



Archivos de Medicina (Col)

ISSN: 1657-320X

medicina@umanizales.edu.co

Universidad de Manizales

Colombia

Castaño Castrillón, José Jaime
El Sistema de Salud Colombiano
Archivos de Medicina (Col), vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2013, pp. 115-117
Universidad de Manizales
Caldas, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273829753001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

JOSÉ JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN

Según¹ la evolución histórica del Sistema de Salud en Colombia puede sintetizarse en cuatro periodos. El primero hasta mediados de la década de 1950, se puede denominar “modelo higienista” en el cual la intervención del estado se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, y la intervención básica en salud debía ser financiada por los usuarios y algunas entidades de caridad. En 1950 se crean dos entidades: la Caja Nacional de Previsión, encargada de la salud de los empleados públicos, y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales que hacía lo propio para los empleados del sector privado. En el período de tiempo comprendido entre 1970 hasta 1989 se crea el Sistema Nacional de Salud, en el cual los recursos estatales para la salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos; según¹ este sistema no garantizó el que la población de bajos recursos accediera a los servicios de salud. Finalmente en 1990 se expide la ley 10, y en 1993 la ley 100, bajo los principios de la constitución política de 1991.

Ha habido progresos en la prestación de salud al pueblo colombiano? La respuesta parece ser afirmativa, dado el gigantesco incremento en cobertura y acceso a los servicios de salud; la Organización Panamericana de la Salud² afirma que en Colombia, en el año 2008, 17 234 265 personas estaban afiliadas al régimen contributivo, 22 485 211 al régimen subsidiado y 1 910 351 personas a regímenes exceptuados. Según³ a finales del 2008 estaría afiliado el 99,6% de los colombianos, aunque advirtiéndose que estas cifras no son totalmente reales puesto que incluye 5 868 000 personas rechazadas en el régimen subsidiado. Queda claro que con todas sus deficiencias, el régimen de salud colombiano, al menos respecto a número de usuarios ha presentado progresos.

La dificultad que tiene la Ley 100⁴ viene del artículo 180, en el que define que “La Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud (EPS) a entidades de naturaleza pública, privada o mixta...” Y además que “Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia...” (Artículo 184). Es decir, brindó el acceso al campo de la salud al gran capital privado, a la empresa privada con todo su bagaje de control de gastos, de optimización del beneficio, de eficiencia en la operación. Y este gran capital privado entrará en el negocio si y solo si tiene asegurada una determinada ganancia por unidad de inversión, que en general tiende a ser la misma en todos los campos de la actividad económica. Por ser entidades fundamentalmente aseguradoras, la ganancia de las EPS esencialmente vendrá de la diferencia entre el ingreso por costos de seguro y los gastos ocasionados por los “reclamos” de los beneficiarios del seguro en determinados casos.

El problema es que en este caso la disminución de los egresos de las EPS (para optimizar la ganancia) se hace a costa de los actores principales del sistema de salud: médicos, pacientes, y hospitales y clínicas. El primer perjudicado con este esquema fue el médico cuyos ingresos cayeron cuando las EPS comenzaron a controlar gastos y a negociar con ellos de forma asimétrica, empleando su inmenso poder de negociación. No es este el lugar apropiado para profundizar en las inmensas implicaciones que ha tenido este esquema en la profesión médica, hay multitud de artículos que tratan profundamente este tema, como un editorial del Dr. José Félix Patiño⁵ de la Revista Acta

Médica Colombiana titulado ***“La desprofesionalización de la medicina en Colombia”***.

Para los pacientes las consecuencias de este esquema es que las EPS ponen sus servicios obligatorios detrás de una inmensa cola, y de multitud de requisitos, cada uno más absurdo que el otro, con el fin de desalentar la demanda, lo cual ha producido el auge de las tutelas⁶, para, de paso, congestionar más el sistema judicial. Y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), mantenerlas en situación de quiebra, mediante el expediente de “enredar” los cobros a las EPS por servicios prestados, tramitología, glosas, papeleo, dirigidos a aplazar lo máximo posible el desembolso del dinero a que están obligadas, con la consecuencia de que el plazo para el pago de estos dineros supera ampliamente los 90 días considerados como demora estándar en la economía general⁷.

En medio de este panorama viene el proyecto de reforma de la salud actualmente en curso en el Congreso de la República de Colombia⁸. Este plantea la creación de una empresa social del estado llamada “Salud-Mía” (Capítulo II, artículo 5, del mencionado proyecto de ley) que será una supra-empresa, una “unidad de gestión” encargada de recaudar los dineros que por todo concepto constituyen los ingresos del sistema de salud colombiano, y de administrarlos. El parágrafo 1 del artículo 11 define que “Los excedentes financieros que genere la operación de Salud-Mía se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual se mantendrá su destinación inicial”. O sea por este lado no habrá fugas de los dineros pertenecientes al sistema de salud. Sin embargo define que “las prestaciones individuales estarán a cargo de los Gestores de Servicios de Salud” (artículo 19), y de nuevo estos gestores son “personas jurídicas de carácter público, privado o mixto...” (artículo 26), es decir, se retorna al inicio.

La reforma denomina el plan de beneficios de salud “Mi plan” (capítulo III), además afirma “El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, incorporará a Mi-Plan los servicios y tecnologías pertinentes no incluidos en el plan de beneficios que se estén recobrando al Fosyga, con las frecuencias y los precios indicativos que atiendan lo establecido en el presente capítulo.” (artículo 14, parágrafo), lo que quiere decir que aparentemente Mi-Plan, mejorará las prestaciones del actual POS, además define que los “Gestores de Servicios de Salud” no podrán efectuar recobros al sistema; igualmente elimina el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (artículo 13).

Mejorará esta reforma el sistema de salud colombiano? En primer lugar, aparentemente “Mi Plan” mejora el “POS”, pero igual habrá una lista de exclusiones, por lo que es de esperar una nueva avalancha de tutelas, de las personas afectadas por estas exclusiones. La gestión de los “Gestores de Servicios de la Salud” conservará las mismas características que la gestión de las actuales EPS, es más, lo más probable es que sean las mismas, así que las IPS continuarán atribuladas por la falta de pago de “los gestores”, y los usuarios de los servicios de salud de “Mi Plan”, con estos servicios enmascarados en grandes colas, y multitud de absurdos requisitos.

Podrá el Congreso de la República de Colombia algún día producir una reforma verdadera al sistema de salud? Dudoso, porque esto implicaría excluir al sector privado del sistema, y ya se conocen las inmensas capacidades de loby, que tienen las EPS, y lo sensibles que son los congresistas a este loby, y que gran proporción de ellos siempre legislan en beneficio propio; ejemplo de ello es la recientemente fallida reforma a la justicia, le colgaron tantos micos al árbol, que al fin se desplomó.

Literatura citada

- 1 Wikipedia. **Sistema de Salud en Colombia**. Miami: Fundación Wikimedia, Inc.; acceso (10/11/2013) url disponible en : http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud_en_Colombia#Instituciones_prestadoras_de_salud.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. **Perfil de los Sistemas de Salud: Colombia**. Bogotá: Pan American Health Organization; acceso (10,XI,2013). URL disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&catid=682&Itemid=361.
- 3 El Pulso. **Cuántos asegurados en salud tiene el sistema?** El pulso; 10(25): acceso (1º,XI,2013). url disponible en <http://www.periodicoelpulso.com.co/html/0902feb/general/general-04.htm>
- 4 Congreso Nacional de la República de Colombia. **Ley 100 de 1993**. Bogotá: Congreso Nacional de la República de Colombia; 1993.
- 5 Patiño JF. **La desprofesionalización de la medicina en Colombia**. *Acta Med Colomb* 2001; 26:43-49.
- 6 Gómez-Arias. **Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia**. En: seminario internacional “El derecho a la salud en Colombia y la reforma al sistema de salud”. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2005.
- 7 Asociación colombiana de Hospitales y Clínicas. **La cartera Hospitalaria sigue creciendo, ya supera los 4 billones de pesos**. Bogotá: Asociación colombiana de Hospitales y Clínicas; acceso (11,X,2013) url disponible en: <http://www.achc.org.co/documentos/prensa/Boletin%20de%20Cartera%20Hospitalaria%20Abril%2026.pdf>
- 8 Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. **Proyecto de ley No _____ de 2013, Senado, “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”**. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia; 2013.

