

**ESTUDIO DE CASO: “LA SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA (1990-2013)
UNA APROXIMACION TEMATICA”**

**JHON ALEXANDER BORRERO SALAZAR
LUIS ALFREDO GOMEZ ROJAS**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
ESTUDIOS POLÍTICOS Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
SANTIAGO DE CALI
MAYO 15 DE 2013**

**LAS EMPRESAS DE LA SALUD PÚBLICA NO PUEDEN SER
CONSTITUIDAS CON ÁNIMO DE LUCRO**

**JHON ALEXANDER BORRERO SALAZAR
LUIS ALFREDO GOMEZ ROJAS**

**Director de la Tesis:
RAFAEL VERGARA**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
ESTUDIOS POLÍTICOS Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
SANTIAGO DE CALI
MAYO 15 DE 2013**

Contenido	4
I. INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	8
ANÁLISIS DE LA LEY 100, 1993-2013 EN LA SALUD	8
Referencia Histórica:	10
Mecanismos que forman el sistema de salud:	11
Comisión de Regulación de la Salud:	12
La Súper Intendencia Nacional de Salud:	12
Unidades Garantes:	12
Instituciones Prestadoras de Servicios:	14
Niveles de complejidad:	14
Atención de enfermedad común y accidentes no laborales	15
Atención de Enfermedad y Accidentes Laborales:	17
Planes de beneficios:	17
Plan Obligatorio de Salud (POS):	18
Plan Básico:	19
Régimen contributivo:	21
Beneficios en el régimen contributivo:	22
Régimen subsidiado:	22
Beneficios en el régimen subsidiado	23
Regímenes de excepción:	25
5. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	26
6. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	28
7. OBJETIVO GENERAL	29
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
9. JUSTIFICACIÓN	30

10. METODOLOGÍA.....	32
11. ESTADO DEL ARTE	34
EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DENTRO DEL	42
CONTEXTO DE LA CONSTITUCIÓN DE 1991.....	42
OBJETIVOS FUNDAMENTALES DEL ESTADO.....	42
PRIVATIZACIÓN Y CAPACIDAD DE REGULACIÓN ESTATAL	43
12. MARCO LEGAL	44
Normas Internacionales:	44
Normas Internas:.....	44
Jurisprudencia interna:.....	44
PRIVATIZACIÓN Y CAPACIDAD DE REGULACIÓN ESTATAL	49
LA REALIDAD NEOLIBERAL.....	50
ESTADO, POLÍTICA Y DEMOCRACIA EN EL NEOLIBERALISMO	50
13. HIPÓTESIS	50
14. MARCO TEÓRICO	52
Desarrollo de conceptos	52
Misión institucional	53
Visión Institucional	54
Políticas Públicas	55
CAPÍTULO II	62
CRITICA A LAS REFORMAS DE LA LEY 100 (SALUD):	62
Introducción:	62
La Política Colombiana en Materia de Salud:.....	64
El Contexto de la Política:.....	65
El proceso de la reforma:	67
Deterioro del sistema de información:	73

La distorsión del sistema de planeación:	73
Detrimento en la eficacia de los servicios:	74
Interpretación del principio de eficiencia:	75
Valores y Principios de la Atención Médica:	78
BIBLIOGRAFIA	83
¿Qué Medidas ha tomado el Gobierno para mejorar el sistema de salud colombiano?:	108
¿Qué Medidas debe tomar el Gobierno para mejorar el sistema de salud Colombiano?	

LISTA DE ANEXOS

ENTREVISTA 1 : señor JOSE SANCHEZ, sindicato de fetravalle:	88
ENTREVISTA 2: a la Doctora Leonor Barrios Leal:	98
ENTREVISTA 3: a la doctora SONIA KAFURY, Especialista Ginecoostetra	101
ENTREVISTA 4: al médico Especialista de la EPS de Coomeva, OSCAR DAVALOS:.....	104
ENTREVISTA 5. Al médico auditor Del Instituto de Seguro Social ALFREDO OLIVARES	105

RESUMEN:

El Estado Colombiano, le ha realizado diversas reformas al sistema de la Salud pública, sin tener los resultados esperados por la población. Regida por unas políticas Neoliberales, la Salud Pública el Estado, la convirtió en un negocio capitalista, mediante el cual nuestro gobierno se zafó de uno de sus pilares fundamentales plasmado en la constitución en el artículo 48 y 49.

El sistema de salud colombiano se convirtió en una avenida por donde circulan billonarios recursos, y el neoliberalismo con su sistema del mercado acomodado siempre en busca de nuevas fuentes de enriquecimiento, a mediados de los 80' encontró en los servicios públicos un área inexplorada, expandiéndose rápidamente.

La década de 1990 se caracterizó por un cambio fundamental en el papel del Estado región. En el nivel nacional, muchos gobiernos renunciaron total o parcialmente a una porción importante de su función de prestación directa de bienes y servicios

En este mismo contexto el Estado Colombiano, inmerso en ideologías neoliberalistas deja su papel principal de Estado de bienestar, y orientado por el sistema ya no garantiza y maneja los servicios públicos, sino que se convierte en veedor del cumplimiento de la prestación del servicio de salud de las entidades no gubernamentales, a través de normas y reglamentaciones que se dan para la prestación del servicio desde el punto de vista jurídico que se encuentra atado por los tecnicismos que ponen el derecho de la salud solo para efectos de su justiciabilidad vía acción tutela y no como un verdadero derecho fundamental que corresponde a la dignidad humana, que tiene una dimensión individual y colectiva, que encierra una mirada universal, y que es integral e integrador de otros derechos.

I. INTRODUCCIÓN

Según el Banco Mundial, la corrupción es sin duda el mayor obstáculo para el desarrollo económico y social de un país. Su ejercicio no solo menoscaba los recursos que el Estado utiliza para satisfacer las necesidades de sus habitantes; también desincentiva la realización de inversiones, frena el desarrollo económico, perpetúa los niveles de pobreza, promueve la ineficiencia, la inestabilidad y la violencia. Frente a esta realidad inocultable, reconocida incluso por el propio gobierno nacional.

Demostraremos con este trabajo que a través de las diferentes reformas que se le han realizado al sistema nacional de la salud pública en Colombia, el Estado ha logrado desligarse de una de sus principales responsabilidades que es proveer el derecho de la salud pública como está plasmado en el Capítulo 2, artículo 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia.

Para ello, se realizó un análisis historiográfico del modelo neo institucionalista, y del papel del Estado (jurídico, político y social) en torno a la creación de políticas públicas, y se hicieron algunas entrevistas a personas inmersas dentro del campo de la salud. Es así como se pretende demostrar en este trabajo es una comparación que la Ley 100 es una ley mercantilista y privatizadora de la salud pública, hecha para burlar un derecho fundamental que es responsabilidad del Estado.

En el transcurso de este trabajo se definirá que es El Sistema General De Seguridad Social en Salud, cuáles son sus funciones, y con qué objetivos fue creado.

Se tendrá en cuenta que la definición de política pública tienen su máxima expresión en los planes de desarrollo, y en su formulación se encuentra la oportunidad para la solución de las necesidades de las comunidades infantiles, adolescentes, juveniles, familiares, de la mujer y las personas con necesidades especiales.

Esto se ha realizado con el fin de conseguir evidencia del conflicto que representa el mal servicio de la salud pública, porque se encuentra amenazada constantemente por la aplicación de modelos de desarrollo paradójicamente concentradores y excluyentes, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, afectando la infraestructura dada para la prestación de este servicio.

Ahondaremos en qué hizo al Estado, entregar el manejo de la prestación de servicio a empresas con ánimo de lucro o consorcios financieros. El Estado, abrió las puertas al mercado neoliberal, transformando uno de los derechos fundamentales en uno de los negocios más lucrativos del mercado al estrechar la inversión social de la salud. Pasando de ser un Estado de bienestar dentro de un esquema paternalista de las décadas pasadas, a convertirse en un esquema de orientación capitalista neoliberal.

Cuando el Estado no aplica políticas públicas adecuadas, es decir que hagan cumplir lo pactado y estén acorde los procesos con la necesidad de la demanda en cobertura y servicio por la comunidad ya que buena parte de la comunidad queda marginada de la salud pública, debido a la injusticia e inequidad social, económica y política, corrupción generalizada, la prestación del servicio de la salud como negocio. Variables que generan transformaciones de paciente a cliente por el modelo ambicioso de las políticas neoliberales, cambios como

Otra problemática que se presenta es que la mayoría de partidos políticos y sus representantes se comportan racionalmente en la búsqueda de la maximización de sus intereses individuales en las decisiones políticas, son manipulados en una parte de su voluntad por las alianzas, el clientelismo, el pago de favores, a modo de ejemplo es el caso del Acto Legislativo 04 de 2007 cuando volvieron a modificar la Constitución Nacional para seguir recortando las transferencias de la Nación a las regiones, es allí donde debemos ubicar el nacimiento de este problema. Podríamos llamar a este sistema Autoritarismo Burocrático, es un tipo de Estado, que se caracteriza por anular

los mecanismos políticos y democráticos con el fin de restablecer un determinado orden social y económico anterior que había resultado alterado por una considerable organización autónoma de la población.

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DE LA LEY 100, 1993-2013 EN LA SALUD

Organización del Sistema

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

A su vez el régimen general de seguridad social integral vigente, está regulado por la Ley 100, expedida en 1993. La **Ley 100 de 1993**, norma primordial del Sistema de seguridad social integral, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el congreso de la república y en su componente de salud han sido las siguientes.

“Ley 1122 de 2007: su objetivo según se señala en su artículo primero fue realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud¹”.

“Ley 1438 de 2011, según lo señala su artículo primero, tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y

¹

www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200100%20DE%201993.

saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera²”.

“**Ley 1562 de 2012**, por la cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. En la actualidad se encuentran en curso dos proyectos de ley para la reforma al SGSSS, un proyecto de ley estatutaria y un proyecto de ley ordinaria (proyecto de ley 210 de 2013). Este último es el que el gobierno nacional le está dando prioridad y está siendo analizado por los gremios del sector salud, político y la academia³”.

²

www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200100%20DE%201993.

³

www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200100%20DE%201993.



Referencia Histórica:

A grandes rasgos el sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas.

La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886, hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado un modelo higienista. Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venía a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad. En 1950, se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud

de los empleados públicos y en ese mismo año se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales luego Instituto de Seguros Sociales que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.

La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta. Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país, sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.

La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10. Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991.

Mecanismos que forman el sistema de salud:

El Estado: actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación de Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

Los aseguradores: Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC), son las entidades promotoras de Salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).

Los Proveedores: son las Instituciones Prestadoras de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud médicos, enfermeras, y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

Comisión de Regulación de la Salud:

“Este organismo, creado mediante la Ley 1122 de 2007, sustituyó al CNSSS como organismo de dirección del sistema de salud, era una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social compuesta por el Ministro de la Protección Social y el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su viceministro y por cinco comisionados expertos elegidos por el presidente de la república, esta Comisión fue liquidada en diciembre de 2012 y sus funciones y competencias fueron asumidas por el Ministerio de Salud y protección Social⁴”.

La Súper Intendencia Nacional de Salud:

Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS.

Para poder acceder a los beneficios de la seguridad social colombiana es obligatorio vincularse a una empresa aseguradora de servicios de salud (EPS), de accidentes profesionales (ARP) y voluntariamente un fondo de pensiones (AFP) por medio de una afiliación.

Unidades Garantes:

En el Sistema general de Seguridad Social en Salud, las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales son:

Entidades Promotoras de Salud, EPS, su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS, Plan Obligatorio de

4

www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200100%20DE%201993

Salud, y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional. Es posible vincularse a salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el sistema del Régimen Contributivo y el de régimen subsidiado, en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema. La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS hospitales, clínicas, laboratorios, la Superintendencia de Salud define cuales organizaciones privadas califican como empresas promotoras de salud EPS, basándose en la infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cubrimiento. Las EPS deben garantizar a sus afiliados el POS y para cumplir con esa obligación deben conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras empresas prestadoras de salud o IPS.

Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo y todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARL. El valor total del aporte le corresponde al empleador. Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades laborales, así como el pago de los días de incapacidad. La atención de los accidentes o enfermedades será realizada por la EPS a la que se encuentre afiliado quien cobrará los gastos ocasionados a la ARL.

Instituciones Prestadoras de Servicios:

Las Instituciones Prestadoras de Salud, (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS reportantes, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características.

Niveles de complejidad:

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

Atención de enfermedad común y accidentes no laborales

Para atención de lo relacionado con enfermedad general y con riesgos no laborales el gobierno destina los recursos en salud los cuales son manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) creado a partir del artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social. A continuación se hace referencia a cada una de las subcuentas que tiene el FOSYGA.

Subcuenta ECAT: Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. El SOAT cubre, la atención integral de hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios diagnósticos y rehabilitación que requiere el paciente hasta completar un monto de 800 salarios mínimos legales vigentes, si la atención del paciente sobrepasa éste monto el sobrecosto estará a cargo de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario. El médico tratante en el servicio de urgencias debe diligenciar un formulario para éste tipo de accidentes el cual debe anexarse junto con la copia del SOAT para el respectivo cobro al FOSYGA.

Subcuenta compensación: Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS, y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de UPC Unidad de pago por capitación, es decir la CRES, coloca una tarifa fija para la UPC la cual se reconoce por un usuario afiliado, de ésta forma el FOSYGA con recursos de ésta cuenta gira a cada una de las EPS el valor de UPC proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no.



Subcuenta solidaridad: Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado (una parte es aportada por las personas afiliadas al régimen contributivo que tengan un ingreso mayor a 4 salarios mínimos). Los recursos que administra la subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable a éste régimen mediante un subsidio a la demanda consistente en el pago de la prima o UPC a las EPS del Régimen subsidiado. Entre más recursos obtenga ésta cuenta se abren más cupos para ser ocupados por las personas del régimen subsidiado.

Subcuenta promoción: Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica (PAB).

En los regímenes exceptuados del Sistema General como son los de las Fuerzas Armadas, Fondo Nacional del Magisterio, Ecopetrol y universidades, la financiación no es provista por el Fosyga sino por fondos específicos de cada régimen exceptuado, aunque estos deben aportar recursos para la subcuenta de solidaridad con que se financia el Régimen Subsidiado del Sistema General.

Atención de Enfermedad y Accidentes Laborales:

Para atención de riesgos laborales y de eventos, accidentes o enfermedades de origen ocupacional los recursos provienen del Fondo de Riesgos Laborales, alimentado con aportes patronales según la clasificación del riesgo de cada empresa. Este fondo es administrado por el Ministerio de Trabajo.

Planes de beneficios:

Plan de Atención Básica, denominado posteriormente Plan Nacional de Salud Pública configurado por acciones gratuitas y primordialmente colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en algunos casos acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades de interés en salud pública, provistas por la red pública de prestadores y administrado por las entidades territoriales.

Plan Obligatorio de Salud: del régimen contributivo y del régimen subsidiado, compuesto principalmente por acciones individuales de prevención primaria, secundaria y terciaria. Están a cargo de las EPS.

Planes Adicionales de Salud, financiados voluntariamente por los usuarios que deben complementar en el POS con prestaciones suntuarias o de mayor tecnología. Son los planes de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito.

Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, Cubre eventos de origen en accidentes de tránsito hasta un monto determinado y en forma complementaria al POS. Provistos por compañías de seguros autorizadas hasta un monto definido después del cual son financiados por la subcuenta específica de atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito – (ECAT) del Fosyga.

Cobertura de riesgos laborales, Cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin los límites del POS. Son garantizados por las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL.

Atención de eventos catastróficos, cubre eventos definidos como catastróficos (inundaciones, terremotos, etc) con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS. Son financiados por el Fosyga mediante la subcuenta ECAT.

Otros planes de cobertura provistos a la población víctima de desplazamiento forzado y la población internada en establecimientos carcelarios que usualmente son suplementarios al POS. Aquí también se deben considerar las acciones de atención con tecnología en salud no cubierta por el POS y la atención de personas no afiliadas a un régimen de seguridad social en salud, que son provistas en la red pública a cargo de las entidades territoriales (distritos, departamentos y municipios) y financiadas con los denominados recursos de subsidio a la demanda.

Plan Obligatorio de Salud (POS):

El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, incluye el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de indemnizaciones en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad. La definición del POS estaba a cargo de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) hasta diciembre de 2012 cuando dicha entidad fue

liquidada y sus funciones fueron asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Plan Básico:

También denominado Plan Nacional de Salud Pública. La Ley 100, a diferencia de la anterior legislación, contempla un cambio de visión en salud, en donde, atendiendo a la política mundial de Atención Primaria enfoca el manejo de las comunidades desde una perspectiva preventiva y se crea el Plan de Atención básica (PAB) como la política de Salud Pública que reúne un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad el cual se encuentra consignado mediante la resolución 4288 de noviembre de 1996. Este conjunto de actividades se realizan para toda la población de manera gratuita y no está sujeto a ningún tipo de afiliación en salud.

Las actividades de vigilancia en salud pública van encaminadas a la prevención de enfermedades de interés en salud pública como VIH, meningitis bacteriana, tuberculosis, cólera, rabia, hepatitis B,C y D, fiebre reumática, lepra y enfermedades de transmisión sexual, investigación y control de brotes, control de la calidad sanitaria del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, de los establecimientos públicos que impliquen alto riesgo sanitario y de los puertos fluviales, marítimos, aéreos y terrestres.

“Acciones de prevención, vacunación según el esquema único nacional del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 10 años, fluorización, aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14 años, planificación familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, citología cérvicouterina. Este plan, por medio el Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, fue estructurado por el Ministerio de la Protección Social y actualmente se denomina Plan Nacional de Salud Pública y al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido

en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007⁵, le corresponde definir cada cuatro años este Plan”.

El Plan tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población, incluyendo las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.

Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

Proyectos:

- ✓ Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
- ✓ Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
- ✓ Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
- ✓ Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

Existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el régimen subsidiado.

⁵

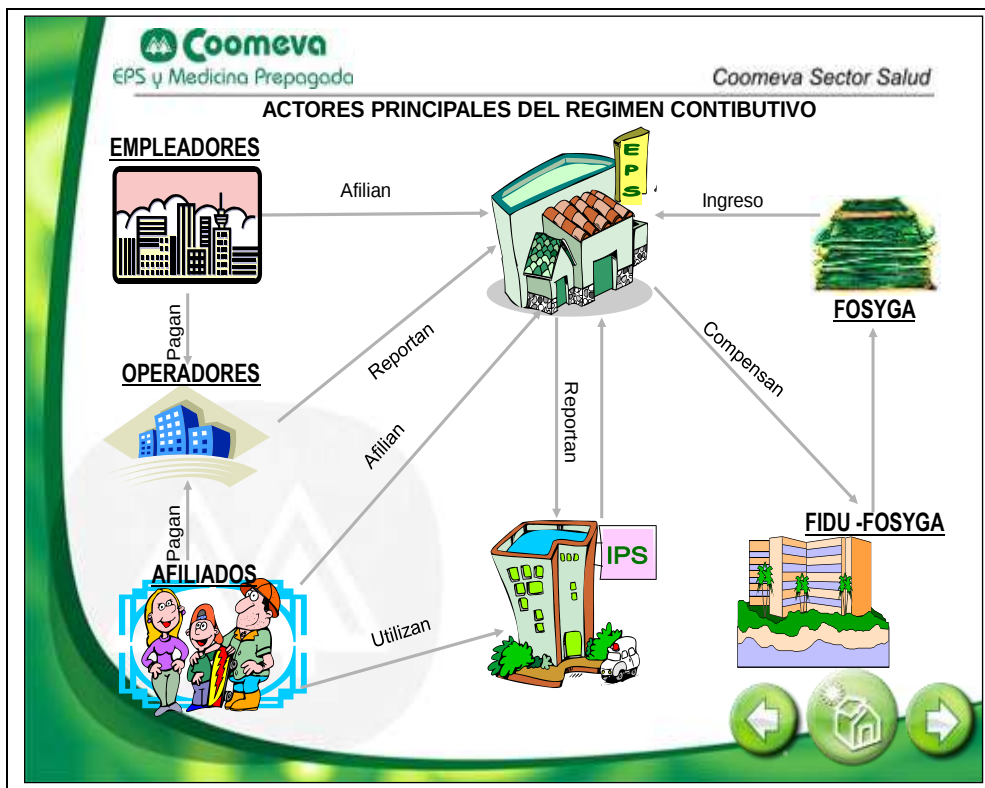
www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200100%20DE%201993.

Régimen contributivo:

El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley 100 de 1993 todos los empleados, trabajadores independientes con ingresos totales mensuales a un salario mínimo, y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización, porcentaje que asume en su totalidad los trabajadores independientes, y en caso de los empleados éste asume el 4% y el empleador el 8,5%.

El empleado, escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. El pensionado, como viene de ser empleado, seguramente se encontrará ya afiliado a una EPS, tal y como debe hacerlo todo empleado; al pasar de empleado a pensionado su afiliación no se verá afectada. En ese caso lo que se hace es informar al Fondo de Pensiones cuál es la EPS a la que éste deberá entregar su cotización, que podrá ser la misma a la que venía afiliado o bien en caso de que haya decidido cambiarse. Si por alguna eventualidad al momento de empezar a recibir la pensión no se encuentra afiliado a una EPS, para afiliarse no importa cuál fue el motivo de su pensión, escoge la EPS que prefiera y se lo comunica al Fondo de Pensiones al que se encuentre afiliado junto con los datos de su familia así el Fondo lo afilia y el pensionado y su familia adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el respectivo carné. Los Fondos de Pensiones están obligados a afiliar a los pensionados y a sus familias y son responsables de pagar el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados escojan.



Beneficios en el régimen contributivo:

Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir:

2. Los beneficios del (POS)
3. Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.
4. Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

Régimen subsidiado:

En este régimen el Estado subsidia la afiliación a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes) por lo tanto quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales las transferencias de

la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez se nutre con una contribución uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo, y de aportes de la nación.

Las personas que ingresan al régimen subsidiado son escogidas por cada uno de los municipios o distritos, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, así:

- Recién nacidos.
- Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- La población del área rural y del área urbana de bajos recursos.
- Población indígena.

La selección y asignación de subsidios, la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado a partir de la información de la base consolidada y certificada por el Departamento Nacional de planeación (DNP) y los otros instrumentos de focalización que utiliza el respectivo programa.

Cada municipio identifica la población potencial mediante la aplicación de la encuesta sisbén o Sistema de Selección de Beneficiarios de programas sociales (SISBEN), mediante el listado censal de las comunidades indígenas, mediante la certificación de la población infantil abandonada expedida por el ICBF, o mediante la identificación de la población indigente en los formatos establecidos o en los instrumentos que hagan sus veces.

Beneficios en el régimen subsidiado

Al afiliarse al régimen subsidiado el usuario tiene derecho a recibir, los beneficios del POS que a partir del 1 de julio de 2012 son los mismos que en el Régimen Contributivo.

Extensión de copagos si está clasificado en el nivel I del Sisbén.

Población Vinculada

Se encuentran bajo la denominación de vinculados o población pobre no asegurada PPNA, aquellas personas que no tienen afiliación alguna al Sistema de Salud en alguno de los dos regímenes subsidiado o contributivo, estas personas pueden o no estar identificadas por el SISBEN y su atención médica se realiza a través de contratos de prestación de servicios entre los entes territoriales y las Empresas Sociales del Estado E.S.E. que pueden ser de baja, mediana y alta complejidad.

Principios Contenidos en la Ley 100 Que Rige El SGSSS

Universalidad: Este principio consiste en el derecho fundamental de todos a la salud.

Solidaridad: Este principio se basa, principalmente en el compromiso que tienen las personas con capacidad de pago, el estado y las instituciones de carácter privado; con la salud de las personas de escasos recursos. Equidad: Con este principio se busca que todos los colombianos reciban una misma atención, sin ninguna distinción.

Progreso: El progreso básicamente se establece, para crear un compromiso de parte del estado, él cual debe estar enfocado en la mejora continua en la calidad del servicio de salud.

SISBEN

El Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de programas sociales, (SISBEN) es una herramienta que clasifica 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. Si una persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas, de acuerdo con la reglamentación de cada uno de ellos como:

Salud: mediante el subsidio a la demanda o afiliación al régimen subsidiado o mediante subsidios a la oferta es decir atención en la red pública de servicios para aquellas personas sin afiliación a un régimen de seguridad social.

1. Subsidios Empleo
2. Adulto Mayor
3. Vivienda
4. Subsidios condicionados
5. Créditos Educativos
6. Desayunos Infantiles

Regímenes de excepción:

Son los definidos por la Ley 100 de 1993, régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol, así como los servidores públicos de universidades públicas, todos los cuales tiene sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones que solo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

5. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Desde la década de los 70' todos los países tercermundistas se vieron obligados a realizar ajustes en el desarrollo de sus economías (políticas macroeconómicas) como resultado de la crisis mundial, en su mayoría condicionadas por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y poderosos grupos financieros trasnacionales, sentándose en las bases de legitimización del neoliberalismo y la aplicación de las prácticas neocapitalistas, sin considerar en ningún momento el costo social.

El sistema de salud colombiano es una avenida por donde circulan billonarios recursos, y el neoliberalismo con su sistema del mercado capitalista siempre en busca de nuevas fuentes de enriquecimiento, a mediados de los 80' encontró en los servicios públicos un área inexplorada, expandiéndose rápidamente, generando reformas de primera (socio-económicas) y segunda generación (sector social y sus servicios) dirigidas a facilitar la internacionalización y libre flujo de los capitales, la expansión de los inversionistas al ámbito del mercado de servicios, el desmonte de controles nacionales mediante el debilitamiento de los estados, el cambio de la cooperación internacional por el empréstito y la reducción del gasto público que ahora se reorienta al pago de la deuda.⁶

En este mismo contexto el Estado colombiano inmerso en estas ideologías neoliberalistas deja su papel principal de Estado de bienestar, y orientado por el sistema ya no garantiza y maneja los servicios públicos, sino que se convierte en veedor del cumplimiento de la prestación del servicio de salud de las entidades no gubernamentales, a través de normas y reglamentaciones que se dan para la prestación del servicio desde el punto de vista jurídico que se encuentra atado por los tecnicismos que ponen el derecho de la salud solo para efectos de su justiciabilidad vía

⁶

GÓMEZ ARIAS Rubén Darío. *Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia*. 2005.

acción tutela y no como un verdadero derecho fundamental que corresponde a la dignidad humana, que tiene una dimensión individual y colectiva, que encierra una mirada universal, y que es integral e integrador de otros derechos.

En este proceso de implementación del modelo anteriormente descrito, el Estado colombiano ha brindado una serie de propuestas y mecanismos institucionales (políticas públicas) como las grandes decisiones que el Estado impone al colectivo en relación con un asunto público, haciendo posibles las reformas al sistema de salud, entre las cuales encontramos la reforma institucional más significativa y aún vigente: **Ley 100 de 1993**, la cual establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, identificando prioridades y asignando recursos de acuerdo a la prestación del servicio de salud, encaminados en el modelo neoliberal donde la capacidad técnica y política del Estado para orientar la salud pública se deteriora notablemente, pues la respuesta social en torno a los procesos del sistema, la calidad del servicio, el principio de eficiencia, los valores y principios son dominados por la rentabilidad implícita en el modelo del mercado, dejando por fuera la salud como derecho fundamental.

6. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La corrupción en Colombia, como generadora de ausencia de credibilidad de la ciudadanía en sus gobernantes y en su gestión administrativa.

¿Qué pasa cuando el Estado, entrega las políticas públicas de la salud, en franquicias a empresas privadas, y las políticas del mercado priman sobre los derechos fundamentales de la constitución?

7. OBJETIVO GENERAL

Identificar la incidencia del modelo neoliberal en la creación de la Ley 100 y describir los cambios institucionales del Estado en el significado político, jurídico y social de la salud en Colombia en el periodo 2000-2012.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un análisis historiográfico del modelo neo institucionalista
- Analizar el papel institucional del Estado (social, político y jurídico) en torno a la creación de políticas públicas de la salud en Colombia.
- Describir la Ley 100 de 1993 y sus mecanismos institucionales de implementación.
- Identificar la incidencia del modelo neoliberal en la creación de la Ley 100 y describir los cambios institucionales del Estado en el significado político, jurídico y social de la salud en Colombia.

9. JUSTIFICACIÓN

Yo justifico este trabajo debido que se muestra como el Estado, se desliza de uno de sus derechos Fundamentales, en Colombia la salud ha caído en detrimento debido a las diferentes reformas que se le han hecho al sistema nacional de salud, entre las cuales está la reforma a la **Ley 100 de 1993**, considerada como una política pública bastante ambiciosa y compleja, que combina la ampliación sustancial de recursos con la adopción de cambios estructurales en el sistema de seguridad social. Por lo tanto este trabajo se justifica en cuanto realiza un análisis de lo que ha ocurrido en el campo de la salud en Colombia, respecto a la implementación y evaluación del ciclo de la política pública, en torno a la identificación del problema, formulación de soluciones y acciones, las tomas de decisiones, donde se construyen propuestas coherentes para una garantía, protección y efectiva realización de exigencias sociales y morales que garantizan libertades y derechos civiles y políticos.

En este estudio aparte de analizar la política pública de la salud en términos de gestión, coordinación y ejecución de la teoría del ciclo, buscaremos aproximarnos a la identificación de los factores neoliberales e institucionales que han mostrado límites y barreras en la participación social, para generar y pensar alternativas diferentes en torno a la toma de decisiones de carácter público, examinando el significado jurídico, social y político de la salud como derecho seriamente fundamental.

Formular programas y políticas públicas, en colaboración con la comunidad y las autoridades, es necesario diseñar planes y programas para resolver los problemas y prioridades de salud identificados a cada nivel, local, regional y nacional. Hay que ejercitar la responsabilidad de atender el interés público desarrollando un conjunto global de políticas públicas en salud, promoviendo el uso del conocimiento científico para la toma de decisiones, estimulando la participación comunitaria y evaluando resultados.

Evaluar y monitorear la salud, el objetivo es conocer el estado de salud de las comunidades y poblaciones en riesgo para identificar problemas y prioridades de salud.

10. METODOLOGÍA

a. Tipo de estudio.

Este es un estudio descriptivo de carácter cualitativo, que se vale del método deductivo, el cual identifica explicaciones de carácter particular contenidas explícitamente en situaciones generales mediante fuentes y técnicas para la recolección de información. En este caso se realizaron seis entrevistas semiestructuradas a personas inmersas en el campo de la salud.

b. Descripción de la población.

Para la deducción de esta realidad, se consideraron tres tipos de individuos; Médicos Especialistas particulares, Médicos Especialistas Auditores, Médicos públicos, Sindicalistas y empleados de Salud Pública.

- **Funcionaria del Estado:** Se entrevistó a la licenciada Leonor Barrios, trabajadora de Salud Pública de Santiago de Cali. Dado que ella atiende, orienta, tramita requerimientos y da respuesta a las problemáticas de la prestación del servicio de salud del régimen subsidiado.
- **Funcionario de organización sindical:** Se entrevistó al señor José Sánchez, perteneciente a FETRAVALLE, el cual se encuentra en constante relación en lo relativo a las demandas respecto al sistema de seguridad social y pensión de los trabajadores y otras organizaciones sindicales.
- **Funcionario de entidad privada:** Se entrevistó al auditor medico de COOMEVA, Alfredo Olivares, el cual se mueve en la prestación del servicio desde un punto de vista del sistema privado.

- **Médico Especialista Sonia Kafury:**

Se entrevistó a la doctora Sonia Kafury, médico especialista Ginecostetra, prestadora de servicio independiente.

- **Oscar Dávalos:**

Se entrevistó a la doctor Oscar Dávalos, médico Internista, prestador de servicio de la clínica Saludcoop.

c. Diseño y aplicación de los instrumentos.

El diseño de la entrevista semiestructurada se realizó en Agosto de 2012, y se logró aplicar en Septiembre del mismo año, con un método de control mediante entrevistas personales cara a cara, en una conversación en la que el entrevistador formuló la pregunta a partir de un cuestionario previamente elaborado que recogió los temas que se querían estudiar, y la sistematización de la información se realizó veinte días después.

11. ESTADO DEL ARTE

Según el concepto de de los entrevistados. Hay que decirlo sin enajenamiento **el sistema colombiano de salud se marchito**. Lo lapidaron la corrupción, la politiquería y la codicia.

En Villavicencio, un niño, que hoy tiene 2 años, a los 6 meses de edad sufría de un tumor en la vista. Caprecom, empresa a la que está afiliado, dilató el tratamiento y, pese a la urgencia advertida a tiempo por los médicos, se negó a ordenar la cirugía. Varios doctores se unieron para intervenirlo sin costo, por su cuenta y riesgo, pero era demasiado tarde: el niño quedó ciego a pesar de que su madre hacía más de un año imploraba piedad en las oficinas de Caprecom.

En Bogotá, un hombre desesperado se subió al último piso de una clínica, con la amenaza de arrojar al vacío, porque llevaba ocho meses rogando en **Saludcoop** que le dieran una cita con el doctor. Esa misma noche, en Cartagena, el médico de turno en un hospital fue agredido a trompadas por un obrero que estaba en la recepción desde hacía tres días. Ya no aguantaba más el dolor de cabeza. Había sufrido una embolia cerebral.

¿Qué es lo que está sucediendo para que en solo seis meses, entre enero y julio del año pasado, se presentaran ante las autoridades sesenta mil reclamos contra empresas de salud? Quién sabe cuántas víctimas más ni siquiera se toman el trabajo de protestar. Y ni hablemos de quienes mueren antes de tener tiempo de quejarse.

Lo que está pasando es que el sistema colombiano de salud se reventó en pedazos. Resultó fallido. Las razones son varias, pero todas giran alrededor de un mismo sol: **la corrupción y su hermana siamesa, la politiquería**, se aliaron con la voracidad económica de unas cuantas empresas privadas y con la podredumbre que campea en las oficinas públicas.

38 billones por año:

Desde que se estableció el sistema, hace casi veinte años, el Estado colombiano se la pasa improvisando medidas transitorias, que no han servido ni siquiera como pañito de agua tibia, y mientras tanto **nadie atiende a los afiliados, los médicos tienen que trabajar por unos honorarios de indigencia, los medicamentos son una tragedia de cada día y no les pagan a las instituciones que prestan servicios hospitales, laboratorios clínicos, odontólogos, empresas de radiología.** El sistema no resiste una reforma más. Es un régimen insostenible.

En Colombia, **la salud mueve al año cerca de 38 billones de pesos.** La mitad de esa cifra monstruosa proviene de los dos regímenes que operan en el país: el contributivo, en el que los ciudadanos que pueden hacerlo pagan de antemano su propia atención, y el subsidiado, que supuestamente está hecho para proteger con dineros públicos a los más pobres.

Como si fuera poco, la ineficiencia ha llegado a tales extremos que **los pacientes, aunque hayan comprado un seguro, tienen que cancelar cada año 8 billones más de su propio bolsillo para que los atiendan.** El resto, unos 11 billones anuales, los aportan la Nación, los departamentos y los municipios. Es decir todos los colombianos que pagan impuestos.

Pero cada gobierno se niega a asumir el control de esos dineros y los deja en manos de unas compañías llamadas "**empresas promotoras de salud**", que son el origen de nuestras desgracias.

La paradoja más grande y más dolorosa es esta: nunca antes habíamos tenido tantos recursos para la salud de los colombianos, pero nunca antes el sistema de salud había estado en una situación financiera tan crítica. Lo primero que uno hace, pensando en los 38 billones de pesos, es comenzar a preguntarse: ¿por qué, con semejante chorro de plata, la gente tiene que levantarse a las 3 de la madrugada para

conseguir una cita médica, y pasarse la vida poniendo tuteladas para que la atiendan, si ese es su derecho y ese es su dinero? ¿Por qué clínicas y hospitales están en crisis?

Cobran, pero no pagan:

La respuesta es simple pero aterradora, porque no les pagan los servicios que prestan. Según un balance que tengo en mi poder, las empresas promotoras de salud, algunas compañías de seguros y el Gobierno Nacional, más municipios y departamentos, le deben al conjunto de instituciones hospitalarias una cantidad que se acerca a los **10 billones de pesos**.

A fecha de hoy la situación se ha agravado. Del total de esa suma, las famosas **EPS adeudan cerca del 60 por ciento**. Reciben de antemano la plata de sus usuarios, pero no les pagan a los hospitales que los acogen. **El Estado, incluyendo Nación, municipios y departamentos, debe otro 17 por ciento**. Para ser rigurosamente exactos: el 17,2 por ciento. El resto corre por cuenta de numerosas entidades de diversa índole. Algunos de esos compromisos tienen más de un año de atraso. Y después los enfermos, alterados por tantos atropellos, vapulean a los médicos o insultan a las enfermeras.

Hospitales en quiebra:

Los hospitales del país están en bancarrota o al borde de un desastre. Conseguí la lista de los cinco más afectados y de la suma que les estaban debiendo hasta hace tres meses, en diciembre del año pasado. Tres de ellos son de Medellín.

1. A la Fundación Hospital San Vicente de Paúl, de Medellín, le deben 248.000 millones.
2. Al Hospital General de Medellín le deben 137.000 millones.
3. A la Fundación Oftalmológica de Santander le deben 122.000 millones.
4. A la IPS Universitaria de Medellín le deben 108.000 millones.

5. A la Fundación Clínica Valle del Lili, de Cali, le deben 93.000 millones.

Si no han desaparecido es porque los hospitales no se mueren de un día para otro. **Agonizan despacito.** Pero si la situación actual persiste, la única alternativa que les queda es la más peligrosa de todas: reducir servicios, reducir personal y reducir costos para sobrevivir. **Es decir: acabar con la calidad.**

Honorarios congelados:

El problema de los médicos es todavía más penoso que el de los hospitales. Conozco el caso de un oftalmólogo al que las EPS solo le reconocen 65.000 pesos por **una operación de cataratas que cuesta 1'200.000 pesos.** "De algo tengo que vivir", me dijo. El otro día, uno de sus pacientes lo demandó, alegando negligencia profesional, y le reclama una indemnización de 1.000 millones de pesos.

Presionados por las empresas promotoras de salud, que los someten a humillantes procesos de "negociación", y que amenazan con dejarlos sin trabajo si no admiten sus condiciones, los médicos han tenido que aceptar, año tras año, que sigan vigentes las mismas tarifas del 2001. Así, un médico que recibe pacientes de las EPS es el único trabajador colombiano que devenga hoy los mismos honorarios de hace 11 años. Han perdido su poder adquisitivo porque el costo de la vida crece sin parar, pero su remuneración se mantiene invariable.

Como necesitan examinar la mayor cantidad posible de pacientes, para tener más ingresos, los revisan a las carreras, uno tras otro, rapidito, como si por docena fuera más barato. Por esa razón, el tiempo de una consulta médica es cada día más breve. Y la atención, más deficiente.

Su realidad es trágica. Unos pocos especialistas han logrado que les reconozcan incrementos marginales. **No existe un sistema tarifario único que regule su relación laboral con las empresas de salud.** Pero, en cambio, un computador con

programación científica avanzada, que es imprescindible para su trabajo, les cuesta actualmente 20 millones de pesos. **Hace once años, les costaba tres.**

Entonces, si no les pagan a los hospitales, si no les pagan ni a los médicos, si se niegan a mandar al paciente a un especialista porque cobra más, si se resisten a entregarle los medicamentos apropiados, **¿qué diablos es lo que hacen las EPS con la plata de la gente?** Confieso que no me atrevo ni a pensarlo.

Las EPS privadas:

Hay empresarios de la salud que tienen una imaginación infinita para defraudar al sistema. Todos los días aparece una nueva forma de la corrupción. Por ejemplo: dentro del pago que hacen los usuarios está contemplada una atención domiciliaria, el "servicio de enfermería en casa", incluido en el Plan Obligatorio de Salud.

Pero, mañosamente, le cambiaron el nombre: lo llaman "**cuidador en casa**", que no aparece inscrito en el plan, y eso les permite cobrar dos veces el mismo servicio: una como "auxiliar" y otra como "cuidador". Ya se han encontrado casos en que el sobrecosto por paciente llega a 5 o 6 millones de pesos diarios.

Otro ejemplo que ilustra los extremos demenciales a que hemos llegado en materia de inmoralidad es el caso de la prevención de enfermedades, prioridad fundamental en cualquier país civilizado.

En Colombia, el Ministerio de Salud le reconoce en promedio a cada EPS la suma de 1.665 pesos mensuales por paciente, a fin de que dicha empresa adelante trabajos de promoción y prevención de salud. Es lo que en el enredado vocabulario del sistema se conoce como "p y p".

Se supone que las EPS reciben ese dinero, que es del pueblo, y deberían trasladarlo a clínicas y hospitales para sus tareas preventivas.

Pero la verdad es otra: solo les transfieren 140 pesos por paciente. Es decir la empresa promotora de salud se queda con 1.525 pesos que no le pertenecen. Haga cuentas, por cada paciente. Uno se pregunta, alarmado, **si el Ministerio de Salud no le hace una auditoría a su propio dinero, el que entrega a las empresas.** Y si la hace, ¿por qué no descubre ese desfaldo?

¿Quieren más pruebas? **Se han descubierto numerosos casos en que los directivos de las EPS privadas,** a la hora de escoger hospitales para contratar servicios, lo hacen con aquellos que son de sus amigos, de sus familiares o de sí mismos. Fundan clínicas solo con ese propósito. Se ha comprobado que su calidad es inferior al promedio. Natural que así sea, no están hechas para salvar vidas, sino para ganar plata.

Pero aquí no hay un gobernante que ponga el grito en el cielo y los meta en cintura, ni hay un juez que, además de meterlos en cintura, los meta también en la cárcel. **Lo que es peor, no hay ciudadanos que protesten seriamente en nombre de la salud colectiva.** Al Presidente de la República, por su parte, se le llena la boca anunciando nuevas reformitas del sistema, engañosas pastillas de placebo, como si esa colcha de retazos aguantara un remiendo más.

Cleptómanos en todas partes:

La corrupción y el desorden, que es su principal cómplice, comienzan desde el principio. El sistema colombiano de salud no tiene una base de información unitaria, sino dos, una para las personas que pagan su contribución y otra para quienes reciben subsidios del Estado. **El caos es de tales proporciones que hay duplicidad de usuarios y se cobra por atender a personas que ni siquiera existen.**

En cuanto a los subsidios, son incontables los municipios que reportan atención a una cantidad de enfermos superior al número de habitantes de la población entera. (Es un caso similar al de la educación para sacarle dinero al Estado, hay colegios y

universidades que envían unas listas de becarios que superan en cantidad a todos los matriculados.)

Síntesis con sugerencias:

Tras dedicarnos varios meses a investigar esta realidad nauseabunda, y después de consultar a tantos expertos, podemos repetir, sin quitarle ni una coma, lo que dijimos en el primer párrafo: **el sistema colombiano de salud ha muerto**. Ya está podrido. Hay que enterrarlo. Brille para él la luz perpetua.

Quedan, para fundar sobre ellas un sistema nuevo, las siguientes reflexiones:

- 1.- Colombia es el único país del mundo donde se permite que unas empresas particulares manejen a su antojo el dinero sagrado de la salud y que, además, lo cobren por adelantado. Son como las muchachas prepago, pero menos complacientes.
- 2.- El desastre, como es natural, lo origina la manipulación de tanto dinero. Los especialistas consideran que la única salida exitosa es la creación de un mecanismo único que recaude los recursos y pague las cuentas, bajo control del Estado, y no de los particulares.
- 3.- Hay que luchar por tener un régimen de salud que sea único, universal y para todos. Que no excluya a nadie de ningún servicio en ningún hospital ni clínica. Que un solo carné sirva para que la gente no se muera en la puerta esperando que la atiendan.
- 4.- Es urgente que hospitales, médicos, odontólogos, radiólogos, enfermeras, trabajadores de la salud en general, reciban una remuneración digna y adecuada por su trabajo. Dicho con franqueza: que los tramposos no se sigan quedando con la plata mientras un doctor dura 11 años cobrando la misma tarifa.
- 5.- En el nuevo sistema hay que eliminar a los intermediarios de la salud, que son la peor plaga.

6.- El sistema colombiano de salud no puede seguir dedicado únicamente a atender enfermedades. Lo fundamental es la prevención. La atención es el complemento.

Y, por último, hablando acá, para nuestros adentros, pedimos algo que no depende del Gobierno, sino de Dios: que un milagro le devuelva la vista al niño de Villavicencio.

En este momento su madre está pidiendo limosna para comprarle los implantes de órbitas oculares, lo que se conoce como "cristales para rellenar cuencas".

Ah, pero como no todo hay que dejárselo a Dios, también pedimos que un juez castigue a los culpables. Terminamos aquí porque nos parece que ya estamos exigiendo demasiado: **salud y justicia al mismo tiempo.**

Weber en sus escritos dice:

"La experiencia tiende a demostrar universalmente que el tipo de Organización administrativa puramente burocrático, es decir, la variedad monocrática de burocracia es, desde un punto de vista técnico, capaz de lograr el grado más alto de eficiencia, y en este sentido es el medio formal más racional que se conoce para lograr un control efectivo sobre los seres humanos.

Como podemos ver Max Weber, afirma que los fines del modelo burocrático son la eficiencia y ser el mejor modelo racional, su principal objetivo hacer dinero buscar el lucro, a través de la burocracia el derecho se vuelve un negocio con los nuevos procesos que se aplicaran por el enfoque corporativista.

El enfoque corporativista o también conocido como modelo de gestión pública todo el enfoque del modelo legal racional, el cual apela al término de la burocracia weberiana. El plantea un modelo jerárquico en donde en la alta dirección se decide y de ahí para

abajo se ejecuta, es decir, allí existe una división del trabajo y si hay división del trabajo hay por ende especialización de la mano de obra y dentro de esas organizaciones existen normas impersonales. Para lo cual weber dice que es un modelo racional, ya que responde a las lógicas de la industrialización, es decir, es un modelo de dominación.⁷

EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DENTRO DEL CONTEXTO DE LA CONSTITUCIÓN DE 1991

“En el proyecto de reforma constitucional que el Gobierno Nacional presento ante la asamblea Nacional constituyente se incluyeron varios artículos que consagraban el derecho a la salud, dentro de los cuales cabe destacar el artículo 44 que estableció los derechos de los niños, el 46 que consagro la obligación estatal de garantizar la seguridad social integral y el artículo 52 que establecía que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La salud básica será gratuita y obligatoria en los términos que establezca la ley. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud públicos y privados. La ley determinara las obligaciones y la responsabilidad del estado y de los particulares para asegurar el goce de este derecho y el modo de hacerlo efectivo”.⁸

OBJETIVOS FUNDAMENTALES DEL ESTADO

“cuando se habla de nivel de vida es necesario conjugar influencias plurales que pueden cohabitar, y, si ello no es posible, tales influencias se deben ponderar para preferenciar una opción. Esto significa que la calidad de vida es un proyecto público y no privado, que integra una de las estructuras básicas de la sociedad contemporánea y

⁷ <http://laadministracionsami2.blogspot.com/p/enfoque-burocratico-max-weber.html>

⁸ “ANTONIO JOSE DANNA ENCISO Tesis El plan obligatorio de salud (POS) dentro del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud establecido por la Ley 100 de 1993.PG 4”

que la constitución debe hacer un señalamiento de las preferencias de por si variables".⁹

PRIVATIZACIÓN Y CAPACIDAD DE REGULACIÓN ESTATAL

"La década de 1990 se caracterizó por un cambio fundamental en el papel del Estado región. En el nivel nacional, muchos gobiernos renunciaron total o parcialmente a una porción importante de su función de prestación directa de bienes y servicios, lo cual se manifestó en la transferencia de esta responsabilidad a instancias subnacionales y al mercado. Una tendencia generalizada a la desregulación y a la tercerización de ciertas gestiones completo gran parte del cuadro de transformaciones fundamentales en la composición y dimensión de su aparato institucional".

"Luego de la privatización de empresas públicas, el Estado debió sustituir su función de prestación de servicios por la de regulación de los respectivos mercados. Esta sustitución resulta inevitable ya que el estado no puede desprenderse de la responsabilidad de velar por la producción y entrega de esos bienes y servicios, en tanto tenga un carácter público y, por lo tanto deban ser ofrecidos a los usuarios en forma oportuna, no discriminatoria, con la calidad adecuada y a costos razonables".¹⁰

⁹ "OSCAR JOSE DUEÑAS RUIZ, Magistrado de la Corte Constitucional Acción y Procedimiento En La Tutela PG 171" Quinta Edición,"

¹⁰ "Luis Carlos Bresser- Pereira Política y Gestión Pública PG (139) Editorial "

12. MARCO LEGAL

Normas Internacionales:

- Convención Americana sobre Derecho Humanos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹¹.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Declaración y programa de acción de Viena, 1993, Organización de las Naciones Unidas.

Normas Internas:

- Constitución Política de 1991
- Ley 100 de 1993
- Decretos reglamentarios de la ley 100 de 1993 y normas atinentes al POS
- Ley 1122 de 2007
- Ley 23 de 1981

Jurisprudencia interna:

Sentencia T-104 de 2010

Sentencia T-117 de 2010

Sentencia T-999 de 2008

Sentencia T-820 de 2008

Sentencia T-816 de 2008

¹¹

["http://www.periodicoelpulso.com/html/dic04/general/general-12.htm"](http://www.periodicoelpulso.com/html/dic04/general/general-12.htm)

Sentencia T-760 de 2008

Sentencia T-477 de 2008

Sentencia T-475 de 2008

Nota del Autor: en jurisprudencia interna serán utilizadas otras sentencias de tutela; éstas serán identificadas en el desarrollo del proyecto de investigación. De ahí que no sean citadas en este anteproyecto. Una exigencia en este sentido es absurda.

Derecho fundamental: derechos subjetivos consagrados en la Constitución que derivan de la dignidad humana o tiene un reconocimiento expreso como tales en el texto mismo de la Constitución o en tratados internacionales, o que son esenciales para el bienestar de las personas. No existe un catálogo taxativo de los mismos, pues también dependen de las circunstancias sociales, históricas y económicas.

La caracterización de los derechos sociales como derechos fundamentales, especialmente el derecho a la salud, ha sido objeto de debates en el derecho internacional, en el derecho comparado y en el derecho interno del Estado. En la teoría, algunos para efectos académicos y otros para efectos prácticos, distinguieron entre derechos de primera, derechos de segunda y derechos de tercera generación. Los derechos de primera generación eran aquellos que imponían prestaciones o deberes negativos, es decir, imponían abstenerse de realizar determinadas cosas frente al individuo, correspondiendo tales prerrogativas a los llamados derechos civiles y políticos (la libertad, la vida, la integridad, la intimidad, el debido proceso). Estos derechos eran susceptibles de protección judicial, pues su respeto se imponía incluso en ausencia de una ley, dado que se consideraba emanaban de la dignidad humana, por lo cual podían ser amparados a través de mecanismos de naturaleza judicial. Estos

derechos, se suponía, no implicaban cargas onerosas para el Estado, es decir, no le imponían erogaciones a cargo de los recursos públicos¹².

“Por su parte, los derechos de segunda generación aludían a aquellos que habían surgido como efecto necesario del proceso de industrialización de la sociedad occidental y de los efectos prácticos que ello había traído aparejado en términos de inequidad y desigualdad. A estos derechos, llamados sociales, correspondían derechos como el trabajo, la asociación sindical, la salud. Estos derechos no sólo imponían deberes negativos, es decir, de no hacer, sino también cargas positivas o prestaciones en cabeza del Estado, quien no sólo debía limitarse a la posición de un espectador pasivo, sino que debía actuar de manera dinámica en la configuración de la sociedad para que se crearan las condiciones de vida necesarias en las cuales hubiese dignidad. Se suponía que estos derechos imponían la implementación de políticas o programas de acción en el mediano y largo plazo que no eran susceptibles de reclamación a través de mecanismos judiciales, pues era el Estado, mediante los órganos legislativo y ejecutivo, el que debía asumir la implementación de las condiciones que garantizaran el contenido de los llamados derechos sociales¹³.”

En una época más reciente surgieron los derechos colectivos y del medio ambiente, los cuales correspondían a una serie de intereses difusos que ya no estaban tanto radicados en individuos claramente determinados sino en la comunidad. Estos derechos se consolidan como posiciones o derechos subjetivos cuando el progreso científico y la tecnificación empiezan a generar problemas en términos de un ambiente sano y de dominio del espacio público y afectaciones de otra clase de intereses. Debido al carácter difuso de estos intereses se ha considerado que los mismos deben ser garantizados mediante programas y acciones que no pueden estar en cabeza de los jueces sino de órganos legislativos y administrativos.

¹² <http://www.cubaencuentro.com/derechos-humanos/clasificacion-y-caracteristicas/clasificacion/derechos-de-segunda-generacion-o-derechos-economicos-sociales-y-culturales>

¹³ <http://www.cubaencuentro.com/derechos-humanos/clasificacion-y-caracteristicas/clasificacion/derechos-de-segunda-generacion-o-derechos-economicos-sociales-y-culturales>

En el plano internacional, la distinción teórica entre derechos de primera, segunda y tercera generación, ha sido paulatinamente superada mediante la implementación de resoluciones, declaraciones o programas de acciones en el marco de diversas organizaciones internacionales, entre éstas la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas. En la Constitución de la primera se reconoce al derecho a la salud la posición de derecho fundamental, abarcando tanto el bienestar físico y mental, pero también el bienestar social, lo cual le otorga un contenido social más amplio a un derecho tradicionalmente vinculado a la integridad física y mental. Del mismo modo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha expresado, en su observación general 14, que el derecho a la salud es fundamental, asignándole contenidos específicos dependiendo de la categoría de sujetos titulares. Así, ha aludido a la posición de los niños y de las niñas, así como de las mujeres, víctimas de discriminación histórica por distintas razones que hoy constituyen los llamados criterios sospechosos en el derecho internacional de los derechos humanos.

En el marco de los debates en el derecho internacional hoy se considera como superada la distinción clásica entre derechos de primera, segunda y tercera generación, la cual subsiste para efectos puramente académicos, pero superada en cuanto actualmente se opina que todos los derechos imponen deberes tanto negativos como positivos. En otras palabras, el Estado también debe configurar las condiciones sociales para que los derechos sean eficaces, pues, por ejemplo, una persona no tiene una libertad plenamente garantizada cuando no tiene condiciones materiales de vida digna, es decir, cuando no cuenta con trabajo, vivienda, educación o salud. Por ello, la Declaración de Viena de 1993 dijo que los derechos eran interdependientes e indivisibles, lo que apunta a una concepción integral acerca de los derechos humanos¹⁴. Ahora bien, el que se haya superado la distinción entre las generaciones de derechos, no significa que todos los derechos cuenten con el mismo grado de protección. En otras palabras, el que las concepciones teóricas contemporáneas apunten a una concepción

¹⁴ <http://www.cubaencuentro.com/derechos-humanos/clasificacion-y-caracteristicas/clasificacion/derechos-de-segunda-generacion-o-derechos-economicos-sociales-y-culturales>

integral de los derechos y que muchos derechos sociales (la educación, el trabajo, la salud) sean estimados como fundamentales, no significa ello que cada aspecto o dimensión de un derecho social fundamental sea susceptible de protección a través de los mecanismos judiciales existentes en el orden jurídico. Esto por cuanto hay contenidos de los derechos sociales que corresponden a competencias exclusivas de los órganos legislativo y administrativo.

Rodolfo Arango ha considerado que el “derecho social fundamental tiene la forma de un derecho a algo. Esto significa que el derecho social fundamental tiene la estructura de una relación jurídica tripartita (*DabG*), en donde *a* simboliza al portador del derecho, *b* al obligado y *G* al objeto del derecho”¹⁵. En este sentido, ha reconocido que los “derechos fundamentales son derechos subjetivos con alto grado de importancia. Los derechos sociales fundamentales son derechos con alto grado de importancia y carácter positivo general”¹⁶.

El autor antes mencionado ha identificado tres corrientes teóricas que han tratado de dar respuesta a la pregunta sobre en qué medida deben ser garantizados los derechos sociales como derechos fundamentales. El autor ha identificado a) una tesis maximalista según la cual “los derechos sociales fundamentales deben ser garantizados a cualquiera, en cualquier circunstancia. Estos incluyen los derechos a la alimentación, a la salud, a la vivienda, a la educación, al trabajo y a la seguridad social y presuponen normas jurídicas, obligaciones jurídicas y posiciones jurídicas cuyo reconocimiento debería ser universal, sin limitarlo a determinadas personas”¹⁷; b) una tesis minimalista según la cual “los derechos sociales fundamentales deben ser reconocidos en cierto grado. Esto significa: existe un mínimo jurídico constitucional de derechos positivos generales, reconocido, o que debe ser reconocido por cualquier

¹⁵ Arango Rivadeneira, Rodolfo (2005). El concepto de derechos sociales fundamentales. Bogotá D.C., Colombia: Legis y Universidad Nacional de Colombia, pág. 55.

¹⁶ Arango Rivadeneira, Rodolfo (2005). El concepto de derechos sociales fundamentales. Bogotá D.C., Colombia: Legis y Universidad Nacional de Colombia, pág. 56-57.

¹⁷ Arango Rivadeneira, Rodolfo (2005). El concepto de derechos sociales fundamentales. Bogotá D.C., Colombia: Legis y Universidad Nacional de Colombia, pág. 54.

estado constitucional y democrático moderno. En la doctrina jurídica, ese mínimo se denomina derecho a un mínimo vital”¹⁸; y c) una tesis intermedia según la cual “sólo algunos de los derechos sociales fundamentales son derechos subjetivos”, lo cual significa que tal condición no se hace extensiva a “todos los derechos sociales fundamentales”¹⁹.

En el marco de esas tres perspectivas teóricas, las cuales resultan relevantes para explicar la naturaleza del derecho a la salud como un derecho social fundamental y para enfrentar el problema de investigación planteado, Rodolfo Arango ha señalado que una “persona tiene un derecho fundamental definitivo concreto a un mínimo social para satisfacer sus necesidades básicas si, pese a su situación de urgencia, el Estado, pudiendo actuar, omite injustificadamente hacerlo y lesiona con ello a la persona”²⁰.

En el desarrollo de este trabajo se asumirá, como teoría que explica de modo adecuado la consolidación de la salud como un derecho fundamental, la tesis minimalista según la cual los derechos sociales fundamentales deben ser reconocidos en cierto grado, lo cual no significa que el Estado no deba actuar en sentido positivo para crear condiciones que optimicen en la medida de sus posibilidades fácticas los derechos constitucionales. Desde la perspectiva de esta corriente teórica, la justiciabilidad de un derecho social fundamental dependería de los aspectos del derecho que sean esenciales como contenido mínimo para la vida y la dignidad de una persona.

PRIVATIZACIÓN Y CAPACIDAD DE REGULACIÓN ESTATAL

La década de 1990 se caracterizó por un cambio fundamental en el papel del Estado región. En el nivel nacional, muchos gobiernos renunciaron total o parcialmente a una porción importante de su función de prestación directa de bienes y servicios, lo cual se

¹⁸ Arango Rivadeneira, Rodolfo (2005). El concepto de derechos sociales fundamentales. Bogotá D.C., Colombia: Legis y Universidad Nacional de Colombia, pág. 54.

¹⁹ Arango Rivadeneira, Rodolfo (2005). El concepto de derechos sociales fundamentales. Bogotá D.C., Colombia: Legis y Universidad Nacional de Colombia, pág. 54.

²⁰ Arango Rivadeneira, Rodolfo (2005). El concepto de derechos sociales fundamentales. Bogotá D.C., Colombia: Legis y Universidad Nacional de Colombia, pág. 346.

manifestó en la transferencia de esta responsabilidad a instancias subnacionales y al mercado. Una tendencia generalizada a la desregulación y a la tercerización de ciertas gestiones completo gran parte del cuadro de transformaciones fundamentales en la composición y dimensión de su aparato institucional.

LA REALIDAD NEOLIBERAL

“La universidad Nacional tomo la iniciativa de convocar a distintos académicos para analizar y comprender la significación de la época actual del capitalismo, cobijada en muchos escenarios bajo la expresión neoliberalismo. Las tendencias y efectos específicos demuestran que el llamado neoliberalismo, lejos de ser una doctrina económica, es un conjunto, una constelación estratégica para la renovación del modo de producción capitalista en el mundo. Como tal, por consiguiente toca con todo el orden social capitalista, desde la familia y la reproducción, pasando por el Estado, hasta la forma y el ritmo de producción y circulación”²¹.

ESTADO, POLÍTICA Y DEMOCRACIA EN EL NEOLIBERALISMO

“Mientras las políticas públicas inspiradas en el neoliberalismo, debilitan las fronteras nacionales y diseminan sus efectos en el orden y el caos global, sus raíces ideológicas parecen querer ocultarse en un presente sin pasado. A medida que aumentan las críticas a las practicas económicas y políticas neoliberales, debido a sus consecuencias sociales, la doctrina que las sustenta parece quedar reducida a un cuerpo amorfo de dogma utilizados por los tecnócratas de turno”²²

²¹ “Darío I Restrepo Botero-La Falacia Neoliberal Crítica y alternativas PG (11) Editorial Antropos Ltda.”

²² “Darío I Restrepo Botero-La Falacia Neoliberal Crítica y alternativas PG (43) Editorial Antropos Ltda.”

13. HIPÓTESIS

- El estado Colombiano ha adoptado un sistema neoliberal dentro de la prestación del servicio de la salud, impulsando la libre empresa, el prestigio empresarial y la maximización de la rentabilidad económica.
- Tras la reforma de la ley 100 de 1993 la salud pública en Colombia empieza a decaer debido a que el Estado, se ha ido desligando de sus principales responsabilidades, transformando uno de los derechos fundamentales de la sociedad civil , en uno de los negocios más lucrativos del mercado, entregando la inversión social de la salud a entidades privadas.
- Las EPS en búsqueda de responder a las necesidades del servicio de salud de todos los colombianos, han adoptado unos mecanismos institucionales que han tenido cambios estructurales desviándose de su misión inicial.
- Para esta investigación pretendemos valernos del enfoque neoinstitucionalista.

14. MARCO TEÓRICO

- las políticas de la economía global del neoliberalismo logran que el Estado no intervenga casi nada en la economía nacional, es decir, una descentralización de la toma de decisiones, pasando el control de la economía a manos del capital privado y ya no a manos del Estado.
- El neo institucionalismo se ve afectado por los problemas de uniformidad, porque hay signos culturales de diferente índole y también definen muy diferente el término de lo adecuado.
- Los cambios institucionales no son necesariamente funcionales, sino que las instituciones públicas pueden leer mal las señales emitidas por la sociedad y responden de un modo disfuncional.

El Estado, debe ser garante de los derechos plasmados en la constitución ya que como tal es constituido por una sociedad que le sede el poder a través de un contrato. “Tradicionalmente como decíamos, se ha entendido que el tercer elemento constitutivo ..del Estado, es el poder, poder que ha sido entendido como la capacidad para crear, o transformar o derogar al Derecho, o como la capacidad exclusivamente radicada en el Estado, para ejercer el dominium o mejor el imperium, sobre las personas en un determinado territorio, o como la aptitud para la autoorganizacion, o como en fin, la autoridad superior entendida como dirección de una voluntad independiente y exclusiva que no admite ninguna otra para dirigir la sociedad hacia el fin que motive su existencia²³”

Desarrollo de conceptos

²³ JOSE IVAN ORTIZ-Aproximación al Estado (Derecho Constitucional Integral) pg.92y93- Capitulo1-5Edicion.

Neoliberalismo: Hace referencia a la política económica con énfasis tecnocrático y macroeconómico, pretendiendo reducir al mínimo la intervención estatal tanto en materia económica como social, defendiendo el libre mercado capitalista como mejor garante del equilibrio institucional y el crecimiento económico de un país.²⁴

Neoinstitucionalismo: Un conjunto de reglas que determinan los procesos de la reforma institucional a partir de los marcos de incentivos y restricciones impuestos a los comportamientos de los diferentes agentes y actores económicos, sociales y políticos para la formulación e implantación de políticas públicas y que tienen un impacto en los resultados medidos en términos de crecimiento y desarrollo.

FERNANDO BERNAL

“El singular aliento académico de las ciencias sociales dado al estudio de las instituciones, está originando la creación de una corriente de pensamiento, o nuevo paradigma llamado “nuevo institucionalismo” Jalonado por la investigación interdisciplinaria dirigida a entender y explicar las instituciones así como el cambio institucional, en el caso de la economía el “nuevo institucionalismo” ha concentrado sus esfuerzos en los temas de la elección racional, derechos de propiedad, medición de costos de transacción, e información incompleta. Sin embargo igualmente rico es el avance en el derecho, la sociología, la antropología, las ciencias políticas y la historia, en temas como la acción colectiva, la conducta individual y la elección racional, las formas de propiedad, los mercados políticos, la racionalidad económica, el escogimiento y la eficiencia pública”.

Factores Institucionales: Normas, Reglamentos, políticas en estructuras formales, que pueden limitar o fomentar los comportamientos recomendados.

Misión institucional

“Dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de

²⁴

<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/poli/poli70.htm>

políticas sobre los determinantes en salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia”.²⁵

Visión Institucional

“En el 2021, ser ampliamente reconocida como la entidad rectora en el establecimiento de políticas que respondan adecuadamente a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en materia de salud y protección social en salud, mediante procesos transparentes, armónicos y participativos.

El Ministerio reconoce, valora y desarrolla el talento humano, la gestión del conocimiento y los recursos, para que el país cuente con políticas públicas orientadas al goce efectivo del derecho a la salud y protección social en salud”.²⁶

Sistema Político: Es la plasmación organizativa de un conjunto de interacciones estables a través de las cuales se ejerce la política en un contexto limitado. Este sistema viene formado por agentes , instituciones , organizaciones, comportamientos , creencias normas, actitudes, ideales, valores y sus respectivas interacciones, que mantienen o modifican el orden del que resulta una determinada distribución de utilidades , conllevando a distintos procesos de decisión de los actores, que modifican la utilización del poder por parte de lo político.

“El problema de la naturaleza estatal, ha sido tradicionalmente uno de los tópicos que se han prestado a mayores y acaloradas discusiones, que han dado origen a multitud de puntos de vista encontrados en la Teoría del Estado, entre otras cosas porque se ha

²⁵ <http://www.minsalud.gov.co/>

²⁶ <http://www.minsalud.gov.co/>

sostenido que al referirse a él es imposible despojarse de la propia ecuación personal²⁷”.

Políticas Públicas

Es un conjunto de acciones coherentes dentro del Plan Nacional de Desarrollo, para la materialización de la acción del Estado en plan de acción, con vistas a un objetivo de respuesta a las demandas de los ciudadanos, en forma de políticas locales, estatales, federales y leyes que reglamentan o respaldan acciones.

CARLOS ENRIQUE CAMPILLO PARRA- Poderes del Ciudadano Frente al Estado, Pg.32- Título 1 Capítulo 1...., *“La historia de los derechos humanos está constituida por una serie de decretos, cartas, actas y declaraciones que comienzan a tener una periodicidad continuada a partir del siglo XVII y que culminan con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948. La evolución de los derechos es, sin duda, un progreso en la concepción y el sentido de las libertades humanas. Podemos decir que todos los derechos son una forma del derecho a la libertad, la cual no será posible ni real mientras carezca de unas condiciones mínimas e imprescindibles y mientras no sea un derecho garantizado y protegido para todos”*.

Salud: según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, ésta consiste en “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por lo cual el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”²⁸

Salud Pública: Es la norma encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la población, así como el control y la

²⁷ JOSE IVAN ORTIZ-Aproximación al Estado (Derecho Constitucional Integral) pg.56- Capítulo1- 5Edición.

²⁸ <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.

erradicación de las enfermedades. Es una ciencia de carácter multidisciplinario, ya que utiliza los conocimientos de otras ramas del conocimiento como las ciencias Biológicas, Conductuales, Sanitarias y Sociales.

Acción de tutela: es la concreción del derecho fundamental a la protección inmediata y oportuna de los derechos fundamentales. Es un instrumento de naturaleza constitucional que toda persona, sin discriminación alguna, puede ejercer ante cualquier autoridad judicial cuando quiera que considere que sus derechos fundamentales están siendo vulnerados, por acción u omisión, por las autoridades o por los particulares, pero respecto de estos últimos en los casos expresamente contemplados en la ley.

Derecho de Petición:

CARLOS ENRIQUE CAMPILLO PARRA- Poderes del Ciudadano Frente al Estado, Pg.44- Titulo 2-Capitulo 1...
“El derecho de petición consiste en que toda persona puede presentar ante las autoridades solicitudes respetuosas y obtener pronta resolución. Mediante el derecho de petición se puede tener acceso a la información de las entidades públicas, en materia de presupuesto, contratación, inversión, nomina, vinculación de personal, y para el conocimiento de todas aquellas actividades que son competencia de las dependencias o entidades del estado, a todo nivel”

QUE ES LA LEY 100

La Ley 100 de 1993 «por la cual se crea el sistema de seguridad social Integral establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, con énfasis en el Sistema general de Pensiones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de riesgo Profesionales en el Libro Tercero y en servicios sociales Complementarios en el Libro Cuarto. En el presente artículo se hará un análisis de la Ley y sus desarrollos en lo relacionado exclusivamente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La reforma de la Salud en el País se orientó en 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, y que brinda aseguramiento a la población pobre del país.

Los principios generales de la Ley, expresados en el Capítulo 1, Artículo 2, establecen «el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.» Además, en el Artículo 153 establece los fundamentos del servicio público de salud, y define que los patrones rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud son equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

RÉGIMEN SUBSIDIADO

Es para las personas más pobre y vulnerable sin capacidad de pago, que sea identificada como tal. El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S), es el paquete de servicios de salud a los que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado, según la normatividad vigente en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Este plan, contempla diferentes actividades, intervenciones y procedimientos de salud que están clasificados según su nivel de atención y complejidad, el plan de beneficios está relacionado más adelante de conformidad a cada nivel de complejidad.

EL ESTADO PRIVATIZO LA EPS DEL I.S.S.

El gobierno hizo liquidar y privatizar el Seguro Social, ente público prestador de servicios de salud, (bajo el argumento de ineficiencia administrativa) con medidas como la prohibición de captar nuevos afiliados, a través del decreto 1750 de 2003, así mismo le quitó al ISS la prestación de servicios de salud. Las 37 clínicas y 204 centros de atención ambulatoria que tenía, fueron agrupados en 7 Empresas Sociales del Estado (ESE), dependientes ya no de la EPS ISS, si no del Ministerio de Protección Social. Esto le quitó el derecho a la EPS ISS de contar con su propia red de servicios (IPS) y contratar con ella para obtener un mejor balance financiero, con todo esto fue posible identificar que la idea era dejar en manos de entes privados la prestación del servicio, ahora el ISS se llama la nueva EPS y es una entidad privada pero “eficiente”.

La "privatización" del Régimen Contributivo fue extraña desde 1992, año en que se discutía el proyecto que dio origen a la Ley 100 de 1993. En ese entonces los representantes del Ministerio, encabezado por Juan Luís Londoño, trataban de convencer a las empresas de medicina prepagada de convertirse en las nuevas Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud. Bien vale la pena aclarar que los grandes poderes económicos del país tenían puesta su mira y su único objetivo en la privatización del sistema pensional, con el fin de poder captar el más grande ahorro que pueda tener un país. No tenían interés alguno en el sector salud, pero estaban dispuestos a aprobar cualquier reforma en salud, incluso la medicina familiar, incrementando los aportes de las empresas, o incluso facilitar la aprobación del seguro universal, con tal de ganar dicho premio gordo. Tal fue la negociación de fondo entre los intereses económicos y sociales que concluyó en la Ley 100.

En esa negociación y en ese proyecto de ley se crearon las EPS privadas, en las que los grandes grupos económicos no tenían interés alguno, ni las empresas de medicina prepagada tampoco. En última instancia la ley obligó a estas últimas a crear EPS, para no perder el negocio de la medicina prepagada, dado que la nueva norma establecía que nadie que no fuera afiliado a una EPS podría contratar un seguro prepagado. De

modo que se crearon tales entidades fundamentalmente debido a la voluntad de los tecnócratas neoliberales por imponer su modelo de mercado regulado. Creyeron algunas de ellas que podrían tener en el nuevo sistema un cliente con dos seguros, el obligatorio y el voluntario, lo que podría ser finalmente un negocio aceptable.²⁹

El sistema de salud actual entró en crisis por factores como los descritos anteriormente y por esto el gobierno decidió declarar la Emergencia que es uno de los estados de excepción consagrados por la constitución en su artículo 212. Al amparo de esta declaratoria se expidieron decretos que buscaban (según el gobierno) más recursos para la salud, sin embargo al conocer las implicaciones de los mismos fue posible identificar que lo que buscan es liberar al Estado cada vez de la responsabilidad de garantía del derecho a la salud a cada habitante de la nación, ya que se abre la posibilidad que quienes sufran de enfermedades de alto costo acudan a préstamos bancarios y uso de las cesantías para pagar el tratamiento de dichas enfermedades si no están en el POS el estado no lo pagará ni las EPS ya que se denominarán prestaciones excepcionales en salud (decreto 128 de 2010), de igual forma se profundizan las dificultades para acceder a especialistas y se sanciona a los médicos y medicas si formulan por fuera del POS, de esta forma se previene la interposición de tutelas.

Para tener acceso a medicamentos o tratamientos no autorizados (según un estudio de la defensoría del pueblo, en los años 1999, 2000, 2001, 2002, y el primer semestre de 2003 del total de tutelas instauradas por los colombianos/as el 25.7% corresponde a tutelas que invocan el derecho a la salud como derecho fundamental.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

²⁹

<http://www.saludcolombia.com/actual/salud78/editor78.htm>

Es el conjunto de normas que rige la vinculación de los trabajadores y sus familias al SGSSS, (Sistema General de Seguridad Social en Salud), a través del pago de una cotización individual o familiar. El SGSSS, Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos destinados a garantizar la salud, y crear condiciones de acceso al servicio de todos los niveles de atención.³⁰ Sus fundamentos son:

- ✓ Equidad
- ✓ Obligatoriedad
- ✓ Protección Integral
- ✓ Libre Escogencia
- ✓ Autonomía De Las Instituciones
- ✓ Descentralización Administrativa
- ✓ Participación Social
- ✓ Concertación
- ✓ Calidad

¿Quiénes PARTICIPAMOS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Personas con contrato regido por normas colombianas, empleados de los servicios diplomáticos y organismos internacionales acreditados en el país, Trabajadores dependientes, Trabajadores independientes, Pensionados, Servidores públicos

QUE ES EL FOSYGA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 el cual reglamento el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud donde establece que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) es una cuenta adscrita al Ministerio

³⁰

<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>

de la Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud.

En su artículo 2 la Estructura del Fosyga, tendrá las siguientes subcuentas:

1. De compensación interna del régimen contributivo
2. De solidaridad del régimen de subsidios en salud.
3. De promoción de la salud.
4. Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT)

En el artículo 3 establece que los recursos del Fosyga se manejan de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinarán exclusivamente a las finalidades consagradas para estas en la ley, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución política. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva subcuenta, previo el cumplimiento de las normas presupuétales que sean aplicables a cada una de ellas.³¹

“En resumen, las condiciones de atención de la salud deben ser analizadas no en términos individuales sino sociales, tanto en lo referido a las posibilidades de acceso de las personas a los servicios de salud como también a la cobertura efectiva. Esta tarea exige inscribir la atención de la salud en términos de respuestas sociales para pensar condiciones de vida de la sociedad en su conjunto, como también la oferta de servicios públicos y privados para su cuidado. En ese molde la reflexión se inscribe en torno a la salud y las políticas sociales³²”

³¹ <http://www.aldiaempresarios.com>

³² MAITENA MARIA FIDALGO (Adiós al Derecho a la Salud) pg. 36.

CAPÍTULO II

CRITICA A LAS REFORMAS DE LA LEY 100 (SALUD):

Introducción:

En los últimos años, los enormes problemas financieros e institucionales en el sistema de salud colombiano han evidenciado una situación crítica de dicho sistema que se ha ido fraguando desde hace décadas. La corrupción y el mal servicio prestado dentro de las EPS, la ineficiente actualización del (Plan Obligatorio de Salud) POS, y la desproporción entre la cantidad de usuarios en el régimen contributivo y el régimen subsidiado son entre otras las causas principales de la situación de ineficiencia, baja calidad y escasez de recursos del sistema de salud.

“La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado, y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad³³”.

La corriente institucionalista define las políticas públicas como las grandes decisiones que el Estado impone al colectivo en relación con un asunto público y que se expresan en la asignación de los recursos. Pese a su difusión y aceptación, este enfoque tiene problemas para dar cuenta de la realidad, pues las grandes decisiones que definen los asuntos públicos no siempre se encuentran de forma explícita en las acciones del

³³ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL LEY BASICA. Hernando Torres Corredor. Concordada con Jurisprudencia Constitucional. P. 77

Estado, y con frecuencia son impuestas por actores privados, directamente o a través del Estado.

Miremos ahora en qué consiste analizar una política pública. Cuando uno quiere analizar una política pública debe tener en cuenta que estas se expresan por lo menos en cuatro dimensiones:

1. En la normatividad jurídica (Constitución, leyes, decretos, ordenanzas y acuerdos
2. En los planes, programas y proyectos.
3. En los contratos establecidos por el Estado para enfrentar problemas públicos.
4. En los cambios de comportamiento que se incorporan en la población en calidad de norma de conducta frente a un asunto público.

Estas expresiones de la política son complementarias y determinan el éxito de la norma frente al problema público que pretenden resolver.

Este proceso, más que técnico, es siempre un proceso político, en el sentido en que se refiere al ejercicio del poder para modificar la voluntad de otros. Los expertos insisten también en que las políticas responden más a intereses de grupos específicos que a una racionalidad científica, y que la clave para comprender una política pública radica en la identificación y valoración de los intereses que la promueven y respaldan.

Precisemos ahora la noción de institucionalidad, no se agota en la estructura del Estado, pues en un sentido amplio se refiere a un sistema relativamente estable de vínculos y relaciones entre los miembros de una sociedad, que comprometen también la cotidianidad y que en el caso de la salud configura la respuesta de la sociedad a sus problemas prioritarios.

El Estado, la gestión de las políticas públicas, los sistemas de prestación de servicios y los mecanismos de participación social son algunas de las expresiones de la institucionalidad. Las instituciones sociales pueden ser muy complejas y cambiantes y si

queremos hacer un buen análisis debemos estar dispuestos a reconocer y dar cuenta de estos cambios.

En relación con la institucionalidad, el Estado juega un papel prioritario que no puede desconocerse en los análisis de políticas públicas, sin embargo, es necesario considerar que su estructura y su función han sido objeto de cambios sustanciales a lo largo de la historia el Estado colombiano de hoy no es el mismo de hace 20 años.

En principio, el papel del Estado ha sido desde sus orígenes, mantener y reproducir el control de los grupos dominantes sobre los agentes productores de riqueza. Es muy importante reconocer que el Estado es en esencia un aparato político al servicio del poder, conformado por personas y estructuras sin ningún interés y guiado sólo por los principios filosóficos del bien común.

En diferentes momentos el Estado, ha desempeñado otras funciones que varían con el grupo que está en el poder. Desde la Revolución Francesa, por ejemplo, el Estado moderno ha pretendido mantener un orden basado en lo que los dueños del capital consideran que son deberes y derechos de los ciudadanos, actuar libremente en el mercado, garantizar que haya mano de obra disponible, garantizar que haya consumidores, garantizar que el inversionista conserve su propiedad.

La Política Colombiana en Materia de Salud:

5. Aspectos formales de la política:

El análisis de los diferentes aspectos involucrados en una política puede ser complejo, sin embargo esta tarea puede facilitarse si el analista comienza por los aspectos formales de la norma, pues estos son más explícitos y evidentes. En este punto sí es muy importante revisar los contenidos formales de la Ley 100 y sus decretos reglamentarios. Formalmente la política sanitaria desarrollada por el gobierno colombiano desde la década de los 90, tiene como objetivo mejorar la equidad y extender la cobertura, facilitando el acceso a la atención médica y desarrollar mecanismos para atender a los pobres. Esta política se fundamenta en los siguientes principios:

La competencia regulada de los agentes estatales y privados que participan en el sistema. Una competencia que debe darse para mejorar la calidad, reducir los costos y lograr la satisfacción de los usuarios, en el marco de una regulación estatal.

El pluralismo estructurado, más que un modelo para explicar la compleja situación sanitaria de una población, este planteamiento es una propuesta organizativa de los recursos basada en cuatro funciones:

- 1) La modulación estatal de las reglas de juego entre la gente y las instituciones.
- 2) La articulación de las transacciones entre los miembros de la población, las instituciones, las agencias financieras y los prestadores de servicios, con el fin de facilitar el flujo de los recursos hacia la producción y consumo de los servicios.
- 3) La búsqueda de fuentes alternativas de financiación.
- 4) La organización de la oferta con criterios de mercado.

El Contexto de la Política:

Muchas políticas no son más que el producto de cambios en el contexto socioeconómico y sólo se entienden a la luz de estos procesos. Por eso es importante analizar el contexto en que se desarrolló la política sanitaria del país.

En Colombia, la reforma sanitaria es una política de segunda generación subordinada a la política económica (reforma de primera generación). La historia de este proceso es larga pero vamos a retomarla sólo desde la posguerra europea. En una Europa destruida por la guerra, sin vías, sin comunicaciones, sin infraestructura para la producción, habitada por una población en la miseria y sin capacidad adquisitiva, sumida en una crisis social y económica de una magnitud enorme, el Estado sale en ayuda del mercado: en cumplimiento del plan Marshall, el Estado europeo invierte en servicios para la gente y mejora su capacidad de consumo canaliza la inversión social hacia la infraestructura y eso también le conviene al mercado. Este modelo europeo es lo que los analistas denominan Estado de bienestar. Los estados de bienestar

constituyen un momento importante en la historia del capitalismo en contra de lo que podría pensarse, el papel protagónico del Estado, frente a las necesidades sociales no respondía a la generosidad del capitalismo sino a su necesidad de sobrevivir a una de sus continuas crisis. El mecanismo reactivador funcionó por varios años. Pero el mercado siempre busca nuevas fuentes de enriquecimiento, y a mediados de los 80 encontró en los servicios públicos un área inexplorada.

Pero los servicios públicos eran ofrecidos por el Estado bienestarista que tenía el monopolio de escuelas, hospitales, hidroeléctricas y acueductos. Un Estado que ya había cumplido su función estabilizadora, se convierte ahora más en un obstáculo que en un mecanismo útil.

En América Latina las reformas socioeconómicas se propusieron a mediados de los 80 como la solución para superar las condiciones de pobreza. Paradójicamente los estudios sobre el desarrollo social y económico de América Latina muestran que el modelo fracasa sistemáticamente.

Las reformas aumentaron la exposición de los países al riesgo sin acrecentar su capacidad para enfrentarlos, las reformas macroeconómicas han sido desequilibradas pues se centraron en la inflación y prestaron poca atención al desempleo y el crecimiento, y las reformas impulsaron la privatización y el desarrollo de sistemas privados, pero dieron escasa importancia al desarrollo del sistema público.

Las reformas de segunda generación se refieren al sector social y sus servicios. En relación con los sistemas de servicios de salud, las reformas se originan en dos frentes ideológicos diferentes. Desde los años 80, la Organización Panamericana de la Salud impulsó en América Latina la descentralización de los servicios como una estrategia para flexibilizarlos y acercarlos a las necesidades de las comunidades.

En nuestro país, la reforma sanitaria fue impulsada por el gobierno de Gaviria, en seguimiento de las políticas del Banco Mundial y con el apoyo de la élite económica del país.

El proceso de la reforma:

En Colombia, la gestión de la política nacional frente a la salud fue propuesta desde la élite política en el gobierno, con base en estrategias y principios muy similares a los que aplicaron la reforma de primera generación, y con poca participación de otras agencias. La Ley 100 de 1.993 es expresión concreta de una tendencia internacional en el campo de la reforma de la seguridad social, que estuvo expuesta a un contexto particular y que sucede a un complejo proceso de reforma política donde se habían dado ya otros momentos cruciales:

“La transformación del sistema de seguridad social introducida por el gobierno de del presidente Cesar Gaviria (1990-1994) a principios de los años noventa, inicio un vuelco en el sistema Nacional de Salud y en el de previsión y seguridad social, en los cuales el Estado era actor central. La ley 100 de 1993, con ponencia del futuro presidente Álvaro Uribe Vélez, que reformo el sistema de salud y seguridad social, marco el inicio de su privatización. El proceso finalizo en 2003, diez años después, durante el primer mandato presidencial (2002-2006) del entonces senador Uribe Vélez, cuando su gobierno ordeno separar la vicepresidencia prestadora de salud del Instituto de los Seguros Sociales (ISS), y crear siete Empresas Sociales del Estado (ESE), cada una con una jurisdicción territorial. La medida signífico la desaparición del Instituto de Seguro Social, hasta entonces la institución emblemática de la seguridad social³⁴”.

Al igual que en otros países de América Latina, el proceso en Colombia estuvo a cargo de un equipo de cambio reclutado por el gobierno, técnicamente competente en economía, con fuertes vínculos verticales con oficiales de alto rango en el Gobierno y con vínculos horizontales entre sí y con otros núcleos decisores de la política económica el Ministerio de Hacienda y Planeación Nacional. Desde esta perspectiva el hecho de que el Ministerio de Salud se haya entregado a un economista no responde a un capricho del Presidente. Tampoco lo es que los altos cargos de dirección del sistema a nivel nacional, departamental y municipal sobre la institucionalidad de la salud en

³⁴ LA ECONOMIA DE LOS PARAMILITARES. REDES DE CORRUPCION, NEGOCIOS Y POLÍTICA. Mauricio Romero Vidal. P.15

Colombia se hayan entregado a profesionales con más interés en las finanzas que en salud pública.

Durante la implementación, las instituciones privadas también cambiaron y refinaron notablemente su capacidad para obtener utilidades. En poco tiempo las aseguradoras se consolidaron como uno de los sectores económicos de mayor desarrollo, fortalecieron su poder financiero, traspasaron su negocio inicial e incursionaron en la prestación directa de los servicios con lo que mejoraban sus ganancias. Diez años después de la reforma se han convertido en el poder hegemónico del sistema. Una vez aprobada la ley, la fase de implementación de la política ha estado dominada por las EPS que en poco tiempo controlaron los recursos financieros y tienen en la actualidad un poder enorme sobre los demás actores y sobre el mismo gobierno. El poder político de las aseguradoras depende de su poder financiero y sus vínculos con las élites políticas y económicas del país. Los investigadores consideran que fuera del Congreso existen otros grupos que intervienen en el proceso de desarrollo de políticas tales como asociaciones de productores, sindicatos, institutos privados de investigación, los medios, y grupos particulares que son afectados por decisiones sobre políticas.

“Lo que se presentó como modernización estatal en el sector, iniciada en 1993, tuvo como contraparte el fortalecimiento de la empresa privada, la demarcación clara de un régimen contributivo y uno subsidiado, y el comienzo de una ampliación en la cobertura de salud. Surgieron las poderosas Empresas Promotoras de Salud (EPS), encargadas de recaudar y administrar los multimillonarios recursos del sector, las instituciones Prestadoras de Salud (IPS), responsables de la prestación del servicio, y las cooperativas de trabajo Asociado (CTA), modalidad de asociación entre los profesionales de salud promovida por sus empleadores, la cual reducía los costos laborales, evitaba los derechos de asociación sin violar la ley, y sin garantizar una mejor calidad en la atención. Desde entonces la contratación de los diversos servicios de salud se ha hecho entre las nuevas entidades y un cada vez menguado sector público, y el manejo de los multimillonarios recursos del sector que anteriormente se encontraban bajo a responsabilidad estatal, ha estado a cargo de las instituciones privadas³⁵”.

³⁵

LA ECONOMIA DE LOS PARAMILITARES. REDES DE CORRUPCION, NEGOCIOS Y POLÍTICA.
Mauricio Romero Vidal. P.16

Las organizaciones sociales han cambiado a lo largo de la historia. A decir verdad, la participación social en el viejo Sistema Nacional de Salud, nunca pasó con honrosas excepciones, de una presencia instrumentalizada en comités institucionales con poca capacidad para incidir en las decisiones públicas. Es posible afirmar entonces que los usuarios han jugado un papel muy pobre en la formulación e implantación de la reforma, fuera de la acción de tutela y la movilización popular, los usuarios tienen muy pocos mecanismos efectivos para influenciar la política pública, no existe un defensor del enfermo y muchos de ellos no tienen la suficiente información sobre sus derechos.

En cada una de las etapas que ha recorrido la formulación y puesta en marcha de la política, hubo un juego particular de intereses que se ha incorporado a la normatividad de manera explícita o implícita. Las tensiones dieron origen a dos tendencias, los grupos promercado, defensores del modelo neoliberal, y los grupos estatistas, defensores de un Estado Social fuerte y activo en el campo de lo público, las controversias más marcadas se dieron acerca de las ideas de solidaridad y eficiencia, y los roles del Estado y el mercado. Los intereses no sólo exigían que la ley incluyera explícitamente una frase, como que no la incluyera o la dejara insinuada.

Cambios en la respuesta social Los cambios que la reforma ha introducido en la respuesta social frente a la salud, son también muy complejos. Yo me voy a detener sólo en algunos aspectos:

1. La fragmentación de las estructuras y los procesos del sistema.
 2. La desinstalación del sistema de información.
 3. La desarticulación del sistema de planeación.
 4. El deterioro en la calidad de los servicios.
 5. La tergiversación del principio de eficiencia.
 6. La desintegración de los sistemas populares.
 7. La reinterpretación de los valores y principios de la atención médica.
- 1- Fragmentación de las estructuras y los procesos del sistema:

La reforma ha fragmentado profundamente el sistema de atención sanitaria. Antes de la reforma política, el prestador del servicio era responsable de controlar el problema de salud integrando las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y control de los determinantes en la comunidad. En contraste con lo anterior, la fragmentación de los agentes y de los procesos es una de las características más notorias de la política sanitaria en Colombia, esta condición es especialmente importante en tres lineamientos de la política que con frecuencia son también el núcleo de profundas incoherencias al interior de la norma: la separación de competencias, la segmentación de la clientela y la diferenciación de los paquetes.

2- Separación de competencias: La separación de pagadores, proveedores y reguladores se propuso con la idea de que las administradoras privadas hicieran una mejor administración de los recursos de la que hacía el viejo Sistema Nacional de Salud, y se encargarían específicamente de asegurar los riesgos y hacer una gestión eficiente de los recursos. Por su parte, los prestadores debían dedicarse a atender los enfermos con la máxima eficiencia y calidad, y los entes territoriales, exentos del engorroso trámite de la administración podían encargarse de controlar el sistema. En la práctica ninguna de estas premisas se cumple.

Estimulados por el principio de utilidad financiera, que es en el fondo el verdadero principio filosófico que mueve el sistema, las administradoras incursionaron en el negocio de la prestación de los servicios y mediante un hábil manejo de la integración vertical instalaron sus propios servicios de salud desde donde realizan las actividades de mayor rentabilidad y contratan con las otras agencias los servicios donde la tasa interna de retorno es menor, este caso ilustra una forma muy especial de concebir la eficiencia para beneficio de la empresa pero no del sistema.

“En primer lugar, hay una razón de conveniencia para el interés público. La administración³⁶, que no es una empresa de negocio sino una organización al servicio de los intereses generales, no debe introducir en su esquema

³⁶ CONTRATACIÓN ESTATAL ASPECTOS CONTROVERSIALES- MEMORIAS IV JORNADAS DE CONTRATACIÓN ESTATAL. Felipe de Vivero Arciniegas. - (Capítulo IV) P. 64

contractual, apreciaciones subjetivas, reduccionistas en la estimación de los precios, ni debe intentar hacer buenos negocios con cargo al contratista. Los precios de licitación tienen que estar basados en la media del mercado. La competencia de ofertas ya los depurara en el procedimiento de adjudicación y, de no existir competencia suficiente, deberá dejar desierta la adjudicación y ajustarlos a costos reales, pero abusar de esa posición de comprador único (monopsonio) que la administración ostenta en muchos sectores (grandes obras públicas, suministros a hospitales, etc.) es contrario, no solo a la ética contractual pública, sino también al propio interés de la administración, que es el interés público. Porque un buen negocio (para la Hacienda) es siempre un mal servicio (para el ciudadano), por aquello que decía Vauban al ministro francés de la guerra, constructor de las murallas, todavía admirables, de la ciudad de Luxemburgo”.

Por su parte, las instituciones que prestan servicios de salud, públicos y privados, se mueven en función de sus contratos, de sus facturas y de sus descuentos por pronto pago esta es la atmósfera que ahora se respira en los hospitales donde los médicos se limitan a prestar aquellos servicios que puedan facturar de acuerdo con el contrato. Los entes territoriales, a quienes la Constitución y la Ley les asignan la función de garantizar la salud, están también atrapados en un sistema donde no tienen ningún poder efectivo sobre las transacciones que hacen los administradores con los prestadores. Los entes territoriales argumentan que no tienen ni mecanismos ni recursos para realizar un control efectivo y menos para sancionar las anomalías. A esta condición debe sumársele el bajo perfil que los últimos gobiernos nacionales y regionales han dado al Ministerio de Salud, reduciéndolo a la condición de viceministerio y a las direcciones de los entes territoriales. La capacidad técnica y política del Estado para orientar la salud pública se ha deteriorado notablemente.

3- Segmentación de la clientela: La segmentación de la clientela es otra de las fallas sobre la institucionalidad de la salud en Colombia características del modelo, que fragmenta la población según su capacidad de pago en tres regímenes, contributivo, subsidiado y no asegurado. Se necesita hacerse el de la vista gorda para no percibir la profunda contradicción entre esta segmentación y los principios de universalidad e integralidad que defiende la misma ley. No se puede seguir afirmando que las

directrices de la política son la universalidad, la integralidad, la equidad y la solidaridad, cuando la misma norma reconoce a unas personas un derecho y a otras no.

Diferenciación de los paquetes de servicios. Algo similar debe decirse de la diferenciación de los paquetes de servicios Plan Obligatorio de Salud (POS) POS Subsidiado, POS Parcial y PAB) organizados por el sistema según la capacidad de pago del cliente. Esta es otra incoherencia que exige muchos malabares éticos para ajustar la práctica a los principios.

Quiero llamarles la atención sobre el término obligatorio, que en la práctica se ha convertido en plan mínimo. En la racionalidad del administrador, si el servicio no es una obligación expresamente citada en la ley no se brinda al usuario, aunque de acuerdo con el criterio médico el servicio sea indispensable para la vida. La gran contradicción de este lineamiento radica en su profunda inequidad pues siendo precisamente los más pobres quienes mayor necesidad tienen de ayuda, reciben un paquete más restringido. Consecuencia, desintegración de las intervenciones. La fragmentación de competencias, la segmentación de la clientela y la fragmentación de los paquetes de servicios, deterioran el ejercicio médico pues llevan a:

6. La desintegración de las intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento que pretenden controlar la enfermedad.
7. La discontinuidad de los procesos asistenciales.
8. La desarticulación entre las actividades individuales y colectivas.

En la actualidad, unos hacen el diagnóstico, otros el tratamiento y otros la visita domiciliaria, y cada uno debe limitarse a lo que diga el contrato. El albañil tuberculoso tiene quimioterapia mientras esté asegurado cuando pierde el trabajo pierde el seguro y la droga. Los pacientes con VIH saben que, aún con tutela, un mes tienen tratamiento y el otro no. Para cualquier médico es muy difícil hacer un buen trabajo en estas condiciones y el perjudicado es el enfermo. Aunque la desintegración del sistema es uno de sus aspectos más notorios, paradójicamente ha sido poco documentada.

Muchas veces el mismo paciente no está en condiciones para captar esto. En Colombia hay muchos estudios en relación con la reforma pero pocos en salud pública. Algunas investigaciones, sin embargo, han puesto en evidencia la dinámica del deterioro.

Deterioro del sistema de información:

Antes de la reforma había en Colombia un sistema de información que condicionaba la transferencia de recursos a la documentación de las variables críticas. Después de la reforma este sistema ha presentado un marcado deterioro. La información sobre mortalidad sale con cuatro años de retraso y en algunas regiones el subregistro puede superar el 10%. Desde 1.998 no hay registro de contactos.

El problema no es solo falta de información sobre aspectos críticos. Actualmente las agencias del sistema recogen un volumen enorme de información que nadie procesa no existe un proceso definido para la utilización de las bases de datos del SISBEN y de los RIPS que se recopilan más en cumplimiento de un requisito que para la toma de decisiones. Más grave aún, las agencias estatales y privadas son muy celosas con información que puede comprometer su gestión y retienen la información crítica sobre el funcionamiento del sistema dándole un manejo confidencial. Este deterioro en el sistema de información no es un lamentable subproducto de la reforma, sino el reflejo del desinterés de los actores por evidencias que demuestren el resultado de la gestión.

La distorsión del sistema de planeación:

La política vigente durante el Sistema Nacional de Salud se fundamentaba en el subsistema de planeación y condicionaba también el flujo de recursos al cumplimiento de los planes territoriales. Había una subordinación de los planes municipales al departamento y de estos a la Nación. El valor de la planeación ha cambiado mucho en los últimos años. Los inversionistas y en general el mercado liberal responden mal a los límites que les impone la planificación, se sienten incómodos ante planes que les obligan al cumplimiento de metas saben que en cualquier momento puede presentarse

una oportunidad más rentable y que los planes centralizados pueden atraparlos en obligaciones que ya no son rentables.

La institucionalidad de la salud en Colombia El mercado cree más en la flexibilidad de los proyectos que pueden elegirse por conveniencia o pueden liquidarse y abandonarse cuando dejan de ser rentables. Pese a los esfuerzos de algunos organismos de control, los planes de los entes territoriales han perdido mucho de su fuerza indicativa y se han convertido en nichos para incubar contratos con el sector privado.

Gran parte de las acciones de promoción y prevención que se realizan en el país son ejecutadas por el sector privado con base en contratos que poco o nada tienen que ver con un plan territorial de salud. Por su parte, las agencias privadas realizan sus planes con un criterio de utilidad institucional cuya relación con los planes gubernamentales está mediada por la conveniencia particular.

Detrimento en la eficacia de los servicios:

En el campo de la salud, la evaluación de la calidad es un serio problema aún no resuelto, los expertos coinciden en que la calidad presenta dos dimensiones independientes: la calidad técnica, relacionada con las condiciones de seguridad, efectividad, eficiencia y oportunidad, y la calidad percibida, relacionada con las experiencias previas, los conocimientos, las actitudes y los valores culturales.

Cinco indicadores que pueden reflejar calidad o deterioro:

La posibilidad de que el usuario seleccione libremente el prestador, independientemente de su capacidad de pago.

El porcentaje de instituciones con programas activos para mejorar el trato al usuario.

El porcentaje de establecimientos con procedimientos específicos de orientación al usuario.

El porcentaje de instituciones que exploran sistemáticamente la percepción de los usuarios, la existencia de comisiones de arbitraje y la satisfacción de los usuarios.

“La causa de la ineficiencia no radica exclusivamente en las instituciones. Se da en: la multiplicidad de organismos: más de 1.000, cajas y fondos de previsión; en la diversidad de regímenes; en el manejo politiquero de las entidades; en el incumplimiento secular de las obligaciones del Estado; en la administración de las reservas que ha castigado por épocas su rentabilidad para financiar actividades diferentes de la seguridad social; en la falta de opciones que creen parámetros que permitan la mediación comparativa de las instituciones exclusivas; en la rigidez de las normas de administración y contratación en las entidades del Estado; etc., y en la corrupción³⁷”.

Podemos estar de acuerdo en lo difícil que es evaluar la calidad en salud. Pero un indicador de la calidad del servicio proviene de los reclamos de los usuarios. En este sentido, las acciones de tutela también son un indicador de la calidad. Entre 1.999 y junio de 2.002 se resolvieron más de 500.000 tutelas y la cuarta parte de ellas se interpuso para reclamar servicios de salud.

Esta reclamación, que refleja la insatisfacción de los usuarios frente la calidad del servicio de salud es vista por las administradoras como una amenaza para sus ingresos. En una declaración de diciembre de 2.004, la directora de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social consideraba que el 62% de las tutelas en Colombia se refieren a la seguridad social y son un peligro para el equilibrio financiero del sistema.

Interpretación del principio de eficiencia:

Uno de los argumentos más favorecidos para impulsar la reforma sanitaria fue la ineficiencia del viejo Sistema Nacional de Salud. En honor a la verdad, muchas de las críticas fueron perfectamente válidas y reflejaban bien la dinámica de un sistema que en sus 15 años de existencia tuvo muchos aciertos y muchos errores. En relación con la eficiencia es importante tener en cuenta tres situaciones:

La reforma ha tenido mucho más dinero, sin mostrar mejores resultados. Efectivamente, nunca hubo en Colombia tanto dinero para salud en 10 años el PIB destinado a salud

³⁷ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL LEY BÁSICA. Hernando Torres Corredor Concordancia con Jurisprudencia Constitucional. P.32

ha aumentado de 1,7% a 9%, y el sistema dispone ahora de cuatro veces más dinero que antes de la reforma.

Pocos países en América Latina invierten tanto dinero en salud, y sin embargo los indicadores de salud de la gente no muestran mejoría. El indicador de cobertura con aseguramiento es engañoso no refleja un beneficio real para la población, un seguro no es un bien por sí mismo un seguro sirve si me protege del daño o me atiende cuando se me presenta la inevitable contingencia.

Aunque en teoría el término eficiencia se asume como un tecnicismo, en la práctica es un concepto muy contaminado ideológicamente, y en la política sanitaria de Colombia se ha convertido en una herramienta de las administradoras para aumentar su rentabilidad institucional. Cuando las aseguradoras contratan por volumen, solicitan descuentos están aumentando sus utilidades, pero a costa del esfuerzo de los prestadores y trabajadores de la salud. Es una eficiencia ficticia otros hacen el esfuerzo para ellas, pero este ahorro no revierte en el beneficio del sistema. Este es un manejo muy amañado del término que esconde la inutilidad de la intermediación y justifica la subcontratación. La política sanitaria colombiana incentiva la subcontratación entre diferentes intermediarios generando una cadena de costos agregados que no necesariamente están respaldadas en un valor agregado. Yo me pregunto, ¿en qué consiste el servicio que cobra una aseguradora cuando subcontrata por capitación y responsabiliza del riesgo a la institución hospitalaria? En esta cadena de intermediaciones gran parte del dinero no llega al usuario. De acuerdo con el reporte de Planeación Nacional en septiembre de 2.004, de 25 billones de pesos destinados por el Estado a los subsidios, 9 billones no llegan a la población más pobre. Otro uso amañado del término eficiencia se relaciona con la contención de costos. La eficiencia puede relacionarse con la contención de costos, pero no puede hacerlo a expensa de costos de operación que reflejan la obligación de la empresa frente a los derechos de los usuarios.

La eficiencia del sistema debe valorarse también en función de la corrupción. La encuesta de Confecámaras de agosto 4 de 2.001 estimaba que la corrupción en la contratación en salud asciende anualmente a 10-13%, equivalente a 250.000 millones de pesos y el Ministro de Protección Social considera que la corrupción es el principal problema del sistema. Uno de los supuestos del modelo neoliberal es que el sector estatal corrupto no hace un buen manejo de los recursos.

Esta es una concepción ideologizada y muy superficial de la corrupción. Yo no conozco una agencia estatal que corrompa a otra en cambio, en el 100% de los casos de corrupción está involucrada una institución privada o un funcionario que obra como agente particular. Esta concepción amañada de un problema tan serio como la corrupción exime de responsabilidad al sector privado y nos lleva a pensar que la fiebre está en el Estado, cuando las comisiones y pagos por la conspiración de contratos pueden ser una regla de juego implícita en el modelo de mercado.

En este contexto, no extraña que algunas aseguradoras generen utilidades de \$58.000 millones de pesos anuales y que algunos de sus directivos perciban salarios de 61 millones de pesos mensuales, mientras los hospitales estatales se encuentran en quiebra y un médico de tiempo completo, que adicionalmente hace tres turnos nocturnos por mes, gane menos de 2 millones de pesos.

“La principal tarea para enfrentar las deficiencias del sistema actual de salud, con tan insuficiente cobertura, tanta iniquidad, tanta ineficiencia, y tan marcada fragmentación institucional, es sin duda la reorganización del sistema público de salud. La experiencia internacional, en casi todos los países, ha dado pruebas fehacientes de que el Estado, tiene un rol insustituible de garantizar los servicios de salud y de proveer el marco institucional en el cual estos se lleven a cabo de la forma más consistente con la voluntad de las gentes. Vista en perspectiva histórica, entonces, el principal reto que afronta el sistema público de salud es el salto de la fase de asistencia pública a una superior de seguridad social³⁸”.

³⁸ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL LEY BASICA. Hernando Torres Corredor. Concordada con Jurisprudencia Constitucional. P. 35

Valores y Principios de la Atención Médica:

Ciertamente intangible y que no figura explícitamente en la ley, pero que en mi opinión refleja un cambio crucial es la reinterpretación de los valores y principios que inspiran la comprensión y atención de la salud. El énfasis de la política sanitaria en el modelo de competencia ha impuesto un cambio en los patrones éticos del sistema, donde la institucionalidad de la salud en Colombia, la rentabilidad económica de los inversionistas, la competencia por los recursos y el afán por sobrevivir en el mercado se consideran más valiosos que la solidaridad, la equidad y el derecho a la vida. Este, a mi modo de ver, es el núcleo del cambio que ha experimentado la política nacional en salud. La actual política sanitaria de Colombia impone a la respuesta social una racionalidad perversa que en lugar de contribuir a amortiguar las enfermedades y defunciones y controlar sus determinantes, supedita el beneficio público al beneficio de los inversionistas. Los intereses del mercado se han impuesto también a la ética social y quieren hacernos creer que el pretendido derecho de los inversionistas a la rentabilidad predomina sobre el interés de la gente por sobrevivir.

Para concluir como politólogo mi concepto es que el problema de la salud, en nuestro país más que Institucional, es más de fondo que de forma, desde donde inicia la raíz de este círculo vicioso que lleva años en nuestro país y ninguna de las reformas a podido subsanar el daño, ni cumplir las expectativas por diferentes razones; corrupción, conflicto armado, forma de elegir mandatarios, sistema electoral, narcotráfico, guerrilla, desplazados, desempleo, politiquería, etc., entre otros son los que no dejan ni dejarán que la política pública de la salud, sea viable en nuestro país, por más que un mandatario, un líder, de turno quiera cambiar para bien el sistema abra quienes el desorden les favorece y no permitirán que se genere el círculo virtuoso que merecemos y cumplirle a nuestra comunidad lo plasmado en la constitución.

Insisto el censo es importantísimo para tomar decisiones con datos reales, recordemos que lo que no se puede medir no lo podemos controlar, de esta forma el Estado, nunca

podrá administrar el sistema de Salud, permanecerá el desorden origen y cómplice de la corrupción, violación a los derechos, clientelismo, politiquería y abuso del poder y la codicia.

CONCLUSIONES

Un país como el nuestro que lleva décadas en un lacónico conflicto armado se afecta cada vez más la prestación de los servicios de salud y al personal encargado de atenderlos, porque limita el acceso de la población a estos servicios e incrementa la demanda de atención por el aumento en el número de problemáticas en común, como la corrupción, la violencia, el desempleo, el carrusel de negocios, violación a los derechos, personas desplazadas y heridos del conflicto. Delincuencia común, A esto se le suma las malas decisiones unilaterales que toman los mandatarios de turno del régimen administrativo más exactamente las reformas a la salud. Se evidencia la falta de compromiso y que están mas por una nomina que por administrar el sistema.

Después de aprobada la Ley 100, en Colombia, la salud forma parte del capitalismo neo liberal y paso de ser un derecho constitucional a un privilegio burocrático. Teniendo en cuenta que la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y las políticas públicas desarrollan para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Demostraremos al Estado, que debe replantear la ejecución de procesos que corresponden al modelo del anterior y el actual sistema de gobierno.

El problema es más de fondo, que de forma, los mandatarios de turno con sus equipo, deben proponer las ideas que solucionen cada una de las diferentes problemáticas sociales, la salud, la educación, la seguridad, la economía, los distintos derechos que tienen los ciudadanos. Pero esta problemática sin Amor, no se soluciona usted se preguntara cómo? Lea.

Cuando sos consiente que tienes verdaderamente a DIOS, en tu corazón, difícilmente haces las cosas mal (por experiencia propia de lo digo), cuando ocupas cargos importantes no abusas del poder y quieres el bienestar para todos, de lo contrario no puedes estar tranquilo como representante legal del sistema, se prudente y generoso, recuerda que el núcleo de la sociedad es la familia y una familia sin educación sin trabajo y sin salud, como administrador estas encubando una anarquía.

La Empresa estatal no está para lucrarse debe recordar que se creó para el bienestar de la sociedad y como tal se debe mantener equilibrio en el largo plazo, buen servicio, Cobertura, apoyo económico e innovación constante.

El sistema de la salud pública, es un total Autoritarismo ya que el sistema al ver que esos procesos del servicio a la salud, que ellos han aprobado no son óptimos para la comunidad y no se hacen los ajustes correspondientes por qué no conviene por el clientelismo con el cual se llega al poder y no por una buena propuesta como la que les vamos a plantear.

La privatización es un proceso jurídico, económico mediante el cual las actividades empresariales son transferidas del sector público al sector privado es decir, traspasadas o tomadas desde el Estado, hacia agentes económicos privados. Es uno de los pilares de la libre empresa, existiendo empresas que libremente otorguen a clientes cualquier servicio que haya dado anteriormente el Estado, ahora bajo la libre empresa y competencia para evitar monopolios e intervención Estatal, a favor de sectores económicos sin restricción comercial del Estado, ni servicios estatales obligatorios.

Es claro que la salud pública no puede ser un lujo las políticas públicas de la salud, deben replantearse y transformar el negocio que se montó al momento de aplicar la ley 100 de 1993, en nuestro país. Partiendo de este principio el Estado, por zafarse de este compromiso de la salud lo cedió a las empresas privadas las cuales buscan altos ingresos a cambio de una mínima inversión.

Como vemos, el concepto de la salud como derecho no tiene cabida en este modelo donde el remedio universal es el mercado. Trabajar en el posicionamiento de la salud como derecho fundamental es labor de todos los que le apostamos a la equidad social como paso indispensable para alcanzar la tan envoltada pero esperada paz, y paralela a ella la verdadera libertad y la felicidad.

Como Estado, representante y administrador de lo público tienes que cubrir las necesidades, Sociales, ya que estas son indicadores de calidad de vida, (variables dependientes) Salud, Educación, Soberanía, trabajo, Seguridad Social, para proveer esto el Estado, debe saber cuántos somos, ya que si no sabes lo que tienes (cantidad de población) difícilmente puedes cubrir la demanda y no se podrá administrar el sistema. Se te sale de las manos la problemática Y continuaría el círculo vicioso que hasta la fecha está presente.

Finalmente pidió a DIOS, todo poderoso por mi país. Que se postulen líderes políticos que en realidad amen nuestra nación y se preocupen por el bienestar de sus ciudadanos, y que los ciudadanos también aportemos nuestra buena parte y juntos con amor crearemos identidad, trabajo, paz, cultura, educación, seguridad, salud, y todo lo que necesitemos y nos propongamos ya que Colombia, es potencia por naturaleza.

BIBLIOGRAFIA

ARANGO, Rivadeneira, Rodolfo. El concepto de derechos sociales fundamentales. Bogotá D.C., Colombia: Legis y Universidad Nacional de Colombia. 2005.

BERNAL Castillo Fernando. Poder y Crisis Institucional en el campo de colombiano. Editores TM. Santafé de Bogotá.

BRESSER, Luis Carlos. Las Reformas económicas en las nuevas democracias, un enfoque socialdemócrata. Editorial Alianza. 1995

_____. Política y Gestión Pública Editorial Pereira. Pág. 25-58, 139.1998.

_____.El asalto al Estado y al mercado; neoliberalismo y teoría económica. Pág. 83-99. 2009.

_____.Amerique latine: de l'interpretation nationaliste a interpretation para la dependence. Pág. 533-546. 2009.

CAMPILLO Parra, Carlos Enrique. Poderes del Ciudadano Frente al Estado, Pg.32-Título I Capítulo I.

DANNA Enciso, Antonio José. Tesis El plan obligatorio de salud (POS) dentro del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud establecido por la Ley 100 de 1993. P. 4.

D. DONAHUE, John. La Decisión De Privatizar. Fines públicos, Medios Privados. Capítulo III. Editorial Paidós. P. 32. 1991.

DE VIVERO Arciniegas Felipe. Contratación Estatal Aspectos Controversiales-Memorias IV Jornadas de Contratación Estatal. P.64. Bogotá. 2007.

DUEÑAS Ruiz, Oscar José. Acción y Procedimiento en La Tutela. V Edición Magistrado de la Corte Constitucional.

GÓMEZ Arias, Rubén Darío. Efectos de la ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. 2005.

HERAZO, Acuña Benjamín. Algunos problemas de la salud en Colombia. 2010. LEY 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud, parte II.

MAITENA, María Fidalgo. Adiós al Derecho a la Salud. Editorial Espacio. P.36.

ORTIZ José Iván. Aproximación al Estado Derecho Constitucional Integral. Capítulo I. Edición V. Editorial universidad de Medellín. P.92-93. 2005.

RESTREPO Botero, Darío I. La Falacia Neoliberal Crítica y alternativas. Editorial Antropos Ltda. P. 43.

RESTREPO Botero Darío Indalecio. Globalización y territorio. Impactos y perspectivas En: Colombia 1998. Ed: Fondo De Cultura Económica /ISBN: 956- 7083-v. P.1

RICO Velazco, Jesús. Neoliberalismo, salud pública y atención primaria. Corporación Editora Medica del Valle. 1997.

ROMERO Vidal Mauricio. La economía de los paramilitares. Redes de corrupción, negocios y política. Editorial Random House Mondadori S. A. P.15, 16. 2011.

SANTOS R. Edwin. Encuentro y diálogos para hacer la vida. Alternativas sociopolíticas en la salud Colectiva. Editorial La Silueta Ediciones Ltda. P. 110. 2004.

TORRES Corredor Hernando. Sistema de Seguridad Social Ley Básica. Concordada con Jurisprudencia Constitucional. P. 32, 77. 2010.

WEBGRAFÍA

<http://www.periodicoelpulso.com/html/dic04/general/general-12.htm>
<http://www.semana.com/nacion/saludcoop-caida-imperio/156723-3.aspx>
<http://laadministracionsami2.blogspot.com/p/enfoque-burocratico-max-weber.html>
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.
<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/poli/poli70.htm>
<http://www.minsalud.gov.co/>
<http://www.saludcolombia.com/actual/salud78/editor78.htm>
<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>
<http://www.aldiaempresarios.com>
www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200100%20DE%201993.

ANEXOS

ENTREVISTA 1 : señor JOSE SANCHEZ, sindicato de fetravalle:

La ley 100 que fue creada nosotros le llamamos a nivel sindicalista que es la hija de la ley 50 porque creada la ley 50 de 1990, donde hubo la reforma laboral entonces ahí dejó el espacio de que debía no solamente del seguro social que era la única por decir EPS, porque el nombre EPS nació fue con la ley 100 entonces el seguro social no debía de ser el único ente que prestara el servicio de la salud, entonces creada la ley 100 nosotros le llamamos que fue la privatización de la salud, porque salieron las EPS, ya empresas promotoras de salud que es lo que quiere decir La EPS entonces salieron las EPS en base a la ley 100, esto hablando de la cuestión de la salud nosotros desde un principio decíamos que era la privatización de la salud, eh, mire que algo creado en el año 1994 ya al año 2012, se ha demostrado que es la realidad que eh las empresas privadas porque así son las empresas privadas lo único que buscan es una rentabilidad económica, el seguro social en su momento la forma como estaba creado era precisamente para brindar salud, era una entidad oficial que tenía sus fallas tenía sus falencias pero las falencias más grandes que tenía en ese entonces el seguro social, era en la en la atención del médico general de la atención que yo iba con un dolor de cabeza, un dolor de estómago, ese eran los males que tenía en su momento el seguro social pero el seguro social para lo que era cirugía que era la alta complejidad no tenía problema, tenía niveles de servicio ya de lo que pasaban de la atención así, que era lo más preocupante por qué porque se iban un gran cumulo de personas por un dolor de cabeza un dolor de estómago cuestiones, que posiblemente no eran prioritarias pero ya cuando se pasaba a las otras necesidades de de vuelvo y repito de una cirugía de una atención era donde se veía el beneficio del seguro social como tal vino la privatización de la salud, he donde el estado como tal perdón el estado no el gobierno, manifestaba que lo que se estaba buscando era que hubiera mayor cobertura, y creó el plan contributivo y el plan subsidiado, el plan contributivo que somos las personas que veníamos vinculados y el plan subsidiado que era para las personas que no tenían trabajo, las entidades que se hicieron acreedoras para que ellas si daban el plan subsidiado, ósea que subsidiaban la salud para personas que tuvieran el SISBEN que también fue creado el SISBEN a raíz de la ley 100 entonces esas entidades

comenzaron a quebrar también con los años por qué por los costos de la alta complejidad ya cuando una entidad de salud le entra una persona que necesita diálisis ya con cuestiones de trasplantes de hígado, de riñón, de alta complejidad es donde las entidades de salud comienzan a ver su desfase económico, y porque el gobierno como tal creó en ese entonces lo que le llaman el FOSYGA, que era el fondo de seguridad y garantía fondo seguridad integral y garantías donde el gobierno como tal tenía que dar un valor y un subsidio, tanto para las EPS, privadas o el seguro social y para las del régimen subsidiado, entonces he no el gobierno como tal no ha aportado el dinero que es, ósea a tenido lógicamente sus falencias de que muchas EPS querían cobrar por una aspirina que vale \$500, por decir así entonces facturaban que valía \$3000, 4000, y cuando son 20 o 50 , pues la suma es grande pero de todos modos el gobierno como tal no ha entregado las platas del FOSYGA entonces ahí es donde viene el debacle de la salud, que mire que lo que me está en este momento ocurriendo ahora, donde es la salud es algo ya que si una persona deja de trabajar lo primero que uno le dice mano siga aportando la salud, porque el SISBEN no alcanza abarcar y porque el gobierno como tal no le da la plata a los hospitales que cubren el SISBEN y a los del régimen subsidiado, igualmente la ley 100 trajo que se podía privatizar porque el ISS como tal en ese entonces que era el de mayor cobertura porque cajanal únicamente atendía a entidades del estado, entonces yo hablo del ISS, porque era teníamos aseso los trabajadores de la empresa privada igualmente unos trabajadores del estado, también ISS era el único que tenía la pensión del ISS que era una pensión del gobierno una pensión pública la ley 100 también creo los fondos privados de pensiones donde se creó la del ahorro programado y la de los que se llaman el ISS que era lo que hubiéramos aportado no ahorrado si no aportado durante toda nuestra vida laboral, desde ese momento también nosotros como organizaciones sindicales y las centrales obreras criticamos los fondos privados de pensiones porque la forma como fueron creados la persona tenía que trabajar 80 años y se sacaba el ejemplo que no era cuando cumpliera 80 año si no trabajar 80 años y se hablaba desde el año 1994, 95 que ya han transcurrido más de 20 años y se estaba hablando de que no iba haber trabajo pa las personas porque ya se estaba viendo de que había mucha temporalidad

en el empleo entonces decíamos nosotros que una persona tenía que trabajar 80 años para tener derecho a una pensión entonces para poder trabajar 80 años tenía que trabajar desde la edad de 15, 20 años y a la edad de 95 años buscando porque por la temporalidad del empleo no iba a ver la constancia en el empleo, y he el hablar de una pensión con ahorro programado también decíamos nosotros que es ilógico, porque porque el salario del trabajador es para la vida cotidiana de la persona la vida diaria de la persona entonces de donde un trabajador asalariado iba ahorrar, igualmente le planteaban en ese entonces a la misma persona que usted puede tener 40 años porque así era lo que manejaban cuando salieron los fondos privados de pensiones que manejaban de que una persona a la edad de 40 años podía salir jubilado y las persona comenzaron a desafilarse de iss, como pensión a meterse con el convencimiento que programaba su ahorro ósea que ese fondo privado de pensiones le iba a comenzar entregar a la persona de acuerdo lo que había ahorrado, entonces iba a llegar el momento a los 10, 12 o 15, años de estar percibiendo que se quedó sin ahorro programado, entonces era una persona que a la edad de 55 o 60 años, díganoslo así pero lo que planteábamos otros 55 era porque la gente le decían usted cuando cumpla 40 años puede salir ya jubilado, entonces la gente decía uy imagínese si yo sigo en el iss, pensión tengo que cumplir 55 años las mujeres y 60 años el hombre, ya se había ampliado, y no salgo tengo que esperar todos esos años en cambio en el fondo privado de pensiones si en cambio en y es una gran mentira hasta este momento nadie ha salido con un ahorro programado de su pensión y precisamente nosotros desde ese momento decíamos con los años se van aumentar las coberturas para poder tener derecho a afiliación le iban aumentar su edad, le iban a aumentar a las personas aparte de la edad le iban aumentar las semanas de cotización y mire lo que se está viendo en este momento continuamente los fondos privados de pensión lo único que quieren es renta económica los fondos privados de pensiones están exigiendo que se aumente la edad de cotización tanto para hombre como para mujer las semanas cotizadas para ambos entonces una persona va a llegar a la edad de 65, 67 años en este momento y no va a tener su pensión es tanta la plata que tiene ahora los fondos privados de pensiones que se dice que ellos podrían tranquilamente hacer la malla vial

de todo el país, ósea entrar en concepción con pago de peajes todas esas vainas y prestarle el dinero al gobierno, al estado y ellos harían la malla vial, imagine la infraestructura de la malla vial todos los miles de millones de pesos que vale y se dice que ellos tranquilamente podrían construir la malla vial de nuestro país, nosotros igualmente se criticaba eso desde un principio con la ley 100 con la cuestión de la privatización de la salud y creación de los fondos privados de pensiones, que iban en contra de las personas igualmente la ley 100 en su momento cuando fue creado colocaron un párrafo de transición en el párrafo de transición decía que las personas que en el momento de entrar en vigencia la ley 100 tuvieran 15 años de cotización continua o 35 años mujer o 40 años hombre seguían con el régimen anterior pero como todas las leyes van cambiando los gobiernos diferentes las cambian entonces ahora el señor Uribe, con un decreto que saco en el año 2005 entonces ya dijo que ese párrafo de transición no quedaba vigente y que las pensiones eran únicamente hasta el año 2014, entonces las personas que al 31 de diciembre de 2014, las acobijaba ese párrafo de transición aparentemente lo perderían pero gracias a Dios ya hay abogados y magistrados que se han pronunciado para eso y dice que los derechos adquiridos no pueden perecer y no los puede quitar borrando un decreto, que las personas que tenían ese párrafo derecho a ese párrafo de transición te comento 15 años de cotización o mujer 35 años y hombre 40 años de edad, cualquiera que tuviera cualquiera de esos tres requisitos, cuando fue creada la ley 100, el 1 de enero del año 2015 la primera persona que cumpla y tenga derecho a su pensión y lógicamente el seguro social porque este párrafo de transición era para las personas que estuvieran el seguro social van a pedir su pensión y jubilación y le van a decir que no, entonces esta persona va a tener que demandar, ya hay muchos abogados que tienen listo los borradores de tutela porque eso sería una tutela para que le salga inmediatamente su pensión y nosotros precisamente le decíamos a las personas no crean en las disposiciones gubernamentales porque cada gobierno cambia las disposiciones del gobierno anterior y siempre las cambian es en contra de la clase trabajadora, en contra de las necesidades de nosotros, entonces limitó las pensiones, limitó que las que el decreto que saco el que era ex presidente Uribe que saco en el

año 2005 no me acuerdo del número del decreto pero creo que era en julio del 2005, dice que las convenciones colectivas de los sindicatos no pueden pactar nada de pensiones de jubilaciones anteriores , ósea que unas personas no pueden pactarse convencionalmente que se jubilen por decir a los 20 o 25 30 años de servicio a cualquier edad, entonces eso lo prohibió el decreto reglamentario que saco el ex presidente, en ese entonces presidente Uribe, pero dejo quieto el decreto para él , para los congresistas, para los magistrados, ellos si se pueden pensionar con edades tempranas cumpliendo unos requisitos, también quedó quieto el de las fuerzas militares que tienen todo su derecho, el de los maestros, nosotros de todos estos decretos, de todas estas personas que él dejo quietas nosotros en ningún momento decimos nada sobre las fuerzas armadas, ellos por su labor, por su gestión que tienen que hacer son más que merecedoras de pensionarse a los 20 años de servicio pero también se los ha querido quitar con el tiempo, y no ha podido. Eso es lo que tengo que decir sobre la ley 100.

Ósea que para la ley hablándolo así como lo dicen ellos de seguridad social el gobierno como tal debe implementar unas medidas económicas donde la salud, es que la salud no es un negocio, el derecho a la salud es el derecho a la vida , porque con la salud estoy vivo , entonces si se sigue implementando y teniendo en cuenta que las EPS privadas y las formas con las que quieren seguir llevando el seguro social la salud sea rentable, eso es una mentira porque ninguna EPS puede brindar rentabilidad sobre la salud, porque a la EPS se le afilia la persona como trabajadora o independiente y si tiene beneficiarios ósea si tiene a la esposa , los padres o hijo , entonces tiene sus beneficiarios y gracias a Dios por ley y fallos de la corte ninguna EPS puede negar la afiliación de nadie, así la persona tenga una enfermedad terminal, por que se han dado casos de que una EPS negaba la afiliación de una persona cuando se daban cuenta que venían con alguna enfermedad terminal porque le llaman enfermedades terminales y a la vez son catastróficas, y son catastróficas porque son catastróficas económicamente para las EPS entonces si el gobierno como tal lo único que quiere ellos simplemente querer aumentar y aumentar la cotización de base para la salud

para ellos cubrir el hueco fiscal en dinero que se le viene nunca va a ser una salud de bien, ósea la salud no es negocio si se sigue mirando la salud como negocio las EPS van a tirar a tender a desaparecer, mire la cantidad de EPS que están desapareciendo y que entran ya en régimen de control de parte de la superintendencia de salud por que están económicamente viéndose inviables, es que a una EPS que le entren tres o cuatro pacientes de mil afiliados que tenga, tres cuatro pacientes con una enfermedad terminal o catastrófica la EPS comienza a tambalear económicamente, porque el gobierno como tal, nosotros como estado como gobierno tendríamos que aplicar el FOSYGA y darle ese valor de más que invierte la EPS, dárselo a la EPS, pero ese dinero no pasa por aquí , y es un dinero que lo tienen guardado ahí recibiendo intereses altos ni siquiera lo tienen en este país dineros que están en el exterior entonces los hospitales que son los primeros que tiene que recibir este dinero del FOSYGA y las EPS como segundas económicamente se están viendo inviables, la salud mientras no se decrete y no se legisle que no es una cuestión de rentabilidad económica la salud va a seguir teniendo problemas.

¿Respecto al FOSYGA fondo del gobierno porque las EPS se valen de ellos?

Si ósea que es la cuestión del dinero del FOSYGA , el FOSYGA es un dinero que tenía el gobierno como tal, nosotros como estado desgraciadamente el estado somos todos nosotros y el gobierno son unos pero el gobierno como tal tenía que darle ese dinero que colocaba la EPS de más de lo que cumplía el POS por que el POS es el plan obligatorio de salud, entonces si el POS dice que por una enfermedad X el cubrimiento es de un millón por decir un ejemplo entonces la EPS le dio a ese paciente beneficiario tres cuatro millones de pesos , entonces el FOSYGA me tenía que cubrir ese excedente entonces como usted sabe que los medicamentos son subsidiados entonces si a mí me formulan un homeprasol y el homeprasol vale 1500 resulta que por el valor y por si yo soy nivel 1 en mi EPS ese medicamento me lo dan entonces ese valor de más lo tiene que cubrir el FOSYGA , y resulta que el FOSYGA nunca le ha entregado el dinero a tiempo a las EPS e igualmente a los hospitales, por el FOSYGA, entonces siempre se dice a que estuvo mal facturado, que estaban cobrando de mas que no se qué , pero el

problema es que dejó desde un principio acrecentar el problema, entonces hay EPS donde les deben en caso SALUCOOP dice que le deben más de ciento y pico mil millones de pesos, El FOSYGA, claro que Salucoop están demandando que la administración hizo uso de dineros en otras cosas que no eran pero yéndonos a lo del Fosiga una de las cosas que dice Salud Coop es que el dinero del Fosiga, nunca le entro y es absurdo que una EPS diga que en este mes crea un superávit que es superávit entre comillas y se dice este mes Salí con superávit, y es porque entro un dinero del Fosiga, y se miran es un dinero del Fosiga que venía de hace tres años, entonces imagínese es una factura que le entregaron al Fosyga hace tres años, al gobierno páguenos esto y la viene a cubrir a los dos o tres años imagínese cuantas facturas de esa misma eps hay de esos dos tres años, es abismal la cantidad, entonces si el gobierno entregara como tal la plata ósea una de las falencias del seguro social que dicen que en un momento dado se tornan inviables fue porque el gobierno como tal nunca entregó la plata que debía entregar, ósea cuando se creó el ISS, se dijo que el gobierno aportaría por el número de afiliados y según los ingresos un valor X al ISS, y el gobierno como tal nunca entregó ese valor X pero si utilizó y lo sigue utilizando el ISS, como voto de puestos políticos entonces son puestos del político de turno de presidente del gobernador del que se sea los congresistas de turno, entonces si tiene esas entidades como fortín político, yo le dejo un ejemplo un medicamento que cueste \$15.000 un médico no lo puede formular, y \$15.000, \$16.000 es plata, para una persona que tenga el salario mínimo, entonces tiene que poner una tutela porque si la EPS... El médico se la formulan pero el mismo le dice pero no se lo cubren, yo se lo formulo porque yo vengo haciéndole el tratamiento con este medicamento y usted no se me ha mejorado entonces ya tengo que pasar a otros exámenes a otros medicamentos que no se los cubre el pos, el mismo médico le dice tiene que demandar, tiene que poner una tutela, y la gente sale brava con el médico y con la EPS, pero, ellos no pueden salirse de este parámetro, ellos para poder darle ese servicio a uno tiene que ser vía fallo de un juez, y lo que es ilógico usted demanda y le pone la tutela a la EPS, entonces el juez falla a favor de la persona porque es la vida, el tesoro humano, entonces se puede fallar la eps tiene por ley óigalo bien, tiene que apelar a ese fallo del

juez mientras tanto la persona se está muriendo, eso es ilógico, entonces eso es lo que uno ve a cada rato en los medios de comunicación en las vainas, que le hicieron a la persona que tantos meses venia porque si una EPS eso es lo que estamos buscando desde las centrales obreras hombre que el congreso legisle a favor de las personas que la salud no es negocio y es que su una EPS, sin apelar el fallo de ese juez para entregar esos medicamentos entonces es una competencia desleal, entonces no es solamente porque este mirando su rentabilidad económica sino porque la misma ley le exige que tiene que apelar ese fallo de ese juez en el que le dice a la EPS, entregue estos medicamentos, o el mismo sisben cubra con esta entonces es ilógico, y que venga decretado de una vez del gobierno que para eso si se sienten verdaderamente los congresistas hacer y legislar sobre eso hay veces que legislan sobre bobadas y se gastan el tiempo en cantidad de vainas pero hombre legislen sobre eso. Pero como hay dinero de por medio lógicamente las eps quiénes son? Muchas veces son entidades financieras que cubren son las mismas dueñas de esas eps y empresas privadas que son las dueñas de las eps, entonces no les va a convenir que hagan una legislación así, pero así debe ser, y que el gobierno como tal cumpla con el fosal, pero el lio es mientras un juez falla una tutela viene la apelación entonces tiene uno otra vez que volver a apelar revisar el juez ese mismo juez o pasa a otra instancia realizar esa apelación la persona se sigue agravando, y aquí no hay medicina preventiva, osea si aquí detectan un problema si un medico tuviera la facultad que detecto en un paciente algún problema y ahí mismo el mandarlo a un médico especialista para que le dieran otros medicamentos pero no se puede ósea si a mí me mandan a un especialista uno con eps, tiene que ir a las oficinas de la eps administrativamente para que se lo autoricen mientras tanto el problema puede irse agrandando, entonces es que no tengan tanta tramitología tantas trabas para hacer rápidamente un diagnostico bueno para la salud del momento de la persona porque se tiene que ir a autorizaciones se lo recibe a uno una secretaria o un secretario, vuelva dentro de 5 o 6 días entonces todo ese transcurso de tiempo que tiene que pasarse, yo le comento una vaina personal que me paso a mí me operaron esta mano aquí esto aquí, y era por una vaina gotoza, porque yo sufro de asido burico, en el momento de la operación el médico como a mí

me colocaron anestesia local ósea apenas me durmieron el brazo, aparte del dolor que ello sentía el médico que me opero me decía ahí yo te veo una vaina pero esa vaina se va a detectar en el momento en que te abra entonces él me preguntaba que si me había golpeado duro que si había recibido algún golpe, alguna vaina, entonces yo decía no doctor. precisamente cuando él me opero entonces él me encontró que yo tenía fractura de un huesito que se llama escafoides, nunca se me olvida, estaba yo ahí acostado entonces el médico me dijo tengo que tomar fotos porque yo tengo que comprobar ante sus jefes la cirugía que te voy a hacer, entonces él me dijo te raspo una pieza de tu mismo hueso o te pongo un material sintético? yo le pregunte al médico, yo le dije pero cual es mejor, él dijo es mejor del mismo organismo, del mismo cuerpo humano que no tira a rechazar, entonces me cortaron yo no sé yo escuchaba ahí no sentía nada eso sí porque estaba la mano dormida la inquietud va a ser a lo siguiente, que a mí me operaron de la vaina gotoza y de la ruptura del escafoides, en primera instancia me incapacitaron 15 días, volví a donde el médico me incapacito otros 15 días entonces esas incapacidades hay que llevarla a que las revise y las autorice la eps, para uno poderlas llevar a la empresa cuando yo fui a la 3 incapacidad la deje cuando me llamaron a mi casa que por favor me trasladara para la eps, porque el médico auditor había rechazado la otra incapacidad y yo tenía la mano hinchada y todavía con una férula de yeso que me habían puesto, la mano así, entonces yo fui donde la niña que no tiene la culpa yo estoy afiliado a la sos, entonces yo fui donde la niña y le dije mira niña que para esto, a si señor lo que pasa es que el médico auditor rechazo la otra incapacidad suya porque él dice que la operación suya sobre una vaina gotoza no puede ser más de 30 días de incapacidad, y yo tenía la mano no solo porque era la mano derecha sino por lo que era hinchada y mi trabajo era de operario de un mezclador de la empresa, yo le dije a la señorita con todo respeto, ah porque la niña me dijo vallase a trabajar y que la empresa lo mande con una carta , entonces yo con todo respeto le dije a la señorita le dije mire niña yo no tengo por qué llevarle este problema a la empresa donde yo trabajo yo voy a la empresa y lógicamente la empresa me va a decir... , dígamele al médico auditor que a mi me operaron de esto y de esto, ay como así, me dice la niña, claro ahí está la historia, dígamele que la mire y dígamele que yo me voy

para mi casa , y yo no me voy a ir a trabajar así , yo tengo la incapacidad yo le saque fotocopia a la incapacidad que me dio el médico que me opero y yo continuo incapacitado, y lo que si voy a hacer ahora es que voy llamar a mi empresa, yo le voy a decir a la empresa lo que usted me acaba de decir, y no me voy a presentar por que la empresa no me deja entrar así , me fui pa' mi casa, y me llamaron y que si que fuera que allá el médico me iba a autorizar las otras incapacidades porque después de esas vinieron otra y otra, eso se me fue como a 70 y pico días de incapacidad, entonces a lo que yo le voy que se tienen que seguir regirse y seguir unos lineamientos que trazaron unas personas que los llaman los intelectuales de la medicina, eso tienen un nombre que le dan pa que usted los averigüe , tienen que seguir esas directrices de esas personas , yo digo que el médico auditor lo que da derecho hombre, primero llámeme y míreme, yo la mano no la tenía, quien va a querer estar enfermo, cuestiones como esa, y así uno ve constantemente inequidades, cuando una persona, cuando la persona por invalides, entonces cuando la pensionan por invalidez porque un ejemplo, y se han visto casos, han perdido ambas manos, han perdido ambos pies, entonces lo pensionan, hombre es absurdo y yo digo que es ineficacia del gobierno como tal, legisle, una persona de esas como es que a los dos tres años tiene que ir al médico para que lo valoren, quien dijo que las manos volvían a crecer, los pies volvían a crecer, una persona que quedaba ciega quien dijo que volvía a ver, nadie hombre, hasta ahora no han inventado que los brazos le crezcan, ah colocan prótesis , pero no es que los brazos, hombre como es que una persona de esas la hacen volver a ir , a tener que pedir cita en una junta médica, hombre Dios lo guarde a que vean que? que sigue sin brazos, que sigue sin pies, y si la persona no cumple con ese requisito pierde la pensión, claro que se la vuelven a pagar retroactiva pero pierde la pensión por el momento entonces hombre deberían de legislar esos médicos esa junta médica que son de tres o cinco médicos, hombre perdiendo el tiempo, porque lo van a perder viendo la persona, hombre lo pueden estar en otras personas que lo puede estar necesitando y hacer ir a la persona allá, una persona sin pies tiene que irse en taxi, tienen que la familia llevarlo acompañarlo ósea cuestiones como esas ilógicas como esas no deberían presentarse, entonces el congreso debería sentarse y legislar

realmente sobre eso, no hagamos las cuestiones así , y listo, no ponerse a además yo digo que esos son pendejadas ineficacias, entonces... vuelvo y le reitero Luis, hermano lo que le compete en hacer su trabajo y todo en lo que le podamos colaborar con mucho gusto , aquí están las puertas abiertas, celebro que con buena anticipación allá comenzado hacer su trabajo y no se preocupe mano que yo tuve y digo tuve porque ya no están en este momento estudiando dos hijas estudiando y también tuvieron que hacer trabajos así, y no es la primer vez que recurren a uno compañeros, hijos de compañeros o estudiantes para hacer trabajos, entonces aquí las puertas abiertas.

ENTREVISTA 2: a la Doctora Leonor Barrios Leal:

Porque es que mire, cuando usted habla de cobertura es hay muchas cosas hay uno es la cobertura de los planes de beneficios, eso es bastante amplio la cobertura ahorita el plan, hay un nuevo decreto es el 029 donde está toda la cobertura de la prestación de la salud entonces sin embargo hay unos servicios que no están considerados en ese plan obligatorio de salud que es el 029 del 2011 hay unas cosas que no están considerado en eso , entonces pero ya en este momento la cobertura es mucho más amplia de lo que había antes , cuando habla de cobertura es la prestación que tienen determinados servicios entonces hay una cobertura para los niños para los mayores hay una cobertura de acuerdo a la enfermedad hay cobertura entonces son tema bastante son como para tres ante-proyectos

Si señora, pero es eso el objetivo es tratar de esclarecer un tema.

Usted lo que quiere es investigar las cuberturas de un determinado servicio, determinado grupo etario, la ley 100 en este momento ya está, ha tenido cuatro reformas 1122 y la 438 ,se pueden bajar de internet , en este momento no la tengo en físico ,yo entregue eso, pero yo las tengo en mi cabeza, las conozco todo, donde esta cada una de esas leyes hablaba de una cobertura y una prestación de unos servicios ,y hay una cantidades de acuerdos que empezó con el 01 del año 1934 y hoy vamos y era entonces un concejo nacional de seguridad social en salud quien aprobaba los acuerdos de salud esos acuerdos tenían que ver con la prestación de salud , en esa

prestación había unas barreras unas negaciones de servicio porque no estaban en el plan obligatorio , pero en este momento ya es mucho más amplio con el acuerdo 029 del 2011 diciembre ya lo tengo tengo lo nuevo ya viene por edades por todo, si quiere yo le prestó le saca copia, eso sí lo puedo prestar y otro yo le doy las leyes para que las consulte, porque como le digo la cobertura es bastante usted tiene que mirar todos los antecedentes que ha hecho la personería en el año 94 plan obligatorio de salud, eso saco cientos de acuerdo, cada acuerdo decía por ejemplo, cuando hubo la parte terrorista , un acuerdo para que prestaran el servicio cuando había un evento terrorista, para las mujeres por ejemplo ahorita hay una nueva ley que ha salido con sus decretos que es la 1257 del año 2008 que es de la violencia contra las mujeres, entonces esa tiene una cobertura hasta alimentación y tiene unos decretos reglamentarios, porque sale la ley y llegan los decretos , los decretos deben hacerse cumplir , yo tengo unos decretos donde el decreto es el que dicen: “ usted señor secretario de salud , la atención de esta persona le compete hasta aquí” , porque la cobertura , la atención de salud está por niveles de atención , por complejidad de acuerdo por ejemplo si usted suplemente le van a sacar una uñita, tiene un uñero ese es el nivel 1 de atención, que quiere decir , la cobertura de esa persona en las institución de nivel 1 solo lo atienden pa eso, un dolor de cabeza, un dolor de estoma, unos controles de embarazó , un crecimiento de desarrollo , hipertensión , todo eso, eso es el nivel 1 , entonces solamente la cobertura de el nivel 1 es para eso que yo le estoy hablando y el plan obligatorio tiene la atención por niveles, nivel 1 va hasta tal, el nivel 2 es hasta tal, el nivel 3 va hasta tal entonces ya en el nivel 2 por ejemplo es un embarazo complicado, cataratas , hernia, hernia inguinal, y ya viene lo de alta complejidad que es un nivel 3 y 4 que eso también lo habla la ley 100 es que en este momento sigue fraccionada la parte de atención en salud, porque una cosa usted debe tener claro que cuando usted tiene un dolor de muela lo atiende un odontólogo hay en el nivel uno en un puestico pequeño, pero si ya el médico ve que usted tiene un acceso , que tiene fiebre , él no lo puede atender , de una lo despachan al nivel 2 , pero que pasa con ese nivel 2 cuando yo voy a un nivel 2 tengo que tener unas instituciones prestadores de servicio , que se llaman IPS y esas IPS, van según el aseguramiento que yo tenga , si yo tengo estoy

asegurada por ejemplo en Coomeva yo tengo derecho a un nivel 1, 2, y 3 lo mismo que un pobre , lo mismo que el régimen subsidiado, resulta que esa EPS debe tener una contratación , usted es la EPS comeva, entonces contrata una ips para el nivel 1 solo la cobertura de nivel 1 , contrata otras IPS para el nivel 2 , y otras IPS para el nivel 3 , que es lo de alta complejidad tengo que tener una contratación , entonces de que trata la cobertura que tengo que tener contratos de nivel 1 2 y 3 para que me atiendan a la gente, Por ejemplo yo vengo ahora del hospital departamental porque necesitaban un tab abdominal para un niño y el otro un tab cerebral pero si ese tab, que saco yo si lo llevo al hospital departamental pero si el hospital departamental, la EPS no tiene contrato de nivel 3 el hospital departamental no te lo hace así estamos en este sistema así, entonces que tiene que hacer el hospital el hospital pide solicitudes a caprecon, hay un decreto que es 4847 del 2008 donde te dice que tiene que ser por página web , CAPRECOM no contesta, entonces por eso el señor de biblioteca del hospital me dice doctora yo conozco una médica que es una biblia en seguridad social en todo el sistema, entonces dice la doctora , yo quería saber si había contrato, no hay contrato entonces el hospital no tiene obligación de prestar el servicio porque no hay contrato con la EPS , la EPS no tiene contrato , entonces la EPS tiene que contratar con otra IPS , entonces que estamos viendo, estamos viendo que las coberturas, usted puede tener una cobertura de afiliación al régimen subsidiado, y tenemos un 100% casi de cobertura pero una cosa es la cobertura y otra es la atención, yo puedo tener a toda la gente cubierta con servicios de salud unos vinculados, otros regímenes subsidiado y otros contributivo pero una es la atención, la cobertura por ejemplo usted puede mirar la cobertura, usted ve como estamos en cobertura, pero vaya la atención , la prestación del servicio en si, tenemos muchas barreras en la prestación de servicio de la salud. Lo que le mande ¿? . Vamos y lo miramos.

ENTREVISTA 3: a la doctora SONIA KAFURY, Especialista Ginecoostetra

Doctora Sonia Kafury, ¿cree usted que el sistema de la salud pública es coherente con lo que ofrece la constitución?

En Colombia, entre las décadas de los ochenta y de los noventa tuvimos dos procesos de reforma en salud que recuerdo han provocado profundas transformaciones en el sector. En primer lugar, la descentralización política, administrativa y fiscal del aparato del Estado que se inició en los años ochenta y se concretó en el sector de la salud con la Ley 10/1990, y, en segundo lugar, la creación de un sistema general de seguridad social en salud con la Ley 100/1993. La agrupación de ambas reformas dificulta la separación de sus efectos, que en algunos casos son sinérgicos y en otros antagónicos.

La descentralización general corresponde a viejos anhelos de diversos actores sociales y se da en el marco de las negociaciones de paz con algunos grupos guerrilleros y en medio de las contradicciones de un sistema político que fluctúa entre el centralismo y el federalismo. La reforma de la seguridad social tiene lugar en el contexto de los procesos de apertura y globalización, de la necesidad de corregir defectos en eficiencia, equidad, cobertura, integralidad y calidad, y del desarrollo legislativo de la nueva Constitución de 1991.

Ahora hablando del tema de la atención integral e integrada que no es otra cosa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la coordinación es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y el primer contacto tendría un papel meramente administrativo. Por tanto definimos la coordinación como una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de

información acerca de problemas previos y de servicios para poder cumplir con lo plasmado en la constitución.

Insisto en que la Atención Primaria de Salud debe ser reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud, este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la atención puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales.

Como vimos el año pasado los enormes problemas financieros e institucionales en el sistema de salud colombiano han evidenciado una situación crítica de dicho sistema que se ha ido fraguando desde hace décadas. La corrupción y el mal servicio prestado dentro de las EPS, la ineficiente actualización del POS (Plan Obligatorio de Salud) y la desproporción entre la cantidad de usuarios en el régimen contributivo (que han ido descendiendo) y el régimen subsidiado (que cada vez cubre a más sectores de la población) han sido las causas principales de la situación de ineficiencia, baja calidad y escasez de recursos del sistema de salud. No han sido pocos los que han afirmado que la legislación vigente en dicha materia (en especial, la ley 100 de 1993) y las políticas del ejecutivo han sido ineficaces frente a los desafíos existentes en materia de salud en el país ya que no han logrado coordinar al sector privado para incrementar la cobertura y la calidad en la prestación de servicios de salud y menos aún brindar un servicio equitativo para toda la población sin descuidar la financiación del sistema.

¿Por qué se da la corrupción en la salud pública?

Lo que está pasando es que el sistema colombiano de salud se reventó en pedazos resultó fallido las razones son varias, pero todas giran alrededor de un mismo sol: la corrupción y su hermana siamesa, la politiquería, se aliaron con la voracidad económica de unas cuantas empresas privadas y con la podredumbre que campea en las oficinas públicas.

Desde que se estableció el sistema, hace casi veinte años, el Estado colombiano se la pasa improvisando medidas transitorias, que no han servido ni siquiera como pañito de agua tibia, y mientras tanto nadie atiende a los afiliados, los médicos tienen que trabajar por unos honorarios de indigencia, los medicamentos son una tragedia de cada día y no les pagan a las instituciones que prestan servicios hospitales, laboratorios clínicos, odontólogos, empresas de radiología el sistema no resiste una reforma más es un régimen insostenible.

En Colombia, la salud mueve creo que alrededor de 38 billones de pesos, la mitad de esa cifra monstruosa proviene de los dos regímenes que operan en el país: el contributivo, en el que los ciudadanos que pueden hacerlo pagan de antemano su propia atención, y el subsidiado, que supuestamente está hecho para proteger con dineros públicos a los más pobres.

Yo diría que el problema de fondo es mucho más profundo que los actos individuales de corrupción en los últimos años se ha visto en el país como el sector salud ha llegado a la sala de cuidados intensivos por la implementación de la Ley 100, pero además, por los privilegios que se le entregaron a las EPS para que intermedie financieramente el sector. El desmesurado e injustificado aumento de los recobros, que superan los dos billones de pesos, no se explica en el comportamiento corrupto de una veintena de funcionarios; las acciones de investigación que ahora se emprenden, deben llegar hasta la raíz del sistema y las sanciones no se pueden dejar en señalamientos públicos y procesos contra empleados de niveles medios y bajos, estos son algunos de los motivos por los cuales se da la corrupción en nuestro país.

¿Qué Medidas cree usted debe tomar el Gobierno para mejorar el sistema de salud colombiano?:

Adelantar una reforma a fondo de la Ley 100 o promover una nueva ley estatutaria, delimitar un paquete de servicios básicos de salud o asegurar que todo esté cubierto por el sistema, eliminar las aseguradoras (EPS) o definir que la prestación de la salud esté en manos del Estado, sin intermediarios.

¿Los médicos de la salud pública de Colombia, tiene autonomía en sus decisiones?:

Existe una tendencia incontenible de los sistemas de salud actuales a organizarse cada vez más, mediante la sistematización y automatización de todos los procesos, tendencia en la que se encuentra inscrito todo el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Cuanto mayor ha sido el nivel alcanzado por el sistema en la estructuración de la complejidad, gracias a la promulgación de múltiples decretos reglamentarios de la Ley, normas de los entes de dirección y de las propias Empresas Promotoras de Salud (EPS), tanto menor ha sido la perspectiva individual del médico que, poco a poco, se ha diluido en la organización y normatización de todos los procesos.

¿Cuáles cree usted son las dificultades del sistema?:

Durante el año, pasado los enormes problemas financieros e institucionales en el sistema de salud colombiano, han evidenciado una situación crítica de dicho sistema que se ha ido fraguando desde hace décadas. La corrupción y el mal servicio prestado dentro de las EPS, la ineficiente actualización del POS (Plan Obligatorio de Salud) y la desproporción entre la cantidad de usuarios en el régimen contributivo (que han ido descendiendo) y el régimen subsidiado (que cada vez cobija a más sectores de la población) han sido las causas principales de la situación de ineficiencia, baja calidad y escasez de recursos del sistema de salud.

ENTREVISTA 4: al médico Especialista de la EPS de Coomeva, OSCAR DAVALOS:

Medico brevemente hablemos un poco de la historia del sistema de salud pública de nuestro país:

Bueno la historia del sistema de salud colombiano presenta una transformación radical en el período 1985-1993. Durante estos años nace, madura, se desarrolla y, finalmente, triunfa un movimiento de origen predominantemente tecnocrático que busca una reforma de fondo del sistema de salud hasta entonces imperante en Colombia. Desde finales de la década de los ochenta se llegó a aceptar de manera mayoritaria que el sistema de salud entonces vigente era profundamente inequitativo, segmentado e ineficaz. Como consecuencia de lo anterior el sistema de salud Colombiano debía cambiar organizativa y financieramente, lo cual finalmente se logró de manera secuencial con la expedición, primero, de la Ley 10 de 1990 y, luego, con el Libro II de la Ley 100 de 1993 en la cual, finalmente, se consagraron las líneas centrales del llamado modelo de pluralismo estructurado en salud que el Banco Interamericano de Desarrollo había impulsado en toda la región como alternativa técnica y política a los sistemas hasta entonces existentes. Debemos anotar además que en la mitad de este proceso técnico y político, Colombia también modifica su Constitución Política. En ella se dinamiza de forma muy importante la concepción de los derechos fundamentales que la ciudadanía debía disfrutar, así como los mecanismos para su defensa.

La salud pública ha mejorado la calidad de vida de los habitantes del país reduciendo el índice de mortalidad y de morbilidad, alargando la esperanza de vida de los ancianos, protegiendo la salud de la población en general, desde niños, ancianos, hombres y mujeres

Dentro de los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, la salud pública se concibe como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Estas acciones se realizarán bajo la

rectoría del Estado, y deben promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

¿Cuáles cree usted son las dificultades del sistema?:

Creo que una de las principales causas son la financiación, vigilancia de aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios de salud, son unas de las principales dificultades que presenta el sistema de salud pública, otra problemática consiste en la calidad del servicio esto no radica en la calidad del personal de salud o en los procedimientos y medicamentos sino en el manejo administrativo que se le ha dado a la salud con la ley 100 buscando mejorar la salud pública se empezó a manejar las EPS, IPS y ARP; entidades privadas con esto se pretendía mayor eficiencia en estas entidades mejoraría la atención a los pacientes y la calidad pues al ser priva. La gente se ha visto obligada a recurrir a un mecanismo de la Constitución del 91, como es la tutela para ver si algún día le prestan el servicio, o le dan la droga a la cual tiene derecho.

Las soluciones al problema de un sistema de salud sostenibles no son nuevas lo que pasa es que han sufrido sabotaje continuo de las empresas de salud, que quieren hacerse del dinero de las personas, usando su salud como rehén. Por eso han fracasado los intentos por implementar sistemas de salud sostenibles. Es que el negocio de la salud consiste en tener gente enferma. Todos sabemos las implicaciones que esto trae para las personas y para la economía, pero igual no les importa.

Las dificultades de acceso efectivo a los servicios de salud, la calidad de la prestación, los trámites a que se ven abocados los usuarios para obtener un servicio, las acciones de tutela para exigir el derecho a la salud, el comportamiento de los recursos en salud desde su fuente, distribución, flujo y uso, en general, las fallas estructurales, regulatorias y de inspección vigilancia y control, constituyen algunos de los factores que más afectan la vida de los colombianos es conocida por todo el país, la grave crisis que afecta al Sistema general de seguridad social en salud, creado por la Ley 100 de 1993, lo cual ha obligado a los diferentes gobiernos a realizar varios procesos de ajuste para que este servicio

funcione efectiva y eficientemente en nuestro Estado Social de Derecho, sin obtener hasta estos momentos óptimos resultados.

¿Qué opina sobre la corrupción en la salud pública?:

Con el advenimiento de la atención gerenciada de la salud, que se implantó en Colombia, con la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, se ha pretendido modificar el contrato social del médico, sustituir el imperativo hipocrático de considerar ante todo el bien del paciente por una pretendida "justicia distributiva" que ha llevado a Colombia al actual desastre en el sistema de atención de la salud.

Han manejado directa o indirectamente el sistema de salud economistas de la llamada escuela neoliberal, que ponderan la privatización con ánimo de lucro y la mano invisible del mercado como los factores supremos de desarrollo y regulación y propenden por el debilitamiento del Estado y de las instituciones de carácter público.

Podemos ver que a los 17 años de implementación de la reforma en salud, los resultados finales son la mejor evidencia: la Ley 100 que creó el actual SGSSS fue un gran error y el Gobierno y el Congreso, libres de presiones y pensando sólo en el bien de Colombia, deben emprender una reforma estructural que cambie el modelo con una visión de aseguramiento social universal basado en el fortalecimiento de los derechos humanos, de primacía de la ciencia, la educación y el profesionalismo al servicio de la sociedad.

Hace dos años o más el sistema de salud colombiano está amenazado debido a que el fondo que administra sus recursos FOSYGA, viene pagando grandes sumas por los llamados recobros no POS, la cifra crece exponencialmente en el año 2009, se presentaron cuentas por cobrar al fondo de 2.4, billones de pesos y pago aproximadamente 1.8 billones, esto es un desangre total para una entidad que como su nombre lo dice fondo de solidaridad y garantías, sea lo que menos genera a la comunidad

garantías.

El sistema colombiano llegó al colapso debido precisamente a la manera como se entiende y se desarrolla el derecho a la salud. El punto de partida está en la separación entre dos tipos de ciudadanos los que pagan y los que demuestran ser pobres, esta es la lógica necesaria para tener dos regímenes: contributivo y subsidiado. Es decir, el sistema ata el derecho a la propiedad demostrada de las personas y sostiene así ciudadanos de diferente categoría lo cual es inaceptable en el ámbito internacional y en la Constitución, como lo ha expresado la Corte Constitucional en sus sentencias, lo peor es que los colombianos hemos venido aceptando esta división, como si fuera natural, Salud para ricos, con la medicina prepagada, Salud para medios, por el régimen contributivo, Salud para pobres, por el régimen subsidiado.

¿Qué Medidas debe tomar el Gobierno para mejorar el sistema de salud Colombiano?:

Creo que la primera tarea que debe realizar el Gobierno es diseñar una política integral de lucha contra la corrupción que incluya todas las ramas del poder público, las entidades territoriales y la sociedad civil, el diseño de la política integral anticorrupción debe abordar cinco frentes principales. En primer lugar, determinar las causas del comportamiento corrupto de los actores públicos y privados en Colombia; es decir, preguntar por qué existe corrupción en el Estado Colombiano y en cada una de las entidades públicas y privadas. En segundo lugar, la política anticorrupción debe estudiar el funcionamiento del Estado para establecer qué tipo de estructuras administrativas o arreglos institucionales promueven la realización de conductas corruptas. En esta tarea se debe determinar si la relación entre las diferentes ramas del poder público promueve o no la corrupción por ejemplo, la relación entre el ejecutivo y el legislativo, o el legislativo y el judicial, si los procesos y procedimientos que usan las entidades estatales generan rentas que incentivan la oferta y demanda de corrupción y si la forma de contratación estatal la

manera en que el gobierno hace negocios es la más adecuada para evitar la corrupción o si, por el contrario, la incentiva. En tercer lugar, la política integral anticorrupción debe abordar el papel de los particulares en sus relaciones con el sector público y con otros particulares, e incentivar el establecimiento de sistemas de autorregulación empresarial y gremial en materia de lucha contra la corrupción; sistemas que prevengan y sancionen la realización de conductas corruptas desde un enfoque privado. En cuarto lugar, es necesario diseñar e implementar modelos culturales transversales al sector público y privado, que sirvan para educar a la ciudadanía en la vigilancia, control y lucha contra la corrupción, y que incentiven conductas transparentes en el Estado. En quinto lugar, la política debe establecer canales para que los particulares conozcan exactamente las actuaciones de cada una de las entidades públicas, su personal, gasto y cumplimiento de metas, entre otras. Una política anticorrupción efectiva debe, además, definir estrategias específicas y metas cuantificables y verificables para las entidades encargadas de prevenir, investigar y sancionar conductas corruptas. Así mismo, debe tener como objetivo principal la modificación de la forma en que el gobierno hace negocios es decir, debe concentrarse en reducir los incentivos para pagar y recibir sobornos, y no únicamente en apretar los sistemas de investigación y control ex-post. Si bien la investigación y la sanción de conductas corruptas son importantes, está demostrado que su impacto en el largo plazo es muy bajo si las condiciones básicas que incentivan el pago de sobornos se mantienen. Cuando los incentivos se mantienen, la eliminación de ciertas “manzanas podridas” muy seguramente terminará en la llegada de nuevos grupos de funcionarios corruptos y nuevos solicitantes de esa corrupción.

¿Los médicos de la salud pública de Colombia, tienen autonomía en sus decisiones?:

Existe una tendencia incontenible de los sistemas de salud actuales a organizarse cada vez más, mediante la sistematización y automatización de todos los procesos, tendencia en la que se encuentra inscrito todo el Sistema General de Seguridad Social en Salud de

Colombia. Cuanto mayor ha sido el nivel alcanzado por el sistema en la estructuración de la complejidad, gracias a la promulgación de múltiples decretos reglamentarios de la Ley, normas de los entes de dirección y de las propias Empresas Promotoras de Salud (EPS), tanto menor ha sido la perspectiva individual del médico que, poco a poco, se ha diluido en la organización y normatización de todos los procesos.

Actualmente, el derecho a la salud es el de mayor vulnerabilidad en la población colombiana (Defensoría del Pueblo, 2007) presentándose un aumento constante y considerable en el número de tutelas interpuestas especialmente contra la EPS reclamando una atención médica pronta, adecuada y completa (Patiño, 2005)

La historia de la medicina nos ha enseñado que la posición del médico en la sociedad nunca ha sido determinada por el médico mismo, sino por la sociedad en la que se inscribe y a la que sirve.

Es bueno recordar que las leyes en el orden jurídico, siempre expresarán en su obligatoriedad, valores, pero a nadie se le antoja el legalismo como criterio moral o científico; incluso, con alguna frecuencia hemos sido testigos de la promulgación de leyes contrarias a la moral y con una débil sustentación científica.

Sin embargo, los profesionales de la salud se muestran conocedores de las normas del Sistema y en ocasiones serviles ante ellas, pero ignoran aquellas que regulan aspectos fundamentales de su labor y que prevalecen frente a las demás normas, estas son la Constitución Política como norma de normas (art. 4), la cual además de hacer mención a la salud como derecho, establece también el derecho a la libertad y la autodeterminación (arts. 16 y 28) y la Ley 23 de 1981 sobre ética médica, la cual no se encuentra derogada en ningún aspecto por la Ley 100 de 1993 y que por regular el tema específico de la ética prevalece en estos asuntos.

Antes de emprender la reforma de la Seguridad Social en Colombia, hace ya más de una década, la medicina era comúnmente considerada, junto con el derecho, como una profesión liberal y, en consecuencia, el médico tomaba las mejores decisiones con plena autonomía en beneficio de sus pacientes. Una vez promulgada la Ley 100 de 1993, la situación cambió dramáticamente, la profesión médica dejó de ser lo que siempre había

sido durante siglos, una profesión liberal y el médico empezó a depender cada vez más de otros en calidad de asalariado, al tener que vender su fuerza de trabajo a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que desde entonces, se han constituido en la principal fuente de empleo para este gremio dentro del nuevo sistema de Seguridad Social.

Entrevista N°5: al médico auditor Del Instituto de Seguro Social ALFREDO OLIVARES:

Medico brevemente háblenos un poco del sistema antiguo de la salud pública de nuestro país:

A grandes rasgos el sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas. La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la constitución de 1886, hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado modelo higienista. Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venía a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad, En 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en 1950, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.

La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta. Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país. Sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.

La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10. Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la

constitución política de 1991.

¿Cuáles cree usted son las dificultades del sistema?:

La intermediación y gestión por parte de las EPS es motivo de críticas y denuncias permanentes, que las califican de costosas, ineficientes y de constituir en barrera de acceso entre el usuario y los médicos o los hospitales. Algunas EPS han presentado insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos, obligándolos a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos que pueden culminar con el fallecimiento de la persona sin recibir la atención necesaria, lo que se le llama popularmente en Colombia como el "paseo de la muerte".

El plan de beneficios, sobre todo el definido hasta el 2009, era confuso. Impreciso y con limitaciones que han causado que los usuarios tengan que acudir ante los estrados judiciales para demandar tutela de su derecho a la salud y de acceso a los servicios de salud, lo cual ha causado congestión en estas instancias obligando a la Corte Constitucional a expedir un fallo (Sentencia T-760 de julio de 2008) conminando al gobierno a solucionar los problemas del sistema.

En un análisis publicado en el 2009, titulado "Diez años de la expansión del aseguramiento en salud en Colombia" financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, los expertos que lo hicieron concluyen que:

La composición del financiamiento en Colombia se asemeja actualmente a la de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); el gasto público, que incluye seguridad social, representa más o menos del 80% del gasto total en salud, mientras que la proporción de desembolsos directos es una de las más bajas mundo. Los resultados ratifican que, gracias a las reformas, los subsidios del gobierno con destino a la salud sean el subsidio público más eficiente del país. Los subsidios también han tenido un importante efecto redistributivo. A pesar de estos

importantes logros, el sistema enfrenta grandes desafíos para poder lograr una cobertura universal financieramente sostenible.

A pesar de los resultados alentadores, queda mucho por hacer y mejorar. Diez años después de la reforma, el 15% de la población aún carece de seguro los planes de beneficios en el régimen contributivo y en el subsidiado aún difieren. Hay deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado. Es preciso fortalecer la función de supervisión; la sostenibilidad financiera del sistema está constantemente en riesgo. Sin embargo, el sistema de salud colombiano experimentó cambios radicales que han redundado en beneficio de la salud de la población del país."

En de 2011 el gobierno denuncia fraudes en el Sistema relacionados con pagos por prestaciones de servicios no cubiertos en el POS y ordenados por fallos judiciales para ser financiados por el Fosyga y la existencia de una red de corrupción alrededor de los recobros de las EPS al Fosyga.

¿Qué opina sobre la corrupción en la salud pública?

Según el Ministerio de Salud, entre los años 2008 y 2010 hubo un saqueo constante las modalidades encontradas hasta ahora son diversas, pero la más grave es el pago de jugosas comisiones a funcionarios del ministerio y del FOSYGA para autorizar recobros que previamente habían sido negados por el administrador fiduciario del fondo.

Otras modalidades encontradas son el cobro en repetidas ocasiones de un mismo servicio, para lo que usaban nombres de varios pacientes con un mismo número de cédula. En este punto el ministerio reconoce la vulnerabilidad en las bases de datos y su falta de trazabilidad que impiden que casos como este sean detectados.

En los casi dos meses de investigaciones se hallaron, además, recobros de dinero por acciones de tutela de personas que nunca las solicitaron ni padecían dolencia, por servicios prestados a pacientes mucho tiempo después de haber muerto y por medicamentos o insumos que nunca se entregaron a los pacientes.

Otro tema que preocupa y que también es investigado son los recobros con precios elevados de los medicamentos no cubiertos. Según la Federación Médica Nacional, en un solo medicamento, el Riruximab, que se usa para tratamientos contra el cáncer, las EPS privadas lo recobraron con sobrecostos de más de 70.000 millones pesos.

Para el superintendente de Salud, Conrado Gómez, hay un crecimiento alarmante y desproporcionado de los recobros que sólo en el año 2010 le costaron 2,4 billones de pesos al FOSYGA. El 18 por ciento se recobró vía tutela y el 72 por ciento por los Comités Técnico Científicos (que deciden si un servicio NO-POS es asumido por la EPS), ha dicho el funcionario a los medios de comunicación, y como en marzo del 2010 la Superintendencia Nacional de Salud remitió a la Fiscalía General de la Nación unas comunicaciones del FOSYGA sobre posibles falsificaciones en los documentos de soporte de los recobros por parte de las EPS. Facturas y actas de Comités Técnico Científicos con información alterada y/o enmendada tienen a 16 aseguradoras bajo la lupa de la Fiscalía.

A todo esto le podemos sumar la investigación, más polémica, que realizó la Superintendencia de Industria y Comercio y que habla del supuesto pacto entre la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y 14 de sus EPS asociadas para negar servicios incluidos en el POS de manera concertada y manipular la información en servicios y medicamentos para hacer recobros por un valor mayor e incidir en el aumento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es decir, el dinero que al año el Estado, le entrega a las EPS para la atención de cada usuario y beneficiario.

A hora cómo se puede negar un servicio incluido en el POS y además recobrarlo, según el Observatorio para la Equidad en Medicina, el POS tiene una franja gris que deja a la libre interpretación de la EPS si determinado servicio está cubierto o no por el sistema.

Por ejemplo, cuando se aprueba un trasplante de riñón, se necesita de un examen de

compatibilidad que puede ser cubierto o no, según la interpretación de la EPS. En caso de ser negado, el paciente debe recurrir a la acción de tutela para acceder al servicio, cuyo costo, al final de la cadena, es asumido por el FOSYGA.

¿Qué Medidas ha tomado el Gobierno para mejorar el sistema de salud colombiano?:

Para mí entre las principales medidas adoptadas por el Gobierno se destacan arreglar problemas como el de liquidez, fortalecer la vigilancia y el control, y hacer los ajustes institucionales necesarios para fortalecer el sistema.

El Presidente de la República, y la Ministra de Salud y Protección Social, Beatriz Londoño Soto, han informado una serie de medidas para garantizar el mejor funcionamiento del sistema de salud y que el único propósito de los profesionales de la salud, las clínicas y hospitales, las EPS, las entidades territoriales y el Gobierno sean los pacientes y ciudadanos.

La prevención de la que tanto se habla, no ha sido la prioridad a lo largo de los años y el acceso efectivo a muchos servicios que garanticen una atención segura, con alta calidad y manejo eficiente de los recursos, siguen siendo un objetivo por lograr.

No en vano, se califica el sistema de salud colombiano como fragmentado, lo cual ha llevado a que los resultados en salud sean inferiores a lo esperado, a la vez que se desmotiva el personal de salud, empezando por los médicos, enfermeros y otros profesionales.

El incumplimiento y la morosidad reiterada en el flujo de recursos en todos los niveles, ha llevado a problemas de iliquidez que hoy son muy críticos en todo el sector, especialmente en los hospitales y clínicas como última cadena dentro del Sistema, lo que ha promovido un clima de desconfianza que no facilita la articulación óptima.

También vemos que se nos presenta una marcada debilidad en la supervisión, vigilancia y control de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Frente a todo lo anterior, se requieren reglas de juego claras y una vigilancia estricta en un sistema que tiene muchos recursos, gran cantidad de actores y donde está en juego la salud de las personas y

donde tener un muy buen sistema de información integrado es fundamental para poder hacerle seguimiento a los recursos, a las enfermedades, a la atención, a la calidad, en fin a los resultados de salud.

Se debe difundir una buena información es fundamental para evitar el manejo irresponsable y corrupto de los recursos, como en los casos que se anunciaron y sobre los cuales el Gobierno actuó desde mayo de 2011.

Ante esta situación hay que admitir que el sistema actual no está funcionando bien y se tiene que plantear un modelo con cambios de fondo. El Gobierno estudiará, con el apoyo de todos los actores la alternativa más adecuada, lo que llevará seguramente a un cambio estructural.

No se trata de acabar el sistema actual y volver al régimen anterior, sino centrar todos los esfuerzos en que los colombianos tengan mejor servicio y que ser eficientes y transparentes en el manejo de los recursos públicos.

Las acciones que el Gobierno debe emprender son como lo mencionaba anteriormente resolver la situación de iliquidez, fortalecer la vigilancia y el control, y hacer los ajustes institucionales necesarios para fortalecer el sistema.

Se debe reconocer la importancia del talento humano en el sistema de salud, es fundamental ya que en esencia es el corazón del Sistema, se debe recuperar el valor por el conocimiento especializado, la autonomía intelectual en la toma de decisiones y la importancia de un sólido proceso de autorregulación, conscientes de que sin liquidez no hay operación normal de los servicios médicos.