSSS, entre otros.⁶

La Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) es el ente que dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del SGSSS; liquida y recauda la tasa que corresponde amparar a las entidades sometidas a su vigilancia; autoriza la

⁴Comparar Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF Tema de búsqueda: el Sistema de Salud está regulado por el Gobierno Nacional por intermedio del Ministerio de la Protección Social. 2011. Consulta electrónica.

⁵Ver República de Colombia. “Artículo 49, Capítulo II De los Derechos Fundamentales. Título II De los Derechos, las Garantías y los Deberes”. Documento electrónico.

⁶Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículo 173, Capítulo I De las Entidades Promotoras de Salud, Título II La Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En *Ley 100 de 1993*. Documento electrónico.

constitución o habilitación de EPS e IPS; y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores.⁷

La CRES, creada con la Ley 1122 de 2007, era una Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Protección Social, integrada por el Ministro de la Protección Social, quien la presidía, el Ministro de Hacienda y Crédito Público, quien excepcionalmente podía delegar alguno de sus Viceministros y cinco (5) comisionados expertos. Algunas de sus funciones eran expedir las normas regulatorias del SGSSS, promover un modelo de competencia regulada; propender por una adecuada utilización de los recursos; velar por la estabilidad financiera; definir y actualizar el contenido del Plan Obligatorio de Salud (POS), y de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), entre otras.⁸

El POS corresponde a un plan mínimo de medicamentos, tratamientos y servicios al que se tiene derecho por el pago de la cotización.⁹ La UPC es el valor que el Sistema de Salud le reconoce a cada EPS por cada uno de los afiliados que tengan registrados, para que puedan garantizarles la oportuna y adecuada prestación de los servicios incluidos en el POS.¹⁰

Los promotores o entidades promotoras de salud (EPS), son entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que se encargan de afiliar y recaudar la cotización de los afiliados, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado.¹¹

No obstante, el ex ministro Diego Palacio considera que estas entidades se crearon para que se encargaran de realizar las compras especializadas de tratamientos

⁷Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículo 233, Título IV “De la Vigilancia y Control del Sistema, Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En *Ley 100 de 1993*. Documento electrónico.

⁸Comparar Comisión de Regulación en Salud-CRES. *Fortalezas y Debilidades, Retos Cumplidos y por Cumplir*. “Informe”2010. pp. 3-5. Documento electrónico.

⁹Comparar Ministerio de Salud y Protección Social. Tema de búsqueda: Plan Obligatorio de Salud. Consulta electrónica

¹⁰Comparar Ministerio de Salud y Protección Social. “Reajustada UPC para regímenes contributivo y subsidiado”. Boletín de prensa No 375 de 2011. (30 de diciembre de 2011). Documento electrónico.

¹¹Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículos 177-183, Capítulo I, Título II, Libro II”. Documento electrónico.

y servicios incluidos en el POS, y así garantizar que la población afiliada pudiera acceder a estos servicios cuando lo requiriera. De igual manera, estas entidades deben hacer actividades de prevención y promoción que les permita mejorar la salud de sus afiliados y en este sentido disminuir la frecuencia de uso de los servicios de salud por parte de los usuarios.¹²

El ex ministro también resaltó que algunas EPS lograron crear su propia red de clínicas añadiendo a sus funciones el rol de proveedoras de servicios de salud para sus afiliados. En este sentido, las EPS son las directamente responsables en ofrecer los servicios y responder por la salud de la población afiliada.¹³

Algunos de los requisitos para que la Supersalud autorice el funcionamiento de estas entidades son: tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias; deben acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar que las instituciones y profesionales prestadores de los servicios también certifiquen este requerimiento; también acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez de la EPS, que será fijado por el Gobierno Nacional; tener un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad, determinados por el Gobierno Nacional, entre otros.¹⁴

Aún así, varias EPS han logrado permanecer vigentes sin tener la solvencia requerida para su funcionamiento. Usualmente, estas entidades inflan cifras para acreditar su capacidad económica y demostrar que tienen un gran número de afiliados, y de este modo recibir más recursos. Además, el Estado que se encarga de la vigilancia y control, no ha hecho bien su tarea frente a ese aspecto, dejando pasar reiteradamente estos casos, como el incidente de Saludcoop en el que pasaron más de diez años para que la Supersalud decidiera intervenirla.¹⁵

¹²Comparar Anexo 1.

¹³Comparar Anexo 1.

¹⁴Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículos 177-183, Capítulo I, Título II, Libro II”. Documento electrónico.

¹⁵Comparar “Saludcoop. La Caída de un Imperio”. *Revista Semana*. (14 de mayo de 2011). Documento electrónico.

En cuanto a los prestadores o Instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS), son las instituciones públicas, privadas o mixtas que prestan directamente el servicio de salud a los usuarios, como las clínicas, hospitales o laboratorios. Estas instituciones se encuentran orientadas por los principios de eficiencia y calidad, y se caracterizan por tener autonomía administrativa, técnica y financiera.¹⁶

Sin embargo, las IPS deben proveer información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitar el abuso de posición dominante en el Sistema. También están prohibidos todos los acuerdos entre IPS, asociaciones o sociedades científicas que busquen impedir, restringir o distorsionar, ya sea la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud o la prestación de este servicio.¹⁷

A pesar de esto, esas prácticas se han convertido en algo usual no solo por parte de las IPS, sino también de las EPS. Esto se ha propiciado por la falta de recursos, los atrasos en los pagos por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), o de las EPS a las IPS; o porque de esa forma se generan altas rentabilidades, lo que convierte a la salud en un negocio muy atractivo.

Los usuarios están atendidos bajo dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. Al primer régimen pertenecen todas las personas vinculadas laboralmente, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. El aporte mensual es del 12,5% del salario base de cotización, los empleados asumen el 4% y el empleador el 8,5%. El cotizante puede incluir a su familia como beneficiarios, quienes tendrán derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS), un subsidio en caso de incapacidad por enfermedad y un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.¹⁸

¹⁶Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículo 185, Capítulo II De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Título II La Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En *Ley 100 de 1993*. Documento electrónico.

¹⁷Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículo 185, Capítulo II, Título II, Libro II”. Documento Electrónico.

¹⁸Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículos 202-204, Capítulo I Del Régimen Contributivo, Título III De la Administración y Financiación del Sistema, Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En *Ley 100 de 1993*. Documento electrónico.

El segundo régimen acoge a la población que no tiene capacidad de pago que le permita aportar al Sistema, así, quienes ingresan al SGSSS por éste régimen reciben subsidios totales o parciales. En cuanto a su financiación, se da por dos fuentes de recursos fundamentales: las transferencias de la Nación a los departamentos y municipios, y el FOSYGA. Este último recibe aportes equivalentes a un punto adicional de la cotización de los trabajadores del régimen contributivo que ganen más de cuatro salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) y aportes de la Nación.¹⁹

Existe un Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los programas sociales (SISBEN), “Que es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular”²⁰.

También existe una denominación especial que son los vinculados, aquellas personas a quienes ya se les ha realizado la encuesta SISBEN, pero que aun no han obtenido cupo para hacer parte del régimen subsidiado; lo favorable es que tienen prelación para ser atendidos en la red pública de servicios de salud.²¹

El FOSYGA, que es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, se maneja por encargo fiduciario, y asume la administración de los recursos del Sistema. Está compuesto por cuatro subcuentas: a) De compensación interna del régimen contributivo, de donde salen fondos para el pago de la UPC de éste régimen; b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud, que responde por el régimen subsidiado; c) De promoción de la salud, con la que se financia las actividades de educación, información y fomento de la salud; y por último d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito ECAT, que se destina para el Seguro

¹⁹Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículos 211-214, Capítulo II Del Régimen Subsidiado. Título III De la Administración y Financiación del Sistema, Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En *Ley 100 de 1993*. Documento electrónico.

²⁰Ver Gobernación del Cauca. Tema de búsqueda: “Qué es el Sisben”. Consulta electrónica

²¹Comparar Hospital de Usaquén. Tema de Búsqueda: “Población Vinculada” Consulta electrónica.

Obligatorio de Accidentes de Tránsito y la atención de víctimas de eventos catastróficos y terroristas.²²

Puede decirse que este Sistema adopta el modelo del pluralismo estructurado en el que se busca un punto medio entre el monopolio estatal y la anarquía del sector privado.²³ Bajo los principios de la NGP, lo que se evidencia en la participación del sector privado en la promoción y prestación del servicio de salud, además de la competencia y el mercado como promotores de la eficiencia del Sistema, y la creación de pequeñas agencias –EPS, que permiten el acceso directo a los usuarios para conocer sus preferencias y cumplir con sus expectativas sobre el servicio.

1.2. LA NUEVA GERENCIA PÚBLICA

La NGP es producto de las crisis económicas y políticas recurrentes en los Estados en la década de los 80. Estas crisis crearon la necesidad de reformar y redefinir las funciones del Estado, orientado por los principios del individualismo, la propiedad privada, el mercado y la reducción al máximo del mismo,²⁴ los cuales hacen referencia al nuevo paradigma predominante, el Neoliberalismo.

Este nuevo paradigma daba respuesta a la necesidad de los Estados de adaptarse al fenómeno de la globalización, lo que hacía necesario garantizar que las economías fueran competitivas en el sistema internacional.²⁵ Además, a nivel interno también debían hacerse modificaciones en la manera de administrar el aparato estatal, en tanto que los Estados no estaban cumpliendo a cabalidad con las funciones que tenían a cargo.

En este sentido, aparece el nuevo modelo gerencial, cómo alternativa al modelo poco eficiente de administración pública burocrática. Este último surge como

²²Comparar “Estructura y Balance del FOSYGA 2008 y Proyección a 2009”. *El Pulso*. N° 131 agosto de 2009. Documento electrónico.

²³ Comparar Londoño, Juan Luis, Frenk, Julio. “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Documento de Trabajo 353. 1997. pp 16. Documento electrónico.

²⁴Comparar Múnera Ruiz, Leopoldo. “Estado Política y Democracia en el Neoliberalismo”. En *La Falacia Neoliberal*. 2003. pp. 43-49.

²⁵Comparar Bresser Pereira, Luis Carlos, “De la Administración Pública Burocrática a la Gerencial”. *Documentos Debate: Estado, Administración Pública y Sociedad*. No. 2 (Ago. 1996). p.1. Documento electrónico.

opción que contenía los requerimientos necesarios para el efectivo funcionamiento del capitalismo y las democracias que se estaban instaurando en el siglo XIX. Sin embargo, cuando el Estado liberal tuvo un giro social y económico que lo llenó de cargas y responsabilidades como los servicios públicos de educación, salud, seguridad social, entre otros; el modelo no garantizaba eficiencia y se tornó en una administración lenta, costosa, que casi no tenía en cuenta las demandas de los ciudadanos, generando así, crisis recurrentes, e inconformidad generalizada en la sociedad.²⁶

Frente a esto, los Estados se vieron llamados a hacer serias transformaciones al modelo de administración pública, y se adoptó entonces la NGP como antídoto para resolver las fallas que presentaba el Estado. Este nuevo modelo propone un enfoque gerencial, la renovación de la esencia empresarial dentro del gobierno en un proceso de dos etapas, la *Exoprivatización* y la *Endoprivatización*.

En la primera la administración les transfiere competencia a los particulares para que se encarguen de cumplir algunas funciones o prestar algunos servicios que se encontraban en cabeza del Estado. En la segunda la administración adopta principios y técnicas de la empresa privada.²⁷

La NGP sienta sus bases alrededor de cuatro principios fundacionales: la orientación al cliente, la privatización, el mercado y la competencia.

1.2.1. Orientación al cliente. Este concepto es la evolución de la idea de la soberanía del consumidor de Ludwig von Mises, en la que sostiene que hay una fuerte influencia de los consumidores en la demanda de bienes y servicios, por lo que la actividad productiva busca satisfacer las expectativas de las demandas de los mismos.²⁸

²⁶ Comparar Bresser Pereira. “De la Administración Pública Burocrática a la Gerencial”. pp.3-4. Documento electrónico.

²⁷ Comparar Guerrero Orozco, Omar. “El fin de la Nueva Gerencia Pública”; Estado, Gobierno, Gestión Pública; Revista Chilena de Administración Pública / No. 13 Junio 2009, p.13. Documento electrónico.

²⁸ Comparar Guerrero Orozco, Omar. “Neoliberalismo”. En *Nueva Gerencia Pública: ¿Gobierno Sin Política?* 2004 p.89.

Lo que pretende éste principio es primero, modificar la concepción de usuario a consumidor-cliente, y luego que la administración pública sea más cercana a los clientes, que establezca contacto con ellos mejorando la información de las preferencias de los usuarios en el mercado, y así generar modificaciones en la administración pública.

Para esto, las grandes entidades que prestaban servicios públicos se dispersan en pequeñas agencias operativas, eliminando los monopolios gubernamentales. Estas agencias tienen mayor libertad y flexibilidad para actuar, y se convierten en las receptoras de las preferencias de los clientes, porque su organización en pequeña escala es lo que permite captar con mayor claridad esas preferencias.²⁹

Este principio se basa entonces en dos elementos claves del servicio, el primero hace referencia a que los usuarios dejan de ser actores pasivos para ser clientes con participación activa en la producción y en la prestación del servicio. El segundo expone que la información es el elemento que permite que se ofrezcan exactamente los bienes y servicios que los clientes demandan, pues se sabe que expectativas tienen de estos.³⁰

Con respecto al SGSSS, este postulado claramente se evidencia en el principio de la libre escogencia de EPS e IPS por parte de los usuarios. Así mismo, la instauración de las EPS como intermediarios entre quienes prestan el servicio y los usuarios, es decir estas entidades cumplen el papel de pequeñas agencias que deberían establecer contacto directo con los usuarios, recaudar sus preferencias, y brindar entonces lo que verdaderamente demandan los mismos, reflejando así la orientación hacia el cliente.

1.2.2. Privatización. Lo que implica este concepto, es que el sector público adopte herramientas y prácticas del sector privado. Principalmente se busca fortalecer

²⁹ Comparar Guerrero Orozco, Omar. "La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales". En *Nueva Gerencia Pública: ¿Gobierno Sin Política?* 2004. p.68.

³⁰ Comparar González Tlazola, Nestor. "Barzelay y la Burocracia: Orientación al Cliente y Participación Ciudadana". *Revista Electrónica Encrucijada del Centro de Estudios en Administración Pública*. 2010 p.10. Documento Electrónico.

la competencia en el sector público, ya que la rivalidad implica disminución de costos y mejores estándares.³¹

Así, se busca minar el poder del Estado, quitándole responsabilidades y funciones, apoyándose en la privatización, el énfasis de subsidiariedad y provisión de servicios, para que de esta forma enfoque sus esfuerzos principalmente en la dirección, vigilancia y control de aquellos en los que delego la administración y prestación de servicios públicos.

Además, la administración privada intenta dar las directrices de buen manejo, guiada por la planeación, la organización y el control, y de esta manera generar organizaciones con altos niveles de rentabilidad, innovadoras, que provean seguridad de empleo y excelentes productos o servicios.³²

Por tanto, se debe desburocratizar la administración pública, la rigidez del sistema weberiano debe transformarse adoptando la descentralización y guiarse por los resultados, mejorando la relación con los clientes, como se observó en el principio anterior.³³

Este postulado se ve con claridad en dos de los principios del SGSSS, por un lado en la autonomía de las instituciones, en tanto que las IPS, salvo algunas excepciones previstas en la ley, adquieren autonomía administrativa y patrimonio autónomo; por el otro la descentralización administrativa, ya que se adopta una estructura organizacional de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras,³⁴ que corresponden a la implementación del mangement privado.

De igual manera, se evidencia en la apertura a la participación de particulares o empresas privadas para que presten el servicio de salud; y en que las entidades públicas, que continúan prestando este servicio, hayan adoptado mecanismos y prácticas características de la empresa privada, lo que les garantiza que sean competitivas en el mercado.

³¹Comparar Guerrero, “La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales”. p.60.

³²Comparar Guerrero, “La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales” .pp. 60-61.

³³Comparar Guerrero, “La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales”.pp. 61-62

³⁴Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículo 153, Capítulo I Objeto Fundamentos y Características del Sistemas, Título I Disposiciones Generales, Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Documento electrónico.

1.2.3. Mercado. Consiste en cambiar algunas funciones tradicionales del sector público y establecer al mercado como regulador. Las modificaciones se dan principalmente porque se pasa de la asignación al manejo de los recursos; de las empresas públicas a la privatización, y de los impuestos al sistema de incentivos de competitividad.³⁵

Así mismo, es importante establecer mercados al interior de la administración pública. La privatización no se da solo a nivel externo dejando en manos de particulares funciones que antes eran responsabilidad exclusiva del Estado, también se interioriza la privatización dentro de las instituciones públicas.³⁶

Uno de los efectos más relevantes del mercado es adoptar sus mecanismos como la contratación externa y los cargos al usuario. Estos últimos, son los pagos que realizan los usuarios para acceder al bien o al servicio, por esto es que se debe brindar buena información, buen servicio, calidad y buenos precios, que es lo que garantiza que como empresas puedan seguir en la competencia junto con las empresas privadas dentro del mercado.³⁷

1.2.4. Competencia. Lo que busca este principio es que se rediseñen las organizaciones de administración pública, creando corporaciones competitivas que logren minimizar sus costos para poder ofrecer buenos precios y de esta forma mantenerse en el radar de los usuarios-clientes. No obstante, esto implica más una orientación lucrativa que una orientación de interés público.³⁸

En este sentido, al abrir paso a las empresas privadas para que presten los mismos bienes y servicios que eran exclusivos de las entidades públicas, obligan a que éstas últimas se esfuercen para convertirse también en empresas competitivas en el mercado de estos bienes y servicios.³⁹

El mercado y la competencia son interdependientes, y se pueden identificar en el SGSSS, teniendo en cuenta que el primero es uno de los principios orientadores

³⁵Comparar Guerrero, "La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales" pp. 62-63

³⁶Comparar Guerrero, "La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales" pp. 63-64

³⁷Comparar Guerrero, "La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales" p. 64.

³⁸Comparar Guerrero, "La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales" pp. 65-66

³⁹Comparar Guerrero, "La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales" p. 65

del Sistema de Salud colombiano. Este es el que se debe encargarse de regular y lograr que los costos sean bajos y de igual manera garantizar buena calidad del servicio, lo que permitirá al usuario escoger entre una u otra entidad de acuerdo a sus expectativas, y como cada una responda a las mismas. Así se asegura la competencia entre las diferentes entidades, por prestar el mejor servicio.

Igualmente, las entidades -EPS, tienen un campo de acción muy amplio, ya que sus mayores reguladores son el mercado y la competencia. Esto puede traducirse básicamente en eficiencia, que es lo que les permite mantenerse dentro de las opciones de los usuarios para que sean estas quienes decidan con quien tomar el servicio.

El Sistema de Salud colombiano es un claro ejemplo de la adopción de la NGP, la orientación al cliente, la privatización, el mercado y la competencia, son prácticas que responden a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, entre otros principios que rigen el SGSSS.

2. AVANCES Y RETROCESOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En este capítulo se hace un análisis del SGSSS, en relación a los criterios de calidad, cobertura y acceso. Para esto, el capítulo comienza por evidenciar las fallas del Sistema Nacional de Salud (SNS), teniendo en cuenta los mismos criterios. Continúa señalando y posteriormente contrastando los avances y retrocesos en el SGSSS en relación a los criterios de calidad, cobertura y acceso, destacando la injerencia de los elementos de la NGP, en cada uno de los casos. Por último, se explican los efectos de la adopción de la NGP en el Sistema de Salud, presentando y explicando las situaciones conflictivas entre los actores del Sistema, resaltando que los principios de la NGP son los que propician estas situaciones.

Es menester aclarar el alcance de los criterios que son la base del análisis en los dos sistemas, para luego poder hacer la comparación. En cuanto a la calidad, la Ley 100, plantea que “el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales”⁴⁰. Es decir, la calidad implica un servicio excelente y oportuno, que brinde todas las alternativas posibles y garantice el buen estado de salud.

En cuanto al acceso y a la cobertura del principio de la universalidad que propone la Constitución Política en el artículo 48, es posible afirmar que se buscan niveles de cobertura y acceso total. Cabe entonces hacer la distinción entre estos dos conceptos, ya que en el servicio público de salud no se ven íntimamente relacionados como si sucede en otros servicios públicos como la educación.

El concepto de cobertura en salud es más difuso que en otras áreas de las políticas sociales. En primera instancia, debe distinguirse la cobertura legal de la efectiva. Mientras que la primera refleja una disposición legal y describe los derechos de los ciudadanos en cuanto a atención de la salud, la cobertura efectiva se refiere al grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de servicios de salud adecuados.⁴¹

⁴⁰Ver Congreso de la República de Colombia. “Numeral 9, Artículo 153, Capítulo I, Título I, Libro II”. En *Ley 100 de 1993*. Documento electrónico.

⁴¹Ver Cruces Guillermo. “Protección Social en Salud “Los Sistemas de Salud y de Protección Social Frente a los Nuevos Escenarios Epidemiológicos y Demográficos”. *Reunión de Expertos sobre*

En la educación el estar matriculado implica tener estatus de alumno, recibir clases, interactuar con los profesores, ingresar a las aulas de clase, usar un pupitre y las demás instalaciones como la biblioteca, baños, laboratorios, etc, mientras que en salud, no sucede lo mismo. La afiliación que podría equipararse a la matrícula de educación, en salud no le da derecho de nada al afiliado, porque la infraestructura de la red hospitalaria es insuficiente, no hay camas, no hay personal médico ni paramédico, las citas son demasiado demoradas, los medicamentos no existen en calidad y cantidad, y por ello las cifras en cuestión de afiliación al Sistema son muy distintas de las reales en cuanto a atención efectiva a los usuarios.

En este sentido, la cobertura se mide básicamente por cantidad de afiliados al Sistema y por la cantidad de recursos que hay disponibles para garantizar el servicio a los usuarios; mientras que en el acceso se mira la posibilidad real que tiene cada individuo para acceder al Sistema.⁴²

Como se mencionó anteriormente, es diferente en este caso evaluar el acceso frente a otros servicios, en éste no hay una demanda constante del servicio por parte de los usuarios, es más bien una asistencia regular que dependiendo del estado de salud se demanda con mayor o menor frecuencia y urgencia. Así, el estar afiliado no implica que haya acceso o viceversa, lo que se evidencia en las largas filas de espera en las afueras de los hospitales para ser atendidos.

2.1. FALLAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Desde 1968 con el Decreto 2470 de ese año y gracias a la profundización en la asistencia pública en salud, con el Decreto Ley 56 de 1975, el cual hace referencia a todos los servicios que por su naturaleza se caracterizan por ser bienes públicos, se implementó un nuevo Sistema de salud al que se le conoce como el Sistema Nacional de Salud (SNS). Este corresponde “al conjunto de organismos, instituciones, agencias

Población y Pobreza en América Latina y el Caribe. (14 y 15 de noviembre de 2006). p.81. Documento electrónico.

⁴²Comparar Martínez M., Félix. *¿Por Qué no se Logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en Salud?: A Ocho Años de la Reforma en Colombia.* 2002 p.18.

y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación”⁴³.

Este Sistema funcionaba con el esquema del subsidio a la oferta,⁴⁴ es decir que los subsidios recaían en los prestadores del servicio. Todo el Sistema estaba a cargo del Estado, y era éste quien debía proporcionar todas las condiciones que generaran o permitieran a la población, mantener un buen estado de salud.

El servicio de salud estaba organizado en tres sectores, el privado que se encontraba en cabeza del Instituto de Seguro Social (ISS), el segundo sector era el típicamente público al que pertenecían todas aquellas personas que trabajaban en el sector público, y el último era la asistencia pública al que pertenecían aquellos que se encontraban desprovistos de seguridad social.

El servicio de salud estaba, por decirlo de alguna manera, anarquizado por la falta de organización en el Sistema. Los tres grandes sectores estaban conformados por una cabeza relativamente visible y otras pequeñas que contribuían a dar mayor cobertura. El panorama era entonces el siguiente: los empleados del sector público estaban afiliados y atendidos en el nivel Nacional por la Caja Nacional de Previsión (Cajanal), pero a la vez algunas entidades públicas del orden Nacional, algunas entidades territoriales y otras entidades descentralizadas como la Empresa de Acueducto de Bogotá, tenían su propia caja de previsión social. Un ejemplo es el caso de Superintendencia Bancaria que tenía como caja de previsión Capresup.

El segundo gran sector lo encabezaba el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, al cual se afiliaban todos los trabajadores dependientes del sector privado, y los trabajadores de las empresas industriales y comerciales o de economía mixta que no tuvieran su propia caja de previsión. Además, las familias de los trabajadores de este sector eran atendidas por las cajas de compensación familiar.

⁴³ Ver Presidencia de la República de Colombia. “Artículo 1”. En Decreto Ley 056 de 1975. Documento electrónico.

⁴⁴ Comparar Universidad Nacional-UN. “Auditoría de Calidad Entidades de Salud” p.23. Documento electrónico.

El tercer sector, que era el más numeroso, representaba más o menos el 70% de la población⁴⁵, que no estaba afiliada a ninguno de los subsectores de salud, con el agravante que la inmensa mayoría representaba la población más vulnerable. Sólo un 10% de este porcentaje correspondía a trabajadores independientes y adinerados que pagaban directamente los servicios de salud cuando lo requerían o, a través de las pólizas de salud que les cubría sus propias contingencias en esta materia.⁴⁶

Los dos primeros subsectores solo cubrían el 18% de la población. La asistencia pública, se encargaba de proteger a aquellos que no estaban afiliados a ninguno de los sectores, y no tenía póliza de seguro o recursos para acceder a la medicina particular. Es decir, que la población supuestamente atendida por el SNS, era la más vulnerable, que correspondía más o menos el 70% de los colombianos.⁴⁷

El SNS era un Sistema de predominio público, financiado con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos.⁴⁸ Este Sistema contaba con cuatro niveles: Nacional, Seccional, Regional y Local, de los cuales el más relevante era el Nivel Seccional. Este nivel se encargaba de diagnosticar el estado de salud de la población, planificar los servicios, administrar los recursos financieros, nombrar el recurso humano de salud, y vigilar y controlar los indicadores básicos de salud pública, los recursos físicos y financieros.⁴⁹

Sin embargo, esta multiplicidad de funciones propiciaba la corrupción,⁵⁰ especialmente porque no es efectivo ser juez y parte al mismo tiempo. Es decir que quien vigilaba, tenía que hacerlo sobre sí mismo, sobre sus propias acciones, lo que evidenciaba la inexistencia de un control real en el Sistema.

⁴⁵ Comparar Redondo Gómez, Hernán y Guzmán Mora, Fernando. “La Seguridad Social en Colombia”. En *La Reforma a la Salud y la Seguridad Social en Colombia*. 2000. p.80

⁴⁶ Comparar Universidad Nacional-UN. “Auditoría de Calidad Entidades de Salud” p27 Documento electrónico

⁴⁷ Comparar Redondo y Guzmán. “La Seguridad Social en Colombia”. p.80

⁴⁸ Comparar Orozco Africano, Julio Mario. “Marco Histórico de la Reforma”. En *¿Por qué Reformar la Reforma?* 2006. p.11. Documento electrónico

⁴⁹ Comparar Presidencia de la República. “Artículos 3-18”. En Decreto ley 56 de 1975. Documento electrónico.

⁵⁰ Comparar Orozco Africano. “Marco Histórico de la Reforma”. p.11. Documento electrónico

Esto también sucedía en los demás niveles, el centralismo era característico de éste Sistema. Éste esquema iba en contra de la eficiencia, generaba altos niveles de burocratización, lo que constituía una de las principales falencias del Sistema.

Por otro lado, la salud se veía como un favor del Estado y no como un derecho de los ciudadanos. El cubrimiento sólo se daba en los municipios donde había recursos, y a éste sector se le destinaba solo un 30% del presupuesto de la salud, sin tener en cuenta que a diferencia de los otros dos sectores, tenía una proporción mayor de población, que además no tenía las condiciones económicas para pagar por este servicio.⁵¹

Respecto al acceso, existían barreras que impedían que se prestara el servicio, entre ellas los altos costos, y la falta de centros médicos en algunas zonas del país.⁵² De ahí que la cobertura y el acceso fueran bajos y el servicio de mala calidad, lo que no permitía que el Sistema cumpliera con su objetivo de procurar la salud de los colombianos.

El ISS y CAJANAL cubrían al 18% de la población y recibían el 70% del presupuesto para la salud.⁵³ Esta cifra era desmedida, en relación al porcentaje de población que tenían a su cargo, y más cuando ninguna de las dos entidades estaba tomando acciones para ampliar su cobertura.

El funcionamiento del Sistema conformado por las cajas, y el ISS atomizó el servicio de salud, generando la dispersión de los recursos, la duplicidad de esfuerzos, resistencia al aumento de los aportes, evasión por parte de los patronos y trabajadores de altos ingresos, y la desviación de los recursos de la seguridad social.⁵⁴

Si bien la centralización del servicio no era el mejor modelo para el funcionamiento de este tipo de Sistemas, en este caso, en el que los aportes provenían del mismo patrón, para garantizar el servicio de salud del trabajador y su familia, si

⁵¹Comparar Orozco Africano. “Marco Histórico de la Reforma”. pp.10-11 Documento electrónico

⁵²Comparar León Martínez, Martín; Robayo G, Gabriel y Valencia A, Oscar. “Desarrollo del Principio de Universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En ¿Por Qué no se logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en Salud?. 2002. p. 12.

⁵³Comparar Orozco Africano. “Marco Histórico de la Reforma”. p.11 .Documento electrónico.

⁵⁴Comparar Redondo y Guzmán. “La Seguridad Social en Colombia”. p.70

era más sencillo que una sola entidad se encargara tanto de recaudar como de prestar el servicio.

Estos dos sectores: ISS y la previsión social también presentaban fallas. En el ISS, la principal falla era la baja cobertura, teniendo en cuenta que en casi 50 años sólo alcanzó a cubrir el 16% de población asalariada dejando por fuera al 53% restante de asalariados y a sus familias. Esto generó que entre los servicios privados, las cajas de compensación familiar y la asistencia pública, se intentara abarcar a esa población.⁵⁵

Estas fallas eran evidentes: no había un buen manejo de los recursos, se promovía la evasión de aportes por parte de los patronos, la doble cotización, y se malgastaban los recursos de la asistencia pública en personas que tenían la posibilidad de cotizar al ISS,⁵⁶ impidiendo el acceso de aquellos a los que iba dirigido este servicio.

Sobre esto último radica la segunda falencia que presentaba el ISS, que tiene que ver con el acceso al servicio. En este sentido, para que se prestara el servicio fuera de urgencias, habían largas colas de espera, lo que impulsaba a buscar nuevas alternativas en el servicio particular.⁵⁷ Esto evidenciaba el hecho que estar afiliado, cubierto, no implicaba tener acceso, que es lo que realmente importa, poder recibir el servicio oportunamente.

Sin embargo, no todo era malo, el ISS también presentaba características rescatables, como la solidaridad y la calidad. La primera en tanto que había un sistema de compensación para el déficit de las regiones pobres con el superávit de las regiones ricas,⁵⁸ lo que buscaba generar mayor equidad en el Sistema y una verdadera redistribución de los recursos de la salud.

En cuanto a la calidad, Iván Jaramillo afirma que debía ser buena sí las personas de estratos medios y altos, que usualmente acudían a los servicios privados, recurrían al ISS cuando buscaban servicios más complejos, aunque también aclara,

⁵⁵Comparar Jaramillo Pérez. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. pp. 53-56.

⁵⁶Comparar Jaramillo Pérez. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. pp. 53-54.

⁵⁷Comparar Jaramillo Pérez. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. pp. 52-53.

⁵⁸Comparar Jaramillo Pérez. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. p. 51.

que eso podría deberse a que la medicina prepagada no cubría esos servicios.⁵⁹ De todos modos, la calidad en este sector era mucho mejor que en la asistencia pública, teniendo en cuenta que contaba con buenos recursos, el porcentaje de población a la que aseguraba no era alto, y era aún menor a la que se le prestaba efectivamente el servicio.

En resumen el ISS no era perfecto, pero sí tenía algunas características importantes que era necesario rescatar, como la solidaridad. Había también, otras que debían fortalecerse, como la calidad, y sobretodo aumentar la cobertura y el acceso.

Con respecto a las fallas de la previsión social, igualmente se presentaba la baja cobertura, no había solidaridad en el Sistema y la calidad era relativa al costo. Entonces, se encontraban entidades que prestaban buen servicio pero a costos muy altos, y los que prestaban servicios más económicos, lo hacían sacrificando la calidad.⁶⁰

Estas fallas eran consecuencia de: las bajas cotizaciones que hacían los afiliados a la previsión social, frente a lo que pagan quienes se encontraban vinculados al ISS; y de igual manera la ineficiencia en el recaudo de estos pagos, tanto por el sistema que utilizaban las entidades aseguradoras del sector público, como la mora del Estado en los aportes.⁶¹ En la mayoría de ocasiones, era el Estado quien terminaba pagando la totalidad de la cotización por presión de los sindicatos.

Los problemas eran que en primer lugar el Estado, en cabeza del Ministerio de Hacienda y el presidente de la entidad encargada del servicio de salud, desviaban fondos para otros menesteres; El segundo era que el Estado no cotizaba lo que tenía que pagar; y el tercero, que cada entidad oficial había creado su propia caja de previsión social, no había un sistema único como en el sector privado, lo que impedía la solidaridad y la eficiencia en este sector.

Por tanto, la ausencia de redistribución de los recursos, la imposibilidad de la compensación entre las grandes empresas del Estado con alta rentabilidad como

⁵⁹Comparar Jaramillo. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. p.52

⁶⁰Comparar Jaramillo. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. p.57

⁶¹Comparar Jaramillo. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. p.58

Ecopetrol y las pequeñas entidades de sueldos más bien bajos, como las escuelas públicas, impedían que se diera equilibrio en el sector oficial.

En resumen, el servicio de salud presentaba calidad sólo para quienes podían pagar por él, y calidad a medias para quienes lograban acceder al sistema público. En cuanto a los niveles de cobertura, se presentaban niveles muy bajos, en tanto que solo los que se encontraban empleados o tenían los recursos para pagar medicina prepagada, estaban asegurados, y hay que tener en cuenta que existían casos en los que no se cubría a la familia del trabajador, el balance entonces era negativo.

Frente a esto, y gracias a una fuerte influencia de organizaciones internacionales como el Banco Mundial (BM), con intenciones de establecer como paradigma predominante al neoliberalismo, se adoptaron nuevas visiones frente al papel que debía jugar el Estado. Esto proponía que éste debía reducirse al máximo y permitir que agentes privados, caracterizados por la eficiencia, se hicieran cargo de algunas de sus funciones.

En este sentido, primordialmente se buscaba reducir el gasto público en salud, porque los Estados no se encontraban en capacidad de seguir asignando recursos para que se prestara efectivamente este servicio. Se buscaba así dejar el servicio en manos del mercado,⁶² para que éste se encargara de lograr satisfacer la necesidad de todos los ciudadanos, con lo que aparece el SGSSS orientado por los principios de eficiencia, competencia y privatización.

2.2. LOS CRITERIOS DE CALIDAD, COBERTURA Y ACCESO EN EL SGSSS

La inoperancia del SNS, la Constitución de 1991 y el boom del neoliberalismo, dieron paso al surgimiento del SGSSS. Éste Sistema tiene influencia de dos concepciones, la clásica bismarkiana y la neoliberal,⁶³ de las que se tomaron algunos principios para que orientaran el Sistema.

⁶² Comparar: Banco Mundial-BM “El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo. Una Agenda para la Reforma”. 1987. p.695. Documento electrónico.

⁶³ Contratar Jaramillo. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. p.115. El autor considera que son tres concepciones las que tienen influencia en el SGSSS, pero a mi juicio, el modelo

De la primera, que hace referencia al modelo que promovió Bismark en 1883 y con el que se creó la seguridad social, del cual mantuvieron los principios de integralidad, universalidad, obligatoriedad, solidaridad y equidad. De la segunda se adoptaron la libre elección, la eficiencia, la calidad, la descentralización, la subsidiariedad, la autonomía de las instituciones y la participación comunitaria.⁶⁴ Con esto se pretendía dirigir el nuevo sistema de salud hacía la cobertura plena, garantizar la calidad y el acceso efectivo al servicio de salud.

Después de veinte años de vigencia del SGSSS han sido pocos los avances significativos, y más son los retrocesos que se han dado en la prestación de este servicio. Aun no se ha logrado una cobertura plena, la calidad es relativa, y el hecho de estar afiliado al Sistema no implica que se pueda acceder efectivamente al servicio. Los diferentes actores del Sistema, y principalmente las EPS, han encontrado diversas formas de presentar buenos resultados para obtener más recursos, y de establecer mecanismo para evadir las obligaciones que tienen con los usuarios, generando beneficios para sí mismas y perjudicando a los pacientes.

El actual gobierno en cabeza del presidente Juan Manuel Santos ha dado algunos pasos de avance, sobretodo dando cumplimiento a la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, entre ellos la unificación del POS. Sin embargo, aún quedan retos por cumplir, para el caso aumentar la proporción de afiliados al régimen contributivo para lograr estabilidad en el subsidio de los servicios del resto de la población, y principalmente fortalecer la supervisión de las EPS.⁶⁵

2.2.1. Calidad en el SGSSS. En relación a la calidad, hay tres puntos importantes en los que se dieron avances. El primero es el principio de la libre elección, el cual fomentaría la competencia de las EPS, e incluso de las IPS, para lograr captar mayor número de usuarios. La vía más efectiva para lograrlo sería ofreciendo calidad en el servicio. Esto se evidencia en el informe Nacional de Calidad

neoliberal y la reforma descentralista de la administración pública, caben en la misma concepción, por lo que me atrevo a unificarlas.

⁶⁴Comparar Jaramillo. "Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana". p115

⁶⁵Comparar Clavijo, Sergio (et al). "Sostenibilidad de Mediano Plazo del Sistema de Salud y Pensiones". En *Debatos de Coyuntura Económica y Social*. Noviembre de 2011 p17. Documento electrónico.

en Atención en Salud INCAS 2009, en el que se analiza la tasa de traslados de EPS, que puede leerse desde la insatisfacción de los usuarios con la calidad del servicio.

En este sentido el informe demuestra que la satisfacción es muy alta, y solo para el primer semestre del 2009 la insatisfacción de los usuarios, representada en los traslados de EPS, superaron el 2%. De esto se puede concluir que hay un alto grado de satisfacción de los usuarios con la EPS a la que se encuentran afiliados.⁶⁶

El problema es que el camino hacia la calidad se recorrió a medias, y se tomó ventaja de la ignorancia y la falta de información de los usuarios. La falta de conocimiento de las ciencias médicas impide que haya objetividad en la evaluación sobre la pertinencia, efectividad y eficacia de los tratamientos que los médicos recetan.⁶⁷

Otro avance fue la instauración del régimen subsidiado, lo que acabo con la caridad y ha permitido garantizar más y mejores servicios para las personas que no tienen las condiciones económicas para acceder a un buen servicio médico. Cabe aclarar que esto no funciona de la forma esperada y entre restricciones legales como el POS-Subsidiado y barreras creadas por las EPS, como el trato diferencial que se le da a un paciente del régimen subsidiado con respecto al del régimen contributivo; el servicio no se puede calificar de buena calidad.

Por último, es rescatable la reforma que se hizo en los hospitales, la cual buscaba especializar estas instituciones en lo que mejor saben hacer, que es prestar servicios. Con esta transformación que se empezó a gestar en la reorganización del SNS mediante la Ley 10 de 1990,⁶⁸ se buscaba garantizar la competitividad de estas instituciones públicas en el mercado de la salud, que solo se lograría mejorando la eficiencia, la eficacia y la calidad en su labor.

No obstante, el POS ha sido una barrera en la búsqueda de mejorar la calidad, que si bien garantiza un paquete mínimo de servicios, también restringe el

⁶⁶Comparar Ministerio de la Protección Social. “Capítulo 6 Indicadores de Experiencia de Atención al Paciente –basado en Mediciones Objetivas”. En *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud –INCAS Colombia 2009- “Informe”*- pp.317-318. Documento electrónico.

⁶⁷Comparar Jaramillo. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. p.115

⁶⁸Comparar Jaramillo Pérez, Iván. “Propósitos de la Ley 100 de 1993”. En *El Futuro de la Salud en Colombia*. 1999. p.64.

margen de acción de los médicos. El POS se ha convertido en lo único que tienen permitido recetar, incluso si existen tratamientos o medicamentos más efectivos que no se encuentran incluidos en este paquete de servicios.

2.2.2. Cobertura en el SGSSS. Con la Ley 100 se propusieron diversas metas, una de ellas era que para el 2000 debían estar afiliados el 100% de colombianos al SGSSS,⁶⁹ independientemente del régimen al que pertenecieran. Sin embargo para esa fecha solo se encontraba afiliado un 58,8% de la población,⁷⁰ y sólo hasta 2011 se llegó al 97% de la cobertura.⁷¹

El Viceministro Norman Muñoz resalta el resultado positivo en el indicador de la cobertura, ya que Colombia logró en veinte años acercarse a la cobertura universal, un proceso que usualmente les ha tomado entre cincuenta y sesenta años a otros países.⁷² Esto permite afirmar que hay relativamente un buen balance, pero no hay que perder de vista las fallas que presenta el Sistema en este sentido, como la práctica de la doble afiliación o el mantener a personas que han fallecido como afiliados activos, lo que cuestiona la veracidad de las cifras, y en general el actuar de las EPS.

Dentro de las estrategias que se implementaron para lograr la cobertura universal, se estableció la afiliación obligatoria al SGSSS. Para que esto fuera posible se tomaron algunas medidas, como crear la figura de las EPS, y el Sistema de regímenes de acuerdo a la capacidad de pago. Esto buscaba propiciar las condiciones institucionales que el anterior Sistema no tenía para asegurar a todo tipo de persona, empleado, contratista, independiente, e incluso afiliarse como beneficiarios a los miembros de la familia de los cotizantes.

⁶⁹Comparar Congreso de la República. “Artículo 157, Capítulo II De los Afiliados al Sistema, Título I Disposiciones Generales, Libro II Del Sistema General de Seguridad Social en salud”. En *Ley 100 de 1993*. Documento electrónico.

⁷⁰Comparar. Así Vamos en Salud. Tema de búsqueda “Porcentaje de población afiliada al SGSSS”. Consulta electrónica

⁷¹Comparar “Colombia quedó ad portas de cobertura universal en salud”. *El Tiempo*, (7 de agosto de 2011). Documento electrónico..

⁷²Comparar Anexo 3. Documento. Presentación del Proyecto de la Reforma a la Salud por parte del Dr Norman Muñoz, Viceministro de la Protección Social (23 de abril de 2013)

Del mismo modo se aumentó la cotización al Sistema, del 7% al 12% del salario,⁷³ y para el presente año (2013) es del 12,5% tanto para los trabajadores dependientes e independientes. De esta forma se logra aumentar la cobertura en tanto que el trabajador con su cotización puede afiliar a su familia al Sistema de salud. Además, se garantiza la solidaridad destinando un porcentaje de la cotización para subsidiar a quienes no tienen la capacidad de pago para aportar al Sistema.

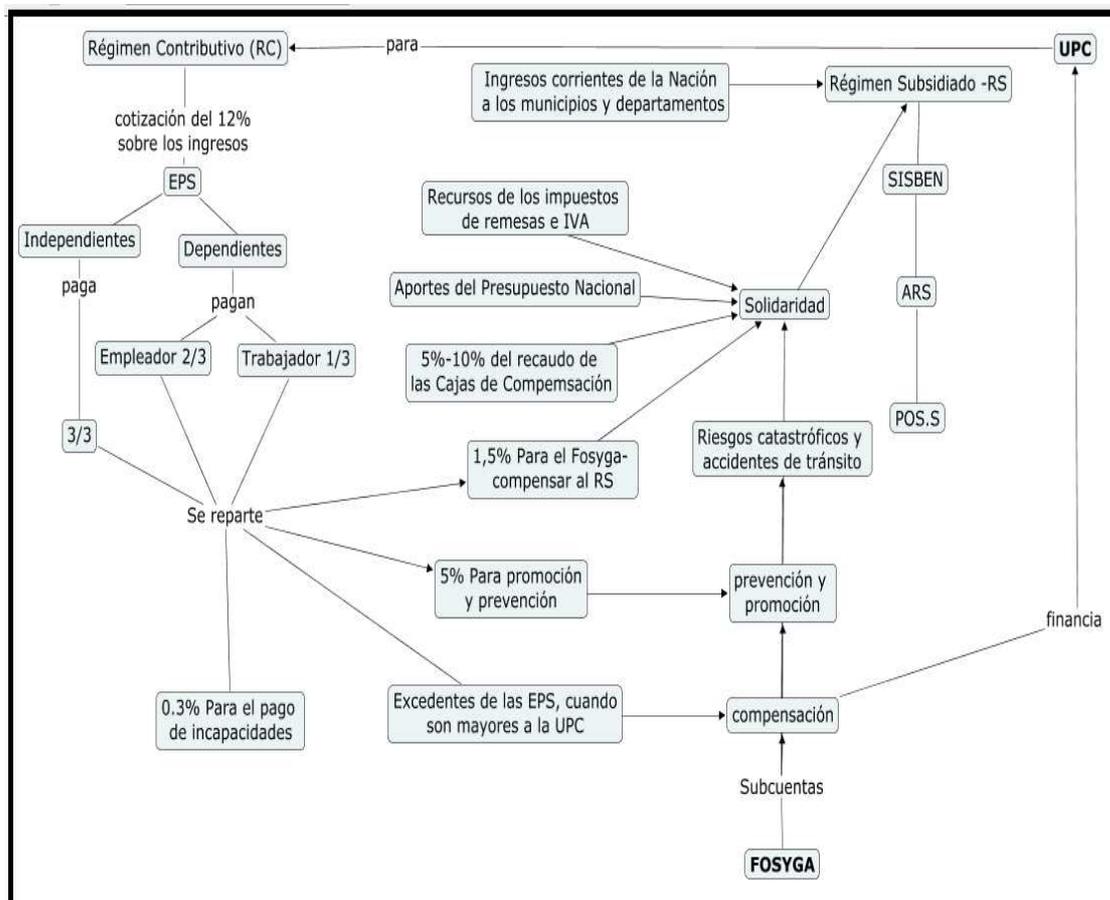
Ese porcentaje recaudado se reparte de la siguiente manera: un punto para el FOSYGA, específicamente para la financiación del régimen subsidiado, 0.3% para las incapacidades, 0.5% para la promoción y prevención, y el porcentaje correspondiente de UPC por afiliado y beneficiarios; Sí se presentan excedentes después de descontar estos montos, estos se destinan al FOSYGA.⁷⁴ Así se pretende dar cumplimiento al principio de la solidaridad que permite el cubrimiento y acceso de las personas que no tienen capacidad de aportar al Sistema.

Lo anterior queda explicado en el siguiente cuadro, que refleja el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS:

⁷³Comparar Morales Sánchez, Luis Gonzalo. “El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Colombia”. *Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe*, Unidad de Financiamiento, CEPAL, julio de 1997. p.12. Documento electrónico.

⁷⁴Comparar Morales. “El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Colombia”. 1997. p.21. Documento electrónico.

Cuadro 1. Flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Fuente: Diagrama elaborado por el autor del presente trabajo de grado con base en la información tomada de la Ley 100 de 1993, y El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Colombia *Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe*, Unidad de Financiamiento, Comisión Económica para América Latina y el Caribe- CEPAL, julio de 1997. p.20

Tras estos esfuerzos, se presentaron algunos factores que han impedido el cumplimiento de la expectativa de la cobertura plena para todos los colombianos. Los más relevantes son, la tardanza en la entrada en vigencia del régimen subsidiado; la evasión de los afiliados que consiste en la declaración de ingresos menor a lo que verdaderamente devengan los trabajadores independientes; la evasión de las empresas que se evidencia en que cotizan menos de lo que tienen que pagar, declarando salarios menores a los reales en el régimen contributivo, o no afiliando a los trabajadores. Por otro lado está el aumento de la informalidad laboral, el gasto

público insuficiente,⁷⁵ y principalmente en la falta de control del Estado, lo que ha incidido negativamente en las finanzas del Sistema, impidiendo su buen funcionamiento.

Con respecto a la cobertura, hay que aclarar que una cosa es la cobertura formal y otra la real. En este sentido, existen varias distorsiones, ya sea porque las EPS inflan estas cifras para recibir más recursos;⁷⁶ porque los usuarios del régimen subsidiado al subir al contributivo no informan este cambio y quedan afiliados en ambos regímenes; o “porque cuando alguien pierde el empleo, pierde el cubrimiento y los derechos, así aparezca afiliado a una EPS”⁷⁷. Por tanto el cubrimiento no implica o garantiza el verdadero acceso al servicio.

2.2.3. Acceso en el SGSSS. En cuanto al acceso, un punto positivo es que se estipuló que como mínimo se debía garantizar el POS. Este buscaba garantizar que todos tuvieran acceso a un paquete esencial de servicios de salud, el cual se adquiría como derecho con la cotización al Sistema. Sin embargo para el régimen subsidiado el POS era más restrictivo, pero se tenía previsto que para el 2001 se debían equiparar ambos POS.⁷⁸ Solo hasta el 2012 con el Acuerdo 032 se unificó éste Plan de beneficios, aunque las condiciones financieras e institucionales no eran las más propicias para éste cambio.⁷⁹

El principal problema relacionado al POS, es que se ha tornado en la excusa perfecta para disminuir costos de las EPS e IPS, a costa de la efectividad en la prestación del servicio de salud. De tal manera que se ha logrado restringir la actividad médica con respecto a los tratamientos y medicamentos que les está

⁷⁵ Comparar Carmelo Mesa-Lago, “El Impacto de las Reformas de Salud en los Principios de Seguridad Social” *Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005.pp.75-76. Documento electrónico.

⁷⁶Comparar Anexo 4. Documento. Intervención en el Panel I *Visión de los Partidos Políticos Frente a la Reforma por parte del HR Simón Gaviria*. (23 de abril de 2013)

⁷⁷ Ver Robledo, Jorge Enrique. “La Ley 100 no es para la Salud sino para el Negocio”. (3 de mayo de 2011). Documento electrónico.

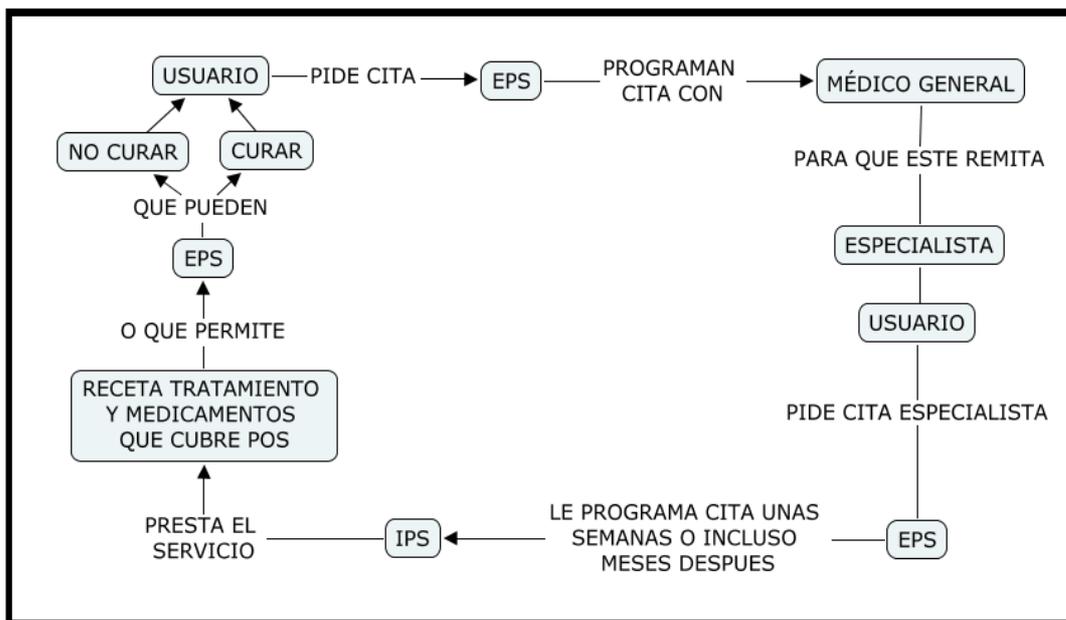
⁷⁸ Comparar Congreso de la República de Colombia. “Artículo 162, Capítulo III Régimen de Beneficios, Título I Disposiciones Generales, Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En *Ley 100 de 1993*. Documento electrónico.

⁷⁹ Comparar “La Unificación del POS Arrancará en Medio de Dudas”. *El Espectador*, (29 de junio de 2012). Documento electrónico.

permitido recetar, independiente de que existan mejores opciones para tratar determinadas enfermedades, pero se ignoran por los costos que estos representan.

Dentro de estas tendencias, también se puede mencionar la propensión permanente y sistemática de negar los servicios POS y no POS (que no se encuentran incluidos en el POS), de los que saben que por medio de la tutela luego tienen que otorgarlos, pero se liberan de cubrir ese costo; en ese caso el Estado es quien paga por el paciente. El problema entonces, es el tiempo que toma todo el proceso para que efectivamente se preste el servicio, lo que termina afectando el acceso y la calidad del servicio.

Cuadro 2. Circuito del Servicio de Salud.



Fuente: Diagrama elaborado por el autor del presente trabajo de grado con base en la información tomada de “Antesala al Paseo de la Muerte”, en *El Espectador*, (25 de octubre de 2012).

Cuando el paciente requiera el servicio debe pedir la cita a la EPS a la que se encuentre afiliado, y ésta se la programará con el médico general, el cual determina si es necesario que se remita o no al especialista. Si así lo considera, el usuario debe volver a pedir una cita a la EPS, pero esta vez con el especialista, la cual es programada en intervalos de tiempo muy amplios; y de todas formas no hay garantía

que receten los medicamentos o tratamientos pertinentes para la dolencia o malestar del paciente, así como lo menciona el HR Simón Gaviria, las EPS se demoran en entregar citas, exigen muchos trámites para que le puedan prestar el servicio a los pacientes y además recetan ibuprofeno o acetaminofen para ahorrar costos.⁸⁰ Los médicos se encuentran restringidos entonces, por el POS, las EPS y por los gerentes de los hospitales. Por tanto no hay garantía de acceso ni calidad del servicio de salud

Por otro lado, han existido barreras de tipo económico como los copagos y las cuotas moderadoras que se cobran a los beneficiarios que hacen uso del servicio. Estos cobros suponen un mecanismo de control para evitar el uso excesivo e innecesario del servicio, pero que se han transformado en impedimentos al acceso a la salud.

También existen barreras geográficas, como la concentración de las EPS en determinadas zonas de las ciudades, dejando áreas sin un servicio cercano. Así mismo la falta de infraestructura, se ha traducido en las largas filas de espera para ser atendido. Esto ha incidido negativamente en el acceso y la calidad del servicio, principalmente en las personas de bajos recursos.

Si bien se han dado algunos avances positivos con el SGSSS, los actores han encontrado la manera de burlar algunos procedimientos o mecanismos para aumentar su rentabilidad, en detrimento principalmente de la calidad y el acceso al servicio de la salud.

2.3. EFECTOS Y SITUACIONES CONFLICTIVAS EN EL SGSSS

El SGSSS con sus estrategias, principios y medidas ha propiciado situaciones conflictivas entre los diferentes actores del Sistema, que dificultan el funcionamiento del Sistema en detrimento de la protección y garantía servicio a la salud.

Dentro de estas situaciones, encontramos principalmente: la falta de control del Estado, la prevalencia de los intereses privados sobre el derecho fundamental a la salud, la intermediación de las EPS y la existencia del POS.

⁸⁰ Comparar Anexo 4. Documento. 2. Intervenciones en el Panel 1 *Visión de los Partidos Políticos Frente a la Reforma por parte del HR Simón Gaviria*, (23 de abril de 2013)

En cuanto a la primera falla en la vigilancia y control por parte del Estado, hay quienes consideran que los problemas de calidad tienen que ver esencialmente con la escasa supervisión y vigilancia que ejerce la Superintendencia de Salud sobre las EPS.⁸¹ Estas entidades han creado carteles de la salud para manipular el Sistema a su conveniencia, y poco o nada ha hecho el Estado para enfrentar esta situación.

Un ejemplo claro, es el de Saludcoop, que tras 10 años de denuncias y dudas en sus acciones, solo hasta mayo de 2011 se tomó la decisión de intervenirla, a razón de una auditoria exhaustiva. En ésta se encontraron inconsistencias en su contabilidad, principalmente entre las deudas reales y los cobros hechos al FOSYGA con lo que al parecer financiaron su crecimiento desmedido y la compra de bienes raíces ajenos a la naturaleza jurídica de la Entidad.⁸²

Frente a la segunda situación conflictiva, la prevalencia de los intereses privados sobre los públicos, las EPS guiadas por la eficiencia y para aumentar su rentabilidad han sacrificado la calidad, y han creado barreras que impiden el acceso al servicio.

Una de las principales prácticas es negar servicios o recetar medicamentos genéricos, que son más económicos, pero no son tan efectivos como los de mayor costo. Esto se evidencia en casos en los que independiente de la dolencia siempre se receta ibuprofeno, incluso sí los medicamentos especiales están cubiertos en el POS. Así lo menciona el HR Simón Gaviria, planteando que a una persona allegada a su familia que tenía cáncer, en vez de realizarle los exámenes correspondientes le recetaron acetaminofen. Afirma entonces que se ha creado una cultura del acetaminofen y el ibuprofeno en las clínicas y hospitales, en la que se recetan estos dos medicamentos en lugar de lo que los pacientes verdaderamente necesitan.⁸³

De igual forma han institucionalizado el recurso de la acción de tutela, con el fin de liberarse de cargas económicas de algunos servicios que requieren los usuarios. Las cirugías o medicamentos que están cubiertos por el POS pero representan un alto

⁸¹ Comparar Preciado, Néstor. "Ley 100 al Tablero". Consultorsalud: noviembre de 2008. p.2. Documento electrónico.

⁸² Comparar "Saludcoop: La Caída de un Imperio". *Revista Semana*. Documento electrónico.

⁸³ Comparar Anexo 4. Documento. 2º. Intervención del HR Simón Gaviria.

costo para las EPS, son los servicios que usualmente estas entidades niegan, porque saben que el Estado va a terminar cubriendo los costos.

En general el problema se debe a la ignorancia de los pacientes sobre los beneficios del POS, que es lo que usan las EPS para hacer pagar a los pacientes o recobrar al FOSYGA. Así lo menciona el Viceministro Norman Muñoz, “casos en los que algunos medicamentos en su presentación en tableta se encuentran incluidos en el POS, pero su presentación en jarabe no, y lo que hacen las EPS es recetar el jarabe”⁸⁴ poniendo a los pacientes a gastar más dinero o perder tiempo.

La tutela es la acción que todo ciudadano colombiano tiene para reclamar al Estado la protección de un derecho que se le haya o se le esté violando. Sin embargo, como lo menciona el Senador Gaviria en su intervención, y de igual manera el ex ministro Palacio y el Doctor Riveros, éste mecanismo aunque ha permitido que muchos ciudadanos tengan acceso al servicio de salud, también ha sido utilizado por las EPS junto con la ignorancia sobre el contenido del POS y los derechos de los pacientes, para obtener más ganancias.

Con respecto a la intermediación de las EPS, entre las IPS y los usuarios, es importante mencionar que en gran medida, son estas entidades las que entorpecen el funcionamiento del Sistema. Conductas como el retraso en pagos, manipulación tanto de los precios de los medicamentos, como también de la información sobre los servicios POS y no POS, los recobros, la doble afiliación, la creación de oligopolios, el exceso de trámites, y las bajas condiciones laborales del sector, son algunas de las estrategias que han implementado estas entidades para sacarle provecho al negocio de la salud.

Así mismo, la llamada integración vertical, es una estructura organizacional que promueve la apropiación de todos los procesos que se desarrollan en una cadena productiva para eliminar la necesidad de proveedores, garantizar eficiencia en la asignación de los recursos e independencia frente a los monopolios.⁸⁵

⁸⁴Ver Anexo 3. Documento.

⁸⁵Comparar Castaño Yepes, Ramón Abel.” Integración Vertical entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”. Revista Gerencia y Políticas de Salud, (4 de octubre de 2004). p36. Documento electrónico. Comparar Restrepo, Juan Humberto (et al). “La Integración

En Colombia, de acuerdo con la Ley 1122 de 2007 se regula la integración vertical permitiendo que las EPS contraten hasta el treinta por ciento de sus servicios con sus propias IPS, es decir con hospitales y clínicas propias. El problema ha sido que esta reglamentación se ha pasado por alto todo el tiempo y puede decirse que las promotoras contratan el cien por ciento de sus proveedores con instituciones propias.⁸⁶

Un ejemplo claro es el caso de Saludcoop, que al ser un conglomerado de EPS ha logrado maniobrar con esta modalidad de contratación para poder contratar el cien por ciento con IPS pertenecientes a su grupo. Lo que ha hecho es justificar el treinta por ciento propio y el setenta por ciento restante contratando con las diferentes EPS miembros del conglomerado, que son entidades jurídicas independientes, como Cafesalud o Cruz Blanca, pero que en resumidas cuentas terminan siendo proveedores propios.⁸⁷

Esto de igual manera ha promovido la creación de monopolios. Las EPS al contar con sus propias IPS, hacen que las últimas cobren a las primeras los medicamentos y demás servicios que prestan a precios más altos de los verdaderos, pero como son los mismos dueños los que terminan recibiendo los pagos por los servicios, los sobrecostos se convierten en mayores utilidades.⁸⁸

Además, la crisis hospitalaria se debe a que las EPS mantienen un trato diferente con las IPS que no hacen parte de su conglomerado. Han establecido tarifas muy bajas para los servicios que estas instituciones prestan, y demoran el pago de lo poco que les pagan.⁸⁹ Esto se ha traducido en insostenibilidad fiscal para los hospitales.

Del mismo modo, las EPS se asociaron para manipular las tarifas de los medicamentos para cobrarlos, o recobrarlos al FOSYGA por precios más altos de los

Vertical en el Sistema de Salud Colombiano”. Revista de Economía Institucional, 2007. p. 285. Documento electrónico.

⁸⁶Comparar Anexo 4 Documento. 2°. Intervención *del HR Simón Gaviria*

⁸⁷Comparar Anexo 4 Documento. 2°. Intervención *del HR Simón Gaviria*

⁸⁸Comparar Robledo. “La Ley 100 no es para la Salud sino para el Negocio”. Documento electrónico.

⁸⁹Comparar Robledo. “La Ley 100 no es para la Salud sino para el Negocio”. Documento electrónico.

reales. Frente a esto, el senador Robledo denunció el cartel de las EPS,⁹⁰ quienes se unieron para quitarle al mercado la función de regular los precios, estableciendo los precios de los medicamentos más altos en relación a otros países.

Uno de estos casos es el de los antihemofílicos 8 y 9 del POS, que han sido recobrados como No POS durante tres años. En el 2007 el recobro fue de 938 millones de pesos, en el 2008 de 4 mil millones de pesos, y en el 2009 de 16 mil millones de pesos.⁹¹ Este es solo uno de los tantos casos en los que se evidencia el aumento desmedido de los precios de medicamentos, en los que las EPS han logrado obtener más dinero de la cuenta.

Así mismo, las condiciones laborales en el sector se han visto degradadas por la pérdida de autonomía de los médicos. Los empleadores, ya sean EPS o IPS, actúan de acuerdo a los principios de la eficiencia y rentabilidad de sí mismas y no bajo la ética médica.⁹²

En este sentido, el Doctor Juan Fernando Gómez ha manifestado que con la ley 100 se ha degradado y comprometido la dignidad de la profesión médica. Señala que con esta Ley el médico se considera como el obrero de la enfermedad, se le impide ejercer de manera gratificante su profesión como consecuencia de los determinismos económicos que se instauraron con la Ley y el protagonismo otorgado a las EPS.⁹³

Todas estas situaciones han afectado de manera negativa la prestación del servicio y la protección del derecho fundamental a la salud. Aunque el Sistema ha recibido fuertes críticas, hay ciertos factores rescatables, pero son las EPS, las que se llevan la peor calificación. Estas últimas han sacado provecho de las premisas, usándolas y acomodándolas a su conveniencia, con la única intención de ganar sin importar que el costo sea la salud de los colombianos.

⁹⁰Comparar Robledo. "La Ley 100 no es para la Salud sino para el Negocio". Documento electrónico.

⁹¹Comparar Robledo. "La Ley 100 no es para la Salud sino para el Negocio". Documento electrónico.

⁹²Comparar Patiño, José Félix. "Discurso de Posesión como Presidente de la Academia Nacional de Medicina" 1998. Documento electrónico.

⁹³Comparar Asmedista Destacado De la pediatría, el gremialismo y otros afectos, Doctor Juan Fernando Gómez Ramírez. "Entrevista". Momento Médico, Asmedas Antioquia. Documento electrónico.

3. CRISIS RECURRENTE EN EL SISTEMA DE SALUD

En este capítulo se evalúan las dos crisis representativas que ha tenido el SGSSS en sus 20 años de vigencia, que corresponden a los años 2001 y 2009. Esta evaluación se hace teniendo en cuenta los antecedentes y causas, entre ellos qué elementos de la NGP propiciaron en su momento el declive del Sistema. También se explica en qué consistió cada una de las crisis, y por último las consecuencias y cómo se intentó resolver en su momento el declive.

Las crisis desde la economía, se pueden entender como “el paso de la prosperidad a la depresión”⁹⁴. Desde el punto de vista médico se utiliza para “designar las fases decisivas de la evolución de una enfermedad”⁹⁵. Desde la perspectiva de la ciencia política, se entiende como “un momento de ruptura en el funcionamiento de un Sistema, un cambio cualitativo en sentido positivo o negativo. [...]Se caracterizan por el carácter de instantáneo y de poca predictibilidad, una duración limitada y su incidencia en el funcionamiento del sistema”⁹⁶.

La palabra crisis tiene diversas acepciones, pero todas confluyen en que es un desequilibrio o desestabilización del normal funcionamiento de un organismo o sistema que no funciona como debe ser. Esto implica que se tomen medidas fuertes, que pueden generar dos tipos de resultados, que no se supere la crisis y colapse el organismo, o que supere satisfactoriamente.

En el caso del sistema de salud, la intermitencia y persistencia de las crisis son el resultado de haber tomado medidas equivocadas y momentáneas, no las trascendentales y pertinentes para resolver el problema del SGSSS.

Uno de los grandes inconvenientes es que existen dos concepciones del servicio público de la salud. La primera corresponde a que el Estado es quien debe ser el gestor y responsable de este servicio. La segunda hace referencia a que es el mercado quien debe hacerlo.

⁹⁴ Ver Héller Wolfgang. Diccionario de Economía Política. Editorial Labor S.A. Barcelona 1965. p.127

⁹⁵ Ver Héller Wolfgang. Diccionario de Economía Política. p.127

⁹⁶ Ver Bobbio, Norberto, Matteucci, Nicola y Pasquino Gianfranco. *Diccionario de Ciencia Política*. 1998. p. 391

La realidad es que muchas personas están a la deriva desde que se montó el SNS, se quedaron por fuera del Sistema. Su inclusión al mismo demanda muchos recursos que no están disponibles porque el Estado tiene diversos intereses comprometidos, como la seguridad, el conflicto interno, la educación; que impiden que se canalicen los recursos para garantizar este servicio; y por otro lado, los recursos que se destinan para este gasto no han fluido eficientemente o han sido mal utilizados por las EPS.⁹⁷

3.1. CRISIS DE 2001

Tras la crisis fiscal de 1999 el sector salud se vio gravemente afectado, en tanto que la base de su funcionamiento es el aporte de los ciudadanos empleados. A principios de los 90's y hasta mitad de la década, Colombia experimentó un notable crecimiento económico,⁹⁸ pero como todo ciclo económico, en algún momento tenía que descender.

Desde 1995 la economía colombiana empezó a registrar saldos negativos en sus cuentas, las ganancias comenzaron a disminuir y las pérdidas a aumentar, generando un aumento en el desempleo y disminución de salarios,⁹⁹ que afectó directamente la sostenibilidad del Sistema de Salud.

Sin embargo, la crisis financiera solo aceleró y resaltó los efectos negativos que la Ley 100 traía consigo y habían estado ocultos tras los buenos rendimientos económicos de mediados de los 90's. El problema es que el Sistema no es sostenible como se había pensado, y son varias las fallas con las que surgió el mismo.¹⁰⁰

Para empezar, en el tema de la universalización de la cobertura, para el 2001 había 24.310.576 colombianos afiliados al SGSSS, que representaban el 56.4% de la

⁹⁷Comparar Anexo 4 Documento. 2°. Intervención *del HR Simón Gaviria*.

⁹⁸Comparar Gaviria, Cesar. "Años Turbulentos". *Revista Semana*. (19 de marzo de 2001). Documento electrónico.

⁹⁹Comparar "Economía, Salud y Finanzas". *Revista Semana*. (8 de octubre de 2001). Documento electrónico.

¹⁰⁰Comparar "Mal de Salud". *Revista Semana*. (30 de abril de 2001). Documento electrónico.

población.¹⁰¹ El aumento no fue significativo teniendo en cuenta que este resultado en gran medida, fue gracias a la integración de la familia del trabajador al Sistema, población que antes del SGSSS, ya era atendida o recibía servicio de salud.

La meta esperada para el 2001 era la cobertura universal. No se logró porque las medidas que se implementaron no fueron suficientes para que se alcanzara en el plazo establecido, era necesario obtener mayores recursos por medio de las cotizaciones, o disminuir los beneficios del POS, y ninguno de estos requisitos se cumplió.¹⁰²

Además, habían muchos intereses políticos de por medio, tanto así que se mantuvieron los privilegios para Ecopetrol, el Congreso de la República, Telecom, Fuerzas Militares, entre otros. También, gracias al Régimen subsidiado, se empezó a usar el clientelismo político en los municipios, se ofrecían cupos en éste Régimen a cambio de votos, independiente si merecían o no recibir este tipo de subsidios del Estado. Esto generó desequilibrio en el Sistema ya que más o menos unas tres millones de personas que eran potenciales afiliados del régimen contributivo, lograron colarse en el régimen subsidiado.¹⁰³

Por otro lado, las EPS aunque adoptaron una estructura organizacional y financiera característica de las empresas privadas, en la que prevalece la eficiencia para obtener mejores rendimientos financieros, esto no implicó que estas entidades lograran una estabilidad financiera, y menos en medio de la crisis. Actualmente subsisten más de la deuda que de su propio patrimonio, lo que las hace vulnerables en época de crisis.¹⁰⁴

En este sentido, la ausencia de recursos y el estricto control de las EPS sobre las IPS, han jugado en contra de los usuarios, principalmente los de escasos recursos. Esto trajo como consecuencia una crisis hospitalaria, en la cual se cerraron Hospitales como el San Juan de Dios, los tratamientos los prestaban a medias o no los prestaban,

¹⁰¹ Comparar Cardona, Álvaro (et al). "Temas Críticos en la Reforma de la Ley de Seguridad social de Colombia en el Capítulo de Salud". Jan./June 2005.p.124. Documento electrónico.

¹⁰² Comparar "Mal de Salud". *Revista Semana*. Documento electrónico.

¹⁰³ Comparar "Mal de Salud". *Revista Semana*. Documento electrónico.

¹⁰⁴ Comparar "Mal de Salud". *Revista Semana*. Documento electrónico.

y esto sin contar que las condiciones laborales de los médicos habían desmejorado afectando la calidad del servicio de salud.¹⁰⁵

Ahora bien, las estadísticas del Departamento Nacional de Planeación (DANE), para el periodo 2000-2001, muestran que en Colombia se destinó el 33,2% del Gasto Público Social (GPS) al sector salud, que frente a otros países suramericanos como Chile, Brasil y Argentina, que destinaban más del 60% del total del GPS, es un porcentaje bajo, que se encuentra por debajo de la media de la región.¹⁰⁶

Así mismo, teniendo en cuenta el parámetro del número de médicos por cada 100.000 habitantes que presentó el Informe de Desarrollo Humano del 2006, Colombia se encontraba por debajo de la media para el periodo de 1999 y 2004. En este caso, el país contaba con 135 médicos por cada 100.000 habitantes, en relación con Cuba que se encontraba en primer lugar con 591 médicos, y en los últimos lugares países africanos como Tanzania, Nigeria, Malawi, entre otros, no superaron los 5 médicos por 100.000 habitantes.¹⁰⁷ Esto evidencia que el número de médicos no era proporcional al número de habitantes lo que evitaba prestar un buen servicio de salud y dedicarle el tiempo suficiente a cada paciente.

No obstante, los problemas del Sistema son consecuencia de las dificultades en la gestión institucional, entre las que se encuentra la adaptación lenta del sector público al nuevo Sistema, manteniendo altos niveles de burocracia y de clientelismo. De igual forma la falta de acción colectiva de las EPS para enfrentar los problemas que se presentan dentro del mismo,¹⁰⁸ en tanto que un Sistema es la interrelación de diferentes actores, y su equilibrio depende de la estabilidad de todos, no de la solidez independiente de algunos de ellos, que probablemente sea promovida por la competencia y el mercado.

¹⁰⁵ Comparar Rueda Pérez, Gilberto. "Por la Salud". *Revista Semana*. (15 de octubre de 2001). Documento electrónico.

¹⁰⁶ Comparar Cardona López, Alberto. Gasto Público Social Colombia 2000-2010 (Informe Final). Departamento Nacional de Planeación- DNP Gráfica 10, p.17. Documento electrónico.

¹⁰⁷ Comparar "Indicadores de Desarrollo Humanos". En *Informe de Desarrollo Humano 2006, Más Allá de la escasez: Poder, Pobreza y la Crisis Mundial del Agua*. Cuadro 6 Compromiso con la salud: recursos, acceso y servicios. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo(PNUD) pp.301-304

¹⁰⁸ Comparar "Mal de Salud". *Revista Semana*. Consulta electrónica.

Del mismo modo, como lo menciona el Doctor Riveros, se considera que uno de los grandes problemas del Sistema es la falta de integración de todos los actores, principalmente las EPS que promueven la desintegración de éste. En últimas quienes más sufren son los pacientes que son los que sienten directamente el choque de intereses.¹⁰⁹

La implementación de la NGP trajo consigo más restricciones a las condiciones mínimas que debían ser garantizadas a los ciudadanos. El neoliberalismo, específicamente el Consenso de Washington, se adoptó desde 1991, afectando diferentes servicios públicos como la salud y la educación. En general éste Consenso promueve la priorización de los derechos individuales sobre los colectivos, lo que va en contravía de la solidaridad y el interés general, bases fundamentales del Estado Social de Derecho, que define al Estado Colombiano.¹¹⁰

En lo relativo a la salud, éste consenso tiene dos puntos que tuvieron un efecto directo en el sector de los servicios públicos, los cuales se evidencian claramente en la Ley 100: 1. Los cambios en la prioridad del Gasto Público; y 2. La Política de privatizaciones.¹¹¹

El primer punto busca reducir el déficit presupuestario por medio de la disminución de gasto público, priorizando solo los gastos principales como salud, educación e infraestructura.¹¹² Esto se evidencia en el aumento significativo del porcentaje del Gasto Público Social destinado a la salud, que sobrepasó el 70% en el 2002,¹¹³ de acuerdo con las cifras del Departamento Nacional de Planeación.¹¹⁴

¹⁰⁹Comparar Anexo 2. Entrevista. Doctor Rafael Riveros, Director Científico de la Red Hospitalaria Mederi. (16 de agosto de 2012).

¹¹⁰ Ver República de Colombia. “Artículo 1º, Título 1 De los Principios Fundamentales”. En *Constitución Política de Colombia 1991*. Documento electrónico.

¹¹¹ Comparar Casilda Béjar, Ramón. “América Latina y el Consenso de Washington”. Boletín Económico de ICE N° 2803, (26 de abril al 2 de mayo). pp20-22. Documento electrónico.

¹¹² Comparar Casilda. “América Latina y el Consenso de Washington” p.20. Documento electrónico.

¹¹³ Contrastar con Comisión Económica para América Latina-CEPAL. Gasto público social en salud según país cobertura, indicador y período; Gasto Social en Salud como porcentaje del GPS. Gasto Social en América Latina y el Caribe, donde aparece que el porcentaje más alto se presentó en 1995 y 1998 destinándose 28% del GPS a la salud.

¹¹⁴ Comparar Cardona. Gasto Público Social Colombia 2000-2010 (Informe Final). p.17. Documento electrónico.

El segundo punto sobre la Política de privatizaciones, busca reducir la presión en el presupuesto del gobierno, permitiendo que el sector privado se haga cargo de las responsabilidades del Estado, y de esta forma mejorar la eficiencia y calidad en el sector de los servicios públicos. Aunque este punto se puede apreciar en que la participación de las EPS del sector privado es mayoritaria en el SGSSS;¹¹⁵ se puede afirmar que en el caso particular de la salud la participación del sector privado no implicó mayor eficiencia o mejor calidad en el servicio.

3.2. CRISIS DE 2009

Aunque el Sistema de Salud durante los ocho años después de su primer gran desequilibrio no logró estabilizarse, sólo hasta 2009 se intensificó nuevamente la crisis en el SGSSS. El exceso de tutelas exigiendo servicios que se le habían negado a los usuarios y la falta de recursos, fueron los primeros síntomas que se vislumbraron unos años antes.

En el 2008 tras la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, se intentó dar una transformación al Sistema para poder enfrentar las irregularidades que se estaban presentando en la prestación del servicio de salud, especialmente por la institucionalización de las tutelas como mecanismo para que se prestaran los servicios que las EPS o IPS les negaban a los usuarios.

La Corte con esa sentencia ordenó varios cambios, entre ellos la actualización, unificación y acceso al POS; programa y cronograma para la unificación gradual y sostenible del POS; un ranking de las EPS que con mayor frecuencia niegan servicios incluidos en el POS o que se requieran con urgencia; adopción de medidas para garantizar el recobro ágil y oportuno por parte de las EPS; medidas para garantizar que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente; medidas para asegurar la cobertura universal; un informe sobre las acciones de tutela que resuelven los

¹¹⁵Comparar Pereira Arana, Martha Isabel. “La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza”. En *Institut de Recherche et Débat Sur la Gouvernance* (26 de diciembre de 2007) Documento electrónico.

problemas jurídicos planteados en la sentencia, y la creación de una comisión de seguimiento de ésta Sentencia.¹¹⁶

En 2010 se crea la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR), integrada por instituciones académicas, asociaciones de usuarios y organizaciones de la sociedad civil. Esta comisión, tiene por objetivo colaborar con la Corte Constitucional en el seguimiento efectivo al acatamiento de la Sentencia por parte del Gobierno Nacional; y contribuir a la formulación e impulso legislativo de una reforma estructural del SGSSS.¹¹⁷

La CSR ha presentado tres informes en respuesta a los interrogantes planteados por la Corte. El primero referido al ranking de EPS por vulneración del derecho a la salud; el segundo trata sobre las fallas de regulación en los planes de beneficios, y la actualización de estos mismos planes y funcionamiento de los comités técnico científicos; y, finalmente el tercer informe habla sobre la unificación de planes de beneficios, y los procedimientos de recobro.¹¹⁸

Con esto se llega a las primeras conclusiones en las que se considera que existen vacíos en la información entregada y poco avance en el mejoramiento de la prestación de los servicios. Además, para la CSR la coyuntura actual corresponde a un problema de estructura y no de financiamiento ni de regulación. Los problemas estructurales identificados en este sentido son: primero, haber creado el ambiente propicio para la captura de los recursos públicos del SGSSS, por parte de los diferentes actores; segundo, la división del Sistema por capacidad de pago, entre pobres, medios y ricos, que han llevado a la discriminación a los usuarios por el tipo de afiliación.¹¹⁹

¹¹⁶Comparar Lerma, Carlos Alberto. “Crisis en la Salud y los Mandatos Incumplidos de la Corte”. *Razón pública.com*. (12 de junio de 2011). Documento electrónico.

¹¹⁷Comparar Lerma, “Crisis en la Salud y los Mandatos Incumplidos de la Corte”. Documento electrónico.

¹¹⁸Comparar Lerma, “Crisis en la Salud y los Mandatos Incumplidos de la Corte”. Documento electrónico.

¹¹⁹Comparar Pronunciamiento de la CSR Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 y de la Reforma Estructural del Sistema de Seguridad Social en Salud. “Ministro No Más Ajustes a la Ley 100”. Revista Deslinde 52, (Abril/ Mayo de 2013). p.2. Documento electrónico.

De igual manera, el ex ministro de la Protección Social Diego Palacio considera que la crisis del Sistema se debe al pago anticipado a las EPS, permitiendo que estas usaran estos recursos en actividades no relacionadas con el sector; y la falta de una vigilancia más fuerte por parte de los organismos encargados de la misma.¹²⁰

A finales del 2009 estalla una nueva crisis porque las EPS no tienen recursos para seguir prestando los servicios: “precisamente ese es el panorama del acceso a la salud por parte de 10 millones de colombianos pobres que encuentran bloqueadas las puertas a los servicios en hospitales que se declaran en quiebra por las deudas acumuladas en el FOSYGA”¹²¹.

Frente a esta crisis el Estado decretó la Emergencia Social en Salud con el propósito de obtener recursos adicionales para que los Entes Departamentales cubrieran los servicios no POS de los usuarios favorecidos con las sentencias judiciales.¹²² En contrapartida, en abril de 2010 la Corte Constitucional declaró inexecutable la emergencia social, en tanto que los aspectos que se promovían no eran de rango constitucional, y existen las herramientas para que por vía legislativa se les dé trámite.¹²³

Frente a esto, se tomaron diferentes medidas para enfrentar la crisis del Sistema, entre ellas la Ley 1393 de 2010 y la Ley 1438 de 2011. La primera tiene como objetivo obtener mayores recursos para la salud, evitar la evasión de los aportes a la salud y se redefine la destinación de los recursos de este sector. La segunda, hace reformas que deberían ayudar a resolver el problema de la negación de servicios a los pacientes por parte de las EPS o IPS.

La Ley 1438 tiene 11 puntos fundamentales que proponen un cambio aparentemente positivo, pero mantiene los límites existentes en la relación de los médicos con sus pacientes. Un ejemplo claro es el reconocimiento de la autonomía de los médicos para diagnosticar y recetar, sin embargo más adelante aparecen dos

¹²⁰Comparar Anexo 1

¹²¹Ver González Posso, Camilo “Emergencia Social en Salud”. *Indepaz*, noviembre 2009. Documento electrónico.

¹²²Comparar González. “Emergencia Social en Salud”. Documento electrónico.

¹²³Ver “Corte Constitucional confirma que la Emergencia Social es inconstitucional”. En *El Espectador* (16 de abril de 2010). Documento electrónico.

puntos que restringen éste propósito. El primero es que las EPS tienen dos días para resolver las peticiones de medicamentos fuera del POS; y el segundo es la creación de un Comité Técnico Científico a cargo de la Supersalud, como Segunda Instancia que resolverá el caso de una negativa del comité técnico científico de la EPS.¹²⁴

Estas medidas también presentan falencias o contradicciones. Por un lado la Ley concede libertades para que el personal médico recete lo que considere necesario para el paciente, aunque no hay total garantía del suministro de dichos medicamentos.

Por otro lado, el panorama actual no evidencia mejoras en lo relacionado a la segunda Instancia a cargo de la Supersalud. Aun así, en este momento todavía se presentan fallas en el acceso a medicamentos y tratamientos, y las tutelas aun siguen siendo el único mecanismo que tienen los usuarios para que se les preste el tratamiento integral cuando lo necesitan, incluso cuando éste se encuentra incluido en el POS.

Esto solo evidencia lo que menciona en su intervención el Doctor Aldo Enrique Arenas sobre “los remiendos” a la Ley. El aparte de la Ley 100 que regula el servicio social de la salud ha sido reformado en varias ocasiones durante sus 20 años de vigencia y aun así no se han podido solucionar los problemas que el SGSSS presenta, porque las reformas que se han hecho no han tratado de resolver el problema de fondo, solo se han tomado medidas para enfrentar las crisis, pero no para resolverlas definitivamente.¹²⁵

Otros factores importantes a tener en cuenta a la hora de analizar la crisis son la cantidad de médicos que Colombia tenía en el 2009. Para esta época había cerca de 16 médicos por cada 10.000 habitantes,¹²⁶ es decir que por cada 625 habitantes había un médico, lo que permite afirmar que hubo un pequeño avance, en tanto que nueve años antes la relación era de un médico por cada 740 habitantes.

¹²⁴Comparar Congreso de la República de Colombia. “artículos 26 y 27, Capítulo I Disposiciones, Título IV Aseguramiento”. En *Ley 1438 de 2011*. Documento electrónico.

¹²⁵Comparar Anexo 5. Documento. 1º intervención del Dr Aldo Enrique Arenas, en el *Panel 2: El paciente y la prestación de los servicios de salud: la visión de los hospitales*. (23 de abril de 2013)

¹²⁶Comparar Ortiz Monsalve, Luis Carlos, Cubides Zambrano Hernando. “Composición de la oferta de profesionales de medicina en Colombia 2009”. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos, Agosto de 2008. p.2. Documento electrónico.

Con respecto al porcentaje del GPS en salud, se pasó del 33,2% en 2001, a un promedio del 44%. Sin embargo a nivel mundial, Colombia gastaba para el 2009 el 7,6% del PIB en salud, que frente a países como Islas Marshall con 18,9% y Estados Unidos con 17,7%, que son países que destinan mayor porcentaje de recursos con relación al PIB, y Pakistán con el 2,2% del PIB es el que menor invierte en salud. esto permite afirmar que Colombia todavía se encuentra por debajo de la media.¹²⁷

El Doctor Fernando Fonseca hace un análisis parecido en el que menciona que Colombia invierte en salud menos de \$500 dólares por persona al año, que era lo que Francia e Inglaterra invertían hace más de treinta años, y Chile y México hace más de diez años.¹²⁸ Esto evidentemente ha limitado el correcto funcionamiento del Sistema, teniendo en cuenta que lo poco que dan no es suficiente para sostenerlo, y peor aún los diferentes actores lo gastan en lo que no deben.

Lo ideal para resolver el tema de financiación del Sistema, según los expertos economistas, es lograr la estabilidad en el mercado laboral para conseguir que los aportes al Sistema sean mayores y se tienda a disminuir el gasto público social en salud.¹²⁹

Ahora bien, aunque habían transcurrido 16 años de vigencia del SGSSS, para el 2009 aún no se lograba la cobertura universal, si se dio un avance significativo, el 93,4% de la población se encontraba afiliada al SGSSS.¹³⁰ No hay que olvidar que la afiliación no garantiza el acceso real y efectivo al Sistema o servicio de salud, como se habló en los capítulos anteriores.

Tampoco se puede perder de vista los efectos contrarios que trajo consigo la ley 789 de 2002. Esta Ley buscaba reducir costos para los empleadores y de esta manera promover la generación de empleo y ampliar la seguridad social. La implementación de esta Ley sí logró disminuir costos, pero no generó la tasa de

¹²⁷Comparar Banco Mundial-BM. “Gasto en Salud, Total (%del PIB)”. Consulta Electrónica.

¹²⁸Comparar Anexo 5. Documento. 2º Intervención del Dr Fernando Fonseca.

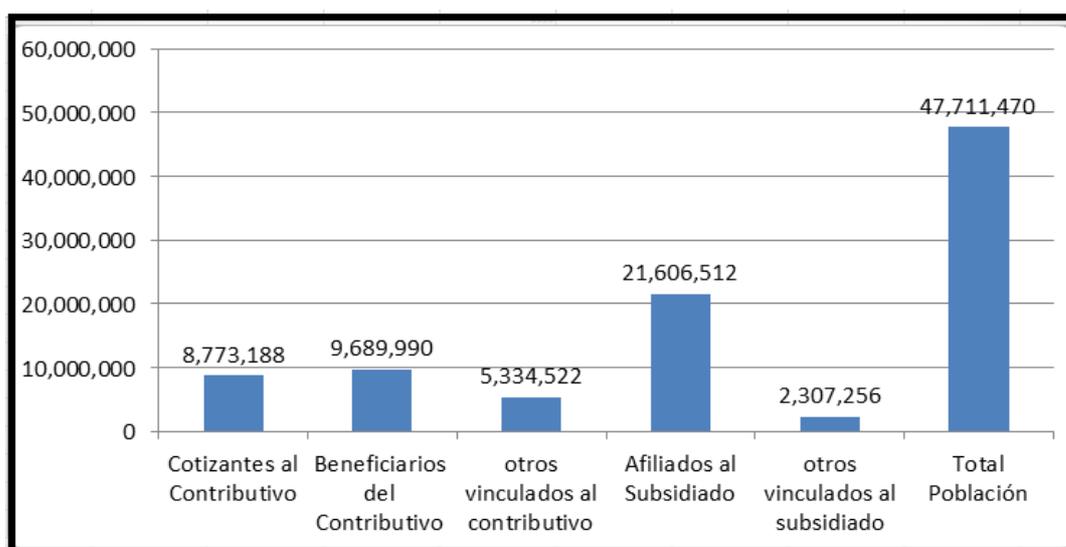
¹²⁹Comparar Clavijo, (et al). “Sostenibilidad de Mediano Plazo del Sistema de Salud y Pensiones”. p.9. Documento electrónico.

¹³⁰Comparar “Balance del SGSSS”. Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Salud Pública, Observatorio en Salud, abril 13 de 2011. p.3. Documento electrónico.

empleo formal que se esperaba, más bien promovió la informalidad, que para el 2010 estaba cerca al 61% de población activa.¹³¹

En este sentido, según los datos aportados por el Ministerio de las Salud, en el 2010, solo 8 millones de personas cotizaban al Sistema de salud, de un total de 47 millones de habitantes. La diferencia se repartía entre 9 millones de beneficiarios de los cotizantes, 5 millones de personas que todavía se encontraban vinculadas al régimen contributivo pero ya habían fallecido o su afiliación se encontraba suspendida, 21 millones de afiliados al subsidiado, y 2 millones de vinculados al régimen subsidiado que ya habían fallecido o se habían retirado del Sistema.

Gráfico 1. Distribución de la Población Afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Fuente: Grafico elaborado por el autor del presente trabajo de grado con base en la información tomada del Ministerio de Salud y Protección Social. “Afiliados BDUA Diciembre 2010”. En Afiliados BDUA Consolidación 2010. 9 de febrero de 2011.

Frente a esto se puede decir que no se ha logrado un equilibrio que garantice la sostenibilidad del Sistema, solo el 18% de la población afiliada cotiza al SGSSS, y se supone que gracias a estos aportes es que se subsidian a los demás afiliados que no

¹³¹Comparar Clavijo, (et al). “Sostenibilidad de Mediano Plazo del Sistema de Salud y Pensiones”. 2011. p.10. Documento electrónico.

cotizan. A simple vista se ve que son muy pocos los cotizantes y sus aportes no alcanzan a cubrir o subsidiar al resto de la población.

Ahora bien, la intensificación de la crisis en el 2009 fue gracias al excesivo uso del recurso de la tutela, que como lo afirma el Doctor Riveros, es un arma de doble filo, ya que si bien permite acceder al tratamiento inmediatamente, generan costos jurídicos y médicos muy altos, que el Estado no debería estar pagando.¹³²

Por último, cabe resaltar la opinión del Doctor Riveros sobre las crisis en el Sistema, a las que considera como enfermedad, en tanto que las crisis son temporales, y en el caso del Sistema de Salud, la crisis se torno permanente. La inacción del Estado para enfrentar la disyuntiva entre el negocio de las EPS y la eficiencia y eficacia que pretenden las IPS, podría terminar en un final fatal del Sistema de Salud.¹³³

¹³² Comparar Anexo 2.

¹³³ Comparar Anexo 2.

4. CONCLUSIONES

Ante la incapacidad real o simulada del Sistema de Salud para atender la salud de los colombianos, aparece la tutela como el principal instrumento para acceder al derecho a la salud. Sin embargo, este recurso se ha transformado en un problema para el SGSSS, en tanto que las EPS se valen de estos recursos para evadir responsabilidades y costos, los cuales termina pagando el FOSYGA, generando desequilibrio financiero en el Sistema de Salud.

La arquitectura organizacional del Estado, es decir el Ministerio de salud, la CRES y la Supersalud, fueron ineficientes e ineficaces en el cumplimiento de su misión, y por ello las EPS que son el eslabón intermedio, responsables de captar los dineros de las cotizaciones al Sistema de Salud, aprovecharon esta debilidad para desviar recursos para sus despropósitos, generando incluso investigaciones de carácter penal.

Las EPS son el mayor problema del Sistema, su papel de intermediario es el que entorpece el mismo, con su excesiva burocracia, trámites, requerimientos y artimañas. Estas han convertido al Sistema ineficaz y poco eficiente, con respecto a los resultados que se esperaban en el momento de la instauración del SGSSS.

La NGP como filosofía e instrumento de gestión que se introduce en el Sistema de Salud Colombiano, está lejos de producir los resultados y las bondades que en abstracto se espera de ella. Esto se explica, por la fricción que se genera por un lado entre la concepción de la salud como derecho o como mercancía, y por otro lado, la concepción de usuario versus cliente. Además, hay que tener en cuenta que la salud es un bien público de primera generación, lo que impide que se excluyan a los usuarios de este servicio y se restrinja el ánimo de lucro y de la rentabilidad.

En este sentido, al ser el Estado el garante de este servicio por su naturaleza solidaria, niega la rentabilidad y por tanto este servicio no puede verse como un negocio, en el que se benefician unos pocos a costa de la salud de la mayoría de la población.

El problema de la participación privada en el Sistema, es que ellos se mueven por la rentabilidad y la eficiencia, sacrificando la calidad y el acceso al servicio. De igual manera, se aprovechan del criterio de la cobertura, inflando cifras para lograr sus objetivos.

Con el Sistema Nacional de Salud la rentabilidad en el negocio de la salud estaba en generar costos excesivos y recetar cuanto medicamento y tratamiento de alto costo fuera posible. Ahora, la ganancia se encuentra en la disminución de costos, restringiendo la actividad médica, evitando recetar medicamentos y tratamientos costosos, y la manera más eficiente es negar los servicios que los pacientes requieren. Así mismo, inflando las cifras del número de afiliados al Sistema, manipulando los precios de los medicamentos en el mercado, y haciendo recobros al FOSYGA.

Aunque se han tomado medidas y se han hecho esfuerzos, no ha sido suficiente para contrarrestar los efectos perversos en el Sistema. Las reformas que se han implementado han atacado superficialmente las fallas que presenta el SGSSS, dejando intacto el problema de fondo. Cabe aclarar, que el Sistema no es perverso, los actores sí lo son, y son los responsables de generar las situaciones conflictivas dentro del Sistema, en tanto que han sido estos, en especial las EPS quienes han tergiversado los objetivos del Sistema, y lo han puesto al servicio de sus intereses.

Si bien no se puede establecer una relación de causalidad, si se puede afirmar que la implementación de la NGP ha propiciado que los actores del Sistema actúen de manera perversa generando situaciones conflictivas en el Sistema de Salud.

Sobre la financiación, se puede decir que así como hay quienes consideran que es el Estado quien debe proporcionar los recursos para que el Sistema funcione como debe ser, hay quienes consideran que entre más gaste el Estado, el Sistema empeorará, en tanto que la concepción del SGSSS se dio bajo la idea de sostenibilidad desde la estabilidad del mercado laboral.

Con respecto a la cobertura, aunque si se ha dado un avance significativo, este criterio, y sus estadísticas se han utilizado por varios actores para presentar buenos resultados, y en algunos casos para sacar provecho, como el caso de las EPS. El gobierno también ha presentado cifras significativas de aumento en la cobertura,

aunque estas no implican que verdaderamente todos los colombianos que se encuentran afiliados al Sistema puedan acceder al servicio de salud.

En cuanto a la calidad se puede decir que se ha visto afectada por las restricciones que se han impuesto a los médicos para recetar medicamentos y tratamientos. De igual manera el detrimento en las condiciones laborales de los médicos ha afectado negativamente el servicio, en tanto que la remuneración de los trabajadores de la salud depende del número de pacientes que atiendan, dándole prioridad a la cantidad y no a la calidad del servicio.

El acceso se ha visto restringido por el exceso de trámites que tanto EPS como IPS han impuesto a los usuarios, lo que evita que en muchos casos el servicio que se presta sea oportuno y eficaz.

Por último, es importante que los usuarios tomen un papel activo en el Sistema de Salud. Conocer sus derechos, beneficios, recursos e incluso hacer un control a los demás actores es parte esencial para que el Sistema funcione correctamente, ya que parte del problema ha sido también la ignorancia sobre sus derechos y beneficios con respecto al POS y el SGSSS.

BIBLIOGRAFÍA

Capítulos o artículos de libro

Guerrero Orozco, Omar. “La Nueva Gerencia Pública: Rasgos Esenciales”. En: Guerrero Orozco, Omar. *Nueva Gerencia Pública: ¿Gobierno Sin Política?* México DF: Ed Fontamara 2004, 53-69.

Guerrero Orozco, Omar. “Neoliberalismo”. En: Guerrero Orozco, Omar. *Nueva Gerencia Pública: ¿Gobierno Sin Política?* México DF: Ed Fontamara. 2004, 71-100.

Guerrero Orozco, Omar. “Opción Pública: Gobierno por Mercado”. En: Guerrero Orozco, Omar. *Nueva Gerencia Pública: ¿Gobierno Sin Política?* México DF: Ed Fontamara. 2004, 141- 172

Guerrero Orozco, Omar. “Los Limites de la Nueva Gerencia Pública”. En: Guerrero Orozco, Omar. *Nueva Gerencia Pública: ¿Gobierno Sin Política?* México DF: Ed Fontamara. 2004, 243- 262

Jaramillo Pérez, Iván. “Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana”. En: Jaramillo Pérez, Iván. *El Futuro de la Salud en Colombia*. Bogotá: Fescol, 4ta edición. 1999, 29-69

Jaramillo Pérez, Iván. “Propósitos de la Ley 100 de 1993”. En: Jaramillo Pérez, Iván. *El Futuro de la Salud en Colombia*. 1999, 61-73

León Martínez, Martín; Robayo G, Gabriel y Valencia A, Oscar. “Desarrollo del Principio de Universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En: León Martínez, Martín; (et al). *¿Por Qué no se logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en Salud?* Bogotá: Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social –Fedesalud. 2002, 9-22.

Mesa-Lago, Carmelo. “El Impacto de las Reformas de Salud en los Principios de Seguridad Social”. En: Mesa-Lago, Carmelo. *Las Reformas de Salud en América Latina y su Impacto en los Principios de la Seguridad Social*. Documentos de Proyecto. Santiago de Chile: Naciones Unidas (ONU)- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, 29-278. Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Cap3.pdf

Ministerio de la Protección Social. “Capítulo 5 Financiamiento del Régimen contributivo y otros procesos”. En *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados Encargados de Adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Informe Final* 156-182. Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Financiamiento%20del%20R%C3%A9gimen%20contributivo%20y%20otros%20procesos.%20CAP%205.pdf>

Ministerio de la Protección Social. “Capítulo 6 Financiamiento del Régimen Subsidiado”. En *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados Encargados de Adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Informe Final* 186-213. Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Financiamiento%20del%20R%C3%A9gimen%20contributivo%20y%20otros%20procesos.%20CAP%205.pdf>

Ministerio de la Protección Social. “Capítulo 6 Indicadores de Experiencia de Atención al Paciente –basado en Mediciones Objetivas”. *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud –INCAS Colombia 2009-*. “Informe”. 285-318 Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <https://www.sos.com.co/ArchivosSubidos/Internet/Publicaciones/SAR/6%20MPS%20INCAS%20FINAL%2024%20junio%20IMPRESION.pdf>

Múnera Ruiz, Leopoldo. “Estado Política y Democracia en el Neoliberalismo”. En: Restrepo Botero, Darío I. *Falacia Neoliberal*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2003, 43-61.

Orozco Africano, Julio Mario. “Marco Histórico de la Reforma”. En: Orozco Africano, Julio Mario. *Porqué Reformar la Reforma* Edición electrónica, Eumed.net. 2006. 9-23. Consultado en julio de 2012. Disponible en la página web <http://es.scribd.com/doc/53037511/3/ANTES-DE-LA-LEY-100-DE-1993>

Orozco Africano, J.M. “Problemas Que Motivaron la Reforma”. En: Orozco Africano, Julio Mario. *Porqué Reformar la Reforma* Edición electrónica, Eumed.net. 2006. 23-33. Consultado en julio de 2012. Disponible en la página web <http://es.scribd.com/doc/53037511/3/ANTES-DE-LA-LEY-100-DE-1993>

Redondo Gómez, Hernán y Guzmán Mora, Fernando. “La Seguridad Social en Colombia”. En: Redondo Gómez, Hernán y Guzmán Mora, Fernando. *La Reforma a la Salud y la Seguridad Social en Colombia*. Medellín: Biblioteca Jurídica Diké, 1999. 61-104

Rodríguez Salazar, Oscar. “La Reforma de Salud desde la Perspectiva del Liberalismo Radical”. En: Restrepo Botero, Darío I. *Falacia Neoliberal*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia 2003. 363-389.

Publicaciones Periódicas Académicas

Bresser Pereira, Luis Carlos, “De la Administración Pública Burocrática a la Gerencial”. *Documentos Debate: Estado, Administración Pública y Sociedad*. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo-CLAD. No. 2 (Ago. 1996): 1-25. Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en la página web: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD15813.00.pdf>

Cardona, Álvaro (et al). “Temas Críticos en la Reforma de la Ley de Seguridad Social de Colombia en el Capítulo de salud”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* Vol. 23 No. 1(enero-junio 2005):117-133. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a11.pdf>

Cardona, Álvaro (et al). “Temas Críticos en la Reforma de la Ley de Seguridad social de Colombia en el Capítulo de Salud”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* Vol. 23 No. 1(enero-junio 2005): 118-133. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/saludsociedad/temas%20criticos.pdf>

Castaño Yepes, Ramón Abel. “Integración Vertical entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*(4 de octubre de 2004):35-51. Consulta realizada en junio de 2013. Disponible en la página web: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2783/2049>

Céspedes, Juan Eduardo (et al). “Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud”. *Revista Salud pública*. Vol. 2(2) (julio 2000): 145-164. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: http://www.google.com.co/url?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CE4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.digital.unal.edu.co%2Findex.php%2Frevsaludpublica%2Farticle%2Fdownload%2F18934%2F19843&ei=RSP6T6zpNsnb0QHr8fXbBg&usg=AFQjCNGfls1kbBf9Uwz4pguIIUu-_WAUIQ&sig2=DZId4H8IeI99buSR4LNPXA

Clavijo, Sergio (et al). “Sostenibilidad de Mediano Plazo del Sistema de Salud y Pensiones”. *Debates de Coyuntura Económica y Social*. Fundación para la

Educación Superior y el Desarrollo-Fedesarrollo. No.88(Noviembre de 2011). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Debate-No-88-Noviembre-2011.pdf>

Cruces Guillermo. “Protección Social en Salud “Los Sistemas de Salud y de Protección Social Frente a los Nuevos Escenarios Epidemiológicos y Demográficos”. *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA.(14 y 15 de noviembre de 2006): 77-111. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Cruces2.pdf>

González Tlazola, Nestor. “Barzelay y la Burocracia: Orientación al Cliente y Participación Ciudadana”. *Revista Electrónica Encrucijada del Centro de Estudios en Administración Pública*.No.5° (Mayo- Agosto 2010): 1-15. Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en la página web: http://ciid.politicas.unam.mx/encrucijadaCEAP/art_n5_05_08_2010/art_ineditos5_2_gonzalez.pdf

Guerrero Orozco, Omar. “El fin de la Nueva Gerencia Pública”; Estado, Gobierno, Gestión Pública; *Revista Chilena de Administración Pública*. N°13 (Junio 2009): 5-22. Consulta realizada en febrero de 2012. Disponible en la página web: <http://www.omarguerrero.org/articulos/elfindelangp.pdf>

Guerrero, Omar, “Nueva Gerencia Pública. ¿Gobierno Sin Política?”. *Revista Venezolana de Gerencia*. Universidad del Zulia Maracaibo.Vol. 8, No. 023,(julio-septiembre 2003): 379-395. Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en pagina web <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29002302>

Hernández, Mario. “El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización”. *Revista de Salud pública*[Online].Vol. 2(2) (julio 2000):121 -144. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en página web: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CFAQFjAA&url=http%3A%2F%2F168.176.160.42%2Findex.php%2Frevsaludpublica%2Farticle%2Fdownload%2F18882%2F19840&ei=B1T6T9OuJ6rW2gWd4ZHkBg&usg=AFQjCNEynCk2y209Zwjzmorr305Opy5zqA&sig2=3jmd01Nw0R64HQkLj7c6vA>

Hernández, Mario.”Reforma Sanitaria, Equidad y Derecho a la Salud en Colombia”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4) (julio-agosto 2002):991-1001. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400007

Jara Navarro, María Inés. “Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera”. *Revista Gerencia Política. Salud*, Bogotá (Colombia), 8 (17) (junio-diciembre de 2009): Reseña. 187-190. Consulta realizada en Julio de 2012. Disponible en la página web:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200012&lng=en&nrm=iso

Casilda Béjar, Ramón. “América Latina y el Consenso de Washington”. Boletín Económico de Información Económica-ICE No. 2803 (del 26 de abril al 2 de mayo): 19-38. Consulta realizada en mayo de 2013. Disponible en la página web http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/14120/original/America_Latina_y_el_consenso_de_Washington.pdf

Málaga, Hernán (et al). “Equidad y Reforma en Salud en Colombia”. *Revista Salud Pública*. [Online]. Vol. 2(3) (noviembre 2000): 193–219. Consulta realizada en

julio de 2012. Disponible en página web:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18936>

Martínez M., Félix. *Por Qué no se Logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en Salud?: A Ocho Años de la Reforma en Colombia*. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social -Fedesalud, 2002

Martínez, Patricia (et al). “Equidad en la Política de Reforma del Sistema de Salud”. *Revista Salud pública* [online]. No.1, Vol.3(1) (marzo 2001): 13-39. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v3n1/v3n1a02.pdf>

Molina Marín, Gloria (et al). “Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera”. *Revista. Gerencia. Política. Salud*.(enero-junio de 2010): 103-117. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web:
http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol_9_n_18_supl/ponencia_panel_2.pdf

Navas Quintero, Andrés (coord.). “La Nueva Gestión Pública, Una Herramienta para el Cambio”. *Revista Perspectiva*. Edición 23 (2010): 36-38. Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en la página web:
<http://www.revistaperspectiva.com/archivos/revista/No%2023/036-038%20PERS%20OK.pdf>

Palacio, Diego (et al). “La Emergencia Social en Salud: ¿Hacia un Mejor Sistema de Salud?”. *Debates de Coyuntura Económica Social*, Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo-Fedesarrollo.No. 79. (Febrero de 2010):Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Debate-C.E.-No.-79.pdf>

Ramírez M. Jaime. “Las exigencias de la Corte Constitucional: ¿Podremos hacer en dos años lo que no hemos hecho en quince?”. En: Millán U, Natalia. *Las Limitaciones Financieras del Sector Salud: ¿Cuáles Deben Ser los Principios y Criterios para Asignar los Recursos para lo no Cubierto por el Plan de Beneficios? Debates de Coyuntura Social*. Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo - Fedesarrollo. No 26 (Octubre de 2008): 63-74. Consultado en julio de 2012. Disponible en la página web <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Debates-de-Coyuntura-Social-No-26.pdf>.

Restrepo, Esteban. “Reflexiones acerca de la Sentencia T-760 de 2008”. En Millán U, Natalia. *Las Limitaciones Financieras del Sector Salud: ¿Cuáles Deben Ser los Principios y Criterios para Asignar los Recursos para lo no Cubierto por el Plan de Beneficios? Debates de Coyuntura Social*. Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo - Fedesarrollo. No 26 (Octubre de 2008): 45-53. Consultado en julio de 2012. Disponible en la página web <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Debates-de-Coyuntura-Social-No-26.pdf>.

Restrepo, Juan Humberto (et al). “La Integración Vertical en el Sistema de Salud Colombiano”. *Revista de Economía Institucional*. No 17, Vol 9, (segundo semestre 2007): 279-308. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: [http://comunicaciones.uexternado.edu.co/revistas/index.php?journal=ecoins&page=article&op=view&path\[\]=10&path\[\]=11](http://comunicaciones.uexternado.edu.co/revistas/index.php?journal=ecoins&page=article&op=view&path[]=10&path[]=11)

Suárez, Fernando. “Las limitaciones financieras del sector salud”. En: Millán U, Natalia. *Las Limitaciones Financieras del Sector Salud: ¿Cuáles Deben Ser los Principios y Criterios para Asignar los Recursos para lo no Cubierto por el Plan de Beneficios? Debates de Coyuntura Social*, Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo - Fedesarrollo. No. 26. (Octubre de 2008): 55-62. Consultado en julio de 2012. Disponible en la página web <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Debates-de-Coyuntura-Social-No-26.pdf>

Otros Documentos

Abad Faciolince, Hector. "Otras Teorías". *Revista Semana*. (5 de agosto de 2006). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/opinion/otras-teorias/96276-3.aspx>

"A revisión de la Corte Ley que Define la Salud como un Derecho Fundamental". *Noticiero CM&*. (20 de junio de 2013). Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.cmi.com.co/?n=109063>

"Antesala al Paseo de la Muerte". *El Espectador*. (25 de octubre de 2012). Consulta realizada en abril de 2013. Disponible en la página web: <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/articulo-383332-antesala-al-paseo-de-muerte>

Así Vamos en Salud. Porcentaje de población afiliada al SGSSS. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>

"Asmedista Destacado de la pediatría, el gremialismo y otros afectos, Doctor Juan Fernando Gómez Ramírez". "Entrevista". Momento Médico, Asmedas Antioquia. Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: http://asmedasantioquia.org/momento_medico/edicion_78/asmedista_destacado.htm

"Balance del SGSSS". Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Salud Pública, Observatorio en Salud. Bogotá, (abril 13 de 2011). Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: http://www.medicina.unal.edu.co/Centros/ObservatorioSalud/pdf/Balance_SGSSS_CAguodelo.pdf

Banco Mundial-BM “El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo. Una Agenda para la Reforma”. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana- OSP. Vol. 103 (6) (Diciembre de 1987):695-709. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v103n6p695.pdf>

Banco Mundial -BM. “Gasto en Salud, Total (% del PIB)”. Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

Banco Mundial- BM. “Informe Sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud. Resumen. Primera edición 1993. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/11/04/000011823_20051104145818/Rendered/PDF/341290spanish.pdf

Bobbio, Norberto, Matteucci, Nicola y Pasquino Gianfranco. *Diccionario de Ciencia Política*. Coord. –redactores Arico, José, Soler Martín y Tula, Jorge. Undécima Edición, 1998. Siglo XXI editores.

Cardona López, Alberto. Gasto Público Social Colombia 2000-2010 (Informe Final). Departamento Nacional de Planeación- DNP. Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=p2u1Td_tVhY%3D&tabid=108

“Caso Saludcoop: Abren Proceso Fiscal Contra Dos Exministros y Varios Directivos de la EPS”. *Revista Semana*.(1 de noviembre de 2011). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/nacion/caso-saludcoop-abren-proceso-fiscal-contra-dos-exministros-varios-directivos-eps/166792-3.aspx>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL. Gasto público social en salud según país cobertura, indicador y período; Gasto Social en Salud como porcentaje del GPS. Gasto Social en América Latina y el Caribe
http://dds.cepal.org/gasto/indicadores/ficha/query1.php?indicador_id=6

Clavijo, Sergio. “Estado de Derecho e Instituciones”.(Marzo2004). Consulta realizada en marzo de 2012. Disponible en la página web:
<http://quimbaya.banrep.gov.co/junta/publicaciones/Clavijo/cortebr0304.pdf>

“Cobertura en Salud ha Aumentado en Colombia, pero Calidad ha Disminuido, Revela Informe. *El Tiempo*. (22 de octubre de 2008). Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en página web:
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4619183>

“Colombia quedó ad portas de cobertura universal en salud”. *El Tiempo*.(7 de agosto de 2011). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web.
<http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-290185-colombia-queda-ad-portas-de-cobertura-universal-salud>

Comisión de Regulación en Salud-CRES. *Fortalezas y Debilidades, Retos Cumplidos y por Cumplir*. “Informe”. (2010). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: http://www.asivamosensalud.org/descargas/fortalezas_debilidades.pdf

Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 y de la Reforma Estructural del Sistema de Seguridad Social en Salud. “Ministro No Más Ajustes a la Ley 100”. *Revista Deslinde* 52.(Abril- Mayo de 2013). Consulta realizada en julio de 2013. Disponible en la página web:
http://www.dignidadeducativa.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1592:derecho-a-la-saludalianza-nacional-por-un-nuevo-modelo-de-salud&catid=20:salud&Itemid=14

“¿Cómo Quedó la Reforma a la Salud tras Aprobarse la Ley Estatutaria”. *El País*.(21 de junio de 2013). Consulta realizada en julio de 2013. Disponible en la página web: <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/como-queda-reforma-salud-tras-aprobarse-ley-estatutaria>

“Congreso Aprobó Reforma de Ley Estatutaria en Salud”. *El País*. (20 de junio de 2013). Consulta realizada en junio de 2013. <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/congreso-aprobo-reforma-ley-estatutaria-salud-y-paso-ultimo-debate>

Congreso de la República de Colombia. *Ley 1393 de 2010*. Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2010/ley_1393_2010.html

Congreso de la República de Colombia. *Ley 1438 de 2011*. Consulta realizada en mayo de 2012. Disponible en la página web: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html

Congreso de la República de Colombia. “Libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud”. *Ley 100 de 1993*. Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en la página web: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr005.html#173

Correa, Jorge. “La Salud No Se Recupera”. *El Tiempo*.(15 de julio de 2001). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en página web: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-438274>

Corte Constitucional. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/otros/Preguntas.php>

“Corte Constitucional confirma que la Emergencia Social es inconstitucional”. *El Espectador*. (16 de abril de 2010). Consulta realizada en marzo de 2012. Disponible en la página web: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo198648-corte-constitucional-confirma-emergencia-social-inconstitucional>

“Doble Afiliación, Otra de las Trampas del Sistema de Salud”. *El Tiempo*. (23 de mayo de 2011). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://m.eltiempo.com/justicia/nuevas-modalidades-de-defraudar-a-la-salud/9432327>

“Economía, salud y finanzas”. *Revista Semana*. (8 de octubre de 2001). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/economia/economia-salud-finanzas/18646-3.aspx>.

“Estructura y Balance del FOSYGA 2008 y Proyección a 2009”. *El Pulso*. No. 131 (agosto de 2009). Consulta realizada en abril de 2012. Disponible en la página web: <http://www.periodicoelpulso.com/html/0908ago/observa/monitoreo.htm>

“Fallo Trascendental Sobre la Salud”. *Revista Semana*. (23 de agosto de 2008). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/enfoque/fallo-trascendental-sobre-salud/114810-3.aspx>

Federación Médica Colombiana. “Declaración de Quibdó sobre la Reforma a la Salud”. Quibdó. (12 y 13 julio 2013). Consulta realizada en julio de 2013. Disponible en la página web: http://www.federacionmedicacolombiana.com/index.php?option=com_content&view=article&id=128:con-la-salud-no-se-juega&catid=43:publicaciones&Itemid=145

Fuentes, Carlos Alberto. “Alejandro Toledo: Entre el Neoliberalismo y la Pared”. *Revista Semana*. (24 de junio de 2002). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en

la página web: <http://www.semana.com/on-line/alejandro-toledo-entre-neoliberalismo-pared/1012-3.aspx>

Gobernación del Cauca. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.cauca.gov.co/la-gobernacion/quienes-somos/servicios?format=feed>

Gómez Buendía, Hernando. “Mal de Salud”. *Revista Semana*. (21 de abril de 2001). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/opinion/articulo/mal-salud/45755-3>

Gómez, Patricia. “Crisis en los Hospitales”. *Revista Semana*. (24 de septiembre de 2001). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/opinion/crisis-hospitales/20534-3.aspx>

González, Karina; Ovalle, Víctor. “Doble Afiliación de los Pobres, Otro Tentáculo del Desfalco a la Salud”. *El Informativo de Sabanalarga*. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: http://www.elinformativo.org/corrupcion_sector_salud.htm

González Posso, Camilo “Emergencia Social en Salud”. *Indepaz*. (Noviembre 2009). Consulta realizada en febrero de 2012. Disponible en la página web: http://www.setianworks.net/indepazHome/index.php?view=article&id=379%3Aemergencia-social-en-salud&option=com_content&Itemid=88

Gualtero Reyes, Marta Lucia (et al). “La Tutela y el Derecho a la Salud” periodo 2006-2008. Defensoría del Pueblo, Bogotá.(2009). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web http://www.semana.com/documents/Doc-1959_2009924.pdf

Gutiérrez de Piñeres Botero, Diana Margarita -Universidad Javeriana. “La Crisis del Sistema de Salud Colombiano, de las Estrategias Legislativas y Judiciales para su

Solución”. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Trabajo de grado de Maestría. Bogotá (2009). Consulta realizada en mayo de 2013. Disponible en la página web: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/447>

Héller Wolfgang. Diccionario de Economía Política. Editorial Labor S.A. Barcelona 1965

Hospital de Usaquén. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.hospitalusaquen.gov.co/informacion-general/glosario>

“Indicadores de Desarrollo Humanos”. En *Informe de Desarrollo Humano 2006, Más Allá de la Escasez: Poder, Pobreza y la Crisis Mundial del Agua*. Cuadro 6 Compromiso con la salud: recursos, acceso y servicios. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo(PNUD) 263-388. Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2006_ES_Complete.pdf

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en la página web:https://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/concepto/concepto_icbf_0026068_2011.html

“Intervención de Saludcoop Podría Durar Hasta Un Año”. *Revista Semana*.(12 de mayo de 2011). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/nacion/intervencion-saludcoop-podria-durar-hasta-ano/156608-3.aspx>

Jaramillo Pérez, Iván, “En la Salud los Niños son los últimos” <http://razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2456-salud.html>

Jaramillo Pérez, Ivan -Ministerio de la Protección Social.“Otro Huevito que se Rompe”.(22 de agosto de 2010). Consultado en julio de 2012. Disponible en la página

web:<http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/1308-el-ministerio-de-proteccion-social-otro-huevito-que-se-rompe.html>

Jaramillo Pérez, Ivan, reportaje de salud pública, entrevista
<http://www.saludcolombia.com/actual/salud39/portad39.htm>

“La Salud No es Una Mercancia”. Entrevista a Germán Velásquez, asesor en las negociaciones del TLC en propiedad intelectual. *Revista Semana*. (12 febrero 2006). Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/economia/salud-no-mercancia/91210-3.aspx>

“La Unificación del POS Arrancara en Medio de Dudas”. *El Espectador*. (29 de junio de 2012). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-356189-unificacion-del-pos-arrancara-medio-de-dudas>

Lerma, Carlos Alberto. “Crisis en la Salud y los Mandatos Incumplidos de la Corte”. *Razón pública.com*. (12 de junio de 2011). Consulta realizada en marzo de 2012. Disponible en la página web: <http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/2129-la-crisis-de-la-salud-y-los-mandatos-incumplidos-de-la-corte.html>

“Los Colegios Irregulares de Saludcoop”. *Revista Semana*. (11 de julio de 2012). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/nacion/colegios-irregulares-saludcoop/180571-3.aspx>

“Los Siete Pecados de Saludcoop”. *Revista Semana*. (2 de junio de 2012). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/nacion/siete-pecados-saludcoop/178186-3.aspx>

“Mala Información. Injusticias y caos tras la planilla de aportes a salud y pensiones. En *Revista Semana*. (8 de julio de 2008). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/on-line/mala-informacion-injusticias-caos-tras-planilla-aportes-salud-pensiones/113418-3.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. “Afiliados BDU A Diciembre 2010”. *Afiliados BDU A Consolidado 2010*. (9 de febrero de 2011). Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. “Plan Obligatorio de Salud”. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/pos.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. “Reajustada UPC para regímenes contributivo y subsidiado”.(30 de noviembre de 2011). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Reajustada-UPC-para-reg%C3%ADmenes-contributivo-y-subsidiado.aspx>

Morales Sánchez, Luis Gonzalo. “El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Colombia”. Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe, Unidad de Financiamiento, Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL. Santiago de Chile, (julio de 1997): 5-53. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/4239/lcl1037e.pdf>

Ortiz Monsalve, Luis Carlos, Cubides Zambrano Hernando. “Composición de la oferta de profesionales de medicina en Colombia 2009”. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos.(Agosto de 2008). Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Hum>

ano%20en%20Salud/COMPOSICI%C3%93N%20OFERTA%20DE%20PROFESIONALES%20EN%20COLOMBIA.pdf

Patiño, José Félix. “Discurso de Posesión como Presidente de la Academia Nacional de Medicina” (1998). Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/disc-jfp.htm>

Pereira Arana, Martha Isabel. “La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza”. En *Institut de Recherche et Débat Sur la Gouvernance*. (26 de diciembre de 2007). Consulta realizada en junio de 2013. Disponible en la página web: <http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/fiche-analyse-276.html>

Preciado, Nestor. “Ley 100 al Tablero”. *Consultorsalud*. (noviembre de 2008): 1-8. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2008/La%20Ley%20100%20al%20tablero%20-%20anunciado%20el%20PLUS.pdf>

“Preguntas y Respuestas para Entender la Intervención a Saludcoop. *Revista Semana*. (14 de mayo de 2011). Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/nacion/preguntas-respuestas-para-entender-intervencion-saludcoop/156734-3.aspx>

Presidencia de la República de Colombia. Decreto Ley 056 de 1975. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: ftp://ftp.camara.gov.co/camara/basedoc/decreto/1975/decreto_0056_1975.html

Presidencia de la República de Colombia –Urna de Cristal “Abecé de la Reforma a la Salud” En *urna de cristal*. (28 de febrero de 2013). Consulta realizada en mayo de 2013. Disponible en la página web: <http://www.urnadecristal.gov.co/gestion-gobierno/abec-de-reforma-a-salud>

“Que Quiere Cambiar la Corte en el Sistema de Salud”. En *Revista Semana*. (25 de agosto de 2008). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/on-line/quiere-cambiar-corte-sistema-salud/114838-3.aspx>

Ramírez Bustamante, Natalia. “¿Tutela o muerte?”. En *Revista Semana*. (4 de junio de 2008). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/opinion/tutela-muerte/112374-3.aspx>

“Reforma a la Salud en Colombia ya Tiene Ponencia Positiva”. En *Vanguardia.com*. (29 de mayo de 2013). Consulta realizada en junio de 2013. Disponible en la página web <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/210370-reforma-a-la-salud-ya-tiene-ponencia-positiva>

República de Colombia. “Capítulo II De los Derechos Fundamentales”. Título II De los Derechos, las Garantías y los deberes. En *Constitución Política de Colombia de 1991*. Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en la página web: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html

República de Colombia. “Título 1 De los Principios Fundamentales”. En *Constitución Política de Colombia 1991*. Consulta realizada en julio de 2013. Disponible en la página web: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991.html

Robledo, Jorge Enrique. “La Ley 100 no es para la Salud sino para el Negocio”. *Movimiento Obrero Independiente Revolucionario –MOIR*. (3 de mayo de 2011). Consulta realizada en abril de 2012. Disponible en la página web <http://www.moir.org.co/La-Ley-100-no-es-para-la-salud.html>

Rueda, María Isabel. “Por qué es que ya No le Gusta que le Digan Neoliberal”. *Revista Semana*. Entrevista al Ex Presidente Cesar Gaviria. (7 de octubre de 2006). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/nacion/no-gusta-digan-neoliberal/97430-3.aspx>

Rueda Pérez, Gilberto. “Por la Salud”. *Revista Semana*. (15 de octubre de 2001). Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/opinion/articulo/por-salud/48974-3>

Sala de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. Corte Constitucional de Colombia. *Seguimiento al Cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008*. Consulta realizada en agosto de 2012. Disponible en la página web: <http://www.assosalud.com/wp-content/uploads/2012/08/Seguimiento-a-la-Sentencia-T-760-de-2008.pdf>

“Salud en Colombia pide remedios”. En *Revista Semana*.(17 de abril de 2008). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/on-line/salud-colombia-pide-remedios/111051-3.aspx>

“Saludcoop. La Caída de un Imperio”. *Revista Semana*. (14 de mayo de 2011). Consulta realizada en junio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/nacion/saludcoop-caida-imperio/156723-3.aspx>

“Saludcoop Sigue en Saldo Rojo”. *Revista Semana*.(2 de julio de 2011). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/enfoque/saludcoop-sigue-saldo-rojo/159603-3.aspx>

Santa Maria, Mauricio (et al). “El sector salud en Colombia: el riesgo moral y la selección adversa en el SGSSS” Documento de trabajo, Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo–Fedesarrollo.(2008). 1-46. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.med->

informatica.net/FMC_CM CB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap3_final.pdf

Santa Maria, Mauricio (et al). “El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de la reforma”. Documento de trabajo, Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo–Fedesarrollo.(2008). 1-59. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: http://www.med-informatica.net/FMC_CM CB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf

Santa Maria, Mauricio (et al). “Un Diagnóstico General del Sector Salud en Colombia: Evolución, Contexto y Principales Retos de un Sistema en Transformación”. Documento de trabajo, Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo–Fedesarrollo.(2008). 1-54. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: http://www.med-informatica.net/FMC_CM CB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf

“¿Se Acabará la Tutelitis en la Salud?”. En *Revista Semana*. (4 de septiembre de 2008). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.semana.com/on-line/acabara-tutelitis-salud/115159-3.aspx>

“Se Agrava la Crisis en la Salud”. *El Tiempo*.(28 de febrero de 2001).Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-602286>

“Sistema de Salud”. *El Tiempo*. (26 de agosto de 2001). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-470102>

“Tambalea el Sistema de Salud”. *El Tiempo*.(28 de febrero de 2001). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-602334>

Universidad Nacional “*Auditoría de Calidad Entidades de Salud*”. Disponible en la página web

https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:4k1VTTPzWoUJ:www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/91337/ayudas/manuales/auditoria1.doc+www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/91337/.../auditoria1.doc&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEEShPfpTb3IPqcG_ZWcSQf137OOJ80smhHWxh7MuiEsipq7wdPnpwVfWqintQ7IH5FuRouORYglWODyVhsEsCAsIAr50qNjdfxVMJ6pfs16z9083i5TozKkx74AviW5j2o6DjR5g2&sig=AHIEtbSaNdp0d7ZAH-OAiiXnvafBoe_7ug

“Usuarios de Semana.com enviaron sus quejas sobre los servicios de las EPS a las que se encuentran afiliados. Expertos responden a sus quejas e indican cuáles son las instancias a las que se puede recurrir cuando las entidades promotoras de salud fallan”. *Revista Semana*.(30 de junio de 2006). Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: http://www.semana.com/wf_ImprimirArticulo.aspx?IdArt=95597

Vélez, Marcela. “La crisis del sistema de salud colombiano. ¡No hay cama!”. En *Revista Deslinde*. Consulta realizada en julio de 2012. Disponible en la página web: http://deslinde.org.co/IMG/pdf/La_crisis_del_sistema_de_salud_colombiano.pdf

Anexo 1. Entrevista. Dr. Diego Palacio Betancourt, Ex Ministro de la Protección Social (19 de junio de 2013).

Natalia Jiménez Esguerra (NJE): De acuerdo con la Constitución Política de Colombia, ¿la salud es un Derecho o un servicio público? ¿Qué implicaciones tiene para los usuarios y para el Estado, qué se entienda de una u otra forma?

Dr Diego Palacio Betancourt (DPB): La Constitución Colombiana prevé que la Salud es un **Servicio Público** a la cual tiene **derecho** la población. Quiere esto decir que no es que exista uno u otro. Existen los dos.

Desde la perspectiva de Servicio Público, el Estado está en la obligación de asegurar que (directa o indirectamente), el [servicio] sistema se preste. Por ejemplo, la telefonía es un servicio público, pero si la persona no tiene capacidad de pago, la persona no tiene teléfono en su casa, aunque debería tener acceso a sistemas de comunicación (teléfono público cerca, etc)

Pero la salud es también un derecho. Es más, es un derecho fundamental. El Estado no solo está en la obligación de asegurar que se preste, sino en la obligación de asegurar el acceso de todos los colombianos a este servicio, independiente de la capacidad de pago de la persona.

NJE: Si las EPS no prestan directamente el servicio, ¿qué rol desempeñan en la cadena desde la demanda del servicio, hasta la cura de la enfermedad?

DPB: Las EPS se concibieron como empresas promotoras de Salud, encargadas de hacer el aseguramiento. Estas entidades se crearon como las encargadas de hacer compras especializadas, en representación de la población afiliada, que les permitiera tener acceso a todos los servicios que estaban contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. Así mismo deben hacer actividades de promoción y prevención que les permita mejorar la salud de sus afiliados y así mismo, disminuir la frecuencia de uso por parte de los usuarios.

Sin embargo, posteriormente algunas EPS crearon red propia de clínicas, con lo cual no solo se volvieron compradoras, sino proveedoras de servicios de salud para sus afiliados.

En el fondo, es la EPS la que directamente debería responder por la salud de la población afiliada y por ofrecer los servicios que esta población debe recibir.

NJE: ¿Por qué se presentan y en qué consisten las crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?

DPB: De acuerdo a una entrevista concedida por el Ministro Alejandro Gaviria, la crisis del sistema es especialmente crisis financiera. Y esta no es porque la cantidad de recursos no sea importante, sino es por el flujo de los recursos del sistema. La demora en el flujo de recursos ha llevado a muchas entidades a enfrentar problemas importantes en las diferentes entidades.

Esta crisis se presenta por diferentes factores. Uno de ellos es que las EPS, a las cuales se les paga en forma anticipada, empezaron a utilizar recursos del sistema para construir infraestructura de salud y para otras actividades.

Otro elemento que influye en la presencia de la crisis es la falta de confianza entre los actores del sistema. Otro factor es la falta de una vigilancia más fuerte por parte de los organismos encargados de la misma.

Así mismo, la falta de legitimidad que algunos de ellos tienen frente a la población en general. En fin, podría uno hacer una larga lista de algunos de los factores que han influido en la crisis.

NJE: Según su criterio, ¿a qué obedece el hecho de que miles de ciudadanos tengan que recurrir a la acción de tutela para acceder al servicio de salud?

DPB: Tengo la convicción que el factor que más influye en la necesidad de recurrir a la tutela, es la ausencia de un plan, claramente definido, que permita saber a qué se tiene derecho y a que no. Aunque esta fue la idea inicial del sistema, la interpretación que el sistema judicial le dio, al ser un derecho fundamental, es que no hay muchas restricciones sobre el acceso a los servicios. De hecho, en la nueva ley orgánica, se prevé que se tendrá derecho a todo, a excepción de los servicios estéticos, aquellos productos o procedimientos que estén en periodo de investigación o a aquellos que, por ser prestados dentro del país, no se deban financiar en el exterior. Existe también, un incentivo económico por parte de algunos actores (por ejemplo de algunos laboratorios) que encontraron en la tutela el mecanismo para vender productos sumamente costosos a los cuales normalmente la población no tiene acceso. Algunos de estos productos, aunque no tengan una investigación seria que certifique su eficiencia y efectividad, logran ser ordenados a través de tutelas y el estado termina pagando unas sumas cuantiosas por estos productos.

Sin embargo, no debemos dejar de reconocer que para algunos ciudadanos, este es un mecanismo importante que les ha permitido tener acceso a servicios que les han podido salvar la vida.

NJE: En su criterio, ¿qué actores deben desaparecer, y cuales deben potencializarse en el actual Sistema de Salud Colombiano?

DPB: Creo que aunque deben desaparecer algunas de las EPS, otras deberían crecer y fortalecerse. En resumen, frente a las EPS, creo que su presencia es importante. Pero creo que sería mejor menos EPS pero más fuertes y más profesionales en su gestión de riesgo.

Me parece que desaparecer el FOSYGA es peligroso. Lo que sí creo es que le deben retirar la función del pago de los recobros.

Creo que debería existir una superintendencia más fuerte.

Creo que los prestadores, (clínicas y hospitales) deberían ir transformándose en cadenas de prestadores que permitan potencializar sus servicios y disminuir los costos de transacción. Así mismo, tener acceso a economías de escala.

Anexo 2. Entrevista. Dr. Rafael Riveros, Director Científico de la Red Hospitalaria Mederi (16 de agosto de 2012)

Natalia Jiménez Esguerra(NJE): De acuerdo con la Constitución Política de Colombia, ¿la salud es un Derecho o un servicio público? ¿Qué implicaciones tiene para los usuarios y para el Estado, qué se entienda de una u otra forma?

Dr Rafael Riveros (DRR): Desde la Constitución de la ley 100, que tiene muchos años de evolución en el gobierno de [del ex presidente] Gaviria y con el Ministerio de Juan Luis Londoño, esas personas hicieron, casi que cuadripartitamente, la Ley 100. La hicieron bien en el sentido en el que obligaron a la conformación de equipos para lograr el cubrimiento en salud. El cubrimiento en salud encaminado primero a un volumen al cubrimiento, segundo a una eficacia en el cubrimiento y tercero a un resultado en el cubrimiento. El gran error, común denominador de la ley 100 hacia acá es que nunca se habló del servicio y de la excelencia misma de este servicio.

Con esta ley aparecieron intermediarios en el sistema, las EPS, que se han encargado de hacer la desintegración y no la integración. Las implicaciones han sido: 1. Que el usuario es quien sufre la desintegración en el diagnóstico y en el tratamiento; 2. La relación entre Estado y aseguradoras no es equilibrada, los aseguradores solo piensan en el negocio. Y la gran pregunta es ¿dónde está el dinero que debería sostener el sistema? El sistema público es un desastre y el privado más o menos.

NJE: Si las EPS no prestan directamente el servicio, ¿qué rol desempeñan en la cadena desde la demanda del servicio, hasta la cura de la enfermedad?

DRR: Las EPS no prestan el servicio pero se han encargado de promover la desintegración del sistema y el paciente es el que siente el choque de intereses. Las IPS por un lado buscan integrar a todos los actores del sistema, que además saldría más barato, se obtendrían mejores resultados, no se repetirían esfuerzos y se generarían más fondos, pero las EPS buscan es desintegrar y el paciente es el que sufre.

Las EPS entonces como intermediadoras y administradoras de los recursos entre el Estado, los pacientes y las IPS en vez de agilizar el proceso lo entorpecen. Su lógica de servicio es completamente diferente a la de los demás actores del sistema.

NJE: ¿Por qué se presentan y en qué consisten las crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?

DRR: Sobre las crisis del sistema, yo no las llamaría crisis, en el sentido en el que una crisis es algo temporal, y en este caso las crisis como usted las llama se han convertido en situación constante, yo diría más bien que de lo que padece el sistema de salud es una enfermedad próxima a desencadenar fatalmente. Enfermedad en el sentido, en el que desde mi punto de vista médico yo veo al sistema como un paciente que llegó un día con una crisis de la que nunca logró recuperarse. En este caso la crisis se torno permanente, y diría que el sistema está enfermo, que se ha tratado de dar soluciones que le han prolongado la vida, pero no se ha atacado la causa de enfermedad. La inacción del Estado para enfrentar la disyuntiva entre el negocio de las EPS y la eficiencia y eficacia que pretenden las IPS; y en afrontar el estrellón que hay entre las EPS y la seguridad social.

En el gobierno de Uribe el intento por resolver las denominadas crisis fue incompleto. Con Santos es una situación paralítica para ver quién cae primero del sistema. En este gobierno no existe expresión clara de la política de salud del Ministerio de Salud. lo que se debe buscar es horizontalizar las EPS para integrar a todos los actores, porque como consecuencia de la desintegración lo que se ve es que por ejemplo en los casos de cáncer, que debería tomar entre unos cuatro o seis meses en determinar el tratamiento, está tomando al menos un año entre idas y venidas entre uno y otro actor del sistema. Luego viene toda la batalla a la que se tienen que someter los pacientes y sus familias para lograr que efectivamente les brinde el tratamiento que se les determine.

NJE: Según su criterio, ¿a qué obedece el hecho de que miles de ciudadanos tengan que recurrir a la acción de tutela para acceder al servicio de salud?

DRR: La tutela aunque es un mecanismo que permite a los pacientes acceder inmediatamente a los servicios o tratamientos que las EPS le han negado, y en este sentido protege el derecho a la salud. Pero considero que la tutela es un arma de doble filo porque permite acceder

inmediatamente al tratamiento y se usa para tratamientos de alto costo. Sin embargo, deberían reglamentarse para disminuir costos jurídicos y médicos, porque el problema es el constante choque entre las EPS y las IPS y la desintegración, porque el sistema tiene recursos con destinación específica para estos tipos de tratamientos de alto costo, como los que requiere el cáncer.

NJE: En su criterio, ¿qué actores deben desaparecer, y cuales deben potencializarse en el actual Sistema de Salud Colombiano?

DRR: En esta pregunta, mi opinión puede ser sesgada en tanto que yo hago parte de una de las IPS. Sin embargo considero que ninguno de los actores que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud debería desaparecer, más bien deberían especializarse y fortalecerse en su rol y funciones. Por ejemplo las IPS deberían fortalecer su rol de promoción de la integración.

No se debe considerar la desaparición de las EPS como solución al problema del Sistema de Salud, porque ellas aparecieron como intermediadoras y administradoras que se suponía iban a retirarles esfuerzos y tareas a los otros actores. Pero el problema no es la figura de las EPS sino la manera equivocada en la que han interpretado sus funciones.

Anexo 3. Documento. “Presentación del Proyecto de la Reforma a la Salud” por parte del Dr. Norman Muñoz, Vice Ministro de la Protección Social; en el Foro *El Paciente Frente a la Reforma a la Salud en Colombia*, celebrado en la Universidad del Rosario. (23 de abril de 2013).

Gracias a la Universidad del Rosario y el periódico El Espectador por abrir este espacio de diálogo digámoslo así para presentar los aspectos centrales de lo que se ha presentado como la reforma a la salud. Venimos en el último mes después de presentada la reforma asistiendo a diversos eventos gestionales, académicos, universidades, etc., con gremios, en audiencias públicas, porque ese es como el principio este es un diálogo abierto esta es una propuesta a la reforma que requiere de este diálogo social y que requiere ser alimentada y mejorada en estos escenarios con los comentarios que se vayan recibiendo.

Yo en el diagnóstico no quiero quedarme mucho porque creo que hay, digamos hay, a pesar de que en algunos casos se ha dicho que un hay un sobre diagnóstico, digamos que hay unos puntos claves que uno debería destacar para explicar el porqué de los temas que están en esta reforma, y eso me permite arrancar por una precisión inicial que hemos venido recibiendo en los diferentes foros, en donde aparecen una diversidad de temas que no necesariamente aparecen en el proyecto de ley, entonces no aparecen de manera explícita temas como atención primaria de salud, no aparecen temas explícitos como el tema de talento humano. Muchos de ellos porque consideramos que en la normatividad actual ya que existen, y muy seguramente lo que falta aquí es generar una política orientada hacia su desarrollo. Entonces digamos que esa es una primera precisión importante de qué tiene la reforma.

En esencia nosotros creemos que aquí ha habido un avance, digamos éste, el sistema de salud colombiano ha tenido tres aspectos destacables, que uno debería preservar en cualquier escenario de reforma que se escoja. El primero de ellos y muy importante, y ustedes muy seguramente si tienen acceso en la página del ministerio, a la presentación y a los documentos de soporte y en especial a la exposición de motivos que se presenta en la ley, uno de ellos tiene que ver con la cobertura. Colombia en más o menos veinte años logro aproximarse ya a la cobertura universal del servicio de salud. Algunos países se demoraron digamos periodos de más de 50, 60 años en hacerlo, Colombia lo logro en veinte años y creo que esa es una ganancia que debemos preservar.

El segundo el tema de la protección financiera digamos nada más crítico y que para cualquier hogar que los efectos que una posible, que una enfermedad puede generar en las finanzas del hogar en términos de gasto de bolsillo. El gasto de bolsillo de Colombia es uno de los más bajos de los países en desarrollo, creemos que esa es una medida importante que hay que preservarla, que hay que mantenerla porque ello permite de alguna manera evitar situaciones críticas en las finanzas de las familias.

Y el tercero el tema de la equidad, Colombia tiene un importante avance en el acceso digamos y en las coberturas de servicios de salud a población pobre que en éste caso, para el caso colombiano ya es cerca de veintidós millones de habitantes que hoy afortunadamente tienen acceso a un mismo plan de beneficios y con algunas de las restricciones pueden tener, digamos acceso a las tecnologías que ofrece en el Sistema de salud. Esos tres temas creo que son importantes, hay que preservarlos son ganancias que uno no puede perder en ningún escenario.

Ahora bien, esta reforma va orientada a resolver problemas que fueron identificados en su momento, en los diferentes diagnósticos, en los diferentes análisis de manera concreta. Uno de ellos tiene que ver con las barreras de acceso. Ese tal vez es uno de los dramas más difíciles para los usuarios, para los pacientes del sistema, saber que se encuentra ante la necesidad de acceder al sistema y verse ante la presencia de una serie de barreras de acceso que evita la oportuna atención de la población. Entonces ese, digamos que es uno de los primeros temas fundamentales y que obviamente esta dentro de los objetivos centrales de la reforma. Dos la calidad, digamos cuando uno avanza en cobertura vienen otras series de demandas que hay que mejorar, y en este caso la calidad de los servicios de salud, y ustedes lo pueden ver en las encuestas que se le hacen a los usuarios y a la población, qué es lo que ustedes demandaría digamos en términos de mejora del sistema de salud, y en muchas de ellas aparecen casi en los primeros lugares los temas de calidad de los servicios de salud.

Un tercer elemento central de este diagnóstico y que a la vez me sirve en esta numeración de objetivos tiene que ver con la recuperación de confianza. Este es un sistema que por diversas razones y en virtud de toda esta situación de crisis digámoslo así, que se ha venido extendiendo por años, ha generado desconfianza entre los diferentes actores.

Es difícil en ocasiones poder sentar a los diferentes a los actores en un mismo escenario para debatir de una manera objetiva, de una manera abierta, sobre los problemas del sistema, y desconfianza en este caso, de los usuarios del sistema. Ustedes han visto la aparición de temas

como corrupción, temas como desvío de recursos etc, que van minando la confianza de todos los actores en el sistema, y creemos que aquí es importante ir ganando y recuperando confianza en este sector.

Y un último objetivo tiene que ver con la transparencia en el uso de los recursos. Este es un sistema que administra un volumen muy importante de recursos, tanto públicos como privados, solamente en el caso públicos sin sumar los del gasto privado estamos hablando de unos veintiséis billones de pesos. Esto digamos por la estructura que se diseñó digamos lo así, en el sistema de salud, no permitía de alguna forma garantizar que esos recursos fluyeran de una forma transparente y que todo el mundo digamos pudiera ejercer un control efectivo sobre los mismos. Entonces estos cuatro objetivos que he delineado son lo que señalan el norte de lo que se ha propuesto en el proyecto de ley de la reforma ordinaria en salud. Y básicamente para cumplir digamos estos cuatro objetivos hemos diseñado cuatro temas básicos a los cuales me voy a referir, no voy a hacerles detalles generales, pero sí delinear como los objetivos claros de los cuatro puntos básicos.

El primero de ellos tiene que ver con la creación de Salud Mía. Uno en los diferentes foros y los diferentes escenarios inclusive antes de la reforma, siempre en las propuestas encontraba uno la necesidad de tener un fondo único en el cual se administrara la totalidad de los recursos del sistema. En proyectos estatutaria, de ley estatutaria, en proyectos de ley ordinaria, siempre, y oye en los diagnósticos aparecía eso como uno de los principales temas. Pues bien, nosotros también estamos convencidos que hoy digamos después de veinte años, en donde fundamentalmente el sistema financiado a través de las cotizaciones venía siendo recaudado y administrado, digamos en su momento fue una decisión probablemente por el grado de desarrollo institucional que teníamos en ese momento y se le delegó, en este caso en las EPS, el recaudo de administración de recursos; creemos que hoy ya hay una madurez institucional suficiente para que esos recursos sean administrados de una manera única. Creo que ese es un cambio fundamental en la reforma con respecto a lo que hoy existe.

Ese fondo, o "Salud Mía" como está escrito en la reforma, tendrá tres funciones fundamentales: El primero la función de afiliación, que la gente ya no tenga necesariamente estar afiliada a un tercero sino directamente al sistema de seguridad social, y ese es otro cambio fundamental; Segundo que el recaudo de todos los ingresos fiscales y parafiscales pasen a ser, digamos sean recaudados por Salud Mía, por esta entidad denominada salud Mía. aquí hay que

mencionar un tema importante, recordemos que con la reforma tributaria aprobada en diciembre del año inmediatamente anterior se produjo todo un reacomodamiento de la financiación del sistema, al recomponer o al transformar una parte de las cotizaciones por impuestos generales, en este caso por el CRE. Entonces eso ya de por sí generó un cambio en la estructura de financiación. Entonces todas las fuentes del recurso del sistema van a estar en Salud Mía. Punto importante, y aquí ha venido una gran inquietud especialmente en las entidades territoriales una gran parte del sistema se financia a través de las transferencias.

00:13. Los recursos quiero decirles que de ninguna manera primero porque ese es un derecho constitucional, de modo alguno una ley ordinaria puede entrar a cambiar esa situación lo que está haciendo fundamentalmente es garantizándole la naturaleza y la titularidad del recurso, permitiendo que ese recurso llegue finalmente donde tiene que llegar sin que necesariamente, como se hace hoy en el régimen subsidiado, deba pasar por la Entidad Territorial. Yo quiero decirle, solamente para darles un ejemplo de que esto ya está probado, y realmente en virtud de que ya está probado es que se quiere hacer extensivo todo el sistema, ya lo estamos haciendo con el régimen subsidiado. El régimen subsidiado estamos contando la plata del sistema general de participaciones, la plata del FOSYGA, la plata del presupuesto general de la nación, que antes todas esas platas para que llegaran al hospital se estaban demorando cerca de 120 días con unos problemas innumerables en términos de flujo y disponibilidad para las IPS. Hoy gracias a este mecanismo, los recursos del régimen subsidiado llegan en promedio los primeros 10 días de cada mes de manera anticipada. Entonces eso para demostrarles que el mecanismo ha sido eficiente, ha funcionado, pero tenemos que hacerlo extensivo a todo el sistema no solamente el subsidiado sino también al régimen contributivo.

Y la tercera gran función de salud Mía será el pago directo a los prestadores de servicios de salud, y aquí esto deriva otro de los cambios fundamentales. Gran parte de los problemas identificados en muchos de los diagnósticos tienen que ver con la intermediación financiera, de cómo de alguna manera el hecho de que un asegurador mantenga la liquidez de los recursos, dado que él recauda las cotizaciones y no tenga los incentivos, tenga los incentivos mejor, para mantener esa liquidez el mayor tiempo posible; eso genera todos los problemas en el flujo que finalmente son los que acaban asfixiando en algunos casos a los diferentes actores del sistema. Esa intermediación financiera en el proyecto se acaba, porque todos los giros van a ser hechos directamente a través de esta entidad Salud Mía.

Entonces esas son tres de las funciones centrales ahí hay un mayor detalle, pero yo no voy a entrar a hacerme más extensivo en ello, sino para reiterar el objetivo de tener ésta institución, tener los recursos en un solo fondo, afiliar a toda la población y hacer de manera directa el giro de los recursos a los diferentes prestadores de servicios.

Hemos recibido también bastantes o algunas observaciones sobre la necesidad de salvaguardar corporativamente esta entidad, que va a ser una entidad que va a administrar una proporción importante de los recursos. Hay estamos recibiendo las diferentes propuestas, algunos creen que debería tener una junta directiva un poco más amplia de la que se ha planteado en el proyecto que es un tema que necesariamente tenemos que entrar a revisar. Que sí le pusimos uno de los controles claves y es que fuera supervisado por la Súper Intendencia Financiera. La Súper Intendencia Financiera garantizará, digamos que todas las reglas corporativas que se requieren o que se le aplican al Sistema Financiero se le apliquen este. El segundo elemento tiene que ver con el Mi Plan. El segundo punto de la reforma, de por si digamos el plan actual, el Plan Obligatorio de Salud tiene una gran diversidad de tecnologías, procedimientos, medicamentos incluidos o reconocidos por parte del sistema, pero hay otro gran universo que hoy se encuentra por fuera, que es lo que se ha venido conformando como el NO POS y ha eso venido generando las zonas grises y toda una serie de dificultades alrededor del sistema. Esa lista explícita que hoy es el plan de beneficios se cambia por una lista implícita y ahí hay otro cambio de fondo con lo que tenemos hoy. Esa lista implícita, y en general, debe incluir todas las tecnologías disponibles en el sistema, pero con unas reglas específicas de control a la entrada. Ustedes saben que Colombia en menos de cuatro años subió su NO POS de más o menos cien mil millones a dos millones cuatrocientos mil millones de pesos y eso al final a lo que iba a llevar, o a lo que llevo en muchos casos es a un gran atrapa miento de recursos y problemas entre los diferentes actores, que derivó al final en un crecimiento de cartera entre todos los actores.

Entonces este plan es un plan implícito digámoslo así, pero con una lista exclusiones explícita, y ese digamos es el gran cambio. Una lista de exclusiones explícita en donde esta lo estético, donde esta lo suntuario, donde esta lo que definitivamente el sistema de salud no pueda reconocer. Hay por ejemplo en algunos casos algunas terapias que han venido proliferando en algunas regiones del País, en algunos casos sin la suficiente evidencia científica y técnica de que eso efectivamente tiene un efecto terapéutico eficaz, pero que el sistema ha tenido que ir reconociendo sin digamos, sin que necesariamente haga parte de su objetivo. Entonces el diseño

cambia, digamos que los incentivos, que lo que estaba pasando era que el POS de alguna forma se señalaba que estaba incluida la tableta, pero no estaba incluido el jarabe, entonces el jarabe era el que finalmente acababa siendo recobrado y creciendo en términos de frecuencia y precio generando todas estas dificultades. Entonces ese esquema. Esto no sería sostenible sin las medidas que sobre control se están planteando en la ley. Ustedes han visto ahí que hemos establecido dos criterios importantes: primero en el tema de patentes, que el ministerio pueda emitir un concepto sobre las patentes de tecnologías especialmente en medicamentos, cuando estas llegan o van a ingresar al país; y dos la evaluación de eficacia no solamente científica sino también en términos de costos, que deberá ser en este caso ejecutada a través del Instituto de Evaluación de Tecnologías. Se ha dicho el país no tiene como financiar este plan. Más o menos en los cálculos que hemos hecho, incluyendo las tecnologías que efectivamente se requieren y han venido siendo demandadas por el sistema, hemos hecho un cálculo de que aproximadamente esto requiere un ajuste de aproximadamente un 15 o 17 %. Hemos corrido los escenarios financieros necesarios, y creemos que Mi Plan con cerca de un billón de pesos adicionales, que están digamos, un poco apalancados con las nuevas fuentes de financiación del sistema, y con la reorganización de muchas de ellas, es financiable. Podemos financiar este plan implícito de manera

El tercer elemento importante tiene que ver con los gestores de servicios de salud. Una de las propuestas era, usted debe tener un fondo, y ese fondo debe girarle directamente a los prestadores, pues muy seguramente en ese esquema probablemente hubiéramos tenido unas dificultades muy grandes, muy rápidas, porque como simplemente ya pasó en el caso de los recobros cuando los actores le empezaron a cobrar directamente al sistema, llegó a un punto total, que se volvió prácticamente insostenible. Por eso creemos que debe haber entre el fondo y los prestadores de servicios, un agente que cumpla dos funciones centrales: Primero un agente que con otros incentivos, se encargue de hacer de hacer gestión de salud; y un agente que como segundo objetivo nos ayude a preservar y a cuidar los recursos del sistema.

Algunos me han dicho que Gestores son EPS con nombre distinto, ha habido digamos, observaciones sobre ese punto. Yo les digo, los incentivos que se le cambian a éste agente intermedio, son completamente distintos. Primero porque ya no intermedian recursos, entonces ya no tiene incentivos a que los recursos, o a generar aduanas para que los recursos no lleguen finalmente al prestador. Los sistemas de remuneración cambian, obviamente este gestor va hacer

unas funciones de llevar al paciente por el sistema, pero fundamentalmente su desempeño se va medir en términos de resultados de salud, ahí es donde va a estar el secreto del éxito o del fracaso que tenga este gestor al interior del sistema.

Entonces esos incentivos se cambian de una manera diametral, y eso, obviamente va a permitir que exista de alguna manera un énfasis distinto al que se ha tenido hoy por parte de este agente intermediario. Hemos establecido que estos agentes deben ser sociedades anónimas, un poco, y ese es un debate que está abierto, en la intención de poder tener un mejor control de quienes son los actores que están detrás de estas instituciones. Hoy tenemos una gran diversidad de actores y de naturalezas en la conformación de las actuales EPS, tenemos cooperativas, tenemos empresas mutuales, cajas de compensación, tenemos una gran diversidad; y eso de alguna manera dificulta, si ustedes lo quieren ver de esta forma, las posibilidades de primero transparencia y segundo de control por parte los diferentes organismos.

Hemos establecido tres posibilidades, que sean privadas, que sean mixtas o que sean públicas. Y aquí viene un punto importante, las Entidades Territoriales en su momento señalan, nosotros podemos administrar el régimen subsidiado, y creemos que tenemos las capacidades para administrar el régimen subsidiado. Lo que estamos diciendo acá, esa es una aspiración válida, pero tiene que ser una aspiración que debe estar en el marco de unas reglas de juego iguales, con unos requerimientos iguales, que permitan preservar lo fundamental, y es que los recursos en este caso, y las funciones propias de este gestor, se cumplan de una manera adecuada.

Entonces aquí es muy diferente, muy diferente, lo que tenemos hoy como EPS a la tarea que se le está encomendando en ésta ley al Gestor. Hay un debate que está abierto, que el Ministro lo ha planteado así, sobre el tema de la integración vertical y que hay que seguirlo dando. Aquí inicialmente en la propuesta se señala como se permite la integración vertical en los niveles básicos, o de alguna manera la razón para que eso esté ahí pasa por el hecho del riesgo de indisponibilidad de oferta de servicio. Entendemos que la integración vertical desordenada genera todo lo que ya conocemos, todo lo que a conocemos, y efectivamente eso no es una situación deseable, pero hay que mirar en términos, digamos, muy objetivos, y en esto el Ministro ha propuesto hacer una mesa abierta en formación en mirarla en diferentes regiones, en términos de servicios tenemos la oferta necesaria para hacerlo. Esa es una pregunta que queda allí, pero digamos esa no es una posición indeclinable por parte nuestra ante la propuesta. Es un tema que necesariamente hay que revisarlo.

Y mencionaría yo como cuarto punto las áreas de gestión sanitaria en las redes. Si ustedes ven las presentaciones que hace el Ministro y en las exposiciones de motivos, el presenta un mapa en donde claramente está pintada la fragmentación de la prestación de los servicios. [...]

Anexo 4. Documento. Intervención en el Panel 1. “Visión de los Partidos Políticos Frente a la Reforma”, por parte del HR Simón Gaviria, el HR Armando Sabarain, y la Presidente del Partido Polo Democrático Alternativo, Clara López; en el Foro *El Paciente Frente a la Reforma a la Salud en Colombia*, celebrado en la Universidad del Rosario. (23 de abril de 2013).

1º Intervención del HR Simón Gaviria —Partido Liberal

Entonces lo que me gustaría a mí hasta acá que si algo que nosotros tenemos para buscar de una manera u otra, la posibilidad de no tener que la gente tenga que acudir a estos derechos es avanzar en el POS integral. El POS integral que acaba siendo “más barato” para el sistema, que lo que tenemos actualmente que es el tema de las barreras y la necesidad de poner una tutela y el desgaste que eso requiere.

El POS integral, no sé si hay una manera exacta para incluir todos los productos, pero nosotros sabemos cuánto nos cuesta el FOSYGA al año, y eso puede ser un POS, más un veinte, veinticinco, treinta, cuarenta por ciento acorde con los estudios correspondientes, que es que la gente tenga derecho a tener sus derechos.

Segundo yo creo que hay una cantidad de mecanismos a través de lo que llamamos el derecho de petición, que pueden reemplazar la tutelitis que tiene ahora el sistema. El derecho de petición ante la de Supersalud y la reglamentación y fortalecimiento del esquema de derecho de petición, podría ayudarnos tanto en costos de sistema como en tiempos, a poder lograr que la gente tenga derecho a sus derechos. Si yo, esto lo vemos en otros sectores, pero si yo a la Supersalud le puedo mandar un derecho de petición preguntándoles si tengo derecho a esto o a lo otro, me pueden responder inmediatamente “sí” y eso debe ser suficiente para la EPS, sin necesidad de orden judicial, para yo poder reclamar mi derecho. Entonces ¿qué es lo que históricamente ha pasado? y les cuento digamos la verdad de la dinámica, la ley estatutaria que la gente habla con tanto bombo y que cree tan importante, que nosotros históricamente la hemos atacado y no hemos dejado que prospere en la comisión primera, porque la ley estatutaria al final del día lo que busca es la reglamentación o acabar derechos de la tutela, y de una manera u otro ponerle muerte a la tutela. Consideramos que la tutela es el mecanismo de refrendación de derechos fundamentales y la principal herramienta que tiene Colombia en materia de sus derechos, cualquier agresión, ataque o poner en riesgo la posibilidad de que la tutela haga

efectivo los derechos del paciente, de un paciente que siente que sus derechos fundamentales a la salud está siendo atropellado; pues acabaríamos nosotros con unos comités científicos o lo que quieren poner, unos comités científicos que quieren imponernos, en remplazo a la tutela, cosa que haría aun mas engorrosa la posibilidad de tener derechos fundamentales en Colombia.

Históricamente lo que hemos visto nosotros en materia de derecho fundamental son, digamos, leyes estatutarias de salud que frente a nuestra, acá lo digo franca posición, a que se restrinja el derecho a la tutela que es la manera, que es la salvaguarda final y real al derecho del paciente. Entonces acabamos nosotros con unas leyes estatutarias que son poesía, y que son de buenas intenciones, y que hablan de cosas digamos hablan en abstracto, pero no se aterrizan en nada, una cosa puntual y real que la gente pueda utilizar en su día a día.

El derecho a la tutela es lo fundamental para poder lograr que los pacientes, que es lo que ha llevado a los grandes avances sociales en materia de salud en Colombia. El derecho a la tutela es lo que ha permitido la expansión de cobertura y la posibilidad de que los colombianos tengan derecho a tener salud. Si me preguntan a mí digamos ¿cómo debería ser esto? en vez de nosotros ponernos a atacar a la tutela, lo que yo buscaría es fortalecer los mecanismos de derecho de petición, digamos ya establecidos el paciente que tiene derecho a un procedimiento, con el mero derecho de petición de la Supersalud eso debería ser suficiente; y trataría yo de eliminar yo las barreras, y de quitarle, si claro a la EPS le sirve que el paciente ponga la tutela, es que le conviene que ponga la tutela porque recobra contra el FOSYGA más caro, o sin regulación, o sin reglamentación, o con precio de libertad. Entonces en vez de yo ponerme a luchar contra la tutela yo trataría de cambiar los incentivos del Sistema que creo que es algo que la ley mejora de lo que tenemos hoy, en vez de atacar el único, verdadero y eficaz mecanismo de refrendación de derecho a la salud que es la tutela.

1º Intervención del HR Armando Antonio Zabarain, Partido Conservador

Gracias realmente quiero agradecer primero a El Espectador, a la Universidad del Rosario por esta invitación. La pregunta cuándo dicen la dignificación del usuario de los servicios de salud, esa dignificación es una consecuencia, es un producto, es un producto de varias variables. Por ejemplo la Superintendencia de Salud tendría que a través de inspección, vigilancia y control funcionar adecuadamente para eliminar las barreras. En mi concepto, y es lo que hemos discutido en el seno del Partido Conservador, es que nosotros hemos elaborado muchas leyes en el país las

cuales algunas no se reglamentan, otras se vuelven unos sueños no hechos realidad, y venimos desde la ley 100, que tienen algunos resultados no podemos negarlo, el tema de cobertura y estas cosas no todo lo que quisiéramos, pero hay unos avances importantes innegables, la 11-22, la 14-38 dejan unos resultados que buscaban, buscan realmente resolver el problema. La falta de reglamentación en ellas ha echado al traste en muchas de las cosas que tenían como objetivo, por eso esa dignificación del usuario, creo que incluso no se requerirían leyes. Yo creo que con algunos actos administrativos y mucha voluntad política se podría avanzar y avanzar bastante. En mi concepto la ley importante debería ser la estatutaria, pero yo le veo poco de estatutaria, y casi que podríamos pensar que el artículo primero nos ayuda mucho, porque dice allí podríamos hablar de derecho fundamental a la salud, y ahí quedamos porque no le veo mucho mas avance en el tema estatutario como tal.

Esa misma ley en su artículo cuarto se contradice con el doce y para darlo como ejemplo, pero quería mencionar alguno hay muchas otras contradicciones que uno observa. Cuando se habla de la conformación de la junta directiva de fondo único en las estatutarias dice algo diferente a lo que dice en la ordinaria, y yo estaría de acuerdo con las estatutarias, que si fuera más amplia esa junta directiva incluso en pro de la dignificación de los usuarios, la representación de los usuarios y de algunos otros actores, allí sería importante.

Además cuando hablamos de salud pública, nosotros observamos que hoy un problema de salud publica sería catastrófico en el país, los entes territoriales han hecho un ejercicio no tan efectivo como se quisiera. En el articulado uno observa que presentan que se le entrega a parte de los entes territoriales las actividades grupales y las individuales a los gestores. Yo no compartiría eso, yo creo que debe la salud pública centralizarse y a través de convenios con los entes territoriales, aquellos entes territoriales certificados con indicadores nacionales e internacionales que existen de calidad, podríamos entonces si entregarle a esos entes territoriales que tienen ya la capacidad para realizar la salud pública, entonces si delegársela para que la ejerzan; muy parecido a lo que el sistema educativo, los municipios certificados manejan la educación, los no certificados no se le está dando ese manejo. Eso como para mencionar en el tema de salud pública que sería muy importante revisarlo y mirarlo como algo importante, pero en ello no abandonar de seguir la discusión buscando mejores formulas.

Cuando nosotros hablamos de la dignificación del usuario de la del servicio de salud y decimos en el concepto que es un producto y debemos actuar en todas esas variables podríamos

pensar que tendríamos hoy una Superintendencia que no puede funcionar porque no hay un sistema de información. El sistema de información no existe adecuadamente y lo podemos comprobar cuando le solicitamos resultados a una EPS y nos dice unos datos, la IPS produce otros datos, la Superintendencia de Salud unos datos diferentes y el ente rector ósea el Ministerio tiene otros datos. Si no unificamos esto, realmente que podamos esperar cuando llegue el primero de junio y allí la catorce treinta ocho en su articulado menciona la portabilidad. La portabilidad no podría darse si no existe un sistema de información entonces, yo creo que se requiere menos leyes, muchos más actos administrativos con mucha voluntad política y podríamos ir avanzando y entonces, si mirar que requiere realmente modificaciones a través de estas leyes. Es que por ejemplo desapareció el Consejo Nacional de Seguridad Social, pero ahora con esta reforma desaparece también el Defensor del Usuario, y estamos hablando de dignificación del paciente, tenemos que retomar y fortalecer el Defensor del Usuario, ese es un punto importante para seguir en el. Yo estoy seguro que hay mucha voluntad y entre todos podemos avanzar en la búsqueda de una propuesta real que resuelva los problemas de salud.

Una segunda pregunta concreta y les voy a pedir el favor de ser más cortos para que nos alcance el tiempo y la pregunta es ¿Qué opinión tienen sobre la configuración y sostenibilidad de redes integradas de servicios de salud ante la posibilidad de integración vertical que tendrán las gestoras primordialmente en el primer nivel de atención

1º Intervención de la Dra. Clara López, Presidente del Partido Polo Democrático

Bueno, yo pienso que ni la configuración, ni la sostenibilidad de las redes integradas de los servicios públicos y privados de salud está garantizada en el proyecto de ley, precisamente por, bueno por la configuración como un sistema de mercado regulado y no como un sistema público de salud; pero en el segundo lugar y eso si es clarísimo el conflicto de intereses por la integración vertical es patente especialmente siendo el primer nivel de atención por donde se entra al sistema. ¿Eso qué quiere decir? que no vamos a poder integrar de verdad en función de los servicios disponibles un en territorio de atención pública y privada para el globo de los pacientes, si no que vamos a seguir dirigiendo vía la entrada al Sistema por el primer nivel en función de la integración vertical hacia las mismas EPS que son las que, perdón las gestoras de salud, que van a seguir administrando los recursos.[...]
Los territorios de salud y la conversión de las EPS en vez de gestoras en salud en prestadoras que

es efectivamente en lo que se han convertido con los recursos públicos. Y finalmente aclarar de que ninguna manera la ley debe dejar alguna prohibición al respecto, el desvió que han vivido los recursos de salud para la inversión en infraestructura que hoy está en cabeza de las EPS como si fuese de carácter privado, pues debe seguir su curso en las investigaciones que haya adelantado la contraloría y debe eventualmente revertir al sector público toda esa inversión que se le hizo con los recursos públicos, que hoy en día esta apropiada por el sector privado. Una mención es que ese sistema de dirigir a través de la entrada por el primer nivel de salud de las IPS que son las administradoras de salud a toda la red especializada es macabra, y es donde también se genera una falta de atención al derecho fundamental a la salud y a la dignidad del paciente. En Bogotá vimos infinidad de casos en que llegaba el paciente al hospital, se enrutaba a unas IPS de segundo nivel que no tenían ni las condiciones, ni la calidad, pero tenían la ventaja de estar muy alejadas de las familias y de los centros urbanos en donde sencillamente en muchos casos dejaban morir al paciente. Yo pienso que eso no funciona, la integración vertical no debe admitirse, debe prohibirse, y las EPS en vez de cambiarles el nombre para gestoras de salud, deben convertirse en lo que son IPS y hacer una estructuración distinta desde un enfoque de gestión pública de todo el Sistema de Salud del País

2º Intervención del HR Simón Gaviria –

De manera que nosotros los liberales estamos en contra de toda integración vertical, y en mi caso personal yo creo ser el enemigo más grande que tiene la integración vertical. En la 11-22 nosotros logramos por primera vez cincuenta votos en contra de la integración vertical esa fue la reforma que hizo Diego Palacio con el presidente Uribe. En la última reforma, la 14-38, nosotros con la votación, como el mes de diciembre, logramos con el apoyo de compañeros de otros partidos también, el Doctor Sabarain se acordara, de que la medida en la cámara por primera vez se derrotara la integración vertical en la Cámara de Representantes, no tuvimos el mismo éxito en el Senado, en la conciliación digamos perdimos el pulso con el ministro Santamaría. La integración vertical es de las cosas, y por eso las últimas dos reformas de salud que tienen ideas muy novedosas, que creo que tiene temas valiosos en materia de recolección de información, lo que decía Armando en materia de portabilidad de pacientes. Si no hacemos una cosa más fuerte en los incentivos de cómo funciona la integración vertical en Colombia no estamos haciendo nada, y yo creo que es el gran cáncer, además de la corrupción que hay en el sistema de salud.

La reforma avanza desde el punto de vista que pasa, elimina la integración vertical en algunos niveles y lo deja solo para digamos primer nivel, aunque lo que estamos viendo es que la nueva definición del primer nivel adopta una definición tan amplia que casi que cubija todo y deja arriba la integración vertical en Colombia, por eso estamos condicionando el voto liberal a la reforma a cambio del fin total de la integración vertical.

¿Qué es la integración vertical y por qué es tan perversa? La integración vertical según la definió la 11-22 es que la EPS puede contratar hasta el treinta por ciento de sus servicios con sus IPS propias, es decir con hospitales y clínicas propias, esto se viola todo el tiempo y para efectos prácticos las EPS contratan plenamente con sus clínicas y hospitales. ¿Cómo se violan? En el caso de Saludcoop se violaba porque estaban EPS digamos que eran del mismo grupo, pero que eran entidades jurídicas separadas, Cafesalud y las demás, entonces yo puse el treinta por ciento con la mía y el restante yo lo contrato con IPS vinculadas a mi grupo. Entonces ¿Qué es el problema digamos para el paciente en la integración vertical? El problema para el paciente es que si yo soy un hospital perdón, si soy una EPS ¿Cómo gano plata? Yo gano plata del número de afiliados que tenga, entre mas afiliados que tenga más UPC me dan, más plata me dan ¿Cómo pierdo plata? Yo pierdo plata si se enferman, si se enferman dentro del POS o dentro del FOSIGA yo tengo que sacar plata de mi bolsillo y pagarles. Entonces qué es lo que se están haciendo las EPS restringen el servicio ¿por qué? Porque cada vez que alguien se enferma pierden plata y eso ¿Cómo se manifiesta en el día a día de las personas? Pues a lo mejor ustedes se han dado cuenta que se demoran para entregar citas, o ustedes a lo mejor se dan cuenta la cantidad de papeleo y de trámite que hay que conseguir para que a uno le den servicio, o a lo mejor se han dado cuenta que muchas veces, yo se los digo porque fue un caso cercano en mi casa, una persona muy allegada a mi familia tenía cáncer, cáncer, y en vez de hacerle los estudios correspondientes le recetaron acetaminofen. Entonces la cultura de acetaminofen y del ibuprofeno, la presión que ilegalmente aplican muchas EPS sobre pacientes y clínicas que les resultan costosas, y la promulgación, especialmente al momento de los ascensos de la cultura del acetaminofen y ibuprofeno, en torno a las clínicas y hospitales que es que recetan es eso en vez de lo que gente verdaderamente necesita. Entonces eso acaba teniendo un impacto perverso sobre la salud de los colombianos, pero aparte de eso de la dignidad del paciente, pero aparte de eso, cuando yo digo la integración vertical es el corazón de la corrupción de la salud me refiero a esto: Cuando hicimos este debate en la plenaria de la cámara teníamos argumentación de derecho de

paciente, su dignidad y de principios de competencia, y no había pasado todavía el escándalo de Saludcoop. ¿Qué pasa en el mundo real? En el mundo real gran parte de las EPS no tienen dueño, gran parte de las EPS son cooperativas. La cooperativa nace de un modelo de Inglaterra de Manchester del siglo XIX que es que los empleados son los mismos dueños de las empresas, pero lo que acaba pasando es que la junta directiva se vuelven los dueños de facto de la EPS y no existe un verdadero régimen de inhabilidades e incompatibilidades para los ejecutivos de las EPS. Lo estamos tratando de introducir en otra ley que esperamos verlo reflejado, en la otra ley va a salir que es el régimen de sociedades. Pero los dueños tienden a ser los ejecutivos en el caso de Saludcoop era claramente el caso de Palacino, él era el dueño de Saludcoop aunque Saludcoop jurídicamente no tenía dueño, al no haber dueño no hay régimen de inhabilidades y por eso me parece tan importante la sociedad anónima porque si no hay inhabilidades ¿Qué pasa? Como la EPS puede hacer todo tipo de integración vertical pues imagínense ¿de quién es? hipotéticamente hablando ¿Quién construye los hospitales de Saludcoop, algún amigo o el mismo dueño de los ejecutivos ¿A quién le compran los farmacéuticos que manda comprar SaludCoop? algún amigo o? ¿A quién le compran el servicio de comida que se dan? ¿A quién le compran los uniformes de las enfermeras? Pues algún amigo de él. Entonces lo que acaba pasando es que la plata de la salud se la roban a través de integración vertical, se la roban, es que se la roban, no hay otra manera hay un conflicto de intereses claramente demarcado, para no hablar del tema de equipos de fútbol y el tema de canchas de golf y una cantidad de cosas que se construyeron con la plata de la salud. Entonces como ven en la ley pues si conceptualmente es una primera victoria, pero no es lo que requiere el sistema porque permitir integración vertical a nivel primario, pero modificar la definición para que sea tan amplia que se pueda hacer todo, pues no estamos haciendo nada. Yo creo que lo que tenemos que hacer es eliminar de una vez por todas este tema que es genuinamente perverso, no solo por el paciente si no que es por ahí que se roban la plata, porque por ahí es donde sacan la contratación, por donde se roban la plata de la salud. Mucha gente dice que si no fuera por la plata de las EPS, primero la UPC no es para eso, la UPC es para el trato de los pacientes, pero segundo si no fuera por plata de las EPS no habrían clínicas, ni hospitales en Colombia, eso es lo que dicen los amigos de la integración vertical si no fueran por las inversiones que hizo Saludcoop, y Solsalud y no sé qué, entonces no abrían clínicas y hospitales en Colombia. Y es todo lo contrario la causa del déficit crónico de infraestructura tanto pública como privada son las EPS y esto nace de un principio de la competencia. Si yo soy un médico o

soy un grupo de médicos y nosotros tenemos unos ahorros y queremos construir una clínica acá en Bogotá, Si yo no tengo algún amigo en alguna EPS que me direcciona demanda, yo ya me quebré. El sistema de salud es imperfecto, yo no decido ni cuando me enfermo ni que tiene que hacerme para curarme, ni decido a donde voy para recibir mi derecho, a eso me manda mi EPS. Imagínense lo que pasa si la EPS tiene una clínica de ella y una clínica de alguien mas ¿A dónde creen que mandan a los paciente? pues a la de ellos. Uno habla con las EPS que yo he tenido y le dicen, y no todas las EPS son ladronas, hay EPS, digamos que hacen todo al derecho, y le dicen a uno, no es que, lo que acaba pasando es que muchas veces o las utilidades las mantienen a nivel de la EPS, porque le dicen a uno no es que las EPS no hacen plata, viven quebradas, sí, no pobrecitas!, no, pero lo que muchas veces pasa es que se disfrazan, digamos la utilidad a nivel de clínica y hospital. Entonces en que acabamos, acabamos en una situación muy imperfecta, la clínica y hospital de la EPS llena de gente y llena de demanda con clínicas y unas urgencias imposibles; y las que no están vinculadas o no son amigas, vacías, quebrándose, y eso en Bogotá es verdad y en ciudades intermedias es dramático, entonces ¿qué debería ocurrir? que el sector privado y el sector público y las instituciones ya existentes son las llamadas a generar las inversiones correspondientes para suplir la demanda, ¿Por qué no lo hacen? Porque es que como lo tienen hoy no existe la posibilidad de competir en igualdad frente la integración vertical de las EPS en Colombia.

2º Intervención del HR Armando Zabarain

El tema de las redes es un tema que se avanzó bastante en la 1438. Yo creo que lo que mejor se hizo en la 1438 es atención primaria en salud, un tema puntual, que se trabajó duro, quedo para muchas temas para reglamentar, y ahí hemos estado esperando resultados.

Yo pienso que retrocederíamos, si no consolidamos e intentamos más bien fortalecer lo que se hizo en la 1438 con respecto a redes. El viceministro mencionaba algo del tema. Esto de las redes, particularmente, pienso y lo hemos discutido en el partido, pienso que el nivel, todo lo que corresponde a baja complejidad debe, deberá, debería quedar en el ente territorial en su red, aquello que su capacidad no tenga, entonces si contratarlo con privados, pero entonces sería de gran importancia y fortaleceríamos el Sistema público si nosotros le permitimos que el primer nivel de complejidad, que por el que se entra al sistema, quede en manos de los entes territoriales y a su vez cuando su capacidad no se lo permita, entonces si echar mano a la red privada. De ahí

en adelante, todo hoy lo que ya conocemos en la demás complejidad en el tema de que vienen mostrándose en el proyecto. Pero en el partido conservador, también hemos estado mirando lo perverso que es la integración vertical, por eso no la compartimos, por eso nos oponemos a ella y con demencia vamos a insistir que sea eliminada en su integridad, pero lógicamente, proponiendo en el primer nivel de complejidad, como lo estamos planteando, para ser atendido por la red hospitalaria en la, en los entes territoriales.

Hay temas que llaman mucho la atención y excúseme que me retroceda un poquito cuando mencionaba comparar los artículos, decía era comparar el artículo séptimo y doce de la Estatutaria y de la Ordinaria, porque el cuarto no dice eso, el cuarto a lo que corresponde es a lo que menciono el señor Viceministro hace un rato de la inembargabilidad, y esos es muy importante; pero la última partecita fue la que no nos gusto Viceministro, la parte partecita donde dice que “esos recursos públicos que están en la bolsa única, o sea en Salud Mía, cuando se giran al sector, se convierten en privados, eso es lo que no nos gusto, y por eso el Partido Conservador también va a oponerse a esa parte del inciso, no a todo, la parte inicial es perfecta, perfecto eso nos llena de mucha tranquilidad. Ahí si, seguramente errores que se pueden cometer en la transcripción y todas estas cosas, que a veces, pero pueden dejar una huella grave.

Nosotros en el partido también queremos respaldar el aseguramiento, el aseguramiento. Consideramos que el aseguramiento ha demostrado ser muy bueno, el aseguramiento no es lo mismo que EPS, para hacer claridad. El aseguramiento nos ha dado excelentes resultados y tenemos que fortalecerlo, mantenerlo, no podemos desecharlo.

En las conclusiones que nosotros hemos estado sacando desde la evaluación, con algunos expertos en el seno del Partido, en esos temas puntuales en los que nos vamos a oponer en la Reforma presentada, lógicamente presentando alternativas, nos llama mucho la atención que la Superintendencia no se le muestra allí un fortalecimiento.

Anexo 5. Documento. Intervención en el Panel 2. “El Paciente y la Prestación de los Servicios de Salud: la Visión de los Hospitales”, por parte del Dr. Orlando Jaramillo, Dr. Santiago Cabrera, Dr. Fernando Fonseca, Dr. Aldo Enrique Cadena, Sub Secretario Distrital de Salud. En el Foro *El Paciente Frente a la Reforma a la Salud en Colombia*, celebrado en la Universidad del Rosario. (23 de abril de 2013).

1º Intervención del Dr. Orlando Jaramillo, Presidente de Méderi

00:00 Muchas gracias, quiero comenzar por agradecerle a los organizadores, a la Universidad del Rosario, al Doctor Carlos Holmes por la invitación y la oportunidad de estar acá compartiendo de éste importante foro desde que el momento en que pasaron la invitación vi que había un énfasis muy interesante y era el paciente frente a la reforma a la salud y creo que motiva, estimula y genera mucha reflexión alrededor de poner el énfasis en algo que es tanpreciado, por lo menos desde la teoría por todos nosotros. Mientras estaba transcurriendo el evento, estaba pensado ¡oiga! qué será lo que nos pasa a nosotros como País, que todos, o la gran mayoría de los que estamos acá estamos en el sector salud desde hace muchos años, desde cualquiera de las diferentes alternativas como prestadores, como aseguradores, como políticos. Yo creo que han participado los políticos que estaban acá y lamento que a este momento estén tomando café y no nos estén oyendo. Han participado por lo menos en dos de las últimas grandes reformas del sector y contamos las cosas como si estuviéramos hablando de otro País. Ó sea no entiendo por qué nosotros no asumimos la responsabilidad que nos toca como sector y estamos contando un cuento como si no fuéramos nosotros los que lo hemos creado de alguna manera por acción o por omisión.

[...] O Yo no entiendo lo que está pasando o ya no pasa lo que yo estaba entendiendo, pero realmente es algo que llama mucho la atención. Yo creo que, esto lo tengo que decir antes de entrar en forma a la respuesta, y también quiero decir algo que es desde la prestación es interesante. Nosotros somos actores privados, somos sector privado; reconocemos que estamos en un sistema público y no queremos cambiar o privatizar el sistema público ni la política, como tampoco queremos que la política nos vuelva públicos a nosotros. Yo creo que es algo que se nos ha confundido en el tiempo y que no nos permite ver con claridad qué es lo que queremos hacer.

Para entrar ya directamente en la respuesta, quiero traer desde el punto de vista de la ética una reflexión de Adela Cortina que en un libro sobre la construcción de confianza dice que las

empresas se ven enfrentadas a nuevos desafíos que pueden convertirse en obstáculos o por el contrario en grandes oportunidades de crecimiento. Tales desafíos podrían ordenarse en tres grandes rótulos que requieren el ejercicio de tres grandes virtudes. La preocupación por la viabilidad de las empresas que requieren el ejercicio de la prudencia, una prudencia que exige generar y construir confianza, la posibilidad de construir una ciudadanía cosmopolita con ayuda de tecnologías de información que exija ejercitar justicia y la necesidad de asumir la responsabilidad corporativa en el procesos de la globalización recurriendo a la ética empresarial como factor de innovación.

La dignidad es muy difícil, es un valor absoluto porque es inherente a la persona, no se la da nadie y es muy difícil definirla, pero muy fácil describirla. Nosotros la vamos encontrando en nuestro ejercicio en el momento en el que reconocemos al otro como una persona digna, como paciente y como familia, que lo acompañamos en su dolor, que procuramos ser cuidadosos con su privacidad, y por lo tanto entregamos todo nuestro esfuerzo para obtener el mejor resultado posible.

Debemos tener cuidado en no confundir con que las normas nos van a dar toda la claridad que la ética no nos da. La ética es esa vocecita interior que nos dice como debemos comportarnos, y las normas nos vienen de afuera, pero por tener más normas no vamos a tener jamás mejor justicia o mayor justicia. Entonces creo que la apuesta de cara al paciente es muy importante porque nos da una posibilidad de hacer un cambio realmente enfocado sobre los comportamientos que el sector tiene de cara al paciente.

1ª Intervención del Dr. Santiago Cabrera, Presidente Clínica Cardio Infantil.

Bueno mil gracias a todos los miembros directivos de la Universidad del Rosario y al Espectador por invitarnos a éste foro. Este es un tema realmente muy complejo, y cuando uno habla de los temas filosóficos pues tiende uno a entrar en una, a salirse un poquito de la realidad del País, frente a la situación que estamos viviendo.

Yo creo que para todos es muy claro que la crisis que estamos viviendo es incluso es más profunda que la que vivimos en las épocas de los años ochentas con el Seguro Social; y se nos olvida un poco tal vez como lo que decía Orlando, qué es lo que se ha construido, dónde estamos, para dónde vamos y cuáles han sido aquellas cosas positivas que hoy tenemos.

Desafortunadamente la realidad de la crisis nos ha avocado una reforma, donde realmente tenemos unos esquemas de transición, que cómo bien lo decía el vice ministro van a ser dos a tres años, pero realmente existe una gran incertidumbre en todos los actores del sector, de cuál va ser esa realidad que realmente nos va poner en un espacio donde podamos cumplir con nuestra función de atender los pacientes con dignidad.

Uno de los temas que siempre se ha hablado desde la creación de la ley 100 fue el tema de la libre escogencia, por razones que todos ustedes conocen, bajo el mismo esquema que se estructuro, pues realmente eso no fue una opción para los pacientes; se ha hablado de la importancia de la calidad, pero no en el fondo de lo que eso representa, y nosotros si pensamos que la calidad y el desarrollo de Hospitales e infraestructura hospitalaria donde primen los servicios de alta calidad, pues es un elemento fundamental para el desarrollo de nuestra función. Sin esa condición sine qua non vamos a estar expuestos a toda serie de situaciones que ya hemos vivido digamos durante estos últimos veinte años. Definitivamente hablábamos de hospitales acreditados, de hospitales que tengan unos estándares que permitan brindar los servicios acorde a las necesidades del paciente, así hable uno de un sistema en el que podamos mirar los resultados clínicos como un elemento fundamental; y le quedan a uno muchas dudas que con los procesos de transición podemos destruir valor de lo que se ha hecho en el pasado y no aprender de las experiencias positivas y de aquellas cosas que realmente no han funcionado. Eso es un elemento fundamental, porque si nos vemos en la realidad actual, hablamos de una, tal vez como lo decía uno de los panelistas, con una cobertura universal y un acceso universal, y en la práctica eso es un sofisma de distracción. Nosotros si vemos en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, es mucho más evidente en el régimen subsidiado; hoy en día estamos expuestos las entidades hospitalarias a una serie de situaciones que no sabemos cómo actuar. Hay veinti pico millones de personas en el régimen subsidiado, y las administradoras que se crearon para estos fines o muchas han desaparecido otras están en proceso de liquidación, otras no cumplen con su función social para la cual fueron creadas. Cambiar el modelo es la decisión del Estado y las gobernaciones y las alcaldías tendrán que tomar un factor seguramente preponderante en éste proceso de atención. Mientras tanto pues hay deudas de más de tres billones de pesos a las entidades públicas y privadas, que realmente no sabemos cómo hacer ese proceso de transición para poder garantizar que tanto los hospitales públicos se capitalicen y reciban los recursos para poder funcionar de manera apropiada; Y cuando habla uno del régimen contributivo pues estamos

hablando de una situación similar, hablan de dos billones de recobros, tres billones de deudas. Y ese proceso de transición va ser muy complejo y doloroso doce, veinte cuatro, treinta seis meses, cómo se va garantizar que realmente se sostenga el sistema, cuando los hospitales están amenazados de manera importante con flujo de recursos represados. Obviamente este es parte de la tarea, como bien lo decía Norman Julio, pues es uno de los temas que van a tener que trabajar muy fuertemente, porque las situaciones reales en el día a día uno ve el caos que se presenta con las limitaciones de servicios de algunas EPS, creo que para todos es claro que observar las situaciones que han pasado en estos días por ejemplo con las EPS de Bogotá donde la gente tiene que hacer grandes colas para buscar una autorización, pues es un tema que digamos uno mismo dice no tiene sentido que estemos en una sociedad en donde volvamos otra vez a estos esquemas donde la gente tiene que hacer largas colas para obtener una autorización, o EPS del sector privado que cierran sus servicios y tienen que los pacientes que trasladarse a otras EPS generándose unos problemas muy graves en la atención de los pacientes.

De manera que en esa transición, yo si pienso que para todos nosotros tenemos que defender a los pacientes y tenemos una obligación en los hospitales de recibir los pacientes sin importar su condición. Pero de alguna manera tenemos que garantizar que todo ese proceso de transición, sea realmente un proceso que garantice que eso se dé de manera oportuna, porque como les digo hoy, nosotros atendemos la alta complejidad, y atendemos un paciente de no sé, un trasplante de cualquier órgano y eso es un paciente que va a estar vinculado a una institución hospitalaria durante toda su vida. Necesitamos que a esos pacientes se les dé un trato humano, un acceso fácil a las instituciones que los están tratando, y adicionalmente que reciban sus medicamentos de manera permanente, o si no toda esa tarea que hacemos en los hospitales pues se va a ver afectada de manera específica.

Frente al tema de la parte ética, definitivamente pues sabemos que la integración vertical ha generado problema de conflicto de intereses, se está planteado bajo un esquema de lo que sería el primer nivel, el problema es que hay que crearlo. Hay algunas EPS que sabemos que tienen unas muy buenas infraestructuras con unos programas de primero y segundo nivel interesantes, pero no es lo común, por que digamos nosotros los hospitales hemos venido recibiendo una demanda importante de pacientes y de ello es la crisis que estamos viviendo a nivel de las urgencias hospitalarias. Yo creo que uno podría decir que entre un 25 y 30 sea por problema

cultural o por falta de red de primer nivel, tenemos que atender los pacientes de patologías básicas a nivel de los hospitales.

De manera que estas son condiciones difíciles de una transición compleja, donde de alguna manera esa definición para las EPS de ese rol nuevo como gestoras tiene que ser totalmente claro y explícito para que el gobierno pueda armar ese rompecabezas de cuál es ese futuro deseable con ese nuevo rol de las EPS. Creo que las reuniones que he tenido con algunas de las personas que están a cargo de estas instituciones, pues hay una incertidumbre muy compleja. Los hospitales de alguna manera somos el eje vertebral del sistema y tendremos que transformarnos o ajustarnos a esas nuevas reglas del juego que definan el gobierno y la Reforma actual del Sistema. Pero evidentemente aquellos esquemas que permitan la formación de redes, la formación de los esquemas de control del gasto, el tema de cómo realmente nos van a medir por resultados clínicos en función de generar incentivos hacia la calidad, pues es un tema fundamental. Eso en el desarrollo de la Ley 100 se quedó en el papel, hoy creo que hay 22, 23 entidades acreditadas, y realmente sus estímulos positivos hacia la generación de mejores servicios para atender de manera más amable a nuestros los pacientes, está un poco alejado de la realidad

1º Intervención del Dr. Fernando Fonseca, Presidente Clínicas de la Organización Sanitas

Bueno muchas gracias por la invitación al Doctor Holmes y a las Directivas de a Universidad y al periódico el Espectador.

Yo creo que la dignidad del paciente comienza por la claridad en sus derechos. Desde el año sesenta del siglo pasado en Colombia se estableció como un derecho el derecho a la salud. Sin embargo, quizás el desarrollo de hacer tangible y exigible éste derecho, ha sido tal vez la mayor dificultad que ha tenido el Sistema.

Durante los años sesenta y setenta se fue instituyendo el Sistema Nacional de Salud, que buscaba precisamente llenar esa necesidad y cumplir con esa obligación del Estado. Quizás únicamente a raíz de la Reforma constitucional y posteriormente el desarrollo de la Ley 100, se fue configurando un mecanismo claro para que el disfrute de ese derecho fuera una realidad, de esa manera nació la tutela, una manera expedita de poder exigir los derechos fundamentales por las personas.

Apareció por lo menos un esbozo de un plan de beneficios, que enmarcaba cuales eran los derechos de los usuarios y de los pacientes, derechos que eran exigibles y que debían ser brindados a través de la red de Empresas Promotoras de Salud y la red de Prestadoras. Yo creo que parte fundamental es entonces ese plan de beneficios que hoy se ha desdibujado, y que se ha quedado realmente muy atrasado, sea definido claramente por el Ministerio. Yo creo que esa la piedra angular sobre la cual podríamos hacer tangible el derecho a la salud por parte de la población, ¿cuáles son mis derechos? Cuáles son las coberturas?, que el Estado Colombiano y el Sistema de Seguridad Social me brinda como ciudadano. Eso se puede hacer ahora, no creo que necesitemos esperar la expedición de una nueva ley para poder avanzar en este camino. Yo creo que es una tarea pendiente que tiene el Ministerio y que seguramente va acometer, porque no requerimos la expedición de una nueva ley para que se clarifique estos planes de beneficios. Hoy tiene todas las herramientas en sus manos, tiene la capacidad técnica, para sentarse y establecer juiciosamente acorde a la demografía del País, acorde a la epidemiología del país, acorde a la carga a la enfermedad, y obviamente acorde a los recursos que tiene el País para invertir en la atención de lo que se considere planes de beneficios prioritarios.

Para mí, ese es el punto fundamental sobre el cual deberíamos trabajar todos conjuntos, y creo que desde el sector de prestadores y desde las sociedades científicas, es mucho lo que se le puede aportar al Ministerio en el establecimiento de ese plan de beneficios. Evidentemente ese plan de beneficios tiene que llevar de la mano los recursos suficientes para que se pueda por cualquier arquitectura que quedé finalmente en el sistema, si es pública, si es pública y privada, si son gestores, si no so gestores, pero al final va a requerir al País tener los recursos suficientes para financiar el real disfrute de ese plan de beneficios para los usuarios.

Aquí vale la pena mencionar que tenemos que ser cuidadosos en el sentido de no caer en lo qué han caído otros países con grandes planes de beneficios, que terminan generándose las famosas listas de espera, del ejemplo de Canadá, por ejemplo, que es un sistema que muchas veces consideramos como un ejemplo a seguir, con listas de espera gigantescas para poderse atender los pacientes en diferentes patologías; el sistema español adolece de lo mismo, que generan muchos de los sistemas, que por querer abarcar todo, no logran efectivamente priorizar sus planes de beneficios. Ahí valdría la pena por ejemplo mencionar el ejemplo de Chile, que con el Plan Auge logró un acuerdo social, porque esto no es solamente un acuerdo técnico, sino un acuerdo social en el cual la sociedad decida cuales son las cosas que vamos a priorizar; logró

darle un impulso y disminuir las listas de espera que tenía con las patologías que esa sociedad definió como prioritarias.

Entonces para mí el principio de respetar el derecho a la salud, y el principio de la dignidad del paciente es que tenga claramente definidos sus derechos y posea los mecanismos para poder hacer exigibles sus derechos. Nosotros como prestadores creo que tenemos la labor fundamental de mantener las puertas abiertas y de seguir atendiendo a población que llega a acudir a nosotros mediante mecanismos de cualificación científica, pero igualmente cualificación humana, cualificación ética. Todos en nuestros hospitales padecemos los fenómenos sociales que están inmersos en nuestra población, todos tenemos permanentemente casos de violencia intrafamiliar, casos de embarazos de adolescentes, muchos casos de pacientes que no tienen una red social de apoyo para que puedan egresar y seguir el manejo de sus enfermedades de una manera digna y adecuada. O sea yo creo que el entorno es no solamente unos mecanismos de financiación sino unos mecanismos cooperativos que permiten, que permitan el real disfrute del derecho a la salud de los usuarios.

1º Intervención del Dr. Aldo Enrique Cadena Sub Secretario Distrital de Salud

Muchas gracias. La Secretaria de Salud del Distrito saluda a todos los asistentes y agradece esta invitación, esta oportunidad de poder dejar las reflexiones nuestras sobre el Proyecto de Reforma a la salud que presenta el gobierno en estos momentos.

Voy hacer un contexto que de pronto para poder cambiar la dinámica en el asunto. Bueno donde estamos, la crisis donde estamos se debe fundamentalmente a que siempre le hacemos un remiendo a la ley, un pequeño remiendo. Decía José Félix Patiño: “el actual sistema no resiste un remiendo más”, y el problema nuestro de fondo significa que no queremos tomar el toro por los cachos. Entonces nosotros somos tan superficiales en el análisis como lo es la propuesta de reforma que nos presenta el gobierno en estos momentos. Yo quiero señalar eso, y sobre eso quisiera invitar al debate, a que me señalen uno solo de los problemas que aquejan hoy a los colombianos en materia de salud, que se presenta solución en la propuesta que acaba de hacer el gobierno. Este problema no se resuelve cambiándole el nombre a las cosas. Esto no se resuelve con que EPS sigue siendo EPS pero ahora le vamos a llamar Gestoras; esto no se resuelve con que FOSYGA sigue siendo FOSYGA pero ahora le vamos a llamar Salud Mía; ni se resuelve diciendo que el POS pero ahora le vamos a llamar Mi Plan; y públicamente decimos que se

cambio, y se terminaron las EPS y la intermediación y se acabo todo. No eso es una gran mentira, que hay que plantearlo aquí.

Sobre el problema de la dignidad del paciente, que si la reforma, con la reforma se respeta la dignidad del paciente, hay que decir que no, no he escuchado que alguien diga que no, o que demuestre que sí, con la Reforma se irrespeta aun más la reforma de los colombianos. Y se irrespeta por una sencilla razón, y se irrespeta por una sencilla razón porque mientras la salud no salga del mercado, mientras la salud no sea, deje de ser un negocio, mientras usted no esté pendientes de más ganancias, de mayor rentabilidad, usted no está pendiente de respetar derechos humanos, ni salud, ni vida, ni dignidad, ni nada. Lo que importa es la ganancia, ese es el punto central del asunto. Cómo obtienen precisamente las EPS que ahora se llaman gestoras, cómo obtienen sus ganancias, las obtienen sobre la base de que usted, alguien lo dijo ya aquí, lo dijeron los anteriores panelistas, sobre la base de que a usted le nieguen el servicio; sobre la base de que a usted le imponen barreras; sobre la base de que usted una interconsulta se la ponen a cinco, diez meses; sobre la base de que a usted cualquier procedimiento se lo ponen a ocho meses; sobre la base de que un niño que hoy se le detecto un cáncer cuando quieren entregar, como lo dice el mismo Ministerio, en lo que plantea, cuando se le quiere entregar el tratamiento ya han pasado ocho meses, o ya está muerto, porque ahí usted se ahorra una cantidad de recursos, sobre la base de que usted entrega una formula y a los cinco días va a reclamarla y le dicen ya está vencido esto, vaya por otra; sobre la base de entregarle el medicamento incompleto, sobre esa base, sobre la base de no pagarle al prestador; sobre la base de engrosarle las cuentas a todo mundo, sobre esa base se obtienen las ganancias, ese es el negocio. Y cuando usted lo hace sobre esa base no está respetando ni dignidad, ni derechos humanos, ni derecho a la salud, ni derecho a la vida; y la actual Reforma que se presenta, que es lo que vamos a plantear, lo que hace es que profundiza en eso, fortalece las EPS, fortalece el negocio, ahora tienen partidas adicionales, ahora tiene ganancias en los excedentes, sobre la base de incrementar las barreras de acceso. Entonces si la pregunta es sí ésta reforma permite respetar la dignidad del usuario, hay que decir de manera categórica no, porque mientras la salud sea un negocio, un negocio, no hay posibilidad de respeto de nada. Las leyes del mercado están por encima de las legislaciones internas, las leyes del mercado no preguntan sobre derechos humanos, eso no tienen corazón, eso no tiene nada, exclusivamente las ganancias. Entonces sobre esa base no me digan entonces, y entonces me dirán pero usted está exagerando, porque esa reforma no lo plantea, entonces para eso será el

debate ahorita, para que nos planteemos si sí o si no lo plantea, como quiero demostrarlo en ésta mañana.

2º Intervención del Dr. Orlando Jaramillo, Presidente de Méderi

Yo creo que hay un punto donde quisiera arrancar la respuesta, y es que tenemos más temprano que tarde abordar el tema medular de toda esta dificultad en el plan de beneficios, y pegando con la respuesta anterior sobre la dignidad, y es que tenemos una ley estatutaria que está en el congreso, y nos va a permitir la posibilidad de hacer un análisis profundo sobre el núcleo esencial sobre el derecho a la salud, yo creo que mientras eso no quede claro, nosotros como sociedad sin ese acuerdo, yo no voy a entrar a decir si eso significa reducir derechos, ampliar derechos, sino como sociedad ponernos de acuerdo en que vamos a cubrir en ese plan, y ahí si comenzar a definir lo que ya ahora se ha venido llamando durante mucho tiempo zonas grises, precisamente porque no hay claridad en cuáles son los derechos que tenemos.

Yo creo que eso es importante, la Corte lo ha dicho, el derecho puede ser progresivo, no tiene que ser absoluto, si tomamos la vía del derecho absoluto o del derecho relativo, vamos a encontrar un camino, pero no lo hemos discutido y de lado nos pasamos entonces de la lista explícita a la lista implícita, de la positiva a la negativa y dejamos el problema de fondo quieto para no meternos en lo que realmente representa un valor civil e insisto y me adhiero a lo que Fernando dice, que es una forma de empezar a reconocer toda la dignidad de las personas o la dignidad de las personas; y en la parte operativa efectivamente es uno de los grandes pues interrogantes todavía de la Reforma, cuando se pregunta qué va pasar con todo el proceso de la micro gestión y de lo que día a día destruye valor, como han sido los procesos administrativos, que simplemente dan una sensación de control pero no controlan nada. No encontramos una respuesta clara todavía, y yo creo que tenemos que hacer un balance entre esa gran teoría que hay en la macro gestión, donde nos dicen está el acuerdo de los principios generales, a la micro gestión que es donde podemos, los que estamos en el sector real de la salud, saber si la reforma es viable o no de cara al usuario, no de cara a nuestros intereses, sino realmente de cara al usuario que es donde la apuesta es válida; y yo creo que ahí, aprovecho para también meterme en el tema de la integración vertical, donde lo que creo que se tiene que definir no es, hay dos elementos que son para mí claves en la integración, en el análisis de la integración vertical: primero que estamos tomando la integración vertical como un punto de partida y no como un punto de llegada. Yo

quisiera ver que la integración vertical fuera el resultado de un análisis juicioso de un punto de partida que se llama el Análisis del Modelo de Gestión o del Modelo de Atención en Salud, y ahí definimos sí cero, sí todo, sí nada, pero con un propósito, que no solamente reconozca ese modelo de atención, sino que además reconozca las particularidades de las regiones, porque hablar de integración vertical en Bogotá no es lo mismo que hablar de integración vertical en el Chocó y nos está pareciendo como si todo fuera igual; y lo otro es que el marcador de contexto que está por encima de la integración vertical, a mi modo de ver se llama es el abuso de la posición dominante. Yo tengo como prestador dos instituciones, no voy a decir su nombre porque están prohibido los comerciales. Tengo uno que está plenamente integrado, y tengo otro cero integración, y el abuso de la posición dominante lo vivo con los dos. Ninguno me da una diferencia, ni me muestra un camino, porque lo que estamos haciendo es mirando cómo prohibimos algo, que insisto, no responde a la pregunta inicial, y es ¿Cuál es el modelo de atención y de gestión que nosotros necesitamos, para hacer posible la reforma? No es, no comencemos definiendo la integración vertical. Y lo otro que me llama mucho la atención es ver que la integración vertical es muy buena, cuando se habla desde congreso para decir que en los primeros niveles se podría tener; y también para decir que las asociaciones médicas puedan hacer los grupos de integración, Oiga como dirían organicémonos, miremos a ver cuál es la pregunta que queremos respondernos, y ahí nos van apareciendo todos los problemas administrativos que no están generando en este momento valor o agregando valor, sino quitando una gran cantidad de recursos al sistema, sin hablar de la auditoria que es algo que de verdad, si hay auditores acá les pido respeto, les pido disculpas, perdón, por lo que estoy diciendo, o les ofrezco disculpas, pero es algo que dejo de agregar valor, y que creo vale la pena que lo revisemos entre todos los actores del sector.

2º Intervención del Dr. Santiago Cabrera, Presidente Clínica Cardio Infantil.

Yo creo que siguiendo en esa línea, yo creo que la aclaración de los límites de los planes de beneficios, como lo decía Fernando, ha sido pues gran parte del inicio del problema. Ahora, estamos frente a una situación que tenemos que ser pragmáticos, y es que el País tiene los recursos que tiene, y ahí hay una limitación clara, que se contraponen con el desarrollo de la medicina y la tecnología médica. Recientemente el Gobierno creó la, el Instituto de la Alta Tecnología donde se van a evaluar todas estas nuevas elementos para ver si los podemos incluir

en los planes de beneficios. Entonces la reocupación es que ese círculo virtuoso de recursos limitados y para un plan amplio y suficiente, nunca va a tener solución. Eso es digamos una realidad frente a los modelos digamos, de desarrollo de la medicina, y se contrapone un poquito contra todos estos temas que hemos venido hablando, digamos de tener un plan que lo cubra absolutamente todo, y podemos caer en una trampa mortal que realmente, de hecho nos ha llevado a ésta situación. Entonces que vamos a incluir todo lo que no estaba incluido en el POS, entonces se adiciona al Presupuesto General de la Nación una cifra de dos billones, o dos billones y medio o tres billones, lo que consideren que las cuentas dan, para incrementar la UPC a, para que sea suficiente. Pero en la práctica, si ustedes se acuerdan desde que se creó al Ley 100, pasamos más de una década donde no se hizo ninguna revisión de esos planes de beneficios para la gente; y cosas muy sencillas, no estoy hablando de la cirugía de la alta tecnología de alto costo que realmente tendría que estudiarse muy bien si son tecnologías que deben incluirse dentro de los planes de beneficios; pero estamos hablando de por ejemplo de una cirugía laparoscópica, si ustedes se acuerdan, los que son médicos o han trabajado en el sector, yo creo que pasamos más de una década en que el plan de beneficios considerara la cirugía laparoscópica para la colecistectomía como un elemento que debería incluirse porque facilitaba la recuperación del paciente a unos costos que fueran razonables para el Sistema. Entonces digamos que ahí hay un paradigma que nos tocara ver con mucho cuidado, porque en la práctica el incluir todo lo que no estaba incluido pues va a dar aval para que realmente, pero eso no va a parar ahí. Todos los años las personas que trabajan en medicina, los especialistas pues sabemos que el desarrollo de nuevas tecnologías que la innovación en la medicina hacen que haya nuevos tratamientos, nuevas posibilidades, de medicamentos y son costosos, porque así de queda claro lo que está pasando.

Me preocupa mucho el tema de que crear una entidad única que sea el pagador, entendiendo que el flujo directo a los pacientes ha dado una solución a la problemática actual, que de alguna manera digamos, trasferido un poco de tranquilidad a los entes territoriales y a las Entidades del Sector Hospitalario; pero realmente me preocupa que esa eficiencia del Estado frente a ese ente hacia el futuro se pueda volver un ente también burocrático. Todos vivimos, tenemos que aprender del pasado, y me acuerdo que en las épocas del Seguro Social, que era el monopolio estatal para esos temas terminamos viviendo unas situaciones donde la atención a los pacientes fue muy crítica, y realmente llevo a que muchos hospitales, pues realmente perdieran su capacidad de reacción y murieran a través del tiempo; Creo que quedaron pocos hospitales

infantiles en el País, y los pocos que quedan pues enfrentan situaciones muy difíciles frente a los modelos de contratación actual y frente a los esquemas de tarifas.

Entonces hay unos retos que son complejos y esa situación específica de la definición de un plan de beneficios, que independiente permita desarrollar planes complementarios que en algún momento pues puede ser una alternativa también para un grupo de población que tenga capacidad de pago, pero hoy en la práctica esos son creo que mano más de un millón de personas de los 44 millones de colombianos que tienen un tipo de seguridad social. Entonces, si a esos planes complementarios, me pregunto yo, le van a incluir un plan amplio y suficiente, pues el costo de esos planes no va a tener un techo, lo que de alguna manera vamos a llegar es que realmente pues tampoco es que vaya a beneficiar a una población mayor, pensaría uno en sentido práctico, porque en un esquema de aseguramiento como tal, implica tener un plan de beneficios concretos donde los riesgos de salud los puedan medir para poder prestar un servicio específico. Entonces digamos que ahí se plantean también unos interrogantes que mirados de la óptica digamos de las filosofías políticas, diría uno, no es que lo que se está haciendo es limitando mucho más los beneficios de la seguridad social, para que se exploten nuevos esquemas de planes complementarios, para poder de alguna manera sufragar las deficiencias que puedan existir en un momento dado en el sector de seguridad social; y eso puede que no sea tan claro cuando estamos hablando que eso realmente tiene que ser una, un servicio único que esté totalmente integrado

2º Intervención del Dr. Fernando Fonseca, Presidente Clínicas de la Organización Sanitas.

Bueno yo creo que hay ahí, se ha tocado un tema que para mí es muy importante, que es el tema de los recursos que realmente invierte Colombia en el sistema de salud. Nos parece mucho, nos parece poco, queremos tener un sistema de salud óptimo pero los recursos ¿cuáles son los que realmente dispone? Yo los invito a que revisen por ejemplo el atlas del gasto en salud que publico el año pasado la Organización Mundial de la Salud, y uno ahí se encuentra cifras en mi sentir que son bastantes elocuentes. Colombia invierte menos de \$500 dólares por personas/año en salud, esa es la cifra que invertía Francia hace treinta y cinco años, Inglaterra hace treinta años, Chile hace trece años, México hace una década, y únicamente superamos en inversión en salud a Bolivia, Perú y Ecuador. Entonces si la economía está tan bien como hemos oído al Ministro de Hacienda decirlo, pues yo creo que es hora de pensar en que hay que generar, nuevas fuentes de recursos que alimenten el Sistema de Salud para que puedan haber recursos con que

dar una cobertura adecuada al plan de beneficios. Hoy todos hemos, padecemos de lo que se ha mencionado, los costos de transacción entre aseguradores y prestadores de servicios son infinitos la cadena de prestación de servicios sufre permanentemente destrucción de valor, cada día es más difícil pensar en renovación tecnológica, cada día es más difícil pensar en adquirir nueva tecnología o en adquirir nuevos equipos, porque realmente los recursos no alcanzan y yo creo es un punto que tenemos que entrar a reflexionar. Realmente Colombia quiere dar un plan de beneficios, que tipo de plan vamos a dar y por lo tanto tenemos que tener y los recursos suficientes, y buscar las fuentes de financiación adecuadas, para que éste plan sea financiado. Si no creo que viviremos eternamente en esta discusión: que si me endosaron, que si es que me facturo más de la cuenta, de que por qué le puso a un paciente un este medicado y por qué no le puso otra cosa; y creo que no podríamos salir de ese tema. Si mañana el Sistema fuera público y acabara con nosotros los del sector privado, creo que la situación sería exactamente la misma, los hospitales públicos o privados requieren tecnología, requieren de médicos entrenados, requieren de medicamentos, requieren de inversiones permanentes, que si no existen los recursos necesarios pues va a ser prácticamente imposible poderlo mantener.

2º Intervención del Dr. Aldo Enrique Cadena, Sub-Secretario Distrital de Salud

Gracias.

La pregunta es sobre las barreras de acceso. Sin embargo comentemos algunas cosas, estaba de acuerdo con lo de la ley estatutaria, presentamos una conjuntamente con otros sectores, diferente a la que presenta el gobierno. Lo que hemos planteado sobre ello, es que debe dársele trámite primero a la ley estatutaria, antes que a la ley ordinaria, porque en la ley estatutaria están las líneas gruesas, de qué es lo que se va a desarrollar. No puedes comenzar presentando lo que va a desarrollar primero, adivinándola pues; y en la que se presenta hay una contradicción enorme que sería bueno que se mirara, pero para la que presenta el gobierno, una cosa es lo que dice la ley estatutaria y otra cosa lo que va desarrollando, y por aquello son totalmente incompatibles en la mayor parte de sus puntos. Entonces eso es un enredo que nos complica la vida.

Dos. Desde luego que deben haber algunas exclusiones, uno no está de acuerdo que a la gente le paguen el corte de uñas pues, eso no está bien, u otras así. Debe haber ciertas exclusiones. Pero aquí hay una discusión mayor que hay que plantearse, es que cuando; en lo

principal de la salud es que debe ser solidaria, bien poner impuesto el que tiene más paga más y para todo el mundo debe dársele el mismo servicio, y el que no tiene paga, y para ese es gratuito. Lo que no puede ocurrir es que el que no tenga se quede sin el derecho. Entonces cuando no exista el derecho, aparece el principal solidario que se llama Estado, el Estado debe aparecer inmediatamente como solidario e impedir que se le viole el derecho a esa persona que no tiene con que comprarlo cuando estamos hablando del mercado, son cosas diferentes.

Frente al problema de las barreras de acceso, quiero señalar esto: yo dije al comienzo en mi primera intervención, que se inventaban las barreras de acceso, porque hay un estímulo perverso sobre el problema mismo del negocio como se sigue prestando, presentando, y el Proyecto de ley que es lo que hay que develar, sigue existiendo hoy un pago fijo por administración, va existir un estímulo adicional, por unos excedentes financieros que se le van a entregar al gestor, y el excedente financiero a ese gestor, le vienen precisamente de no prestar el servicio para que pueda sobrar el recurso, no hay otra manera. En un territorio cualquiera se le entrega unos recursos por el número de afiliados que tenga, llámese contributivo, subsidiado, cien mil millones de pesos, y él debe demostrar que al final de la jornada, de la vigencia, le sobraron veinte mil, o apenas se gasto veinte mil y le sobraron ochenta. Ese es el excedente, una parte va, de esa parte eso, va para la entidad gestora, va a un fondo de él, a fortalecerlo, o dicen usted directamente utilícelo como quiere, esa es su plata.

Entonces usted comienza a imaginarse entonces, cómo hace la marranada allí. Las barreras crecen porque usted obtiene, esto no es tan romántico de pretender que quien tiene un negocio quiere ganar menos. En este problema cuando está definido y se monta el negocio el que quiere ganar, esto es voraz, esto es insaciable, esto es ganar más y más y más; el problema es la ganancia, como está establecido, y no lo estoy diciendo yo, sino es como lo que ha ocurrido, aquí con la Ley 100. El problema es la ganancia que está llena de trampas, y ganó más el que más trampa hace.

Entonces el problema fundamental en el punto de la salud todo el tiempo, desde luego nosotros no queremos que, y por qué queremos que se vaya acabar el privado si todo el tiempo existió, en éste país todo el tiempo existió, en el anterior Sistema y en éste, siempre existió, pero existió la ética que todo eso lo destrozó y lo acabó éste Sistema aquí lo planteamos, o de qué se quejan los médicos, de qué se quejan los médicos, de todo eso, se acabo autonomía, se acabo ética, se acabo todo.

Entonces aquí, el problema hoy de la buena gestión depende de cuánto recurso le sobre de lo asignado, de la vigencia. Entonces decimos, si eso no desaparece, no va a desaparecer el problema de las barreras de acceso. Desde luego que estamos de acuerdo, si hemos, todo el tiempo convivido con lo privado, y tienen que fortalecerse también como tales, los prestadores como tales, si alguna cosa se quejan los prestadores privados, es que tampoco; hay, que a ellos también los está quebrando, algunas de las EPS, el sesenta por ciento de las EPS hoy están declaradas o insolventes, o intervenidas, o tienen una gran investigación por otras cosas, que nos afecta a los privados y nos afecta a los públicos.

3º Intervención del Dr. Orlando Jaramillo, Presidente de Méderi

Entonces rápidamente dos o tres cositas. La primera es que yo hoy asistí aquí a un planteamiento algo como que se prohíba la venta de martillos en Colombia porque a alguien le fracturaron el cráneo de un martillazo. Yo creo que no, no puede ser tan alegre en la vida, y creo que los sistemas de integración vertical en Colombia y en el mundo, han demostrado que si son bien reglados, que tienen un modo de funcionamiento adecuado, si las instituciones son idóneas, si hacen su trabajo bien, son útiles a los sistemas de salud. Miren ustedes cualquier sistema público, el español, cualquier sistema público sino está integrado verticalmente. Cómo la Secretaria de Salud, o las secretarías de salud del País funcionaban integradas verticalmente para poder dar a través de redes de atención, lo que requerían los pacientes.

Pensar que una Ley prohíba la integración vertical en Colombia me parece terrible, porque no solamente está limitando el esfuerzo de los periodos, sino también los esfuerzos de las entidades públicas, que mañana una secretaria podría estar en a capacidad de hacer, de volverse gestora o lo que fuera, y utilizar su red de servicios. Yo creo que aquí nosotros vamos del timbo al tambo con una alegría que realmente es preocupante. Yo creo que no se puede estigmatizar un sector; yo creo que no se puede satanizar a todo el mundo por un ejemplo por mal bien que este elaborado el ejemplo.

En mi sentir lo de las redes debía plantearse con un ingrediente adicional, y es que estamos enfrentando una realidad demográfica distinta. Nuestros hospitales y nuestras redes de IPS tradicionalmente han estado abiertas a la atención de pacientes especialmente con patologías agudas. Esperamos que lleguen los pacientes porque tienen un cuadro febril, porque tuvieron un trauma, porque tienen un cuadro de patología abdominal, o algunos crónicos que requieren una

medida como el paciente con una lesión renal crónica que acude a una institución como la nuestra, para que le hagamos un trasplante renal o el que tiene una artrosis de cadera que requiere un reemplazo articular. Pero hay una gran masa de pacientes que quizás son los que en buena medida congestionan los hospitales sin necesidad, que son los pacientes que padecen de patologías crónicas. Hoy padecemos de la epidemia de enfermedades no transmisibles que evidentemente crecerán día tras día, y crecerá simplemente porque vivimos más tiempo, y necesariamente mañana tendremos alguna enfermedad crónica. Hoy en día hay un grupo de pacientes cada vez mayor, que padece, dos, tres y hasta cuatro enfermedades crónicas que requieren estar incorporadas en programas distintos a los que tradicionalmente hemos tenido en el Sistema de Salud, tenemos que crear más que redes con modelos de atención en salud donde estos pacientes con patologías crónicas en lugar de que el sistema sea reactivo a sus necesidades, se vuelva proactivo. Necesitamos tener a esta población claramente identificada, necesitamos un gran esfuerzo en medicina domiciliaria, necesitamos incorporar rápidamente las tecnologías de la comunicación en procesos de telemetría, en procesos de lograr que el paciente entienda que es fundamental el auto cuidado y la preservación de su estado de salud y en el evitar complicaciones. Es decir, Yo creo que las redes de prestación de servicio sin duda son fundamentales, o sea uno no puede ofrecer una afiliación a un sistema de salud si no tiene prestadores contratados. Pero adicional a eso e incluso, tenemos que pensar es en modelos nuevos de atención en salud, que quizás en una primera etapa sea más fácil para responsables de la atención en salud irlos desarrollando y que luego las instituciones las vayan desarrollando.

3º Intervención del Dr. Santiago Cabrera, Presidente Clínica Cardio Infantil.

El tema de las redes, yo creo que es un tema bien interesante, pero no es la red como un grupo de hospitales que definan digamos la prestación en una región de manera específica. Yo pensaría en que, como lo decía tal vez Fernando, tenemos que entender cuál es, qué es lo que estamos enfrentando desde el punto epidemiológico hoy en los hospitales. En la alta complejidad evidentemente estamos presentando una situación bien compleja, porque los niveles de enfermedades crónicas vienen creciendo, la edad de los pacientes que recibimos pues ya son cada vez mayores porque pues tenemos mejores opciones para alargar la vida de los pacientes, ojalá con calidad. Pero definitivamente debería trabajarse en un esquema en el que las competencias de los hospitales y esas redes sean tenidas en cuenta. Creo que en múltiples ocasiones hemos

hablado con el Estado, con diferentes ministros, sobre la importancia de definir roles y competencias para los hospitales, cada vez nos tratamos de diferenciar más, de ser, de tener servicios donde entendamos cuales son las fortalezas y debilidades de los hospitales, habrá hospitales que cumplen una función fundamental, y habrá hospitales especializados por especialidades específicas, donde el trauma, el manejo cardiovascular, o el tema de los trasplantes es un tema relevante. Esa generación de esas redes, tiene que estar de alguna manera, con alguna determinante donde el Estado realmente tenga una injerencia en estos temas. En el caso de los trasplantes, es un elemento fácil de entender, y uno ve como realmente hemos evolucionado, pero hay un, no se doscientos prestadores que hacen servicio de trasplante renal y algunos más limitados. Pero no ha habido una regulación clara de cuáles son los mínimos, número de procedimientos que deberían prestar nuestros hospitales, para poder tener un hospital que pudiera acreditarse en una especialidad específica. Si uno hace cirugía ortopédica, y hace no sé, más de dos mil cirugías bajo ciertos estándares, seguramente, eso le debía proveer un diferenciador para garantizar, que dentro de esa red uno pudiera llegar a unos acuerdos, con la red pública y la red privada, de quien presta a quien, en función de cuáles son los mejores beneficios para el paciente. Pero eso solo se puede hacer, si se miran por resultados de lo que estamos haciendo y si existe realmente una vocación hacia medir los indicadores de salud en nuestros hospitales en términos de morbilidad, mortalidad, perfil epidemiológico de los pacientes, de los desenlaces clínicos, y eso es un elemento fundamental.

Frente al tema de la educación, pues yo creo que el rol es fundamental de los hospitales universitarios, bajo a lo que esta norma, que si estamos hablando de hospitales acreditados, con entidades universitarias, que tal vez tengan un programa acreditado, y eso limita un poco el número de hospitales que podían jugar ese rol. Yo creo que eso habría que ampliar un poco, eso ha sido una discusión que siempre ha tenido el Doctor José Félix Patiño siempre, y ese es otro foro que nos da para unas discusiones de todo un día, pero creo que el aspecto fundamental de tener en cuenta a los médicos y al recurso humano en ésta Reforma es fundamental. Yo creo que digamos, en las discusiones las asociaciones médicas y los médicos de alguna manera sienten uno, en un caso, que se sienten un poco alejados de las discusiones que los afecta directamente a ellos, y que son realmente los motores del sistema.

3º Intervención del Dr. Fernando Fonseca, Presidente Clínicas de la Organización Sanitas.

Eh bien, en el tema de redes, yo diría que debemos llamar la atención sobre la reflexión que hay que hacer, de volver a organizar la 1438. Redes integradas es un concepto más amplio, más incluyente, con un gran componente de gestión que cómo está ahora planteado en el proyecto de reforma se desvirtúa desde su esencia y desde su poco como modelo de gestión de salud. También diría, para no volver a repetir lo que ya han oído, que el tema de redes es una gran oportunidad mirar la relación público privado. Nosotros debemos partir esta discusión con una posición más amplia, que incluyente, y no nos vayamos a decir que las cosas son buenas o malas por como están, como dice el letrero arriba, nosotros somos una institución privada que tenemos en este momento el orgullo de decir que tenemos dos mil trescientos empleados vinculados en nomina directa, y eso lo vemos desde la óptima del compromiso social de lo privado. Entonces, eso es algo que también hay que verlo, y hay que reconocerlo como algo que es importante para la construcción de un tejido social. Y hablando de lo académico, quiero dejarles una cifra en la cabeza, y es que en este momento tenemos 51 instituciones u hospitales que se denominan como instituciones universitarias, 51 de todos los que hay en el país, y esos hospitales son los que están llevando la carga de la formación del talento humano en salud, por lo menos en su, en el contacto de esos profesionales con la realidad, y quisiera agregarle a eso que el treinta y cinco por ciento de los hospitales universitarios se encuentra en Bogotá, ciudad que solamente tiene el dieciséis por ciento de la población del país. Entonces hay unas inequidades, por eso creo, retomando las palabras del momento de inauguración del Señor Rector, es importante como hospital universitario, que hagamos un debate más abierto sobre el tema del talento humano porque no se agota en pagarle bien a los médicos ni a los profesionales de la salud, eso es indispensable, eso es un compromiso ético, y eso no tenemos que ponerlo como el gran avance. El gran avance es que el modelo de gestión de la salud y el talento humano que estamos formando, responda a esas expectativas de la ley.

La misión Flexter, a comienzos del siglo pasado, 1910, tuvo dos cosas muy importantes; la primera es que redefinió la forma de enseñar medicina en los Estado Unidos; pero la más importante es que esa redefinición de los modelos de formación del médico mejoro la esperanza de vida del pueblo norteamericano.

Yo quisiera dejar una pregunta en este auditorio, y es ¿qué es? O ¿cuál es el propósito superior que esta reforma y todos los que estamos participando en su construcción nos vamos a

responder, y ¿cuál es el compromiso que estamos adquiriendo ante el País como actores del Sistema?