

LA CRISIS DE LA SALUD EN COLOMBIA Y SUS ESCENARIOS

AIDA YOLANDA CARDONA BEDOYA

TATIANA DELGADO ROLDÁN

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ABOGADA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA

FACULTAD DE DERECHO

MEDELLÍN

2014

Tabla de Contenido

Introducción.....	4
1. Justificación.....	8
2. Objetivos.....	10
2.1. Objetivo General.....	10
2.2. Objetivos Específicos.....	10
3. Planteamiento del Problema.....	11
3.1. Pregunta.....	11
4. Marco Teórico.....	12
4.1. Perspectiva Histórica: de La Seguridad Social y de la salud como derecho en Colombia.....	12
4.1.1. La Seguridad Social en Colombia.	12
4.1.2. La salud como derecho y servicio en Colombia desde la constitución de 1991... ..	25
4.2. Cambios normativos y transformación de la salud como derecho en Colombia. .	73
4.3. La salud en Colombia como servicio: sondeo de percepción en población usuaria y observadores afines	100
4.4. La crisis de la salud y los fenómenos de corrupción	136
4.5. Aspectos jurídicos y propuestas para manejar la crisis de la salud	151
5. Conclusiones.....	161
Referencias.....	170
Anexos	

Tabla de Figuras

Ilustración 1. Colombia: cobertura de la seguridad social en salud, 1996-2011.....	92
Ilustración 2. Colombia: oferta nacional de EPS	95
Ilustración 3. Colombia: saldo de compensación y pago de otros eventos y tutelas en régimen contributivo, 1996-2010	99

Introducción

El objeto general del presente trabajo es reflexionar sobre la crisis de la Salud y los actores básicos que se involucran en los procesos del Sistema de Seguridad Social y referenciar las consecuencias significativas del colapso de las entidades al servicio de la Salud en Colombia. Para ello, se debe analizar y conjeturar con respecto al ámbito específico de la Salud y la crisis de la Salud pública en Colombia para los últimos 10 años. Dada la alta proliferación de casos y hechos de gran diversidad para documentar, el trabajo se limitará a tratar el tema en una forma muy generalizada sin llegar a abordar asuntos muy particulares.

Se pretende asumir el presente tema, más bien, como un tipo de reto que exige recopilar históricamente información con referencia a las diferentes épocas y momentos representativos en el contexto nacional que han marcado historia en la salud: antecedentes, acciones y consecuencias. Lo que permite hacer un paneo general de la transformación de la salud que, poco a poco, durante estas dos últimas décadas, ha ido decayendo y está tocando las puertas de un colapso nacional. Adicionalmente, se pretende abordar a partir de un conocimiento que se ha adquirido durante el trascurso académico del derecho, junto con algunas experiencias obtenidas por interacciones propias y cercanas al respecto.

La presente actividad permitirá identificar las circunstancias más comunes y los actores que han propiciado el deterioro del sistema de salud. Esto lleva a describir hechos y situaciones reales basados en vivencias, experiencias y hechos de víctimas y/o actores del sistema, como empleados y usuarios, entre otros.

Existen muchos aspectos que conforman un bastidor complejo afectando las disposiciones sobre la atención en salud. Con esta exploración a realizar, se pretende lograr una comprensión más adecuada sobre el sistema de salud en su última modalidad durante los 10 años anteriores al presente año 2014, en fecha de aprobación de la Ley Estatutaria anunciada por el presidente Juan Manuel Santos, en sus últimos días previos a las elecciones presidenciales en la segunda vuelta del 15 de Junio de los corrientes, lo que supedita la investigación a un espacio temporal de 10 años; por lo que, durante este último período aludido, se podrán apreciar ámbitos con oposición de criterios e intereses entre los diferentes actores, lo cual incide en una rigidez inmutable de propósitos, de aspectos técnicos y científicos; además de los aspectos axiológicos, históricos administrativos y económicos. Implícito en la investigación emergieron y se destacaron las serias limitaciones del acceso y la calidad de los servicios, la axiología del Sistema de Seguridad Social en Salud, la vigilancia y control, la participación social en salud, las condiciones laborales del personal de salud, los surgimientos de sindicatos, el activismo político, lo que se presenta aupado por la negligencia del Estado en medio de la insatisfacción de los usuarios.

La realidad de la salud en Colombia se contextualiza por fallas, confusiones, contradicciones, avances, desafíos y nuevas perspectivas conducidas de la mano de opiniones, normatividad y criterios propios; soportados con el apoyo en algunas referencias informativas que servirán para sustentar argumentos. Entre muchas de ellas, se puede resaltar la afirmación que realiza el Ministerio de La Protección Social cuando hace referencia a una descripción de la situación de salud con el siguiente texto:

...tenemos que, durante los últimos años, la conceptualización de la salud, ha sufrido un proceso de transformación en respuesta a

los cambios que vive el mundo en el ámbito político, social, económico y técnico. El concepto de salud ha superado la tendencia que lo reducía a la ausencia de enfermedad, para involucrar elementos tales como la promoción de la salud, su contribución con el desarrollo sostenible, el bienestar y la armonía del hombre con su entorno físico y social. (Ministerio de la Protección Social, 2005) (RESTREPO T. MAURICIO & RAMIREZ J. JUAN CARLOS, 1994)

También se desea resaltar la realidad actual, en la cual es indiscutible que existe una grave problemática con referencia al sistema de salud en un medio con innumerables insatisfacciones de parte de los usuarios, quienes son realmente los más afectados. Todo esto tiene unos componentes del entorno y hay que mirarlos desde su particularidad. Tenemos que los diferentes actores que participan en la situación van desde el mismo usuario como consumidor compulsivo del sistema, como aquel que se especializa en consultar en forma excesiva, pues es una pauta de lucro personal, ya que se ha comprobado en la práctica que muchos usuarios, como forma de ingresos personales, recurren al hacerse prescribir una gran diversidad de medicamentos para posteriormente revenderlos; (prueba de ello son las diferentes denuncias que se presentan al respecto, entre las cuales se destaca la publicada por el diario EL PAIS de Cali, bajo el siguiente titular: “Denuncia Reventa de medicinas, un negocio enfermizo”, en el que se describe los negociados y movimientos clandestinos por medio de una red de revendedores de medicamentos prescritos por las EPS ha pacientes con enfermedades catastróficas y de alto costo, tales como el Sida, Cáncer, entre otros cuadros clínicos y patologías de igual o mayor complejidad. - www.elpais.com.co-). Debido a lo anterior el tema de padecimiento de enfermedades y tratamientos, se suele configurar como tópico único de conversación entre el común de las gentes, sistema en el cual se involucran

también las aseguradoras (EPS), las entidades prestadoras del servicio de salud (IPS, hospitales, clínicas, profesionales de la salud), entes de control territorial y nacional, y una gran diversidad de otros entes comercializadores de productos, insumos, materiales, equipos médicos y biomédicos, medicamentos y demás materiales correspondientes para la Salud. Todo lo anterior, para llegar a uno de los actores principales: El Estado, el cual, obviamente tiene la mayor responsabilidad.

En la actualidad, mediando el año 2014, son considerables los cuestionamientos e inquietudes alrededor de una reforma, aprobada por la Corte Constitucional y en vigencia, según anuncio del antes mencionado presidente Juan Manuel Santos en su campaña reelectoral, cuya aplicación tangible está sujeta al nivel de capacidad de nuestros dirigentes estatales para realizar una intervención acorde a una problemática de alta incidencia social. Ahora, estamos en el 2014 frente a una Reforma acogida a la ligera y en forma improvisada, muestra de ello se aprecia en forma tangible en los días posteriores a la aplicación de la Ley Estatutaria, experimentándose los mismos efectos críticos acontecidos antes de ella, sin alcanzar a visualizarse una solución inmediata a tales problemas. Lo cual, según Bockenforde, es una índole de fenómeno que oscurece y opaca la expresión soberana del Estado, y pone en duda la capacidad institucional para afrontar los preceptos de un Gobierno comprometido con la Salud de la población. (AGENDA DE REFLEXION, JUNIO 2011)

1. Justificación

La precariedad en la calidad de atención, los tratos indignos y los altos índices de insatisfacción obviamente latentes en la población colombiana, unido a los famosos “paseos de la muerte” buscando infructuosamente una atención de urgencia ante la inminencia de una muerte inmediata; lo que se complementa con la inviabilidad económica que induce a cierres repentinos de hospitales, IPS y centros de salud, entre muchos más factores irregulares, no obstante la actual disponibilidad de dineros en el estado colombiano que se destina para otros fines de menor prioridad, son signos fehacientes para afirmar que el sector de la salud en Colombia ha sido de los campos más olvidados por el Estado y lastimados por la corrupción que fluctúa desde el tradicional tráfico de influencias y la politiquería, pasando por las propinas, sobornos, robos, desvíos, rebatiñas, desapariciones de grandes sumas de dinero, evasiones de aportes, hasta los inconmensurables desangres presupuestales que terminan engrosando las arcas de grandes capitales (bajo la figura Empresas Prestadoras de Salud-EPS, laboratorios, distribuidores de medicamentos; entre otros muchos negocios mas) y los mediadores políticos que son ubicados como sus alfiles en los diferentes niveles de poder gubernamental para favorecer sus negociados, cosa que es palpable con los diferentes amagos de reforma en el sector salud que siempre fracasan en los primeros debates del congreso. Lo anterior ocasiona que ninguna ley ni reforma diseñada y aplicada, sea una solución viable a tan grave problemática, ya que ante cualquier medida del gobierno, los actores corruptos proceden a ingeniarse la forma de lucrarse con ello por medio de prácticas dolosas, maquillamientos contables o deterioros exagerados e inhumanos en la calidad de los servicios a prestar al usuario; sumiendo al sector de la salud en una situación caótica, lo cual precisa de una solución adecuada e inmediata pues no da más espera.

Dada la gran complejidad del asunto, es importante para los estudiantes de Derecho y para las futuras generaciones de abogados profundizar en el conocimiento de los momentos y los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Colombia; no es suficiente conformarse con lo que ofrece el pensum de la formación en Derecho, como en todas las profesiones, se requiere mantenerse actualizados y afianzar aún más el conocimiento sobre el sistema de salud, en particular, dada la situación crítica con amenazas de colapso que presenta este sector. Muchos futuros profesionales se podrían enfrentar, en su quehacer diario, con esta situación desde lo personal, familiar, social y/o laboral; pero desconocen desde la misma formación académica el cómo es la maquinaria y la verdadera realidad de este sistema. Se dedican a consultar la problemática más desde la interposición a la solución de un problema específico o particular solo ya cuando se enfrentan al mismo. Asimismo, buscan, con el mínimo conocimiento, dar solución alternativa a través de los mecanismos que ofrece el Estado con las llamadas acciones constitucionales, entre ellas, la más utilizada en todas sus dimensiones y expresiones, la tutela. Adicionalmente, las consecuencias del mal manejo de la salud siempre recaerán sobre el más afectado como víctima del sistema en estos casos, como lo es el usuario, cuya única manera de amparo la busca en los abogados como forma de resarcir el daño a través de las diferentes demandas a las entidades de salud y al Estado mismo. En este sentido, la presente investigación debe llevar a identificar y prevenir, de una forma más ágil y certera, los diferentes comportamientos, momentos y actores de la salud, todo lo cual conforma la esencia íntima de este sector y, por ende, sus malos manejos han generado una influencia determinante para caer en la crisis y acercarse al colapso del Sistema de Salud; ante lo cual, se abordó la presente investigación con la intención de hacer un aporte, por mínimo que este sea, para la resolución de la crisis o al menos generar más interés, más conocimiento y más prevención del final dramático anunciado que tan crónicamente afectaría a la totalidad de la población colombiana.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Reflexionar sobre la problemática, la crisis de la Salud y los diferentes actores que se involucran en los procesos del Sistema de Seguridad Social y establecer las consecuencias significativas del colapso de entidades al servicio de la Salud en Colombia.

2.2. Objetivos Específicos

Recopilar información con referencia a los diferentes momentos que han marcado historia en la salud: antecedentes, acciones y consecuencias.

Identificar las circunstancias más comunes y los actores que han propiciado el deterioro del sistema de salud.

Describir hechos y situaciones basadas en vivencias y experiencias reales.

Identificar diversos enfoques, puntos de vista, discusiones, teorías y aportes como posibles alternativas de solución propuestas para el problema actual de la crisis de la salud en Colombia.

3. Planteamiento del Problema

3.1. Pregunta

¿Son idóneas y eficaces las condiciones y estructuras actuales de los procesos y medios del sistema general de seguridad social en la salud colombiana para garantizar una adecuada atención básica de calidad meritoria para las personas?

4. Marco Teórico

4.1. Perspectiva Histórica: de La Seguridad Social y de la salud como derecho en Colombia

4.1.1. La Seguridad Social en Colombia. Es importante en el ámbito del derecho comparado, observar otros contextos de como la Salud se percibe en otros países. Lo cual es explícito en documento de trabajo (Gabriel Leandro, MBA) transferido a autoría corporativa (Aula de Economía.com):

...Estados Unidos es el país del mundo catalogado como el que mayor gasto per cápita (renta nacional dividida por el número de habitantes de un país) en salud y con el mayor gasto salubre como proporción de su PIB. Una elevada proporción de la población no posee seguro y muchos son dependientes de la asistencia social que ofrece el Estado. Alrededor del mundo el tema de la salud es de gran relevancia, tanto para países de altos ingresos como para los de ingresos medios y bajos.

Es así, como se ve involucrado el tema de la salud en muchas partes del mundo. Continuando con el extracto del documento de Aula de Economía se adiciona lo mencionado allí: *"...Por otro lado, los mercados de los bienes y servicios relacionados con la salud no funcionan como los mercados convencionales. Las diferencias se derivan de factores como la naturaleza, el*

papel del Gobierno, disponibilidad de información, estructura imperfecta del mercado, externalidades y equidad...”

La salud realmente se debería considerar como lo que es: “un bien público”. Es decir, que todas las personas tuvieran el derecho y el acceso a los servicios que esta debe prestar. Vemos entonces, como define el texto de Aula de Economía este bien público: ...La salud es un bien “tutelar”. El Estado, independientemente de cual se trate, debe garantizar su provisión, su ejecución, su control y un buen resultado (LIC. GABRIEL LEANDRO).

En Colombia podemos encontrar que desde la misma época de la Independencia, al Libertador y Padre de la Patria: Simón Bolívar, se le reconoció como el primer Jefe del Estado que proclamó la Seguridad Social como factor clave para el bienestar general de una nación. En su discurso de instalación del Congreso de Angostura, en febrero de 1819, expresó sus anhelos políticos de un Estado Social más justo en los siguientes términos: *“El Sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política”*. En ello se basó el libertador porque rescataba la proclamación de los Derechos Fundamentales del Hombre, cuyos primeros esbozos se presentan en 1689 y, como consecuencia de la Revolución Francesa, en 1789, se hace pública la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. En Colombia, en 1945, se enfatizó en la necesidad de crear un sistema que consolidara la protección social y asegurara a los colombianos en su etapa senil.

Así fue que surgió la Caja Nacional de Previsión -CAJANAL-, la primera al servicio de los trabajadores del sector oficial. Posteriormente, la Ley 90 de 1946

estableció el seguro de Salud obligatorio y se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales ICSS, siendo este el primer hito estatal en materia de Seguridad Social en Colombia. Significó esto un logro en aquella presidencia que estaba a cargo de Mariano Ospina Pérez, quien retomó el modelo que se había instaurado en América Latina y el cual había sido desarrollado por Bismark en Alemania en 1883. Aunque la vigencia de la Ley solo iniciaría en 1949 (SIERRA CARO RICARDO, 1997).

En síntesis, durante el transcurso del lapso de los primeros 40 años de acciones dirigidas a la consolidación de un sistema de salud en Colombia, desde 1945, este proceso ha atravesado, en forma usual, por grandes dificultades y frustraciones para un logro adecuado de objetivos sociales de conveniencia general.

La inequidad se presenta en forma crónica; muestra de ello lo representa el carácter excluyente ante una gran masa de colombianos marginados del sistema debido a su incapacidad de cotizar y aportar a este; es así como se afectó en forma directa la salud del pueblo colombiano, en detrimento de un desarrollo adecuado del recurso humano productivo con grandes limitaciones para el acceso a ofertas de servicios de salud básicos y adecuados; a los cuales solo tenían y aún tienen acceso, bajo modalidad particular, las clases pudientes por medio de sus propios recursos económicos; esto debido a que en el sector público, los servicios de salud adolecen del debido presupuesto y recursos mínimos para garantizar un servicio apropiado; la salud afectada directamente por el desarrollo económico del capital humano y del capital corporativo, pues los más pobres sólo calificaban a la asistencia social de un sistema público racionado desde la oferta, el acceso apenas era un sujeto de estudio y el lucro se constituía sobre aquellos pocos que podían pagar de bolsillo propio, aunque

hubo algún tipo de generosidad, solidaridad familiar y social donde estos se constituyeron en solución de segunda mano para la atención en salud en esas poblaciones excluidas. Igualmente, hay riesgos que debido a los costos en el sector salud no se cubren en su forma debida. Como se puede observar las erogaciones están distribuidas de acuerdo con la capacidad de pago y no al riesgo de enfermar.

Destacando los preceptos de la Solidaridad que regían el Estado Social de Derecho; consagrado en la Constitución Política colombiana de 1991 en su artículo primero (el cual aún perdura en letras más no en la práctica), lamentablemente este sistema, al igual que los principios democráticos, ha sido bastante restringido. Desde el inicio se proyectó el sistema de seguros sociales solo para beneficio de las grandes empresas y al sector formal de la economía. Dejando de lado los sectores vulnerables como agricultura y minería y casi sin ningún tipo de atención a la mayoría de la población urbana. Es decir, quedaban desamparadas poblaciones desempleadas y las personas con trabajos de economía muy informal. Ya que, según la Ley 100 de 1993, se precisaba de un empleador aportante a la salud del empleado, lo que se mantuvo vigente hasta enero de 2014, fecha en la cual se elimina tal figura, exonerando a las empresas a pagar aportes por trabajadores que devenguen menos de \$6,16 millones, según el artículo 31 de la última Reforma Tributaria, por el que se adiciona un párrafo al Artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

Dado los acontecimientos acaecidos y medidas adoptadas a partir de la Ley 100, como el asunto novedoso del cubrimiento en salud de todo el grupo familiar del cotizante y la inserción de inversores privados en el campo de la salud, unido a otros hechos de gran trascendencia en el sector de la salud en Colombia, propiciaron que para mediados de la década de 1990, se marcara un

hito muy importante en este campo, dejando marcado el sector de la salud hasta el momento presente.

Haciendo referencia al gobierno del Presidente César Gaviria, este asumió una responsabilidad frente a la Nación, la cual consistía en conformar una comisión integrada por representantes de su gobierno, entre los cuales estaban sindicatos, gremios económicos, movimientos políticos, ideologías sociales, campesinos y trabajadores. Esta situación tuvo un plazo de 180 días. Así, se debía elaborar una propuesta de reforma a la seguridad social, que acogiera y desarrollara lo consignado en el Art. 48 de Carta Política de 1991. Para tales efectos, se aprobó e implementó la Ley 60 de 1993, por medio de la cual, se fijaron tanto competencias como los recursos necesarios para los entes territoriales; posteriormente, se aprobó y adoptó la Ley 100 de 1993, que reformuló el sistema de seguridad social con los principales desarrollos legislativos, los cuales tienen como fondo los postulados de la Constitución de 1991.

A los anteriores postulados, se adiciona el proyecto de ley del Congreso en el año 2013, enfocado hacia la redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones complementarias consistentes en lo siguiente cuyo objeto se contempla en su Artículo 1 bajo el siguiente tenor:

Artículo 1. Objeto de la ley. La presente Ley tiene por objeto redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece los principios del Sistema, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo

unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de las Empresas Sociales del Estado –ESE- y un régimen de transición para la aplicación de los dispuesto en la presente ley.

A partir de los anteriores ciclos ya se tenían plenamente identificados los principales problemas de la respuesta social que se había dado a las condiciones de salud y desde allí tenía que ver con la cobertura de servicios, con las condiciones de equidad y solidaridad, con la calidad de los servicios y con las instituciones que los administran. Frente a estos aún en el 2014 se sigue manteniendo en firme estos criterios para asignar recursos, tales como el poder de compra, la pobreza o prioridades socialmente vistas. El razonamiento de la asignación de recursos ha dado origen a un mercado privado de bienes y servicios de salud, en el cual el único criterio de facilidad es el precio. El criterio de compra da origen al concepto de asistencia pública y a los programas oficiales de actividades del sector oficial y a las organizaciones privadas sin ánimo de lucro. El criterio de prioridades socialmente percibidas ha dado origen a las instituciones de seguridad social concebidas con el objeto de mantener la salud de los trabajadores. En los años 80 se dio paso a la afiliación de las empleadas del servicio doméstico y desde los 90 se proyectó la inclusión de la población de la tercera edad.

La reforma que surgió como respuesta a la ineficiencia, desarticulación, inequidad e insolidaridad del anterior esquema, pretendió eliminar los aspectos negativos utilizando un marco teórico que permitiera desarrollar un modelo basado en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Vemos como aquí se retoma un poco de los principios

anteriormente mencionados y que fueron los planteados por el inglés Beveridge (años 40). Este régimen encierra como objetivos garantizar las prestaciones económicas y de salud a los afiliados al sistema, la prestación de los demás servicios sociales y la ampliación progresiva de la cobertura hasta que la población acceda al sistema conformado por otros subsistemas: Régimen de Pensiones, las Administradoras del Régimen Subsidiado (atención de los más pobres y vulnerables), las entidades promotoras de Salud -EPS-, administradores del Régimen Contributivo (población trabajadora cotizantes con sus beneficiarios).

El año de 1993 marcó un hito histórico en la seguridad social en Colombia, adoptando consecuciones como ampliaciones en índices de cobertura de población beneficiaria y el aseguramiento en el acceso a los servicios de salud; además, se enfatizó en principios solidarios de financiamiento y universalidad hacia la equidad, garantizándole al usuario la respectiva atención o subsidio por medio de un carné que así lo acreditaba. Fue una manifestación evidente en aquella época de que el Estado tenía una función primordial de protección a los más pobres. Habían grandes problemas en el momento: desequilibrio financiero de hospitales, cierre de algunas instituciones de salud, desempleo, reducción en los ingresos de algunos profesionales, crisis profunda en el Seguro Social. La transformación abrupta en los sistemas sociales generó consecuencias sobre los mercados y los agentes.

Con la Ley 100 de 1993, se establecieron para el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) los paquetes de beneficios: El Plan Obligatorio de Salud Régimen Contributivo POS-C que fue designado como sistema de afiliación para personas con ingresos y el Plan Obligatorio de Salud Régimen Subsidiado POS-S, designado como el sistema de afiliación para

personas de muy bajos ingresos. Aquí empieza a ahondarse aún más la afectación de la salud y vemos como es perturbado el principio de “corresponsabilidad”, siendo éste la personificación de la misma responsabilidad compartida entre el ciudadano y el Estado, pues ambos están comprometidos tanto en derechos como en deberes y en hacer un buen uso de los recursos disponibles en el sistema.

Con la reforma aprobada mediante la Ley 100 de 1993 “*por lo cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral*”, el Gobierno promueve la sana competencia entre el sistema público a cargo del Instituto de Seguros sociales ISS y el sector privado, a quien dota de facultades legales para prestar servicios de salud, cubrir riesgos y enfermedades profesionales y ampliar la administración de prestaciones económicas.

Extrayendo lo anterior, podemos afirmar, que fue este el momento donde entraron a participar entidades como las Cajas de Compensación Familiar que dentro de su filosofía y misión tenían una amplia experiencia en la atención de salud preventiva en programas a las comunidades y de manera específica ya tenían prácticas de salud en los usuarios de servicios de la Caja.

Para asignar un carácter más oficial y darle continuidad a este recuento histórico, es necesario extraer información del Ministerio de Salud de otro documento denominado “*Política Nacional de Prestación de Servicios*” (año 2005), cuando este reafirmó el interés por fortalecer la prestación de los servicios de salud con la intención de lograr una efectiva y digna atención a la población y es por ello que formuló y realizó un trabajo multifacético e interinstitucional y recopiló aportes y sugerencia de sectores como entidades

territoriales, entidades reguladores, aseguradores; así como organizaciones de usuarios y otras entidades dedicadas a la investigación y desarrollo, además de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas. Todas estas permitieron consolidarla y llevar la información como parte de calidad para convertirla en un bien al servicio del público y permitiera orientar las decisiones de los diferentes actores en el sistema. A partir de los anteriores aspectos, fue posible encaminarse a modernizar los procesos operativos de las entidades prestadoras de servicios de salud, con el objeto de consolidar las redes pertinentes y optimizar recursos para mejorar el cubrimiento poblacional en salud. Fue así como desde este momento la Política Nacional quiso desarrollar unas estrategias, líneas de acción, proyectos, programas para ejecutar en los años venideros. En la actualidad contamos con esta implementación desarrollada por tres ejes principales: accesibilidad, calidad y eficiencia (POLITICA NACIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, 2005).

A partir de lo anterior y con base en información disponible en la página web de la Universidad de Antioquia, en texto “Impacto de la Reforma colombiana de la Seguridad Social” y en “Indicadores de seguimiento al sector salud en Colombia!” procedentes de los archivos de indicadores del sector salud de la Sociedad Colombiana de Pediatría; es procedente el inferir que la problemática de la salud en Colombia involucra una gran diversidad de variables y aspectos circunstanciales, entre los cuales se pueden citar como los más representativos, según índices de impacto y cubrimiento poblacional colombiana para individuos desde el año cero de vida hasta los mayores de 80 años, distribuidos en grupos etáneos con intervalos de cuatro años entre los que se destacan los siguientes aspectos: La capacidad de cobertura poblacional insuficiente, dado el precedente de la dificultad de acceso logístico a la población rural con una proporción de tan solo el 60% de cubrimiento de la población logrado por las

diferentes EPS en 1995; debido a los altos índices de dispersión geográfica de la población, ello se evidencia a partir de estadísticas fundamentadas para la Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia.

A lo anterior se suma el aspecto procedimentalidad y gestión característicos del sector salud en cuestión, discriminados en acciones de carácter micro y macro; con respecto a lo cual el nivel Macro, se ocupa de los planes y programas, al igual que la ejecución, control y evaluación de los mismos acordes con las políticas del gobierno; en tanto, bajo la modalidad Micro, se relaciona con las entidades proveedoras de servicios de salud. Esta situación ambivalente ocasiona singulares e inoportunas confusiones e incoherencias en la viabilidad del sistema como tal. Otro aspecto aportante significativo a esta problemática, lo constituye el concepto eficiencia, tema fundamental en las consideraciones que motivaron la reforma que se cristalizó con la expedición de la Ley 100 de 1993. (RESTREPO T. Mauricio y RAMIREZ J. Juan Carlos, 1994).

Por mandato constitucional, la Seguridad Social es responsabilidad del Estado, de acuerdo a lo ordenado en los artículos 48 y 49 de la Constitución del 1991, los cuales se expresan al respecto en los siguientes términos:

Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la

Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del

Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley; Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la “Seguridad Social” y “La atención de la salud y el saneamiento ambiental” son servicios públicos a cargo del Estado. La Salud como parte primordial debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la misma salud. Es decir, si corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Es necesario que se establezcan ciertas políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

Existen varias Sentencias de la Corte Constitucional que nos confirman estos articulados y son tratados en sus diferentes consideraciones.

Vemos como en la sentencia C- 933/2011, La Corte Constitucional, en el análisis de los artículos 48 y 49 de la Constitución del 1991, retoma las

consideraciones y resalta lo establecido en la sentencia T- 420 de 2007, exponiendo que:

La garantía de continuidad en el servicio de salud encuentra fundamento en dos hechos de especial relevancia constitucional: El primero radica en que la continuidad constituye una característica esencial de todo servicio público, de modo que siendo la seguridad social en salud un servicio público obligatorio, este carece de la continuidad aludida anteriormente; y el segundo se fundamenta en que la atención de la salud, por mandato expreso del artículo 49 Superior, se rige por los principios de universalidad y eficiencia, que se materializan en la vinculación progresiva y efectiva de todos los habitantes del territorio nacional al sistema general de salud a través de alguno de los regímenes previstos legalmente (contributivo, subsidiado o vinculado), a partir de lo cual, una vez la persona ingrese a dicho sistema, automáticamente adquiere el carácter de usuario y beneficiario oficial de este.

Este caso se dio en una estudiante de derecho. La accionante culminó en diciembre de 2010 sus estudios de Derecho en la universidad Santo Tomás de Bucaramanga. En el 2011 se trasladó a la ciudad de Bogotá para realizar la judicatura ad-honorem en la División Jurídica del Senado de la República. No tenía ningún tipo de Seguridad Social, por esta situación debía conservar su estado de estudiante, dependiente económicamente y beneficiaria de sus padres. En consecuencia, a dicha ciudadana le fueron violados sus derechos, y optó por una acción de tutela y en sentencia la Corte concedió el amparo de los derechos a la seguridad social en salud de dicha accionante, por las razones

expuestas en la parte motiva de la providencia. Lo anterior hace clara referencia a la responsabilidad del Estado por velar por la seguridad social de sus ciudadanos.

4.1.2. La salud como derecho y servicio en Colombia desde la constitución de 1991.

Es un hecho de dominio común que en Colombia se presentan factores irregulares en el sector de la salud, tales como la crisis económica del Instituto de los Seguros Sociales, el déficit presupuestal en dicho sector, incumplimiento estatal con sus respectivos aportes económicos, la evasión y elusión creciente de los contribuyentes, la corrupción en el uso y la prestación de los servicios, la descomposición del clima de la convivencia ciudadana, el conflicto armado y los anhelos de un Estado Social de Derecho más efectivo, incidieron en 1991, para que a partir de la Convocatoria de la Asamblea Nacional Constituyente, se le diera trámite a una reforma del Régimen de Seguridad Social en Colombia, con el propósito de hacerlo más universal, equitativo, justo y moderno en términos científicos y económicos. Como, de hecho, fueron los propósitos con los que se concibió dicha Carta Magna.

Es así como la salud en Colombia ha tenido, durante estas dos décadas, unas particularidades que son visibles frente a la realidad y la percepción general que tenemos muchos frente al sistema salud. Se percibe que va ligado a un aseguramiento, el cual fue creado por la Ley para conferir a los ciudadanos el derecho a la atención en salud. Pero en realidad no garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud porque, de acuerdo a lo extractado de texto de

la página web de la Facultad de Medicina de la Universidad Industrial de Santander-UIS-“La ley 100 el fracaso estatal en la salud pública”, .existen unas limitantes de diferentes tipos como son: Educativas, por carencias sensibilizadoras al respecto tanto en funcionarios como en usuarios, de lo cual ha carecido siempre cualquier norma o direccionamientos adoptados como regla general en Colombia; Administrativas, debido a la apatía y mediocridad oficial; Geográficas, dada la alta dispersión y topografía accidentada en la población rural en Colombia; Normativas, debido a que las leyes son desconocidas por los mismos empleados oficiales; Culturales, por la misma idiosincrasia informal del pueblo colombiano; Políticas, dado el concepto errado de hacer política en Colombia, y; Económicas, por desangres presupuestales del Estado con altos niveles de corrupción. Estas barreras traen consecuencias como el incremento en las acciones de tutela, limitaciones para la prescripción por el profesional, la insatisfacción laboral del recurso humano, el aumento y los costos de bolsillo en la atención, el abandono de los tratamientos, la pérdida de la calidad de la atención, el empeoramiento de las condiciones de la salud de los pacientes y otras muchas más complicaciones.

La Liga Internacional de los trabajadores LIT – CI. En julio de 2011, resaltó en sus comunicados varios llamados de atención con referencia al tema aquí expuesto:

La panacea de la Ley 100. Expedida la Constitución de 1991 se prometió una reforma sustancial del sector salud que garantizaría cobertura total de la población y mejoraría la calidad del servicio. La teoría era sencilla: como supuestamente las instituciones del Estado eran corruptas e ineficientes y los sindicatos quebraban a las empresas con exigencias desmedidas, privatizar el servicio lo

haría mejor y más equitativo. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) captando dinero público –no voluntario sino obligatorio–, competirían entre sí por los afiliados y harían más eficiente el sistema. Se impuso un Plan Obligatorio de Salud (POS) como base mínima de calidad y se ofreció el acceso a otras garantías con planes complementarios o seguros adicionales. Toda una panacea. Los afiliados a este sistema pertenecen al llamado régimen contributivo, pues deben aportar parte de su salario o ingresos para financiar el servicio de salud que reciben. Para quienes no podían vincularse por carecer de recursos para cotizar se creó el Régimen Subsidiado, conocido como Sisben (Sistema de Identificación de Subsidios y Beneficiarios). En realidad su objetivo era que los pobres también pudieran ser clientes, a cargo de los demás contribuyentes y del presupuesto estatal (PST, 2011).

Es así como vemos que:

...este modelo ponía la salud en manos del sector financiero que es el que recoge los aportes y contrata en el mercado de Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) la atención médica, los servicios hospitalarios, exámenes diagnósticos, medicamentos, entre otros. La entidad que garantiza la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) cuya sigla hoy es popular pues se encuentra desfondado por los recobros fraudulentos exigidos por las EPS...

Y se reafirma entonces, que la aprobación de la Ley 100, dados sus claros propósitos privatizadores de los servicios de la salud en la Nación, provocó una fuerte controversia, en la que los profesionales de la salud, los dirigentes sindicales y populares, políticos y muchos activistas sociales alertaron sobre la catástrofe social que se avecinaba (de acuerdo a diferentes enfoques e inquietudes al respecto que se citaran en el transcurso del presente trabajo). Se sabía de la experiencia negativa de otros países donde se había aplicado el modelo. La reforma a la salud estuvo ligada a la privatización de las pensiones, las cesantías, el seguro por riesgos profesionales, invalidez y muerte. El ISS, por ejemplo —que manejaba una economía de gran escala combinando salud y pensiones, lo que le daba solvencia financiera a pesar de que el Estado no entregaba sus aportes o los empresarios le hacían fraude— fue dividido limitando su capacidad de maniobra y preparando su quiebra, debido a medidas adoptadas previamente como recurso más práctico a tomar como propósitos de elusión de las obligaciones pensionales de una numerosa planta de empleados generada burocráticamente al interior de una entidad ya obsoleta y poco eficiente, porque, con base al conocimiento común observado y realmente aplicado, el objetivo implícito de fondo no era mejorar los servicios de salud, sino crear un negocio fabuloso para el sector financiero y los empresarios nacionales e internacionales del sector (PST, 2011).

Dado el anterior precedente de baja capacidad competitiva y obsolescencia del ISS, expedida la Ley 100, con el ingreso de capitales privados al sistema, se presentó un desequilibrio competitivo a favor de estos en detrimento de las entidades oficiales, con lo cual se inició el derrumbamiento del sector público, el ataque a los regímenes especiales y el crecimiento vertiginoso del sector privado. Muchos de los que se opusieron en un inicio vieron también la posibilidad de participar en la revoltura. La reglamentación de la Ley creó casi una nueva rama del derecho que, con el nacimiento de la tutela, hizo las delicias

de abogados y jueces, ahora peritos en salud. Muchos médicos, especialistas y profesionales de la Salud, se lanzaron a constituir EPS e IPS (PST, 2011).

Después de reflexionar lo anterior, podemos aportar un poco al tema cuando confirmamos la participación de las Cajas de Compensación Familiar que tenían experiencia en servicios de salud y es así como éstas decidieron apostarle a la privatización: tenemos el caso de COMFENALCO Antioquia que fue la primera Caja que tuvo EPS en Colombia. Luego llegaron otras Cajas del país como COMPENSAR a contribuir con la captación de usuarios y fortalecer las nuevas EPS a través de alianzas estratégicas con otras cajas de diferentes departamentos de Colombia. Es aquí donde surgen las EPS de COMFENALCO Bogotá, Armenia y Valle. Las cooperativas hicieron otro tanto, como el caso de Saludcoop, que según La Confederación de Cooperativas de Colombia – CONFECOOP, fue la primera entidad de naturaleza cooperativa que se convirtió en EPS del país, por lo tanto ha sido pauta referente.

No es casual que este exceso del “*empresarismo*” coincidiera con la desintegración del llamado campo social y el auge de la ideología neoliberal, uno de cuyos caballos de batalla era la supuesta ineficiencia y corrupción del sector público y la burocracia. Al capital financiero le interesaron en primer lugar las cesantías y pensiones, y el riesgo de la atención en salud lo dejaron de lado mientras la competencia eliminaba a los más débiles y se concentraba la propiedad.

Retomamos nuevamente la fuente de referencia: La Liga Internacional de los trabajadores LIT – CI. En julio de 2011, en este documento nos afirma sobre la transición y el desglose del ISS, texto que informa:

Como no era posible, ni conveniente, borrar de un plumazo lo existente, se definieron mecanismos de transición. A la fractura del ISS le siguió la desintegración de los hospitales públicos, convertidos en Empresas Sociales de Estado (ESE) que debían autofinanciarse facturando los servicios. Como sus usuarios eran los más pobres han ido quebrando uno tras otro, para pasar finalmente a manos privadas.

Los regímenes especiales, sustentados en las convenciones colectivas, han ido desapareciendo a medida que se debilitan los sindicatos y la capacidad de resistencia de los trabajadores. La Ley 50, que inició la desregulación laboral, generalizando la inestabilidad y la contratación a destajo, contribuyó a allanar el camino para la aplanadora de la Ley 100. Asfixiado el ISS, desangrados los hospitales públicos, a los regímenes especiales se les aplica directamente la eutanasia cuando son liquidadas empresas grandes y tradicionales de Colombia como Telecom o la Caja Agraria, o derrotados los trabajadores del sector privado, como fue el caso de Bavaria (PST, 2011).

Esta situación de ir desangrando el sistema de salud se ha venido presentando en forma metódica y continuada hasta la actualidad, a la fecha no ha parado la aplanadora. Vemos como cada día está siendo derribado el sector privado. Las EPS más reconocidas en Antioquia como es COMFENALCO no ha sido ajena a la situación. Desde el 2012 ha tenido una crisis interna y ha colapsado en varios momentos. Tener que entregar toda la población del Régimen Subsidiado ha sido todo un acontecimiento en Antioquia; ya que, se entregó al Estado toda la población de Medellín, Área Metropolitana y Municipios. Al mismo tiempo, entra en crisis el interior de la Organización con el despido masivo de los empleados al servicio de este Régimen. En el 2013 la

situación empeora en el país y de nuevo esta EPS tiene que cerrar servicios de su IPS y vender otros, generando un caos al interior de la Organización y desestabilizando laboralmente sus empleados. A inicios de junio de 2013 fueron desvinculados 750 empleados de los servicios de IPS al servicio de la EPS. La situación de crisis continúa, abarcando en gran escala y empeorando en Antioquia. Vemos como el 2014 inicia arrasando la crisis e incrementado una triste medida para el sector prestación salud con la venta de una prestigiosa Clínica llamada “COMFENALCO Antioquia” y generando esto igualmente la desvinculación de la Caja de Compensación de otros muchos empleados, sumados estos a los desvinculados durante el 2012 y 2013. Aproximadamente se habla de la desvinculación de más de mil quinientos empleados al servicio de la Salud en esta empresa antioqueña.

A propósito de lo anterior, el rotativo Q´Hubo en noticia publicada el sábado 15 de febrero de 2014, bajo el titular “ Se acaba la EPS COMFENALCO”, refiere lo siguiente: *“...La atención para los usuarios del Régimen Contributivo se hará hasta el 28 de febrero. Q´Hubo le explica como será el proceso de cambio”*. Es triste para los usuarios de la salud esta noticia. Vemos entonces que la crisis de la Salud si colapsó en esta entidad. Dicho textualmente por este periódico la confirmación de la crisis y quiebra de la prestigiosa EPS Antioqueña: *“...La EPS COMFENALCO dejará de prestar servicio a los usuarios del Régimen Contributivo a partir del 28 de febrero por determinación de la Superintendencia de Salud, tras ser declarada en quiebra...”* (SANTIAGO OLIVARES TOBON, 2014).

A manera de información complementaria en el desarrollo del presente tema, se citan los eventos más representativos acaecidos, en orden cronológico, en el sector de la salud para los últimos 14 años, manejando como referente el

documento más importante y oficial del gremio de los médicos y que contiene la información más relevante actualizada de la salud. El gremio de la medicina se apoya de este medio para difundir y actualizar a través del periódico “El Pulso”, siendo este un medio fundamental, rotativo y mensual, de carácter especializado de la Fundación Hospital San Vicente de Paul de Medellín:

Octubre/1998: *“Se empieza a cuestionar sobre los plazos asignados en los cuales deben pagar las EPS a los prestadores de servicios y se inicia la agonía de las IPS privadas”.*

Noviembre/1998: *“La Ley 100 pasa por su momento más crítico; no se ha aumentado la cobertura en beneficiarios de la salud”*

Diciembre/1998: *“Virgilio Galvis, el entonces ministro de salud, declara que está tratando de demostrar que la plata del Sistema se la han robado”.*

Enero/1999: *“Se recrudece debate sobre la Ley 100”.*

Marzo/1999: *“No hay acuerdo sobre intermediación del SGSSS”.*

Abril-Agosto/1999: *“Denuncias sobre desvío de dineros del sector de la salud, por parte de 612 de los 1077 alcaldes colombianos”.*

Mayo/1999: *“Se proyecta reforma a la Ley 100”.*

Octubre/1999: *“Auditorias de Calidad, ayudan a entorpecer la salud y por tal motivo se cumplen múltiples abusos”.*

Diciembre/1999: *“Se suscita polémica entre instituciones y Fidusalud por demora en pagos a hospitales hasta por un año”.*

Enero/2000: *“Cuerpo médico alerta al gobierno nacional sobre la profundización de la crisis en el sector de la salud”.*

Abril/2000: *“Las ARS son demandadas por cumplir más con una labor de intermediación económica que con sus verdaderos roles institucionales”.*

Junio/2000: *“Según las situaciones financieras de las EPS, las cuentas por pagar ascienden a \$534.362 millones”.*

Diciembre/2000: *“La deuda del departamento de Antioquia pone red hospitalaria en jaque por morosidad de los contratantes”. “Recursos del subsidiado para que los funcionarios compren carro”.*

Junio/2001: *“Confusión en cobros a Minsalud; la facturación se convirtió en un viacrucis en medio de la controversia por la doble facturación”.*

Julio/2001: *“Las empresas aseguradoras, ganadoras exuberantes en el negocio de la salud”.*

Septiembre/2001: *“Cerrado el Hospital Universitario de Cartagena”.*

Diciembre/2001: *“Cajanal se encuentra en la mira de todos por irregularidades en la prestación de los servicios”.*

Enero/2002: *“Minsalud habla de concertación para ajustar la Ley 100”.*

Abril/2002: *“Supersalud formula cargos contra EPS adaptadas”.*

Junio/2002: *“Intervención mas que anunciada a Caprecom”*

Septiembre/2002: *“Decretos 1280 y 1281 ordenan reorientar sistema de inspección, vigilancia y control”.*

Febrero/2003: *“Ministerio de Protección Social: Un híbrido que no convence”.*

Marzo/2003: *“El Fosyga es bombardeado con avalancha de tutelas”.*

Mayo/2003: *“El gobierno le debe al ISS \$42 billones y le intimida con el cierre”.*

Junio/2003: *“18 EPS y prepagadas entre las 350 empresas mas grandes”.*

Julio/2003: *“Colombia pierde anualmente casi 2.2 billones por corrupción en el sector de la salud”.*

Agosto/2003: *“Lo que más se temía en el ISS: La escisión”.*

Diciembre/2003: *“Los saldos no conciliados son señal de perversidad del sistema o de complacencia de los organismos de dirección y control”.*

Marzo/2004: *“Se gesta reforma a la Ley 100 y Cajanal busca su reestructuración”.*

Junio/2004: *“Supersalud pone en cintura a Saludcoop”.*

Septiembre/2004: *“Se desploma la salud pública con la crisis hospitalaria”.*

Abril/2005: *“Se presenta la inquietud acerca de si los municipios roban, retienen o desvían recursos del régimen subsidiado”.*

Mayo/2005: *“Cierre del Hospital Universitario de Barranquilla”.*

Agosto/2005: *“Se pierden \$4.3 billones por evasión de aportes a seguridad social”.*

Septiembre/2005: *“Cajanal EPS: Incapaz de enfrentar la competencia privada. Esto la llevó al cierre”.*

Noviembre/2005: *“La ética médica entre la ética comercial y el ajuste fiscal”.*

Enero/2006: *“Supersalud sanciona a 18 EPS y cierra 41 empresas de Servicios de Salud prepagadas”.*

Julio/2006: *“Fracasa el proyecto de ley 052 con tintes de una gran estafa”.*

Septiembre/2006: *“Nuevo ‘ajustico’ al sistema de salud”.*

Noviembre/2006: *“Se lanza proyecto de reforma número 17 a la Ley 100”.*

Enero/2007: *“Nuevas estrategias de maquillaje a la Ley 100, pero sin los cambios de fondo requeridos”.*

Febrero/2007: *“Supersalud inicia auditoría a todas las EPS”.*

Marzo/2007: *“Liquidada la ESE Rafael Uribe Uribe de Medellín”.*

Abril/2007: *“Se abre paso la Ley 1122”.*

Junio/2007: *“Llueven demandas contra la ley 1122”.*

Agosto/2007: *“Los hospitales públicos se encuentran en riesgo por reglamentación de la Ley 1122”.*

Septiembre/2007: *“El gobierno liquida las ESE Policarpa Salabarrieta y Luis Carlos Galán”*

Noviembre/2007: *“15 EPS inhabilitadas”.*

Diciembre/2007: *“EPS e IPS imponen restricciones a médicos abajo para contener los gastos”.*

Abril/2008: *“Nuevo régimen para Cooperativas de T Asociado, caso salud. ¿Fin de la intermediación laboral y de la pérdida de salario?”.*

Agosto/2008: *“Pulverizado el Plan Obligatorio de Salud-POS”.*

Septiembre/2008: *“La Corte Constitucional reordena el sistema de salud con las sentencias C-463 y T 760”.* Ambas generadas en el 2008.

Febrero/2009: *“Consejo sectorial de salud diagnosticó agonía de la salud en los departamentos”.*

Junio/2009: *“Investigan a 15 EPS por desempeño de presuntas prácticas anticompetitivas”.*

Agosto/2009: *“Saludcoop es investigada por inversiones diferentes a salud”*

Diciembre/2009: *“El gobierno declara emergencia social para salvar finanzas de la salud”.*

Enero/2010: *“Crisis hospitalaria en Antioquia: ¿Estrategia pre-planificada de privatización?”.*

Febrero/2010: *“Acuerdo 08 de la CRES aclara y actualiza el POS contributivo y subsidiado”.*

Marzo/2010: *“Supersalud le ordena la EPS Saludcoop restituir liquidez por \$627000 millones”.*

Mayo/2010: *“La Corte tumba la emergencia social”.*

Agosto/2010: *“Suspenden servicios hospitales de Antioquia por falta de pago”.*

Diciembre/2010: *“El gobierno presenta un tímido proyecto de reforma en salud como “plan B” de la emergencia social”.*

Febrero/2011: *“La salud fue el rubro más costoso de la canasta familiar en el 2010”.*

Marzo/2011: *“Ley 1438: Otro gran remiendo a la Ley 100”.*

Abril/2011: *“Demandada la Ley 1438 por inconstitucional”.*

Agosto/2011: *“Los recobros de medicamentos con porcentajes exagerados”.*

Septiembre/2011: *“El régimen subsidiado se rajó en el examen de la Procuraduría”.*

Noviembre/2011: *“El 65.4 de solicitudes en tutela en el 2010 estaban incluidas dentro del POS y el cruce de cuentas del Fosyga no cuadran”.*

Enero/2012: *“La Contraloría detecta malos manejos en recursos de la salud”.*

Marzo/2012: *“Perdidos \$1.5 billones por argucias contables”.*

Abril/2012: *“Se extiende pliego de cargos contra expresidente de Saludcoop”.*

Mayo/2012: *“La cartera hospitalaria supera los \$4 billones; de la cual, el 51% se encuentra en mora.”*

Junio/2012: *“POS único para todos a partir del primero de Julio”.*

Prosiguiendo con el recuento seriado sobre la marcha del sistema de la salud en Colombia y con fundamento en las publicaciones mensuales del periódico “El Pulso” como rotativo vocero oficial de los médicos y demás profesionales de la salud en Antioquia sobre temas de orden e incumbencia nacional, nos encontramos en su edición de Enero de 2013 con un texto titulado “Sistema de salud tendrá dos reformas en 2013” (Muñoz López, Olga Lucia), en el cual se citan palabras del ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en foro en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia el 14 de diciembre de 2012, en el sentido de que *“En 2013 vamos a hacer las dos reformas al sistema de salud, tanto la de ley estatutaria como la de ley ordinaria.*

Planteamos empezar con la ley estatutaria, pero algunas voces sugieren invertir la secuencia y empezar con la ley ordinaria en marzo, para dar una discusión que es más compleja de la ley estatutaria en el segundo semestre del año” (El Pulso, Enero de 2013).

Al respecto, dicho artículo agrega sugerencias del ministro como “...se necesita un debate abierto y franco; que el financiamiento de la salud está en el centro del debate democrático; que deben evitarse falsas disyuntivas entre público y privado, entre derechos y recursos; y superar diagnósticos simplistas como los problemas del No-POS, intermediación, corrupción, entre otros”. En este sentido, es preciso señalar que problemas como el NO-POS, la intermediación y la corrupción, no son precisamente “diagnósticos simplistas” y, por el contrario, estos tópicos son de una alta complejidad, incidencia y trascendencia que afectan en forma directa al sector para lograr un entorno satisfactorio en la prestación de los servicios de salud de una forma mas satisfactoria menos irregular.

Este mismo artículo, complementa la anterior información, comentando como “...Los frentes de trabajo para el Ministerio en 2013 estarán en estos temas, un debate ideológico para buscar entre todas salidas pragmáticas, más o menos sensatas, a un problema social muy complicado”; agregando que La Ley Estatutaria definirá derecho fundamental a la salud; lo cual se reafirma con lo aseverado por el ministro, al señalar que:

...en la ley estatutaria el tema central es la definición del derecho fundamental a la salud, su alcance y el papel del Estado frente a su protección, partiendo del reconocimiento a la salud como

derecho fundamental y la necesidad de su regulación... definir además mecanismos legítimos y participativos para que la sociedad defina el contenido progresivo del derecho, de manera taxativa, y evitar abusos. ...La discusión sobre qué es el derecho a la salud y qué es lo que la sociedad debería o está dispuesta a pagar, y la forma cómo debe hacerlo, el qué y el cómo (que están íntimamente ligados y que el uno se desprende del otro), la reglamentación y la protección del derecho, y la discusión del modelo de hoy Recordó que en la última década se decidió el contenido del derecho fundamental a la salud en forma desordenada y casuística, básicamente por los jueces: 'Lo que más nos preocupa es ese aumento de recobros que llegó casi a \$2 billones, aunque después bajó, pero a pesar de la ampliación del POS y de valores margen del recobro, sigue entre \$1.7 y \$1.8 billones. Lo que hay detrás de esto y que amenaza el sistema de salud, es una indefinición que se presta para abusos sistemáticos al derecho fundamental a la salud' (Muñoz López Olga Lucia, El Pulso, Enero de 2013).

El anterior artículo mencionado, amplía la información citando palabras del ministro de como "En reforma a la Ley 100, cambiarán fuentes de financiamiento del sistema, redefinirán el papel de las EPS y establecerán un fondo único de recaudo".

Algo que confirma y respalda lo aseverado en renglones anteriores sobre la importancia y nivel crítico de incidencia de la corrupción en el sistema, lo refiere el mismo ministro cuando presentó ejemplos de conflictos propiciados por abusos originados por esa indefinición, que según sus propias palabras

“...enfatan la importancia de tener una ley estatutaria que defina de manera clara el procedimiento para conocer el contenido de ese derecho”. Es así como se remite a la Revista Panamericana de la Salud 2012, para manifestar como:

...entre 2005 y 2010 el consumo de la hormona de crecimiento aumentó vía tutela un 240%. Y en 2012, Colombia pagó 4 veces más por habitante que Brasil por Eculizumab, el medicamento más caro del mundo (casi 12 millones por ampolla): creció en 800% el consumo per cápita de Colombia y en un mes sobrepasó al de Brasil (un directivo de la farmacéutica señaló que puede haber registros falsos de demanda de ese medicamento).

Además, el consumo de los 13 medicamentos más dispensados en una muestra de pacientes afiliados al SGSSS aumentó más de 600%, citó el ministro, agregando que hay demanda inducida por compañías farmacéuticas que vía tutela aumentan esos recobros de manera ficticia... el ministro Gaviria cree que en parte eso se debe a la incompetencia de un mecanismo legítimo que permita a la sociedad decir hasta dónde va a llegar con su sistema de salud: Vemos que las tutelas NO-POS beneficiaron al 20% más rico de la población y no a las personas más pobres: esto es una desviación del gasto en salud, que parte de esa indefinición. Por eso en la ley estatutaria hicimos un mecanismo más rápido que la tutela para resolver esas tutelas No-POS (no hablo de las legítimas tutelas POS, que deberán seguir existiendo). Y la tutela seguirá existiendo allí en forma alternativa, y el ciudadano puede escoger entre uno y otro mecanismo administrativo, y podrá seguir usando la tutela. Aclaró que quizá ese no sea el principal problema del sistema de salud, pero esos \$2 billones pueden seguir creciendo todos los años y benefician a la población con

mayor capacidad de pago en el país, muchas veces inducidos por compañías farmacéuticas que convirtieron a Colombia en el paraíso de los negociantes de la salud por falta de una ley con un mecanismo legítimo y participativo que le ponga cortapisas a estas desviaciones (Muñoz López Olga Lucia, Sistema de salud tendrá dos reformas en 2013, El Pulso, Enero de 2013).

Es preciso el extendernos en el análisis del presente artículo citado, ya que contiene ideas y perspectivas adicionales muy valiosas que pueden arrojar elementos de criterio más acertados y reales con respecto al futuro inmediato del sector de la salud en Colombia; es así como el ministro agrega en esa misma conferencia aludida en la Universidad de Antioquia que “Abriremos la Caja de Pandora con reforma a la Ley 100” señalando que, como lo indica este mismo artículo:

...en 2013 diversos motivos obligan a adelantar una reforma a la Ley 100 con una ley ordinaria, como la reforma tributaria que al crear el nuevo impuesto CREE (Impuesto sobre la Renta para Equidad) sustituye la fuente de los aportes patronales del 8,5% e implica un cambio fundamental en el financiamiento del sistema de salud:.. queramos o no, tenemos que presentar un proyecto de reforma de ley ordinaria. Eso nos dará oportunidad para hacer ciertas cosas: al sumar en el contributivo, impuestos generales con contribuciones parafiscales, la DIAN recaudará esa otra parte de impuestos. Hay un cambio de financiamiento que se tiene que reflejar en un cambio a la Ley 100, cambio que implicará centralización de ese recaudo. Eso tiene implicaciones en el funcionamiento del sistema, y ahí consideraremos la propuesta de

un fondo único, pero no un fondo único pagador, sino un fondo único que centralice todos los recursos aunque provengan de diferentes fuentes (del CREE, contribuciones de empleados y empleadores que se mantienen, del Sistema General de Participaciones, recursos de esfuerzo propio y de rentas cedidas), y pensamos en una simplificación de recaudaciones para evitar ese desorden.

Otro punto a reformar es el papel de las EPS en el sistema de salud, como aseguradoras o pagadoras:

Existe un diagnóstico simplista, como si una ley de un solo artículo que elimine las EPS resolviera todos los problemas, cuando la discusión sobre los modelos de salud es más difícil. A las aseguradoras les veo problema principalmente por legitimidad, cualquier problema se interpreta como negación de servicios y está en el centro de la problemática del sistema. No tenemos una definición de qué haremos con las EPS; esa decisión no la voy a tomar como ministro, tenemos que encontrar una forma de optimizar el modelo. El país tiene esa fijación, parece la única pregunta relevante: ¿Qué van a hacer con las EPS? Es importante, pero no la más relevante. Ahora se revisan comentarios al borrador de decreto de habilitación de las EPS, cuya versión definitiva saldría este mes (enero de 2013), pero se exploran propuestas para el proyecto de ley ordinaria, sobre el rol definitivo de las EPS (Muñoz López Olga Lucía, Sistema de salud tendrá dos reformas en 2013, El Pulso, Enero de 2013).

Es de anotar que ante la anterior aseveración del ministro, surge una nueva inquietud objetante: ¿Cómo es posible que en medio de los grandes, importantes e irregulares roles que han desempeñado las EPS en el sistema de salud, estas sean tema importante más no relevante?

A propósito de lo anterior, en cuanto a la confluencia del manejo irregular politiquero, usando como instrumentos mediadores a las EPS, El ministro Gaviria señaló, según este mismo artículo antes relacionado que:

...en el Ministerio se discute el modelo de manera abierta, sin defender ningún modelo en particular. Por eso se trabaja en aclarar las reglas de juego, depurar y habilitar las EPS, revisar el modelo de recobros, redefinir el modelo de prestación de servicios de salud, manejo de recursos, Redes Integradas de Servicios de Salud, el modelo de Atención Primaria en Salud que juega un papel fundamental, entre otros: “Se puede avanzar sin esperar grandes cambios legales, porque todo el mundo parece estar esperando que un burócrata iluminado en el Ministerio saque el decreto salvador, que va simplemente a redefinir la APS en Colombia. La Supersalud redefinirá un nuevo régimen de intervención que minimizará las intervenciones con una norma sancionatoria fuerte, que quitará presiones politiqueras al Ministerio y a la Súper. En este momento hay 53 dependencias intervenidas, que significan diálogo permanente con muchos nichos políticos que quieren quedarse con esas intervenciones. El nuevo régimen de intervención de Supersalud será fundamental para darle transparencia a este proceso (Muñoz López Olga

Lucia, Sistema de salud tendrá dos reformas en 2013, El Pulso, Enero de 2013).

A propósito de las anteriores declaraciones del ministro de salud, el periódico El Colombiano del 16 de Octubre de 2013 publicó un artículo titulado “*Senado aprobó proyecto de reforma a la salud*”, anunciando que el Senado de la República aprobó la totalidad de los artículos del proyecto de reforma a la salud; entre las diversas medidas y ordenamientos involucrados en este proyecto de reforma, viene involucrado un artículo mediante el cual se ordena la creación del fondo Salud Mía, sobre el cual, la presente publicación periodística informa que “... *aunque muchas fueron las preguntas y las inconformidades sobre cómo funcionaría este fondo, los parlamentarios aprobaron el grupo de artículos en los cuales se explicaba su razón de ser*”. Con respecto a ello, el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, defendió la idea de su creación y explicó que “... *dicha entidad busca quitarle el negocio de la salud a las EPS y pasarlas a una entidad controlada por el Gobierno. No obstante, numerosos congresistas que insistieron que su implementación por medio de terceros, no era buena idea pues, abriría la puerta a los vivos*”. Acá, se torna más clara la idea de buscar una alternativa de solución definitiva al álgido problema de las EPS que se enfatizan más en aportar la mayor rentabilidad posible a una inversión privada como negocio que en prestar un servicio adecuado de salud acorde a sus usuarios; adicionalmente, se está confirmando como para algunos congresistas, por encima de la salud del pueblo colombiano, son más importantes los negocios que de ella se puedan derivar y tratan de favorecer en forma directa la intromisión de capitales e inversiones privadas en el Sistema del sector de la salud en Colombia, no obstante su ineficacia, ineffectividad y ánimo de lucro comprobados con creces en la práctica. Adicionalmente, la presente publicación periodística, informa que “... *la creación de Salud Mía como organismo de recaudo y administración de los recursos de la salud, la inclusión y exclusión de*

algunos medicamentos del POS, la función de las gestoras de salud y el libre nombramiento por parte del Gobierno de los gerentes de los hospitales; fueron los artículos que más controversia causaron" (Senado aprobó proyecto de reforma en salud, El Colombiano, Octubre 16 de 2013). Desde un enfoque objetivo, la controversia en mención no es nada sorprendente, ya que este inciso, amenaza seriamente a tres pilares fundamentales propios de los políticos con ánimo de su propio lucro, como son: el desmonte del negocio del manejo autónomo de los recursos públicos por parte de empresas privadas bajo la figura de Empresas Prestadoras de Servicios de la Salud (EPS), adicionalmente, con el replanteamiento del POS, se está atentando contra unas utilidades económicas más jugosas para éstos capitales privados al intentarse involucrar unos medicamentos apropiados y obviamente mas onerosos que los mismos productos baratos paliativos obligados a ser prescritos por los médicos empleados en dichas EPS a manera de placebos enfocados a tratar la sintomatología mas no el cuadro clínico como tal del paciente; lo que, obviamente, ningún provecho ni beneficio han representado para la salud de los usuarios y, por el contrario, han perjudicado y deteriorado en forma irreversible el estado físico y de salud de una gran masa de esta población afectada; por otro lado, se está atentando contra la manida y descontrolada costumbre politiquera del tráfico de influencias y el manejo de cuotas políticas por medio de los puestos de trabajo que se pueden asignar libremente a cambio de votos o compensaciones económicas periódicas por medio del nombramiento a libre albedrío de gerentes y demás funcionarios en los hospitales y demás entidades de carácter oficial relacionadas con este sector específico, lo cual, no es nada conveniente para garantizar el enquistamiento de personajes leguleyos y mediocres en los puestos públicos ni la conquista de puestos burocráticos a cambio de votos y dádivas que favorecen en forma desmedida a la corruptela, el latrocinio de cuello blanco y al cacicazgo político. Ello lo evidencia el referido ministro cuando anota en la misma declaración que *"No estamos privatizando, nos estamos moviendo en la dirección contraria, lo que hará el fondo son*

transferencias. Queremos que el Estado recupere unas funciones que delegó, pero necesitamos cierta flexibilidad" (Senado aprobó proyecto de reforma en salud, El Colombiano, Octubre 16 de 2013).

No obstante lo anterior, se presentan reacciones antagónicas como la de el senador del Polo Democrático, Jorge Robledo, quién, según este mismo artículo de prensa, *"insistió en que su partido votará negativamente todo el articulado y fue enfático en afirmar que con la creación de Salud Mía y su capacidad de administración de recursos por más de 30 billones de pesos, se está creando un monstruo insostenible"*; sus argumentos se basan en que *"Nos van a doblar la dosis de la tercerización, Ahora nos dicen que ese fondo se regirá por las normas del derecho privado, después de que todo nos ha demostrado que la corrupción es peor en ese sector. Ese discurso de la eficiencia privada de los banqueros ya no nos lo creemos"*, lo cual, es respaldado por el también senador del Polo Parmenio Cuellar, quien expresó que *"me preocupa que Salud Mía se rija por el derecho privado. No entiendo cómo pueden ser públicos los dineros y el contrato a través del cual se va disponer de recursos de todos es tercerizado"* (Senado aprobó proyecto de reforma en salud, El Colombiano, Octubre 16 de 2013). Como se puede observar, siempre van a estar inmersos intereses particulares en cuanto proyecto de ley sea emanado por este órgano legislativo, dada la premisa de que muchos de sus integrantes deben recurrir a los capitales privados como fuentes de financiación inmediatas para sus respectivas campañas electorales; quedando así endeudados para posteriormente, una vez electos en sus respectivos cargos, proceder a pagar dichas inversiones por medio de la generación de condiciones propicias para los negocios particulares de dichos patrocinadores previos de sus campañas respectivas; lo cual, es una verdad latente, es enteramente conocido demostrado y no admite discusión alguna en el pensamiento común de la población en todos sus niveles.

En este mismo artículo de El Colombiano, se informa que “...de otro lado, ... con la presente ley ya no habrá los llamados ‘paseos de la muerte’. En ese sentido, el senador Luis Fernando Velasco, aseguró que ‘las entidades de salud no podrán pedirle a los pacientes órdenes de remisión cuando haya alguien herido. Además, para personas de régimen subsidiado discapacitadas no habrá cuotas moderadoras’” (El Colombiano, Octubre 16 de 2013). Es de esperar que se aplique estricta y realmente esta norma y no sea sometida a las consabidas y esperadas interpretaciones falseadas para lograr los esguinces a la ley que suelen ser tan habitados en Colombia en todas las esferas.

Por su parte, la revista Semana en artículo titulado “*Reforma de la salud, Lo bueno y lo malo*” fechado al 17 de Octubre de 2013, analiza la reforma a la salud desde la perspectiva de resaltar los aspectos positivos y negativos de ésta. En tal sentido, asume como “Lo bueno de la reforma” que por medio de Salud Mía, “...el Estado recupera el control de los fondos de la salud. Esta figura afiliará, recaudará, administrará, pagará y la transferirá todos los recursos del sector. Además, se busca que vigile, controle y regule el sistema”; Adicionalmente, destaca como beneficio, el hecho que “... Se acaba el Plan Obligatorio de Salud (POS) para ser remplazado por un plan único de beneficios más amplio basado en exclusiones específicas, como lo cosmético, suntuario, experimental y no probado”; lo que sería complementado con el hecho de que sea el propio Estado el que “...vigile, controle y regule el sistema, así como eliminar la intermediación financiera al eliminar las Empresas Sociales del Estado (ESE) y se crean los gestores de salud, responsables de la atención de los pacientes. Los recobros disminuyen a medida que el Estado reasume el control, con el Plan Único de Beneficios y con lo que se pretende disminuya el número de tutelas”. A lo anterior, se suma un aspecto de suma importancia, como lo constituye el hecho de que “Con la creación de redes integradas de servicios, se planea ofrecer atención integral a las personas. La vigilancia se

fortalece junto a las funciones de la Supersalud, cualidades que podrán descentralizarse". Otras condiciones favorables, se basan en que *"El país se divide en unidades regionales para compensar asimetrías en salud. La ley estatutaria unifica la información y el registro en salud. Se busca que la tutela sea un mecanismo excepcional y se castigará a quienes abusen de ella por ejercicio, como a las entidades que no presten los servicios"* (Reforma de la salud, lo bueno y lo malo, Semana.com, 17 octubre 2013). Todo lo anterior es válido y de gran provecho para el sistema de salud colombiano, siempre y cuando ello sea una realidad y no se contamine o se vicie de malos manejos e intereses de lucro particular, en detrimento de un beneficio social más que fundamental.

En cuanto a la parte negativa de la reforma, a la que el artículo de Semana, se refiere como "Lo malo", bien cabe subrayar lo siguiente: *"Es un ajuste financiero del papel del Estado como garante de la salud de los colombianos, mas no una reforma de fondo....El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que será reemplazado por Salud Mía, está acosado por los recobros desmesurados de algunas EPS, lo cual conllevará a su liquidación"*. En tanto, para el senador Jorge Robledo, *"... la intermediación financiera persistirá, ya que las futuras gestoras cobrarán por administrar los recursos y, además, generarán ganancias por ello"*. Por su parte, el senador Avellaneda en entrevista con *W Radio*, declara que las EPS sólo cambiarán de nombre y esta reforma las deja con *"grandes beneficios... ya que, además de aseguradores, vía que les permite no prestar servicios y quedarse con una plata de la salud..., van a quedar con recursos de administración, incentivos, una cuota per cápita por riesgo y de redistribución del riesgo, copagos, cuotas moderadoras y los rendimientos financieros.... Mientras menos servicios se presten, más tasa de rentabilidad les queda"*, agregando que este modelo responde a una *"mercantilización de la salud... El financiamiento del sistema a través de copagos y cuotas*

moderadoras atenta contra el carácter de derecho fundamental de la salud al limitar el acceso de las personas". A esto se adiciona el hecho que "... El nombramiento y la remoción de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado (ESE, hospitales públicos) quedaría en manos de los entes departamentales, lo que, según algunos analistas, expone los cargos a la politiquería". Lo que se torna crítico ante las dudas surgidas sobre el hecho que "...En un período de transición de dos años, Salud Mía debe gestionar la cartera; afiliar, recibir, autorizar y efectuar pagos del régimen contributivo. Si aún hay cuentas ´perdidas´ del Fosyga, que está encargado del 25% del capital, ¿podrá el Estado manejar la información de la totalidad de los recursos?"; lo que se torna severamente dificultoso con el hecho que "... El proyecto deja abierta la posibilidad de que haya integración vertical en el primer nivel de atención, entre gestores y prestadores. No queda claro si los gestores de salud manejarán dineros del sistema en los primeros niveles de atención. Para algunos, esto equivaldría a seguir con el modelo de EPS". Este temor es válido en el sentido que, como el mismo artículo lo anota, "... los dineros de la salud son públicos hasta cuando se transfieren a los agentes del sistema. Incluso la Contraloría General de la República ha manifestado inquietudes al respecto. El proyecto asegura que la ley ´redefine´ en lugar de reformar estructuralmente el sistema". Además, deja constancia de que "No hay incentivos claros para que inversionistas privados del sistema, incluidas las EPS actuales -que tienen la información de los pacientes-, se conviertan en gestoras o para que se creen nuevas" (Reforma de la salud, lo bueno y lo malo, Semana.com, 17 octubre 2013). Como se puede observar, es claro que la presente ley estatutaria, es un movimiento desesperado e improvisado para aplazar un poco más el colapso del sector, pero en ningún momento va a garantizar una situación efectivamente resolutive de la crisis que existe y seguirá persistiendo hasta tanto no se aborde el tema con la debida seriedad y el debido compromiso social.

Lo anterior contrasta con el artículo *“Recomendaciones para reorientar sistema de salud”* de Sandra Patricia Parra García en El Pulso de Enero de 2013, en el que registra una serie de recomendaciones provenientes de un grupo de representantes del sector salud durante el foro *“El sistema de salud busca su rumbo”*, del programa *“Así Vamos en Salud”*, siendo las representativas las siguientes:

Hacer saneamiento fiscal es el primer objetivo del gobierno para darle un nuevo derrotero al sector salud por considerar que la liquidez del sector es necesaria para desarrollar los proyectos sociales y asegurar su sostenibilidad. Además; ...la necesidad de que Colombia dé un debate profundo sobre el papel de los diferentes actores, pues no se pueden tomar a la ligera temas como la desaparición de las EPS, fortalecimiento de la red hospitalaria, descentralización del sector, la Unidad de Pago por Capitación, etc.; ...el país no es homogéneo, por lo que debe existir la posibilidad de que Colombia cuente con EPS mixtas, públicas e incluso con Secretarías de Salud que sean aseguradoras; ...la necesidad de revisar el funcionamiento de las ESE y entender lo compleja que es la decisión de acabar con la figura de las EPS. Sobre la igualación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del subsidiado y contributivo,... que le costará al país entre 2 y 3 billones de pesos;...Si se aprueba la reforma tributaria, se propondrán cambios a la Ley 100, para sustituir parte de contribuciones por el impuesto que viene de la reforma tributaria (Parra García Sandra Patricia, El Pulso, Enero de 2013, ISSN 0124-4388).

Lo anterior, estaría direccionado al cambio anunciado de la extinción de la figura de los aportes fiscales para seguridad social por parte de las diferentes empresas y remplazarlo por otra figura más adecuada y menos gravosa.

Para poder entender más en detalle el contexto de la Ley estatutaria aludida en las últimas páginas, es preciso sondear un poco más con respecto a su contexto y entornos precedentes inmediatos, para poder disponer así de mayores y mejores elementos de juicio, por lo que en los siguientes renglones se procederá a explorar un poco más acerca de dichos ámbitos.

“Ésta es Colombia” expresó dolido el pediatra, cuando remitieron vía aérea desde Urabá a una bebé indígena a un hospital de alta complejidad en Medellín, cuando muy poco se podía hacer por salvarle la vida; es el dramático testimonio que refiere el periódico

El Pulso en su editorial titulado “*¿Se resolverá crisis en salud por decreto, con nueva ley?*” correspondiente al tiraje de Febrero 2013, en el que informa que “...*el gobierno invita al sector salud... a adelantar una reforma estructural al sistema en crisis, con base en 5 ejes: recaudo y creación de un fondo único, descentralización, aseguramiento, rediseño del sistema de recobros y servicios No-POS, y recursos humanos...*” (El Pulso, Febrero 2013).

Es de observar que estos 5 ejes, conforman la esencia de la problemática por la que atraviesa el sector de la salud en Colombia y un diseño adecuado complementado con un montaje idóneo de mecanismos resolutorios en estos

ámbitos, conformarían una salida más razonable y apropiada a la crisis suscitada en este sistema básico a nivel de cualquier escala y contexto social.

Precisamente, desde el punto de vista de los anteriores 5 ejes, El Pulso del mes de Marzo de 2013 en editorial titulado *“Panorama nacional. Alivios financieros para hospitales: otra platica que no alcanzará...”*, registra dos posiciones antagónicas al respecto, anotando que *“las EPS piden definiciones de su nuevo papel en el sistema, del garante del aseguramiento, aclarar cuentas, y cuestionan fondo único como imposible administrativo y financiero. IPS piden que les paguen lo adeudado”*. En tanto, desde la contraparte, señala que las *“...Sociedades médicas, gremiales y sociales, y la academia, insisten en liquidar las EPS como aseguradoras y confían en fondo único con descentralización y control anti-corrupción. Todos claman por recuperar salud pública, Atención Primaria en Salud, más resolutivez en primeros niveles y salud como derecho humano”* (El Pulso, Marzo 2013).

Como se puede observar, no existe identidad en cuanto a voluntad política de los principales actores ni intereses comunes, con base en los cuales, se pueda potenciar una salida consensuada a la crisis; es claro que cada cual adopta su posición dependiendo de su interés particular, haciendo la salvedad que la versión contrapuesta a la de las EPS, es la que relaciona la posición más favorable a los intereses sociales y democráticos de la población colombiana.

Ante la situación caótica en el sector de la salud, se torna inminente una intervención gubernamental de alta incidencia que pueda arrojar luces resolutorias a la problemática social generada, ante este marco, el rotativo médico “El Pulso” del mes de Abril de 2013, editorializa tal situación por medio

de titular *“Nuevo modelo de salud: ¿Llave para salir de la crisis?”*, comentando que:

Actores del sistema de salud están expectantes ante cambios que plantea el gobierno y los aportes que acogería de los actores, para que la reforma parta de una construcción colectiva. La ‘redefinición’ del sistema por ley ordinaria se aprobaría en diciembre del 2013, y se plantean ajustes a la ley estatutaria. La academia y organizaciones sociales formulan fuertes críticas y advertencias (El Pulso”, Abril de 2013, ISSN 0124-4388).

Es palpable que en la medida que se puedan acopiar y conciliar las diferentes posiciones de los diversos actores, se lograrán herramientas de carácter más colectivo para abordar una reforma con mayor sentido y beneficio social. No obstante la necesidad expresa y urgente de una solución inmediata a la crisis de la salud en Colombia, los primeros amagos para abordarla caen en los mismos errores; comentarios a este respecto, expone el editorial de El Pulso del mes de Julio de 2013, por medio de texto titulado *“Estatutaria en salud: contradictoria e ¿inconstitucional?”*; en el cual, argumenta que: por algunas contradicciones importantes, *“la Ley Estatutaria que regula el derecho fundamental a la salud generó cuestionamientos sobre su constitucionalidad, pues muchos consideran que en la realidad recorta los derechos adquiridos en salud, supedita el reconocimiento del derecho a la salud a la sostenibilidad fiscal...”*; como se torna tangible, es más de lo mismo que se corrobora con el remate del mismo texto, al anotar que dicha ley *“...impone cortapisas a la autonomía de los profesionales de la salud al limitarlos con un listado de exclusiones que no pueden prescribir y atenta contra la tutela como mecanismo de amparo del derecho”* (El Pulso, Julio de 2013, ISSN 0124-4388).

Como desventaja adicional, exhibe el impedimento al recurso de tutela, lo que torna más dramático y pesimista el escenario para los usuarios del sistema. Lo que se encuentra corroborado por el editorial del rotativo vocero médico nacional “El Pulso” del mes de Agosto de 2013 titulado “*¿Para dónde van las intervenciones, liquidaciones y vigilancias especiales a EPS?*”, al señalar que “*Con mínimo 17 EPS intervenidas para administrar o liquidar, y 8 bajo vigilancia especial, todos los actores del sistema de salud están afectados ...*”; dando a conocer, a renglón seguido, dichos actores afectados y su respectivo factor incidente así:

...los usuarios que sufren negativas y dificultades en el servicio de salud, porque su EPS está más preocupada por mejorar sus estados financieros, y por ello niega o entorpece el servicio; las clínicas y hospitales a los que no les pagan, y con los cuales aumentan la cartera, que muchos ya consideran de dudoso recaudo; el gobierno que indirectamente tendría que responder por parte de esas deudas insolutas; las mismas EPS en situación especial, cuestionadas por su capacidad de gestión y en su reputación; y el sistema mismo, que queda inmerso en un mar de cuestionamientos sobre la viabilidad del modelo de aseguramiento y su transparencia (El Pulso, Agosto de 2013).

El anterior panorama se encuentra matizado con un año de anterioridad, por anuncio de artículo del diario El Tiempo, en ejemplar del 11 de Julio de 2012, titulado “*Se agrava crisis de las EPS del régimen subsidiado*”; en el que se informa que “*Colsubsidio y Ecoopsos se van de Bogotá. Además, se liquida Emdisalud y hay crisis de Caprecom. La solicitud de retiro como operadores del régimen subsidiado..., evidencia la profunda crisis que afecta a este régimen del*

sector". Como argumento que exhiben estas EPS para dicha renuncia, aducen que "... con la unificación del POS, que rige desde el primero de julio, no tendrán la capacidad para asumir las nuevas obligaciones". Con ello, están lanzando subliminalmente el mensaje que para asegurar una rentabilidad apropiada para su negocio, deben atender con servicios muy discretos e incompletos a sus usuarios.

Según Elisa Torrenegra, directora ejecutiva de Gestarsalud (gremio de las EPS del subsidiado), "... a las entidades que administran el subsidiado les deben más de 2 billones de pesos, principalmente los entes territoriales... Esas deudas les impiden pagar a tiempo a sus proveedores, particularmente a los hospitales y prestadores de servicios".

Agrega dicho artículo que la situación de las EPS es tan crítica, que "... de los 22,5 millones de colombianos cobijados por el régimen subsidiado, cerca de la mitad están afiliados a EPS sobre las cuales pesan medidas de vigilancia especial de la Supersalud. Y 7,5 millones de colombianos hacen parte, en este momento, de entidades intervenidas". Al respecto, de acuerdo con voceros del sector, "... la situación del subsidiado es insostenible; en otras palabras, representa pérdidas tanto para las EPS que lo administran como para la cadena de prestadores de servicios". Lo que complementa Luis Carlos Arango Vélez, director general de Colsubsidio (la EPS mejor calificada durante seis años), para el caso de Bogotá, por ejemplo, describió la situación como crítica con los siguientes términos: "Nos están llegando muy tarde los recursos, la UPC ya no nos alcanza, nos mandan los pacientes más costosos (...) Preferimos irnos a seguir poniendo en riesgo el patrimonio de una empresa como la nuestra".

Bajo la anterior premisa, para el secretario de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo, el retiro de Colsubsidio es uno de los "*síntomas más evidentes de que el sistema de salud en el subsidiado está prácticamente colapsado(...) y la demostración clara de que no se podía nivelar el POS sin conseguir el dinero para llevarlo a cabo*".

Dados los anteriores precedentes, anota el presente artículo citado que "*... la situación, a juicio de expertos, empieza a parecerse a la de Medellín, donde poco a poco las EPS decidieron no administrar más ese régimen. La situación llevó a ensayar una alianza entre la EPS Comfama, el departamento y el municipio, para asumir estos afiliados*". A manera de situación confirmatoria de la crisis, a lo anterior, "*... se suma la difícil situación por la que atraviesa la EPS Caprecom (con 3,5 millones de afiliados). Aun cuando sus deudas superan los ingresos y está cobijada por una medida de vigilancia especial por parte de la Supersalud, sigue operando el subsidiado en muchos municipios. ¿La razón? No hay otra posibilidad*". Ante esta situación, este mismo artículo hace la salvedad que "*... frente al alegato de las EPS de que el dinero que reciben del sistema de salud para asegurar a los afiliados (UPC), tanto la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como el Ministerio de Salud, sostienen que hay estudios que demuestran que sí es suficiente*". En tal sentido, el ministro de Salud (e.), Norman Julio Muñoz, asegura, además, que "*... en pocos días se expedirá una norma que fija nuevas reglas de juego para la administración del subsidiado. También hay vigente un decreto que puso plazos específicos para que los 2 billones de pesos que están enredados en los entes territoriales se desembolsen para subsanar los déficits*"; es de anotar que actualmente, no se ha dado la norma prometida ni se ha aclarado lo del dinero en los entes anteriormente referidos, lo que se complementa con lo aseverado por el Superintendente de Salud, Conrado Gómez, quien sostiene que "*... las medidas que se están*

tomando buscan, precisamente, depurar los males del subsidiado, para beneficio de los usuarios”.

No obstante lo anterior, esta misma publicación informativa anuncia que *“... veinte secretarios de Salud emitieron la semana pasada una comunicación en la que señalan que el sistema tocó fondo, y que es necesario introducir reformas profundas de sus estructuras más básicas”.*

Ante el anterior marco crítico, en este mismo texto se registra el hecho que médicos del país presentarán propuestas para enfrentar la crisis, *“... una propuesta encaminada a reformar integralmente el sistema de salud, sobre la base de que se trata de un derecho fundamental”.* Señalando que:

...por primera vez en veinte años todos los gremios médicos se pusieron de acuerdo en torno a una sola propuesta, que será presentada al país, al Gobierno, al Congreso y a todos los actores para su estudio. El documento es fruto del trabajo llevado a cabo en los últimos meses por la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, la Federación Médica Colombiana, Asmedas y el Colegio Médico Colombiano.

Con propósitos semejantes, por separado, *“... las EPS del régimen contributivo (casi todas agremiadas en Acemi) también propondrán... una reforma integral del sistema, para combatir todos los problemas que, aseguran, tienen al sector de la salud en crisis desde hace años”.*

En tal sentido, en palabras de Jaime Arias, presidente de Acemi:

...la propuesta se divide en seis partes que corresponden, a su vez, a seis problemas específicos identificados por ellos tras un estudio que les tomó los últimos cinco meses, y para el que se basaron en varios informes y diagnósticos de las quejas de la gente, entre otros... el primero de ellos será el relacionado con la mala calidad de los servicios prestados al usuario.

La nota periodística concluye informando que *“Colsubsidio y Ecoopsos anunciaron que operarán el subsidiado hasta el 5 de noviembre, la primera, y hasta el 6 de octubre, la segunda”*. Por tal motivo, los usuarios *“... en teoría, podrían elegir cualquiera de las seis EPS que quedan operando en Bogotá, pero, según el secretario de Salud, Guillermo A. Jaramillo, en realidad solo tendrían la opción de escoger entre dos de ellas: Unicajas y Capital Salud”*. Ante dicha situación, el mismo secretario comenta que *“... quedamos ante una situación muy compleja porque tres de las EPSS están intervenidas (Salud Cóndor, Humana Vivir y Solsalud) y otras dos (Caprecom y Ecoopsos que se va) tienen vigilancia especial. No es que tengamos interés en que se afilien a Capital Salud -que es la EPS del Distrito-como se ha dicho”*.

El periódico El Pulso, especializado en los temas más de mayor incidencia en el campo de la salud en Colombia, en su edición del mes de Septiembre de 2013 en editorial con el título *“¿Qué traerá la redefinición con Salud-Mía, los Gestores y Mi-Plan?”*, se ocupa de un análisis previo en el ámbito del actor EPS, en los siguientes términos:

Con más preguntas que respuestas, se abre el debate de la reforma al sistema de salud. El fondo Salud-Mía (aseguramiento estatal), la transformación de EPS en Gestores de Servicios de Salud y el plan de beneficios en Mi-Plan, acaparan la atención; hay voces de aliento para Salud-Mía, pero también dudas por los riesgos que entraña para la financiación y administración del sistema”.

Dicho texto, continúa con un ligero esbozo de falencias representativas como: *“...La figura de Gestores suscita dudas por las ambigüedades e inconsistencias jurídicas y administrativas. Y en Mi-Plan aún no se resuelve cómo se definirán sus inclusiones y exclusiones”* (El Pulso, Septiembre de 2013).

Pero no se considera normal que el Estado adopte medidas improvisadas en torno a situaciones caóticas como se evidencia en el ejemplar de El pulso de Octubre de 2013 al titular su editorial *“Qué pasará con 540 hospitales públicos en riesgo financiero medio y alto?”* y en cuyo texto describe situaciones críticas como la siguiente:

Mientras el gobierno afirma que lo más importante es salvaguardar los hospitales públicos del país, la clasificación del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero dejó a 540 de ellos en riesgo alto y medio, y sumidos en la incertidumbre sobre su futuro. De no cumplir con los requerimientos del ajuste fiscal ante el Ministerio de Hacienda, alrededor del 40% de los hospitales públicos de Colombia serían intervenidos, fusionados o liquidados, al primar el criterio económico sobre el de servicio

social. Así, buena parte de la población colombiana no podría acceder al servicio hospitalario (El Pulso de Octubre de 2013).

Bajo la anterior premisa, bien cabe el cuestionar si se dispone de la debida infraestructura para abordar cambios repentinos que van a estar carentes de fundamentos reales de soporte.

“No es muy bienvenida la redefinición del sistema de salud”, es el titular del diagnóstico reservado que señala el editorial del periódico El Pulso de Noviembre de 2013, en el cual comenta que el gobierno, con la intención de mejorar el sistema de salud, buscando brindar más calidad y que los pacientes tengan mayor acceso a los servicios y a nuevas tecnologías, pero que a la vez sea sostenible, en Cámara se avanza la aprobación del proyecto de ley ordinaria 210 de 2013, que busca redefinir el sistema de salud, puntualizando que *“...de entrada, ninguna de las propuestas goza de aceptación general, y desde ya se anuncian todo tipo de demandas a los cambios ya aprobados en el Senado”* (El Pulso, Noviembre de 2013). Ese tipo de objeciones previas, confirman el cuestionamiento lanzado al final del párrafo anterior, lo que hace que se perciba un proyecto de reforma que nace cojeando y con grandes falencias en su contexto.

Las consecuencias adelantadas en el número anterior del periódico El Pulso, no se hacen esperar y ya en su edición del mes de Noviembre de 2013, publica un editorial titulado *“El país de los hospitales condenados a muerte”*, informando que *“El panorama de los hospitales públicos en liquidación es alarmante en Colombia. Por lo menos 20 Empresas Sociales del Estado -ESE- de distintos departamentos están en procesos liquidatorios, la cuarta parte de*

ellas en Antioquia donde se están gastando mayores recursos en liquidación que en los planes de saneamiento fiscal y financiero que podrán salvar esos hospitales” (El Pulso, Noviembre de 2013). Ello se torna más dramático aún, cuando continúa mencionando que “...entre las ESE en liquidación están los hospitales regionales de Apartadó y Puerto Berrío en Antioquia, y en alto riesgo de liquidación el Hospital Universitario del Valle”; Instituciones ellas de alta representatividad y aparente solidez en el ámbito nacional.

Para principios del presente año 2014, se ha avanzado en algo, mas no en la medida esperada, como así lo destaca el editorial de El Pulso del mes de Febrero de los corrientes, titulado “*Actualización del POS 2014: un insuficiente precedente de ‘Mi-Plan’*”; dejando constancia de que “*La actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS) que incluyó más de 70 tecnologías para tratar el cáncer, enfermedades neurológicas y respiratorias, depresión y artritis reumatoidea, entre otras, es un avance en el camino al POS ampliado que constituiría ‘Mi-Plan’*”. Sin embargo, agrega que “*Actores del sector salud destacan inclusiones, cuestionan que falta mucho por incluir, debatir las exclusiones, y advierten que de poco o nada sirve ampliar el POS si las EPS siguen negando lo incluido en el POS (causa del 71% de tutelas)*” (El Pulso, Febrero de 2014, ISSN 0124-4388). Como se puede observar, la figura de las EPS son un factor clave y problema de marca mayor en el sistema de la salud, configurando un ámbito de difícil manejo y falta de estructuración acorde, ubicándolo en potencia de llevar a la debacle total cualquier propósito de mejoramiento en dicho sector.

Las mejoras a medias son la característica más común en las actuales acciones resolutorias en el sistema de salud. Es así como al fenómeno descrito en el párrafo anterior, se suma el informe que aborda el editorial del periódico El

Pulso del mes de Marzo de 2014, titulado “*¿Medicamentos baratos a costa del desequilibrio de hospitales?*”, en donde se señala que “*El control al precio de medicamentos fue bien recibido en el sector salud y entre los usuarios, porque responde a un reclamo reiterado: el sobre costo y el aumento desmedido de recobros inflados al sistema de salud por cuenta de los medicamentos...*” a lo que se le inserta el esperado “Sin embargo”, consistente para este caso en que “*...la medida es insuficiente y desenfocada, porque desconoce los costos de administración y dispensación de los medicamentos para los pacientes hospitalizados, al cubrir sólo un escaso margen que no cubre esos costos y por tanto amenaza el equilibrio financiero de clínicas y hospitales especialmente de mediana y alta complejidad ...*”, lo que, además, afecta críticamente la situación del sector, en el sentido que se “*...pone en riesgo el acceso de los pacientes a medicamentos de calidad que dejarán de llegar al país*” (El Pulso, Marzo de 2014). Con esto, se puede observar como se intentan hacer las cosas queriendo pero sin querer, simplemente como para sentar un precedente o para dejar una simple constancia sin llegar a tocar fibras más íntimas y claves de corrupción y desgreño administrativo.

La anterior afirmación, se confirma con creces con el editorial del periódico El Pulso del siguiente mes, Abril de 2014, que augura un panorama pesimista bajo titular “*La salud en 2014-2018 seguirá en cuidados intensivos*”, anotando que “*En un vistazo a las propuestas de gobierno en materia de salud para el próximo período, no se aprecian iniciativas de cambios radicales al sistema de salud creado por la Ley 100 de 1993*”. No obstante lo anterior “*Hay consenso...en la necesidad de mantener el modelo de aseguramiento, fortalecer la gestión del riesgo, mejorar las finanzas de la salud, enfatizar la promoción y la prevención, aumentar el número de especialistas, y evitar las filas para citas y las negaciones de servicios*” (El Pulso, Abril de 2014). Es decir, el problema sigue y solo quedan, a manera de paliativo, la constancia de aparentes buenas

intenciones a pesar de todo, como si ello fuere suficiente para soportar la crisis otro lapso de tiempo considerable y asumiendo que lo padecido hasta el momento hubiese sido poco.

El anterior panorama pesimista no cesa de repetirse, y así lo refleja fidedignamente el rotativo de la salud El Pulso del mes de Mayo de 2014 con editorial titulado “*Deuda billonaria de EPS liquidadas o intervenidas: ¿esa platica se perdió?*”; comentando que:

Ante el anuncio del ministro de Salud, Alejandro Gaviria, de que el gobierno no podría asumir el pago de la deuda de EPS en liquidación más la de Caprecom, que oscila entre \$1,7 y \$2 billones según cálculos preliminares, reina gran preocupación e incertidumbre entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de todo el país, porque esos dineros corresponden a servicios efectivamente prestados y no pagados, y generan una cartera morosa acumulada durante varios años que aumenta cada día. Esta situación asfixia a clínicas y hospitales de todo el país, públicas y privadas, y tiene a muchos al borde de la quiebra (El Pulso, Mayo de 2014).

Como se observa, no se avizora precisamente un futuro soporte fiscal inmediato muy halagador y viable.

Por su parte este mismo periódico exclusivo para el sector salud en Antioquia, El Pulso del mes de Junio de 2014, en su sección editorial, titulada

“Urgencias en Colombia: La prolongada agonía de un sistema”, realiza una aproximación diagnóstica con respecto a las urgencias hospitalarias, las que ahora se encuentran sumidas en un:

...estado crítico como no se había dado en otras épocas, por fallas estructurales del sistema de salud como: caos regulatorio que impide atención racional del cúmulo de enfermedades comunes en primeros niveles de atención y los desvía hacia las urgencias, ineficaz gestión del riesgo por EPS que obliga a los usuarios a buscar una puerta de entrada a la atención, incumplimiento de las EPS en los pagos a prestadores, aumento de enfermedades crónicas, falta de capacidad resolutoria de las IPS en sus primeros niveles de complejidad y obsoleta infraestructura de algunas urgencias...colapso de urgencias como bomba de tiempo del sistema de salud (Editorial El Pulso, Junio de 2014).

Lo anterior ha generado, según este mismo artículo lo precisa en forma concreta: *“La crisis de los servicios de urgencias en algunas ciudades capitales de departamento en Colombia, ligada a la crisis de la red hospitalaria pública que se vive en todo el país y a la falta de gestión del riesgo en salud de las EPS y su cultura del no pago a los prestadores, está imposibilitando el acceso y disfrute del derecho a la salud de millones de personas”*. En este mismo ejemplar del mes de Junio de 2014, se publica un interesante artículo de autoría de Jaime Alberto Peláez Quintero, especialista en Economía de la Salud, titulado *“7 EPS entre las 100 empresas más grandes de Colombia”*, según el cual, se refleja paradójicamente un estado financiero endeble para dichas empresas que interactúan en el sector de la salud con plena vocación de negocio, describiendo

dicho contexto bajo los siguientes términos: “*Como es tradición, las aseguradoras en salud son organizaciones con altas ventas, baja liquidez, exiguas rentabilidades financieras, altamente endeudadas y pierden cada vez más capital de trabajo; ello las está llevando a un deterioro en márgenes de solvencia y afugias en la constitución de sus patrimonios mínimos*”. Empero, el anterior aparente preocupante estado de tales empresas, continúa el artículo describiendo como:

No obstante mantienen altos crecimientos en activos y en patrimonios, que contrastan con mayores aumentos en pasivos; a pesar de ello, obtienen márgenes bajos de rentabilidad del activo y patrimonio de 0.49% y 1.24% respectivamente en 2013, que las hace empresas de relativa importancia en el contexto nacional por sus billonarios ingresos, que cada vez ganan mayores participaciones entre las empresas más grandes en Colombia...

Esto lleva a concluir al Dr. Peláez, el escritor del presente artículo, como diagnóstico previo para dichas EPS que “...*por lo que su importancia financiera y económica es la de un paciente vigoroso*”. Es por tal motivo que se puede cumplir semejante paradoja económica descrita como titular, 7 EPS en ranking de 100 empresas más grandes del país, ya que sus indicadores financieros así lo señalan, debido al dinamismo normal en sus ventas y utilidades pues, según este mismo artículo, “...*se destaca un fuerte crecimiento en los ingresos operacionales del 12,8%*”. Los más claros ejemplos que confirman el anterior fenómeno descrito, se presenta por medio del siguiente argumento explicativo en dicho texto:

En el consolidado general, las 7 EPS ganaron en conjunto 43 posiciones y todas mejoraron posición en el ranking, incluso algunas lograron treparse entre las 25 empresas con mayor crecimiento, como Salud Total EPS que pasó del puesto 77 en 2012 al 61 en 2013, ganando 16 posiciones. Famisanar ganó 12 posiciones al ubicarse en el puesto 66 en 2013, Sura EPS ganó 7 posiciones en el puesto 56 cuando en 2012 estaba en el 63 (Peláez Quintero Jaime Alberto, El Pulso, Junio de 2014).

Un sustento de corte auténticamente económico y financiero, de tal situación a nivel nacional, lo define este artículo así:

Estos resultados dan cuenta del excelente desempeño comercial, administrativo y financiero en volumen de ventas, no tanto cuando de manera individual se analizan sus rendimientos operativos y del ejercicio: 2 de las 7 aseguradoras tuvieron un resultado operacional negativo. Cinco aseguradoras presentaron resultado positivo, destacando la utilidad operacional de Caprecom de \$134.048 millones en 2013 con mejor rendimiento del 76,4%, seguida de Salud Total que pasó de una pérdida de \$6.643 millones en 2012 a una utilidad de \$65.949 millones en 2013, excelente comportamiento al revertir una tendencia negativa a un incremento altamente positivo.

En utilidad neta, 3 entidades presentaron resultados negativos significativos y presionaron la pérdida general de \$670.528 millones, toda vez que Saludcoop EPS arrojó un resultado negativo de \$498.934 millones, seguida de Caprecom con

\$197.966 millones y Coomeva EPS con \$19.469 millones, evidenciando que son empresas que incrementan su volumen de ventas pero al mismo tiempo arrojan resultados operacionales y netos negativos. Esto se explica porque si bien suben los ingresos operacionales en gran medida, también sube en mayor proporción el costo médico por la mayor utilización de servicios de salud, la complejidad de las atenciones y la incidencia del aumento de consumo por la presión de modernización tecnológica; estos factores reducen dramáticamente los márgenes de rentabilidad y ponen en afugias las entidades para cumplir las restricciones de regulación de gastos administrativos (10% en el régimen contributivo y 8% en el subsidiado).

Este mismo artículo, “7 EPS entre las 100 empresas más grandes de Colombia”, del periódico El Pulso del mes de Junio de 2014, complementa la anterior información, por medio de una mirada en conjunto a los principales agregados financieros, los cuales, enseñan lecturas esenciales sobre la importancia económica de estas EPS. De la siguiente forma:

Las ventas de las 7 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a diciembre 31 de 2013 fueron de \$13 billones 952.191 millones (10,6% más que en 2012), lo cual contrasta con los desempeños operativos y netos que aunque positivos siguen siendo muy bajos. Mientras en 2012 la utilidad operacional fue de \$99.973 millones, en 2013 fue de \$26.032 millones; y en utilidades netas se pasó de una pérdida de \$507.686 millones en 2012 a una de \$670.528 millones en 2013.

Cuando los desempeños se evalúan en términos de márgenes, se obtuvo en 2012 por cada 100 pesos de venta de servicios de salud 0.81 centavos como margen operacional para cubrir otros gastos, impuestos e intereses, y en 2013 fueron 0.19 centavos. Para el margen neto, el resultado es negativo en ambos años, siendo de 4.10 centavos en 2012 y de 4.81 centavos en 2013: por cada 100 pesos de ventas en 2013, quedó un saldo negativo de 4.81 centavos, lo que no permitió generar recursos para financiar nuevos proyectos, asumir nuevas deudas y compromisos y distribuir excedentes entre sus socios, además que este indicador (utilidad neta) es el primer inductor en la formación de valor, que para entidades de salud es un imposible en las actuales circunstancias económicas.

Continuando con el artículo de El Pulso “*7 EPS entre las 100 empresas más grandes de Colombia*”, se aprecia como:

...mientras las ventas aumentaron en términos reales 10.60%, los activos crecieron 26.32%, lo que desde la eficiencia no es aconsejable, pues advierte debilidades en la eficiencia técnica o ganancia marginal, primera forma de creación de valor económico EVA. Llama la atención y preocupa el incremento negativo de los patrimonios: en 2012 fue de \$507.686 millones y en 2013 de \$678.928 millones (32.35% más), merced a los rendimientos negativos de estas organizaciones que afectan su solvencia patrimonial y que para algunos se constituye en acciones de vigilancia administrativa por Supersalud. No obstante incrementar el volumen de operaciones comerciales expresadas en un

significativo aumento en ventas, y que gran parte de ello está representado en cuentas por cobrar (deudores) en los activos corrientes, es preocupante el incremento en los pasivos en 32.35%, lo cual da cuenta de mayor endeudamiento con terceros, en una proporción que tradicionalmente crece por encima de ventas, activos y patrimonios.

Bajo la perspectiva del referido artículo, se aprecia, como:

...las más rentables. En la rentabilidad del activo o ROA, tasa que ganan los activos de la empresa, lo ideal es que crezcan más los excedentes operativos que el empleo de activos; el agregado general en 2012 fue de 2.44%, en tanto que para 2013 se redujo a 0.49%, toda vez que los activos crecieron en 28.8% y los resultados operacionales decrecieron en 74%. Para la rentabilidad del patrimonio o ROE, tasa que esperan los inversionistas, lo ideal es que crezca en mayor proporción la utilidad neta que los patrimonios, el resultado fue mejor en 2013 con 1.24% de resultado positivo, respecto de 2012 que fue negativo de 11.67%.
(*“7 EPS entre las 100 empresas más grandes de Colombia”*)

Es así, como según el anterior artículo aludido de El Pulso donde informa que :

...la EPS con mejor desempeño en activos fue Caprecom con 14.66%, seguida de Salud Total (11.69%) y de Sura EPS (2.69%). Y en patrimonio, la mejor fue Saludcoop (2.58%), seguida de Caprecom (0.25%), y Sura EPS y Salud Total en el tercer puesto con 0.17% como las más endeudadas. Las empresas de la salud se caracterizan porque son altamente endeudadas con terceros, cada vez pierden mayor gobernabilidad y autonomía administrativa por cuanto el control está en sus acreedores, sumando 106.28% las 7 entidades en 2012 y creció dramáticamente hasta 110.24% en 2013, siendo Caprecom la más endeudada con 185.90%, seguida de Saludcoop con 116.33% y de Coomeva EPS con 91.26% (Peláez Quintero Jaime Alberto, El Pulso, Junio de 2014).

Toda la anterior información, se resume en cuadros financieros extractados de este mismo artículo, según el anexo # 18.

A partir de los cuadros consolidados aludidos anteriormente, se puede extractar, a groso modo, que entre los años 2012 y 2013, se presentaron incrementos tanto en ventas como en activos y en pasivos para dichas empresas, dejando como indicador preocupante, que los pasivos son siempre superiores a sus activos, lo cual es signo de una clara inviabilidad económica y financiera para estas EPS; lo que se torna más dramático aún para las mismas entidades y empresas de las cuales son acreedoras, lo que arroja un carácter de imposibilidad de continuidad normal del sistema y genera las sucesivas y consabidas liquidaciones y quiebras de las diferentes IPS, Hospitales, clínicas y demás empresas que deben continuar prestando sus servicios no obstante tal indicador que, por supuesto, no representa garantía alguna de crédito bajo

ninguna circunstancia lógica. A pesar de lo anterior, es irónico el notar como se refleja claramente, para este mismo periodo, como siguen creciendo en forma considerable las utilidades netas globales para dichas empresas; lo que es posible dado el inmenso poder de injerencia en dichos índices de las instituciones Nueva EPS y CAPRECOM que son de naturaleza estatal y el mismo Estado subsidia sus pérdidas, por actividades de inserción reciente de la primera y por ineficiencia administrativa y altos índices de corrupción que se presentan al interior de la segunda. Lo que refleja claramente que la salud si es un negocio pero para las empresas privadas, salvo Saludcoop, la que representa un caso aparte por sus malos manejos que han obligado a intervenciones oficiales y amenazas de cierre definitivo.

Para los últimos días previos a las actividades electorales de segunda vuelta a la presidencia de la república (Junio de 2014), la ley estatutaria que establece la salud como derecho fundamental, fue avalada por la Corte Constitucional lo que ha suscitado críticas y actitudes de sospecha de ser simplemente parte de las desesperadas actividades manipuladoras preelectorales del presidente Juan Manuel Santos para lograr su reelección. Según artículo titulado “Santos celebró aval a la ley estatutaria de salud” del periódico El Tiempo en su edición del Lunes 9 de Junio de los corrientes, transcribe lo expresado por el presidente en el sentido que:

...con esta reglamentación la salud deja de ser un negocio y se convierte en un derecho para todos los colombianos’... bajo el marco de esta ley, la salud ‘se consagra como una política de Estado que incluye el control a los precios de los medicamentos, los cuales se reducirán en un 50 por ciento...Sin exagerar, esto parte la historia de la salud en dos. (...) Se le dice adios en forma

definitiva al llamado paseo de la muerte´...” (El tiempo, lunes 9 de junio de 2014).

La mencionada anteriormente ley estatutaria, se basó en el proyecto de ley que cursó en el Senado de la República en el 2013, por medio del cual se redefinía el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictaban otras disposiciones; los apartes más importantes de dicho proyecto de ley, se registran en anexo #19 cuyo objetivo del Sistema es “*lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención integral, continua y de calidad*” y sus aspectos más importantes son las características que tendrá el Sistema y los mecanismos de control que se implementarán para dicho sistema, así como sus principios y formas de manejo económico y financiero; lo mismo que de su nueva unidad de gestión, de carácter financiero de naturaleza especial y objeto.

Es de anotar que ante la anterior aseveración del ministro, surge una nueva inquietud objetante: ¿Cómo es posible que en medio de los grandes, importantes e irregulares roles que han desempeñado las EPS en el sistema de salud, estas sean tema importante más no relevante?

4.2. Cambios normativos y transformación de la salud como derecho en Colombia.

En Colombia antes del año 1993 cohabitaban diversos sistemas de acceso a los servicios de salud. El de primera instancia era el régimen obligatorio para los obreros dispuesto por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y costado con aportes del Estado; se definió la Seguridad Social bajo normatización del decreto 758 de 1990, regulado por este mismo decreto 758, definiéndose igualmente el Sistema de Régimen de Salud para empresarios y empleados; a éste sólo tenían acceso quienes refirieran con un contrato de trabajo. Había también una oferta privada de prestaciones médicas y farmacológicas de disímil calidad, al que se consentía de acuerdo a la capacidad alcanzable de los usuarios, ofrecido por variados dependientes, desde empresas formales hasta galenos particulares (Política Farmacéutica Nacional 2012 - Ministerio de Salud) . Posteriormente un servicio público, a cargo del Estado, constituido por el tejido hospitalario nacional y todas las formas de prevención o atención anexas al Ministerio de Salud y a los sujetos territoriales (Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 –Ministerio de SALUD) En el medio estaban los “régimenes especiales” (En la legislación laboral Colombiana existen algunos trabajadores que tienen un régimen especial en materia de derechos laborales) usurpados por trabajadores de muchas empresas y entidades estatales quienes, gracias a su lucha sindical, exigieron a los empresarios y al Estado empleador hacerse cargo de las precauciones en salud para ellos y, en muchos casos, para sus familias, con una calidad superior a la atención que recibía la mayor parte de la población.

El conjunto del sistema era inequitativo e inútil. La mayoría accedía a una calidad frágil de atención o a ninguna. La prevención en salud era casi extraña. Además, la pobreza y la ignorancia ablandaban la acción de los curanderos y el

abuso de algunos médicos. A ellos se sumaban el farmacéutico, la comadrona, el sobandero, la inyectóloga, el odontólogo y muchos otros ofreciendo curaciones milagrosas. Para no mencionar el servicio social que brindan los chamanes en las comunidades indígenas con la medicina tradicional y ancestral que a la fecha actual ha tomado una gran fuerza y ha sido para muchos la salida efectiva a la curación de muchos males que la salud tradicional de nuestro sistema Colombiano no cubre o ha sido negligente y soberbio en responder.

Prosiguiendo con el repaso evolutivo en cuanto a los intentos de adecuar el sector de la salud en el campo normativo para la población colombiana, nos encontramos, preocupantemente, que dado el alto grado de sensibilidad social que involucra el sector de la salud, es aprovechado por los candidatos políticos para realizar promesas falsas que en la práctica se corroboran fácilmente con el incumplimiento irrespetuoso a todos sus compromisos una vez quedan electos, esto se hace tangible por la forma como se conjugan posturas políticas diversas que, mas que buscar beneficios tangibles en pro de la sociedad, se dirigen a generar posturas e imágenes simuladas convenientes para conquistar falsamente la mayor cantidad de votantes dispuestos a seguir manteniendo los puestos políticos conquistados y sus grandes ventajas conexas; es así como tales personajes miembros de los poderes tanto legislativo, como ejecutivo y el mismo judicial, suelen disimular sus aparentes sanas iniciativas por medio de la enunciación y emanación de leyes, normas y medidas que a primer golpe de vista se antojan de estar cargadas de gran desinterés y nobles propósitos a favor de los desposeídos y de todas las comunidades en general, pero si nos ocupamos de realizar su interpretación a fondo y develar sus verdaderos propósitos, se podrá desentrañar la realidad delegando según criterio de juicio de acuerdo a la percepción particular de cada cual, dadas las siguientes premisas: se encuentran estos direccionamientos irregulares, lo que se puede evidenciar de manera oficial con los numerosos casos de impedimento para

participar en debates de control político del congreso en el campo de la salud, debido a nexos directos declarados por los mismos parlamentarios con actores implicados en dichos debates después de haberse enfocado a beneficiar a los grandes capitales que patrocinan logística y económicamente sus respectivas campañas electorales en deterioro de los pequeños ingresos del común de la población; para incrementar, así, el poder de sus influencias tanto a nivel político como social y económico, todo lo cual, se cuela en forma secreta como los grandes males y látigos enquistados al interior de sus “humanitarias” y “desinteresadas” causas, intenciones y acciones. Al anterior fenómeno, se adiciona un agravante singular, consistente en que todos los anteriores actores de la política nacional trabajan en forma aislada, cada uno recogiendo para su propio lado e intentando refrenar y desvirtuar lo pretendido por sus demás colegas quienes, a su vez, hacen lo mismo; ello ha generado en el legislativo un sistemático amague y aplazamiento de las mínimas decisiones que puedan trascender para dar el tratamiento debido hacia un desenlace con altura a este tema inaplazable que no admite más espera.

A manera de referente fundamental en el presente recuento normativo amalgamado con hechos y acaecidos en la última década, es de mucha pertinencia la información de primera mano, de la cual, en forma sistemática y continuada se ha venido ocupando mensualmente el periódico El Pulso hasta el presente; por tal motivo, se procederá a citar e ilustrar, a continuación, apartes contemplados en artículos claves que se enfocan claramente hacia una exposición muy especializada y objetiva de los diferentes contextos más representativos para lograr una idea más integral de la problemática suscitada en el presente tema abordado.

A propósito de la discontinuidad en los diversos procesos de reforma a la salud ya aludidos, debido a los conflictos de intereses personales, de poder institucional y económico-empresarial surgidos entre los diferentes actores del aparato estatal, es muy ilustrativo el artículo de El Pulso que titula “Ley 1438: Otro gran remiendo a la Ley 100”, el cual precisa lo siguiente: *“Así se presente como una Ley que ´reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud la Ley 1438/11´ no pasa de ser otro intento de normar sobre lo mil veces normado sin resultados satisfactorios, en el propósito de garantizar el servicio de salud a todos los colombianos en términos de igualdad, equidad, integralidad y calidad”* (Ley 1438: Otro gran remiendo a la Ley 100 PULSO, Mayo de 2011)

Dicho artículo se sustenta en las siguientes observaciones para lo anteriormente sentenciado: *“En sentido estricto, no es una reforma, porque no cambia el Sistema de Salud, ni la estructura, ni los actores y sus funciones establecidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100/93, que si fue una verdadera reforma de salud frente al modelo existente de esa época”*.

Con respecto a la naturaleza y esencia de la Ley 1438, el mismo artículo, se refiere en los siguientes términos:

En 145 artículos, 9 títulos y 15 capítulos, la Ley 1438 procura introducir correctivos al sistema de salud, en aras de solucionar las graves las problemáticas generadas a su interior en los últimos años. Principalmente, reorienta el sistema con la estrategia de Atención Primaria en Salud y fortalecer la función de inspección, vigilancia y control en cabeza de Supersalud, pero no interviene

asuntos neurálgicos y en cambio queda pendiente de integrarse con la Ley estatutaria que cursa en el Congreso, que “regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado” (PULSO, 2011).

Una prueba contundente para describir el estado del sistema de salud en la actualidad, la estableció el propio asesor del viceministro de salud: Carlos Mario Ramírez, al lanzar la frase “*Buenos propósitos, resultados discutibles*” (El Pulso, Mayo de 2011). En artículo titulado “*Ley 1438: apenas código de buenas intenciones para resolver la crisis*” agrega que “*El problema no es de artículos de ley, ni de resoluciones ni de decretos...aún dentro del Ministerio de la Protección Social hay diversidad de criterios*”: en este sentido, precisa el mismo artículo, que “*...debe entenderse que en el sistema, el Estado es el rector, pero el alcalde es el protagonista, y las EPS no son las articuladoras de las redes integrales sino el Estado*”, concluyendo que “*...todo el nuevo ordenamiento debe conducir a ‘un nuevo contrato social’*”.

En este mismo artículo, Álvaro Franco, profesor e investigador de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, señala que “*La 1438 es una candorosa Ley de salud pública, es disuasiva, deja pendiente lo esencial, y le hace ‘conejo’ a la sentencia T-760/08 de la Corte Constitucional*”; agregando que “*después de la fallida emergencia social, se esperaba no una Ley ordinaria centrada en la atención primaria en salud, sino un rediseño estructural del sistema que reconociera las violaciones del derecho a la salud para lograr equidad global*”.

Uno de los factores desencadenantes de inequidad, es debido a los focos de corruptela descritos con anterioridad, de los que da cuenta el mismo rotativo El Pulso de los meses de Abril y Junio de 2011 en artículo titulado “*Siguen las polémicas por sobrecostos en medicamentos*”, La Viceministra Beatriz Londoño, reportó aumento del 166% (más de \$1 billón); el senador Jorge Robledo dijo que 3 EPS del grupo Saludcoop sobrefacturaron \$825760 millones; y la Federación Médica dice que “*sobrecostos de medicamentos No-POS entre 2007-2009, serían \$2.3 billones*” (El Pulso Abril de 2011). En tanto, en artículo de Junio titulado “*Cáncer de la corrupción en el sector de la salud: ¿en fase terminal?*” (El Pulso Abril de 2011), anota lo siguiente:

El estallido de la crisis del sistema de salud en Colombia generó un torrente de cuestionamientos entre diversos sectores, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y expertos de muchas instituciones, que coinciden en los planteamientos centrales del problema. Todos están sintonizados alrededor de la caracterización del problema, enunciada por el propio presidente de la república, Juan Manuel Santos: la “cartelización” de la salud, con las EPS como cabezas de este modus operandi, desvirtuó su función al desviar recursos de su objeto misional. Con diferencias de matices, las opiniones expresadas apuntan de manera unánime hacia la Ley 100/93 como norma básica que consagró el actual sistema, y con él la serie de instituciones que propician el cúmulo de irregularidades, materia de las investigaciones actuales (PULSO, 2011).

En este mismo artículo, se plantean alternativas de resolución viables como: *“La necesidad de un cambio estructural del sistema de salud y seguridad social, a partir de un replanteamiento sustancial del modelo que lo rige”*.

La corrupción no es exclusiva del sector y se presenta gracias a las fisuras que tiene el propio sistema de salud. Entre las causas más visibles de la corrupción están la falta de control a los desmanes de agentes operadores, la debilidad del Estado para aprovechar la información como insumo y su incapacidad para avalar la vigilancia del sector.

Son puntos de convergencia principales, el cuestionamiento a la intermediación como perversidad fundamental del sistema de salud, la falta de rectoría clara y contundente del Ministerio de la Protección Social para garantizar la satisfacción del derecho a la salud, y complementariamente, la ausencia de inspección, vigilancia y control reales -un cargo dirigido a la Supersalud-, un desorden en el flujo de recursos y en los mecanismos que regulan el Fosyga como pagador de los recobros, falta crónica de un sistema de información ágil y objetivo, una desregulación total de los precios de los medicamentos, y el carácter recurrente de las anomalías desde que opera el modelo de la Ley 100/93.

Las críticas convergen también en señalar la responsabilidad de la crisis en todo el andamiaje administrativo y político, y no en unos pocos mandos medios como los que ahora están incriminados (PULSO, 2011).

Se puede corroborar con el siguiente texto del periódico El Pulso del mes de Julio del 2011 bajo el título “Enésima estrategia para ajustar el sistema de salud”:

Para enfrentar los problemas crónicos y estructurales del Sistema de Seguridad Social en Salud creado por la ley 100/93, los sucesivos gobiernos desde entonces han venido estableciendo a través del tiempo el diseño y la ejecución de diversas estrategias... la ley 100/93 que desembocó en la expedición 1122/07...y el otro intento de reforma que condujo a ley 1438/11...Ante la grave crisis destapada en el sector salud...se reavivó el debate para introducir nuevos cambios de urgencia al sistema de salud tantas veces intervenido. Y si bien no faltan propuestas desde la academia, sociedades científicas, gremios, asociaciones de pacientes, aseguradores y prestadores, la Presidencia de la República y el Ministerio de Protección Social anunciaron un nuevo plan estratégico para intentar por enésima vez un ajuste más al sistema (PULSO, 2011).

El anterior testimonio, se complementa con un artículo del mismo ejemplar en la página 5; el cual, bajo el titular “*¿Salud? La de los intermediarios*”, corrobora con una “foto” muy objetiva y en forma certera lo anotado en renglones anteriores: “*Es preocupante que el gobierno insista en mantener el sistema de salud actual y crea que solo con cambios cosméticos es posible solucionar problemas estructurales*” aseveró Francisco Yepes Luján, investigador de Assalud. Precisó:

Ni la Ley 1438 ni las propuestas del ministro de la salud...apuntan a solucionar los problemas centrales del sistema en sus 17 años. Sigue un gran ausente en el discurso del gobierno: El ciudadano colombiano y su salud, los cuales deben estar por encima del discurso y la práctica sobre el equilibrio fiscal, la liquidez de las EPS y coberturas del aseguramiento, hoy más centrados en como limitar el acceso que en cómo garantizar el derecho.

Y señaló:

El sistema muestra resultados en salud desastrosos – ampliamente documentados, nunca refutados pero sistemáticamente ignorados-, y se le imputan logros inmerecidos, lo cual cuestiona la ética pública. Aún en la lógica del mercado, tiene 3 fallas centrales no reconocidas: El POS nunca se ha costeado en 17 años y el monto de la UPC es insuficiente para cubrirlo; hay desequilibrio entre incentivos financieros e incentivos por resultados en salud. Y el Estado dejó de representar el ‘bien público’ y fue capturado por los intereses privados. Puntualizó: ...que el gobierno y EPS juegan a garantizar *“el margen de ganancia de los intermediarios, a costa del racionamiento de servicios a los usuarios”*, juego que se viene abajo con las tutelas y con el derecho a la salud por la Corte Constitucional. Y que al objetivo de salud, la Ley 100/93 lo reemplazó *“por la salud financiera de los intermediarios”*. *“Lo no facturable”* es un siniestro al cual se ponen *“todos los mecanismos para evitar que suceda”*, en detrimento de la prevención y la promoción. Añadió que no

existe el papel regulador del Estado: *“La Ley 1438 busca cómo evadir los mandatos de la Corte Constitucional, no se reconoce el fracaso de la intermediación comercial de las EPS y se busca reducir su número para consolidar el monopolio”*, no hay sanciones reales a los intermediarios que violan la normatividad, se liberan los precios de los medicamentos y se permiten abusos contra el patrimonio público.

Concluyó Francisco Yepes: *“Cualquier solución que se dé, tiene que partir de ver la salud como derecho fundamental y a la prestación de servicios sólo como uno de sus determinantes”*. Frente a éstos, pidió acciones concretas de Estado. Reclamó al gobierno cumplir con su deber de representar el interés público y no el privado, como lo exigió la Corte Constitucional en la Sentencia T-760, y *“eliminar la intermediación de entidades que han defraudado los intereses de la población, creado barreras al acceso a los servicios e incurrido en acciones dolosas”*. Sugirió un fondo único de manejo público, y una fórmula para la administración de recursos que garantice control social, y blinde contra el clientelismo y la corrupción. *“¿Podríamos acaso crear una fórmula similar a la que ideamos para el manejo del subsidio familiar?”*, cuestionó finalmente el experto.

Esta especie de diagnóstico de gran objetividad y contundencia, es complementada por el artículo *“Reivindicar principios del Estado de Derecho”* del mismo ejemplar (Pg.6), en el cual se da cuenta de una carta dirigida por los profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia al ministro Mauricio Santa María (junio 10/11), en cuyos apartes

manifiestan su desconcierto frente a la posición del Ministerio bajo los siguientes términos:

...ante la voluntad del gobierno de acabar con las EPS pequeñas y mantener unas pocas EPS grandes, y solicitaron aclarar los alcances y justificaciones técnicas y jurídicas de estos argumentos, pues se está conociendo que las grandes aseguradoras son las responsables del descalabro del sistema de salud no solo por la corrupción sino también porque a lo largo de más de 15 años han mostrado ineficiencia en el manejo de recursos públicos, ineptitud en la protección de la salud y una política de vulneración sistemática de los derechos constitucionales y legales en salud.

Agregan que:

No se trata de reorganizar el negocio de las grandes aseguradoras. Se trata de cumplir con la Constitución y garantizar el derecho a la salud... proteger la salud de la población antes que el negocio de las aseguradoras. De lo que debería tratarse es de asumir por fin una actitud firme y decidida en defensa y desarrollo del derecho a la salud que ha sido sistemáticamente vulnerado en los últimos años por el sistema, en medio de la actitud permisiva del Gobierno y a pesar de las múltiples denuncias de la Defensoría del pueblo, de la Contraloría General

de la Nación, de la Corte Constitucional, de la academia, de los gremios y de múltiples actores sociales.

Además indican que:

...este problema no se resuelve manteniendo las grandes EPS que han sido responsables de un alto porcentaje de las vulneraciones al derecho a la salud, por lo que debería tratarse realmente es de "proteger la inversión pública que los contribuyentes hemos hecho en los últimos años para construir y mantener los hospitales estatales, cuyas finanzas y capacidad de respuesta son cada vez más débiles frente a la acción de los administradores de los recursos que, en un marco jurídico absurdo y perverso, las convierte en simples ejecutoras de los 'negocios no rentables'. El país no ha cuantificado, y debería hacerlo, el costo económico y social que implica la quiebra y desmedro de estos servicios públicos a cargo del Estado". Explican que el detrimento de la inversión pública en los hospitales estatales y los perjuicios de su cierre progresivo para la población, no se resuelven manteniendo las grandes EPS que ejercieron en los últimos años un control hegemónico sobre el mercado de los servicios e impusieron a los servicios públicos un carácter de rentabilidad financiera que pervierte su finalidad social.

Así mismo, los docentes de salud pública reafirman que:

...debería tratarse es de poner fin a las muertes que pudieron evitarse y al sufrimiento de los enfermos que han debido soportar el aplazamiento y la negación de sus tratamientos. El país se ha escandalizado por la pérdida de recursos económicos en el sector, pero no ha tenido en cuenta las pérdidas en vidas humanas y en carga de la enfermedad que aumentaron después de la Ley 100, a pesar de que varios estudios han llamado la atención sobre su gravedad.

Ante el cuadro caótico anteriormente descrito, ellos proponen una serie de sugerencias y medidas tales como:

...debería tratarse de corregir la fragmentación de las redes, la desarticulación de las atenciones y la dispersión de los recursos que ha caracterizado la política sanitaria de Colombia desde la reforma. Esto, porque es muy difícil mantener la coherencia de las políticas y servicios de salud con fundamento en criterios de mercado como la competencia entre proveedores y aseguradores, la contención de costos y la maximización de utilidades: "Estos problemas... no se resuelven manteniendo las grandes EPS; por el contrario son ellas quienes han promovido y defendido estas prácticas"... "se requiere es fortalecer la autoridad sanitaria de los departamentos y municipios que en los últimos años se ha desgastado en administrar contratos para el régimen subsidiado

más que en dirigir las políticas sanitarias del territorio”. Desde la reforma de 1993, los entes territoriales se han mostrado cada vez menos competentes para cumplir con los fines del Estado frente a la protección de la salud y los derechos de la población. La pérdida del conocimiento y la experiencia en gestión de la salud pública (pérdida del know how), que ha sido descrita en Colombia por varios investigadores, no ha encontrado eco en los directivos del sector. El debilitamiento técnico, administrativo y político de los entes territoriales no solo refleja una profunda contradicción con los mandatos constitucionales que establecen el desarrollo de la descentralización, sino que constituye también un riesgo adicional para la salud pública. Estos problemas, Señor Ministro, no se resuelven manteniendo las grandes EPS que en Colombia han operado como agentes supra-estatales.

Finalmente, los docentes concluyen diciendo que:

...debería tratarse asumiendo juiciosamente las evidencias académicas y jurídicas de los últimos años, de poner fin a una política sanitaria ilógica y funesta que persiste en imponer a la protección de la salud una racionalidad económica basada en supuestos de mercado, cuya validez en el campo de la salud no sólo no ha sido probada sino repetidamente controvertida. La validez del modelo sanitario colombiano se ha sostenido en los supuestos de que el sector privado es un administrador más eficiente y menos corrupto que el Estado, que la privatización de la salud es de mejor calidad, menos costosa y más ágil que la

gestión estatal, que los recursos siempre serán insuficientes, que el sector privado atenderá con solidaridad y justicia las demandas de la población y que para asegurar el derecho a la salud la función del Estado debe limitarse a regular el mercado de los servicios. Ninguno de estos supuestos ha sido demostrado. Por el contrario, las evidencias en contra son cada vez más contundentes... cuestionan el mantener la intermediación privada en salud cuando las investigaciones académicas, los dictámenes judiciales y las manifestaciones sociales de rechazo han mostrado la injusticia, la ineficiencia y la inconveniencia del modelo de aseguramiento privado en salud asumido en Colombia: "La intermediación privada ha dado muestras de su incompetencia para asegurar el derecho a la salud. Esta experiencia ya ha sido para el país suficientemente costosa y dolorosa. ¿No sería el momento... de que los servidores públicos vinculados al Gobierno, cumplan con el mandato constitucional de privilegiar el bien común asumiendo directamente y con honestidad las funciones del Estado? ¿No sería el momento de hacer una amplia convocatoria nacional realmente participativa, y no manipulada por los grupos económicos, donde se busque y se construya una salida a la crisis de la salud con base en los principios del Estado de Derecho"?

Una de las más graves consecuencias acarreadas por todas las irregularidades expuestas hasta el momento, se refleja en la crisis en la cual se sumió el sistema hospitalario nacional; la cual registró el periódico El Pulso del mes de Septiembre de 2011, con el título de "Hospitales colombianos: asfixiados por la iliquidez", en tal sentido, se refiere dicho artículo en los siguientes términos: "*Los hospitales colombianos atraviesan por la peor crisis de toda su*

historia, por una altísima iliquidez, causada por la falta de pago de las EPS, y el consecuente aumento y envejecimiento de la cartera, un problema estructural y recurrente en el sistema de salud”.

Esta situación descrita en el anterior texto, como es obvio, se manifiesta en forma negativa en el último eslabón de la cadena, que es el más débil y por ende por allí ésta se debe romper; es así como prosigue dicho artículo, anotando como:

...los usuarios se están quedando sin atención en todo el país , porque ya cerraron servicios en algunos hospitales, porque hay de acceso a servicios para usuarios de EPS morosas, porque falta personal que ha sido despedido o renunció por la falta de pago de sus salarios, porque hay restricción en la oferta de especialistas para hospitales que no les pagan, porque faltan insumos para la atención ante la falta de pago a proveedores. Todo esto, lleva a un colapso lento pero seguro de la red de prestación de servicios (PULSO, 2011).

A raíz del anterior problema, se pronunció el director de Salud de Antioquia Carlos Mario Rivera, en artículo “*Deben sancionar EPS que no pagan: Antioquia*” del mismo ejemplar con la siguiente opinión:

...La deuda de las EPS con los hospitales públicos de Antioquia a Junio de 2011, era de \$276.000 millones y las acreencias de los municipios con las EPS, no llegaban a \$60.000 millones, ¡el

problema no son los hospitales, el problema son las EPS! aquí si hay un responsable de la crisis: las aseguradoras que aprendieron una lección, de no pagarle a los prestadores. Que las EPS digan por qué no están pagando.

Agregando que:

...son muchas las EPS que reciben Unidades de Pago por Capitación y no le pagan a los prestadores. En el régimen subsidiado hay giro directo del sistema a la EPS y las EPS no se pueden esconder detrás de las acreencias del Fosyga, para utilizar la UPC en cosas distintas a cumplir con los compromisos pactados con los prestadores. En estas circunstancias, el citado funcionario, concluye que “Uno puede decir que todos los hospitales están ilíquidos, mas no quebrados, y esa iliquidez tiene nombre propio: el envejecimiento de las carteras de las EPS que no les pagan. Entonces cuando los hospitales reciban lo que se les debe, se acaba el problema.

El anterior tema se enlaza muy procedentemente con artículo titulado *“Rol de las EPS: a reinventarse o a desaparecer”* editado en el ejemplar de El Pulso del mes de Octubre, en el cual explica como *“diferentes concepciones ponen en el foco de la crisis del Sistema de Salud a las EPS por su protagonismo negativo, como causantes principales, aunque no únicas, del grave daño financiero en este entorno”*. Apuntando a soluciones para tales efectos, dicho artículo continúa exponiendo propuestas de resolución como la propuesta por la

hermana Olga Lucía Zuluaga, directora de la Clínica del Rosario, en el sentido que *“el gobierno debe intervenir las aseguradoras y cumplir la normatividad para controlarlas, porque las IPS siempre están en desventaja frente a la laxitud del gobierno con las EPS: ´nosotras estamos en una balanza donde todo el tiempo estamos en desventaja, ya que siempre nos aplican todas las regulaciones”*.

Con respecto a la Ley 1438 de 2011, es preciso una ilustración más específica, en este sentido, se relaciona un artículo del periódico de la salud El Pulso titulado *“Aspectos esenciales de la 1438”*, en este informe, se relata como dicha Ley *“... principalmente, reorienta el sistema con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APA) y fortalece la función de inspección, vigilancia y control... garantiza la portabilidad nacional...; actualización del POS...; organización de Redes Integradas de Servicios de Salud; Instituto de Evaluación de Tecnologías de la Salud; y Política Farmacéutica Nacional”*. Igualmente, dicha Ley establece:

...disposiciones para formación del talento humano en salud; deberes y obligaciones de usuarios, como contribuir según capacidad económica al cubrimiento de prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y personas a su cuidado; Comités Técnico-científicos, integrados por médicos independientes, para estudiar solicitudes de servicios y medicamentos No-POS; faculta al gobierno para fijar tope máximo de gastos de EPS y número mínimo de afiliados...

Retomando el tema de las EPS, el periódico El Puso en su tiraje del mes de Enero del 2012, en texto titulado *“Un sistema de salud con muchas venas*

rotas”; refiere declaración de la contralora de ese entonces, Sandra Morelli, en el sentido que “*La fuga de los recursos de la salud no se traduce en los servicios*”, cuestionando como:

...la desviación de los recursos de salud por parte de todos los actores del sistema, incluyendo al Fosyga por incumplimiento de funciones contractuales de la fiducia, irregularidades en el manejo de recursos en 76 municipios del país donde se “embolataron” alrededor de \$976.000 millones de \$1,5 billones que habían sido girados, inconsistencias en el tránsito de recursos por las EPS o aseguradoras, giro de recursos a IPS o prestadores inexistentes, manejos irregulares de los recursos públicos de la salud en clínicas y hospitales, e irregularidades en la contratación por parte de EPS e IPS.

A todas estas, es muy pertinente un artículo del mismo periódico El Pulso (Marzo de 2012) con el título “*Evolución seguridad social en salud en Colombia: avances, limitaciones y retos*”, en el cual un órgano de difusión académica e investigativa del Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia, dedicado a seguir contribuyendo al debate sobre el futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a partir de sus avances, limitaciones y retos, expone un resumen del análisis de 4 temáticas clave sobre las cuales el área de Economía de la Salud ha realizado juiciosos aportes: función de regulación, cobertura del seguro de salud y acceso a los servicios de salud, financiamiento y organización industrial. Para tales efectos, parte del siguiente gráfico diagnóstico:

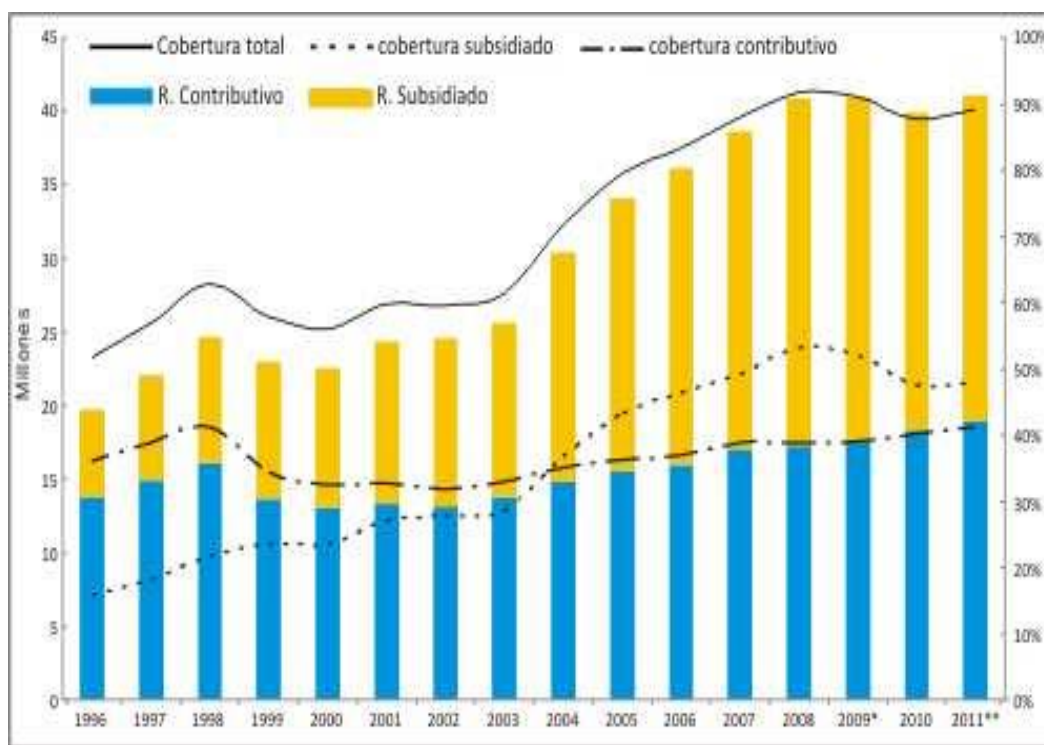


Ilustración 1. Colombia: cobertura de la seguridad social en salud, 1996-2011

A partir de la anterior información, dicho grupo expone las siguientes apreciaciones:

El país cada vez está más cerca de lograr la universalización del aseguramiento. Sin embargo, la cobertura en el régimen contributivo parece estar estancada alrededor del 40%, y gran parte del acercamiento a la universalización parece lograrse gracias a los esfuerzos en el régimen subsidiado, que aumentó considerablemente el número de afiliados en los últimos años. El reto fundamental en aseguramiento es lograr aumentar la afiliación al régimen contributivo, concretamente aumentando el número de cotizantes (PULSO, 2011).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, y según cifras de la Encuesta de Calidad de Vida, se puede concluir que quienes tienen más problemas para acceder a servicios de salud en caso de enfermedad son los no afiliados, seguidos de personas pertenecientes al régimen subsidiado y finalmente quienes están en el contributivo; la falta de ingresos y la necesidad percibida, constituyen las barreras más importantes a la hora de acceder a los servicios. La unificación y actualización de los planes de beneficios, se constituyen a la vez en un avance y en un reto, en la medida en que estas nuevas adiciones a los planes requieren de una mayor disposición de recursos para garantizar su financiamiento.

Tanto en cobertura del seguro como en acceso, la Ley 1438 de 2011 no introduce cambios sustanciales que modifiquen el panorama significativamente, pues muchos asuntos son reiteraciones de metas propuestas incluso desde la Ley 100 de 1993, y otras son disposiciones menores que pueden ayudar a mejorar. Tal vez la disposición más importante es la introducción de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que parece una gran oportunidad para girar

hacia un sistema integral; más surgen cuestionamientos sobre su implementación dentro de un modelo de aseguramiento como el colombiano.

A lo anterior, se agrega la siguiente tabla estadística:

Número de EPS	Régimen	Período					
		1998*	2000*	2002*	2004*	2006**	2011***
	Contributivo	27	26	27	24	21	23
	Subsidiado	237	239	42	45	N.D.	49

Fuente: * Restrepo, Arango y Casas (2002) ** Restrepo y Lopera (2006) *** Ministerio de la Protección Social (2011b). Cálculos del GES.

Ilustración 2. Colombia: oferta nacional de EPS.

A partir de la cual, el citado grupo, infiere:

Respecto del número de oferentes en el régimen contributivo, la evolución nacional se comportó con relativa estabilidad desde el inicio de la reforma hasta 2002, año en el cual inicia la disminución del número de oferentes: actualmente 23 EPS operan en el régimen contributivo, cifra que representa el 81% de la oferta de 1998 (ver Tabla 1). En cuanto al régimen subsidiado, la tendencia creciente en el número de EPS percibida en los años 1998 y 2000 cambia drásticamente, presentándose una oferta muy inferior a partir de 2002; en 2011, el número de oferentes constituye sólo 20% de los que existían en 1998.

Se hace la deducción del cuadro con la siguiente explicación:

Para analizar la concentración del mercado y el grado de competencia de este mercado del aseguramiento, se emplean el coeficiente de concentración C4, como un indicador de la participación relativa acumulada de las 4 empresas de mayor volumen (Durán, Laverde y Madrigal, 2003) y el Índice Herfindahl Hirschman (IHH), que revela el grado de concentración total del mercado. Este último puede alcanzar valores máximos y mínimos respectivos de 10.000 para mercados totalmente

monopólicos y de 0 para competitivos.

Respecto de los resultados del cálculo del IHH nacional, entre 1998-2006 y 2011 el régimen contributivo tuvo una tendencia decreciente en sus niveles de concentración de mercado, frente a una ligeramente creciente en el régimen subsidiado.

Para complementar las anteriores observaciones, refieren la siguiente información:

En 1998 en el régimen contributivo, el mercado presentó un nivel altamente concentrado y pasó a uno moderado en 2000, mientras que en 2002 y en períodos posteriores, el mercado permaneció en el rango de los mercados competitivos o no concentrados. Los resultados en el régimen subsidiado durante los años 2000 y 2004 reflejan un mercado competitivo, aunque con tendencia creciente. En 2011 se observa que ambos regímenes se encuentran en estructuras de mercado no concentradas. En este sentido, la Ley 1438 pretende garantizar las condiciones necesarias para una correcta gestión del riesgo, reglamentando el número mínimo de afiliados como uno de los requisitos de funcionamiento de las EPS. Ante la imposibilidad de que el usuario final pueda evaluar de manera adecuada la atención recibida, el Ministerio de la Protección Social tiene como meta el desarrollo de un sistema de evaluación y

calificación de las EPS. Finalmente, en el artículo 17 de dicha Ley, se le asigna la función al gobierno nacional de realizar análisis periódicos acerca de las condiciones de competencia entre aseguradores y prestadores, aunque no se detallan los componentes de dichos análisis.

Para una última instancia, dicho estudio aborda el tema de viabilidad financiera del sistema, la cual informa lo siguiente:

...sigue siendo un problema de consideración, pues a pesar de que el saldo de la subcuenta de compensación del régimen contributivo resulta positivo para casi todo el período de estudio, el saldo registrado luego de restar el pago de tutelas y otros eventos, se empieza a ubicar en niveles. Este problema se debe principalmente a lo que sucede con el tema de recobros en general, al poco crecimiento de cotizantes al régimen contributivo y la falta de propuestas de fondo, tanto en la Ley 1122 (2007) como en la 1438 (2011) para solucionarlo. En el caso del régimen subsidiado, los recursos han crecido tanto en términos corrientes como reales

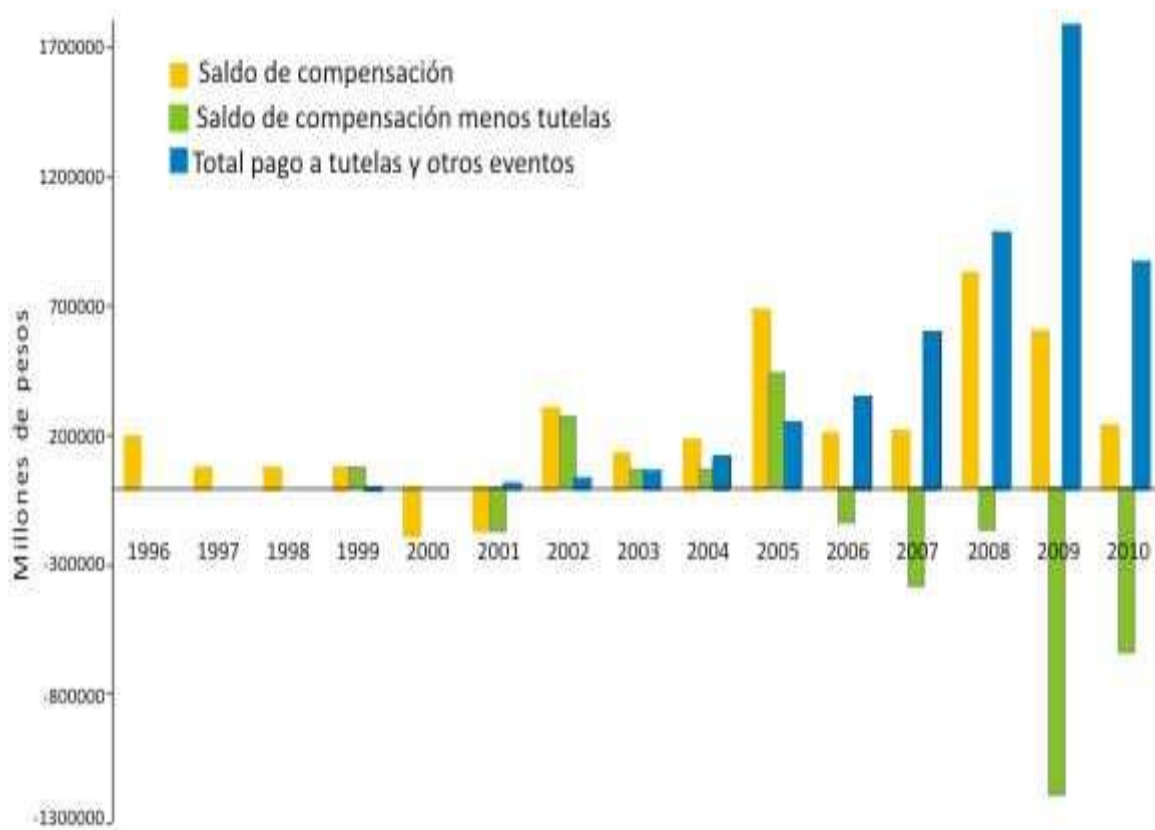


Ilustración 3. Colombia: saldo de compensación y pago de otros eventos y tutelas en régimen contributivo, 1996-2010

4.3. La salud en Colombia como servicio: sondeo de percepción en población usuaria y observadores afines

A manera de parámetro indicador sobre el grado de percepción de la opinión pública acerca del tema, se citarán algunas sentencias relativas a conflictos surgidos en el campo de la salud en los últimos tiempos de nuestro país:

Sentencia T-469/13. Pensión de invalidez víctimas de la violencia. Acción de tutela contra el Ministerio de Trabajo y el Instituto de Seguros Sociales. Accionante víctima de mina antipersonal del grupo armado ilegal FARC con dictamen de pérdida de capacidad laboral, solicita la pensión de invalidez por artículo 46 de la Ley 418 de 1997. Esta fue denegada pues el marco legal que la garantizaba no se encontraba vigente al momento de interponer la de acción de tutela. Posteriormente, ante apelación, se le concede “...*el amparo de los derechos fundamentales al mínimo vital, el debido proceso, la seguridad social y a la vida en condiciones dignas y se ordena el reconocimiento y pago de la pensión solicitada*” (CORTE, CONSTITUCIONAL, 2013).

T-206/13. Derecho fundamental a la salud de niños y niñas, transporte y alojamiento en el sistema de salud y principio de integralidad. Acción de tutela contra COMFAMILIAR E.P.S-S. Se trata de la vulneración de derechos fundamentales por parte de Entidades Promotoras de Salud, por negarse a asumir gastos de transporte y hospedaje requeridos para el paciente y su acompañante, en los casos que las enfermedades padecidas exigen atención y tratamientos delicados y urgentes no susceptibles de realizarse en su lugar de residencia. La Sala teniendo como premisa los principios de flexibilización del juicio de procedibilidad de la acción de tutela en materia del derecho a la salud; la fundamentabilidad del derecho a la salud y los principios que la inspiran; el derecho a la salud de los niños y niñas; la cobertura de transporte y alojamiento en virtud del principio de integralidad en salud el financiamiento de los gastos de traslados y hospedaje para el paciente y su acompañante y la carencia actual de objeto por hecho superado, decide el otorgar la viabilidad debida a las pretensiones del demandante (CORTE, CONSTITUCIONAL, 2013).

A continuación se enuncian algunos derechos que son normalmente incumplidos e ignorados por las EPS: Sentencia T-039 de 2013. *“Protección constitucional del derecho fundamental a la salud-reiteración de jurisprudencia”*.

El principio de integralidad, comprende los elementos de *“...garantizar la continuidad en la prestación del servicio”* y el de *“...evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología”*. Ello implica que toda prestación del servicio se debe realizar *“...de manera oportuna, eficiente y con calidad; de lo contrario se vulneran los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud”* (CORTE

CONSTITUCIONAL, 2013).

Adicionalmente, existen circunstancias que *“ameritan el suministro de un medicamento o la práctica de un tratamiento o intervención no POS, en aquellos eventos en los que dicha situación amenaza o vulnera la integridad personal y la vida en condiciones dignas y justas del paciente”*. Ello cobija derechos como el suministro de pañales, que deben ser facilitados aunque *“...no allegue al expediente fórmula del médico tratante adscrito a la entidad que prescriba su suministro; sin exigir trámites administrativos para la autorización y entrega”*.

El *“derecho a la salud y a la vida digna de persona de la tercera edad”* ordena a las EPS practique valoración médica con especialista para tratar de manera integral la enfermedad de Alzheimer; lo mismo que *“...el reconocimiento y pago de los costos de pasajes, alojamiento, estadía y demás gastos junto con un acompañante por traslado a otra ciudad”*. Referencia: expedientes T-3615838, T-3620403, T-3626847, T-3627285, T-3629627. (CORTE, CONSTITUCIONAL, 2013)

Sentencia T-899/12, Referencia: expedientes T-3.564.616. La señora Alexandra Alomia Riascos beneficiaria de EMSSANAR EPSS, Nivel 1 del Sisben, de Buenaventura, Valle, presentó acción de tutela contra el Hospital Universitario del Valle, invocando la protección de sus derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad física y dignidad humana, ante diagnóstico de miomas uterino, sinequias uterinas, motivo por el cual su médica ginecóloga obstetra, adscrita a la EPSS, le ordenó un procedimiento quirúrgico

con laparotomía exploratoria más miomectomía e histeroscopia operatorias; ha solicitado en reiteradas ocasiones, en el Hospital Universitario del Valle, la operación ordenada, asistiendo a los controles, citas, valoraciones y exámenes previos al procedimiento, pero inexplicablemente, éste no se le practica; ante lo cual, la sala de la Corte ordena conceder el amparo solicitado para proteger sus derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad física y a la dignidad humana y se le autorice el procedimiento quirúrgico y los demás servicios de salud que el médico especialista tratante determine, y que sean necesarios para el tratamiento de la miomatosis uterina que padece (CORTE CONSTITUCIONAL, 2012).

Sentencia T-052/11 Referencia: expediente T-2786454. Acción de tutela interpuesta por Luis Aníbal Ramírez Castrillón contra la Nueva EPS a la que se encuentra afiliado como cotizante; sufrió trauma ocular derecho como consecuencia de una herida con arma de fuego en atraco, el diagnóstico emitido por el médico tratante fue el de trastornos de la órbita, por tanto ordenó: *“Prótesis ocular ojo derecho DX POP de Evisceración OD”*. La E.P.S. accionada le negó el suministro de dicha prótesis por considerar que tiene un carácter estético más no funcional; solicita, le sean amparados los derechos fundamentales y se ordene a la Nueva EPS asumir los costos de la prótesis ocular de su ojo, así como de la atención integral. Finalmente, la Corte concede la autorización, pues *“...la persona requiere el servicio con necesidad y en esta medida su no prestación genera la trasgresión del derecho a la salud”* (CORTE CONSTITUCIONAL, 2011).

Sentencia T-856/12. Referencia: expediente T-3.516.060. Acción de tutela interpuesta por Luis Carlos Correa Morales contra COMPARTA EPSS1

como beneficiario del SISBEN 1 por considerar le vulnera los derechos fundamentales a la dignidad humana, a la seguridad social y a la salud, ya que le fue diagnosticada la enfermedad de “*Queratocono*” avanzado en el ojo izquierdo e iniciando en el derecho, por lo que el médico especialista autorizó la práctica de la cirugía “*Cross Linking*” en ambos ojos, la entidad se negó a hacerlo argumentando ser un servicio excluido del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado -POSS-2. Ante lo cual, los magistrados ordenan la intervención quirúrgica y exponen que:

...el afiliado del régimen subsidiado que requiera la prestación de un servicio no cubierto por el POS y no cuenta con la capacidad de pago para asumirlo podrá: ‘acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes (CORTE CONSTITUCIONAL, 2012).

Sentencia T-760 de 2008. La señora Rosa Correa Morales instauró acción de tutela contra COMPARTA EPSS, afiliada como cotizante y reclamando el derecho a la salud y a la vida digna de madre cabeza de familia que “...*padece miopía alta y desprendimiento de retina en ambos ojos*”, siéndole sugerida la cirugía refractiva, pero la entidad se niega a autorizarla aduciendo que se trata de un procedimiento excluido del pos. Para el presente caso, se falla ordenando la intervención quirúrgica, ya que “...*se constituye en un procedimiento necesario y urgente para proteger de manera efectiva la vida*

digna e integridad personal de la accionante". (SENTENCIA T-760/ 2008)

A manera de testimonios complementarios con respecto al tipo de percepción de la opinión pública, se continúa citando algunos apartes de documentos informativos y periodísticos representativos emanados al respecto:

Es así, como el diario El Espectador registra la polémica sostenida entre Ministerio de Salud y el senador Jorge Robledo, en artículo titulado "*¿Freno a tutela en reclamos de salud?*", debido a un artículo inmerso en proyecto que reglamenta la reforma a la salud, el cual, restringiría los reclamos de servicios vía tutela; el gobierno aduce que busca proteger los derechos de los usuarios. "*En los últimos cinco años más de 550.000 personas tuvieron que reclamar a las EPS vía tutela*" se ha descubierto que "*...uno de los mecanismos de las EPS para defraudar al Estado es la negación de los servicios y medicamentos, que al ser reclamados por los pacientes, vía acción de tutela, entran a formar parte de los recobros del Fosyga, aun cuando la mayor parte está en el Plan Obligatorio de Salud*", lo cual es un razonamiento más que obvio.

Ante lo cual el senador Robledo riposta argumentando que "*De este modo, con la intención de frenar los recobros de medicamentos que se han convertido en el principal motivo de desfalco a la salud, se estaría cerrando una de las principales puertas de acceso a la prestación de servicios, medicamentos y cirugías: la tutela*". Debido a lo cual el senador Roy Barreras, coautor de la ley, explica que "*...Lo que pretendemos no es atacar la tutela, sino acabar con los carteles de mercaderes de los medicamentos*".

A todas estas, el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, descarta que se esté pretendiendo afectar la acción de tutela, explicando que *“...la tutela no se va a acabar,... El Ministerio está promoviendo una ley estatutaria en salud que va a ser garantista, lo que quiere es hacer es todo lo contrario, proteger el derecho fundamental a la salud. Lo que tenemos es un poco de demagogia de un senador para decirlo claramente”*.

Aunque Gobierno y autores de la norma aseguran que *“no se pretende coartar la aplicación de la acción de tutela como herramienta para acceder al derecho fundamental a la salud”*, la Corte Constitucional en la Sentencia T-983 de 2001 plantea que *“la acción de tutela no procede cuando el peticionario disponga de otro medio para la defensa judicial de su derecho”*. Es así, como se pretende que con la Acción de Protección a la Salud, que será resuelta por los magistrados de los Tribunales Superiores de Distrito, *“...se cuenta con un medio para reclamar el derecho a la salud y, del mismo modo, la acción de tutela se vuelve improcedente”* tal como lo señala el tribunal.

A propósito de la tutela, se aportan algunos datos estadísticos muy dicientes: Según informe *‘La tutela y el derecho a la salud 2011’*, presentado en agosto por la Defensoría del Pueblo, en el 2011 fueron interpuestas 105.947 tutelas, promediándose como que cada cinco minutos hubo una tutela por salud. De lo anterior, el 67,81% de lo que las personas solicitaron a las EPS estaba incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Lo cual implica que el usuario se veía obligado a interponer una tutela para reclamar sus derechos legítimos a servicios, procedimientos o medicamentos que les fueron negados. Los colombianos en tutelaron principalmente para exigir tratamientos: *“43.300*

tutelas relacionadas principalmente con neurología, oncología, ortopedia, oftalmología y neurocirugía. Los medicamentos y las cirugías fueron la segunda y tercera razones que motivaron a los colombianos a interponer este recurso”.

Las EPS más “*entuteladas*” fueron: Coomeva (10.853), la Nueva EPS (9.621) y Saludcoop (4.644). Si se calcula el número de tutelas por cada 10.000 afiliados, en las primeras casillas estarían Multimédica EPS, Salud Colombia EPS (liquidada) y, nuevamente, Coomeva.

Es más, “*de los 3'321.457 acciones de tutela que los colombianos han interpuesto desde 1992 para invocar la protección de sus derechos fundamentales, 764.267, una cuarta parte del total, han estado relacionadas con la solicitud de servicios de salud*” (REDACCION POLITICA, 2012).

Como evidencia sustentativa de lo anterior, se citan sentencias (T-654/10) resolutorias de tutelas instauradas en contra de la EPS Coomeva actualizadas a agosto de 2011, con respecto a casos en los que los demandantes consideran “*...vulnerados sus derechos fundamentales a la vida, la dignidad humana y la seguridad social...*” ante la negativa de tal EPS para suministrar la prescripción formulada por el médico tratante y ante la ineficacia del tratamiento previsto por el POS; fundamentada en esta premisa, la sentencia ordenó que la EPS demandada adecúe el funcionamiento de los CTC con el fin de evitar se desconozcan los direccionamientos establecidos en la sentencia C-316/08; pues se están “*...transgrediendo abiertamente los principios que regulan el sistema de salud, especialmente el de integridad, el*

de continuidad y las garantías de acceso a los servicios. Se concede el amparo de los derechos fundamentales vulnerados...”; la anterior medida, es adoptada “...en virtud de lo dispuesto en la orden vigésima tercera de la sentencia T-760/08” (Tutelas contra Coomeva EPS-usuarios eps) (CONSTITUCIONAL, 2010) (VELASCO, 2013)

Comentarios a Sentencias:

Con respecto a la Sentencia T-469/13 (Acción de tutela contra el Ministerio de Trabajo y el Instituto de Seguros Sociales por pensión de invalidez por parte de víctimas de la violencia). Es claro que a partir de esta sentencia, se torna latente el problema que se suscita a raíz del juego que decidieron abordar las EPS y las instancias encargadas de impartir justicia con el usuario en el medio obligado a desempeñar el rol de balón de juego; el cual es pateado por la EPS fuera de la cancha, negándole a los usuarios derechos constitucionales legítimos; con ello, la EPS, maneja dos opciones: La primera y más fácil, que el usuario se doblegue dócilmente y resigne sus aspiraciones; o la segunda, que el usuario recurra a acciones legales para que sus representantes en una primera instancia, para no tener complicaciones, se deshagan fácilmente del balón rechazando sus aspiraciones y con la esperanza que el usuario baje los brazos y acate la sentencia; en caso contrario, proceder simplemente a reevaluar olímpicamente su decisión y conceder los derechos reivindicados por el usuario desde un principio y chutarle definitivamente el balón a la EPS para que se decrete el empate (o sea que asuma y cumpla definitivamente con los derechos usurpados al usuario). Con este tipo de partidos, tan singulares, las EPS están buscando el poder

apropiarse de una cantidad muy importante de recursos a costa del usuario, siendo este, el único balón de juego que es susceptible de perder o al menos empatar un partido en el cual de un lado se encuentra un equipo agresor (la EPS) y del otro lado está el árbitro (o sala de jueces designados) desempeñándose como el equipo rival que se muestra más de parte del otro equipo malintencionado que del mismo balón (como figuración simbólica del usuario) , quien es el único actor del juego que puede perder en esta contienda; ya que los equipos que se chutan el balón, solo tienen el “*riesgo*” de ganar o, a lo sumo, empatar.

Remitiéndonos a la sentencia T-206/13 (Derecho fundamental a la salud de niños y niñas, transporte y alojamiento en el sistema de salud y principio de integralidad. Acción de tutela contra COMFAMILIAR E.P.S.S), lo normal debe ser que con el solo hecho de existir las leyes, normas y principios constitucionales legalmente adoptados, lo mas procedente es, no solo exigir al infractor que cumpla con lo ordenado, sino sancionarlo ejemplarmente por negligencia, desacato de primera instancia e irrespeto a las leyes constitucionales y conminar a la EPS para que no repita esta clase acciones, so pena de una sanción más drástica y estricta por reincidencia. Esto sería lo más lógico, obvio y eficaz para contrarrestar los vejámenes al usuario y desgastes de marca mayor a todos los niveles que implican la negativa a cumplir desde un principio con lo previamente establecido constitucionalmente.

Con la sentencia T-899/12, Referencia: expedientes T-3.564.616, a partir de acción de tutela contra el Hospital Universitario del Valle, invocando la protección de sus derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad física y dignidad humana, ante diagnóstico de miomas uterino, sinequias

uterina; es de anotar que la Corte llegó al anterior fallo, una vez se agotaron todos los procedimientos, discusiones, discursos dialécticos e instancias inimaginables que iban desde el tratamiento del caso como una enfermedad como tal, hasta el hecho que se tratara de satisfacer un simple deseo de reproductividad y concepción de un hijo. La pregunta entonces es: ¿No es tan meritorio lo uno como lo otro para acceder al tratamiento indicado? o entonces ¿Qué es propio de la dignidad humana y que no?; ¿No es precisamente un atentado contra la dignidad humana todos estos procesos especulativos y toda esta tramitología para justificar algo que, a las claras, la EPS en cuestión desea eludir por simples razones de rentabilidad económica?

Ante la Sentencia T-052/11 Referencia: expediente T-2786454, por acción de tutela interpuesta contra la Nueva EPS, por trauma ocular derecho en atraco, cabe la pregunta ¿Hasta qué punto es justificable el darle vueltas y revueltas a asuntos tan obvios y razonables y como sería evitable el colocarle límites al legítimo derecho a la salud y a la integridad personal?

La Sentencia T-856/12. Referencia: expediente T-3.516.060 sobre acción de tutela interpuesta contra COMPARTA EPS-S por considerar que vulnera los derechos fundamentales a la dignidad humana, a la seguridad social y a la salud, lo mismo que la Sentencia T-760 de 2008, resolutoria de acción de tutela en contra de COMPARTA EPS-S reclamando el derecho a la salud y a la vida digna como madre cabeza de familia que “...*padece miopía alta y desprendimiento de retina en ambos ojos*”; sientan el precedente de ser digno de revisión el POS con un criterio más humanitario y con un mayor respeto por la condición de dignidad de la persona frente a las frías y lucrativas

cifras rentables establecidas por los mercantilistas de la salud.

Para tratar el tema, renglones antes mencionados, sobre los recobros abusivos al Fosyga por medicamentos y servicios, El Colombiano (29-09-2013) en artículo que titula “*Quiebra de la salud: ¿otra crisis que socializará pérdidas?*”, alude a declaraciones del ministro del ramo, Alejandro Gaviria Uribe, cuando sostenía que “...*en la quiebra del sector hay hechos presuntamente delictivos... que tendrían que ser analizados y sancionados por la Justicia*”, adicionalmente, especifica que las clínicas y hospitales, “*no recuperarán hasta el último centavo de los 14,4 billones de pesos que les reclaman como deudas a EPS públicas y privadas, aseguradoras, el Fosyga y los entes territoriales*”.

Por tal motivo, los congresistas le han condicionado al Gobierno Nacional en el sentido que “*para darle vía libre a la reforma de la salud, el Min hacienda, en persona, les debe presentar en una próxima plenaria del Senado la solución para esa billonaria cartera que es impagable...*”. Es de agregar que a los mecanismos existentes se adicionaría una especie de “*Fogafin*” para el sector salud. De otro lado, el Ministro de salud afirmó que “*la financiación de la igualación del Plan Obligatorio de Salud en los regímenes contributivo y subsidiado está prevista en el marco fiscal de mediano plazo*” También afirma: “...*sin embargo, demanda mayor análisis el plan de beneficios, que suministraría todas las tecnologías y servicios de salud disponibles en el país, salvo las exclusiones que se hagan explícitas*” y haciendo la salvedad que “...*el régimen contributivo también se verá enfrentado a nuevas necesidades de financiamiento, que no irán con cargo al Presupuesto Nacional, sino a los*

trabajadores y empleados” (JIMENEZ, 2013).

Desde otro ángulo muy representativo; la Dra. Marcela Vélez, Médica General, miembro de Cedetrabajo, en una crónica para la revista electrónica Deslinde de la UIS (en su edición No. 40), anota, como “...*para la opinión pública cada vez es más claro que el gobierno está cometiendo un verdadero crimen con la salud de los colombianos. Desde que...la Ley 100 se aprobó, se impuso un esquema de seguridad social en el cual la salud dejó de ser un derecho y se convirtió en mercancía*”, generando enfermedad y muerte.

En dicha crónica relata, además, sobre el Hospital San Jorge de Pereira que sumido en una crisis económica al borde de liquidarse, fue visitado por una comisión del Ministerio de la Protección Social para evaluar la situación, proponiendo como única solución la reestructuración de la planta de personal, o sea, echar trabajadores y recontratarlos a través de cooperativas, pagándoles una tercera parte del sueldo previo y sin ninguna estabilidad ni derechos laborales (VELEZ, 2006).

Desde una visión externa, el diario francés Le Monde, en su artículo: “*partir de la Ley 100 de 1993, la salud como servicio en Colombia plantea una dinámica que corresponde a la esencia de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) como negocio, expresión clara de la filosofía neoliberal*”. Especifica como, no obstante, el país dedica ahora “...*más recursos relativos para el sector, la intermediación se lleva una buena tajada, en perjuicio de la calidad del servicio. Además, se niegan servicios incluidos en los parámetros*

establecidos (Plan Obligatorio de Salud, POS)”.

Según este diario, existen tres problemas centrales en el sistema de salud: *“el primero se refiere a la baja cobertura del régimen contributivo, ligada al régimen económico vigente que no expande el empleo formal asalariado, lo precariza e impone deterioro salarial a los trabajadores”*; es así como reafirma: *“el segundo atañe a la limitada financiación derivada de las restricciones de la dictadura fiscal”* y termina diciendo: *“el tercero corresponde a la corrupción y la débil regulación a los intereses privados, soportadas por un régimen político con fuerte presencia clientelista”* (Le Monde, Colombia. La crisis del sistema de salud).

Desde la versión de las mismas EPS, la Revista Coomeva en el artículo *“La crisis de la salud en Colombia”*, expone su criterio particular al respecto, anotando como:

...la Ley 100 de 1993 dio vida al Sistema General de Seguridad Social ante la necesidad de ampliar la cobertura, responder a la crisis hospitalaria y a la gran insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud. El cometido era mejorar el acceso y la calidad y desarrollar un sistema equitativo y descentralizado. Veinte años después podemos afirmar que a pesar de los grandes retos, entre todos los actores logramos inmensos avances reflejados en las cifras entre 1993 y 2011, en su mayoría contenidas en la exposición de motivos del proyecto de

Ley 210

Bajo su versión, estiman que:

...el Gobierno no adoptó soluciones definitivas a pesar de las múltiples advertencias expresadas por las EPS, siendo los recobros la principal causa de la crisis, porque obligó a las EPS a gastar los recursos destinados a prestar y pagar los servicios que sí eran de su responsabilidad (POS), en el pago de servicios de los que no era responsable (No POS). Según su percepción, el gran crecimiento de los servicios No POS y de su costo, unido a las trabas y a la gran demora para su pago por parte del Gobierno, ha dejado a las EPS sin los márgenes necesarios y con una grave situación de liquidez, obligándolas a capitalizar y a buscar recursos para financiar al Estado, afectando finalmente su solvencia, la de los prestadores de servicios y la de las entidades y proveedores de la cadena de valor, lo cual ha puesto hoy al Sistema al borde del colapso. (VELASCO, 2013).

Desde el panorama universitario, el medio informativo Un Periódico, de la Universidad Nacional de Colombia, en su artículo "*Propuesta para un nuevo sistema de salud*", registra como "...los actores del sistema y los analistas coinciden sobre los problemas, pero no sobre las causas ni, por lo tanto, las soluciones". Agrega, como se presentan tres opciones, reconocidas por el ex director del Doctorado en Salud Pública Saúl Franco de la UN en un artículo publicado recientemente en la revista Razón Pública: "...continuar con ajustes

puntuales, sin entrar en una nueva reforma; efectuar una, pero solo de manera superficial; o pasar a un nuevo sistema. La decisión no es solo técnica o financiera, dependerá también de la dinámica sociopolítica actual". Para tales efectos, plantea la adopción de una primera opción consistente en unas "medidas de salvamento", entre las cuales están: "la oferta de 'créditos' del Estado a las empresas promotoras de salud (EPS); la 'nacionalización' transitoria, para recapitalizar a las que tengan problemas de liquidez y después devolverlas a sus dueños; la disminución del número de competidores; y la agilización del flujo de recursos".

La segunda opción propone otra reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud para ajustar algunos aspectos de su funcionamiento. La ley estatutaria pretende "...reglamentar el derecho a la salud", en el marco del actual esquema, como un "plan de beneficios", en apariencia, muy amplio, pero con prestaciones 'costo-efectivas de valor terapéutico demostrables y determinadas como estrictamente necesarias en el marco de guías y protocolos de atención', aunque supuestamente respeta la autonomía médica".

Una tercera alternativa, parte de un nuevo sistema que se ha venido construyendo desde finales de los años noventa, ante los pésimos resultados e inequidades del modelo de aseguramiento implantado por la Ley 100 de 1993. El Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS) en Coalición con Movimientos y Organizaciones Sociales de Colombia han avanzado en una campaña de movilización social denominada "Octava papeleta: ¡voz y voto por tus derechos! Salud y seguridad social, derecho fundamental", Adicionalmente, la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-

760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR) (avalada por la Corte Constitucional y conformada por académicos, asociaciones profesionales, de pacientes, el MNSSS y varias ONG, como la Corporación Viva la Ciudadanía) elabora, junto con la recién conformada Alianza Nacional por un Nuevo Sistema de Salud, un proyecto de ley desde la sociedad civil se radicó el 10 de abril formalmente en la Comisión Primera del Senado y aprobado en junio de 2014.

...La propuesta se basa en tres ejes fundamentales:

1) La declaración de la salud como un derecho fundamental, de carácter universal y no atado a la capacidad de pago de las personas, más allá de la atención de la enfermedad. 2) La organización del sistema a cargo del Estado en el recaudo y manejo de los recursos, sin intermediación financiera ni de EPS y con perspectiva poblacional y territorial. 3) El desarrollo de un nuevo modelo de atención que permita desarrollar una verdadera perspectiva preventiva, integral, intersectorial y universal.

Sus fuentes de financiamiento público, consistirían de *“cotizaciones e impuestos; y su asignación equitativa a nivel territorial se haría mediante fondos territoriales administrados conforme a las necesidades de las personas”*.

Para su funcionamiento preventivo y predictivo:

...en los departamentos se integrarían las redes de servicios y se desarrollaría la estrategia de atención primaria en salud (APS),... La cédula sería suficiente para ser atendido. No habría planes de beneficios, sino tres límites razonables del derecho a la atención: los servicios suntuarios o cosméticos, los bienes y servicios en experimentación y los que sean prestados en el exterior, pero se puedan prestar en el país.

Ello, se complementaría con el fortalecimiento de los hospitales públicos *“...con una planta de trabajadores y profesionales estable y de buena calidad, que serían el eje de la prestación de servicios”*. A todas estas, el sector privado se dedicaría a *“complementar los productos prestados por la red pública y habría políticas de control de precios de medicamentos y tecnologías, de formación de personal en todos sus niveles, así como de ciencia, tecnología en innovación, a través de redes universitarias de servicios de salud en los territorios”*. A primera vista este nuevo sistema es prometedor y *“...podría superar las verdaderas causas de la crisis actual. Los recursos disponibles pueden utilizarse si se ponen al servicio de las necesidades de las personas y no del lucro de unos agentes dominantes protegidos por el Estado”*. No obstante, *“...la decisión depende de grandes pactos políticos promovidos por sectores organizados de la sociedad. Si esos sectores le apuntan a la solidaridad y a una visión universalista de los derechos, los congresistas no tendrán otra opción que responder a sus exigencias, en medio de la crisis de legitimidad que los agobia”* (ALVAREZ, 2012).

Con respecto al segundo ámbito de respetar la autonomía médica, ¿Acaso eso no es lo que siempre se va a priorizar por encontrarse íntimamente implícito en el derecho a la salud?

En síntesis, de todo lo contemplado y diagnosticado hasta el momento, esta última opción es la más sana y que detenta mejores visos de viabilidad y contenidos resolutorios a la actual crisis de la salud; el único problema de marca mayor, es el lograr hermetizarla a prueba de la politiquería y la corrupción, pues automáticamente se van a idear y conformar figuras interpretativas enfocadas a sacar partido y negocio rentable a partir de sus nobles principios y ordenamientos concebidos con sanos propósitos y tendencias altruistas.

Por su parte, la revista Dinero, en su artículo *“Los problemas de la salud en Colombia”*, registra como para los directivos del programa Saluda de la Universidad de Antioquia, *“la crisis en salud se ha profundizado por la falta de voluntad política para tomar decisiones de fondo como: considerar a la salud como un derecho fundamental, generar una reforma estructural del sistema, mejorar la vigilancia y control del mismo, y sancionar a los corruptos”*. Agregando que *“El problema del sistema no es de plata, aunque frecuentemente se presente de esta manera, y aunque en este momento, el país cuente con dos ministros de hacienda, uno de ellos en el Ministerio de Salud”*. Argumentan que *“el modelo de salud está basado en la ‘competencia regulada’, que considera a la salud como un negocio y no como un derecho fundamental, por esta razón las utilidades priman frente a la equidad, la*

atención oportuna y con calidad a las necesidades de la población” (DINERO, 2013).

A todas estas, Edición Impresa Semana en su sección Nación, por medio del artículo de Reforma a la salud: *“Salud: el Moribundo mas longevo”*, se ocupa del tema y puntualiza *“la reforma vence pero no convence”*; resaltando que *“de aprobarse como está, traería aún más dolores de cabeza al gobierno y al país”* (GUERRERO, 2013).

Según su propio texto, *“...a primera vista parece que el proyecto de ley de reforma a la salud no es más que un cambio de nombres. Las EPS cambiarían de género para llamarse ‘gestores’, el Plan Obligatorio de Salud POS se volvería Mi Plan, y el Fosyga se llamaría Salud Mía”* Además, adiciona en este comunicado: *“...a juzgar por las reacciones a lo aprobado la semana pasada por el Senado, nadie parece estar contento con la reforma propuesta”*. Agregando que *“...cuando las reformas tocan muchos intereses y todos quedan descontentos, lo lógico es pensar que la reforma es buena porque está dirigida a las mayorías silenciosas”* (GUERRERO, 2013).

Este mismo artículo continúa describiendo que, *“...además se observa, como las cifras oficiales sobre el desempeño económico del sector muestran un panorama contradictorio”*; sustentándolo como *“...en el primer trimestre de este año el PIB de la salud creció al 5,9 por ciento, mientras el resto de la economía lo hizo al 2,8 por ciento. El empleo en el sector creció el 5,5 por ciento”*. Esto se complementa con el hecho que *“...el área nueva destinada a construir hospitales en el primer trimestre de 2013 alcanzó 58.000 metros*

cuadrados, el triple de lo registrado en 2011. Los hospitales más prestigiosos de las principales ciudades se están ensanchando; pero por otra parte el sector se ahoga en deudas... También se expresa: *“La cartera en mora de los prestadores con las EPS del régimen contributivo es de 3,5 billones de pesos, en reportes de Supersalud. Las del régimen subsidiado deben a los hospitales otro tanto”*. Es así como vemos que las del contributivo se afectan: *“Las EPS del contributivo, por su parte, reportan en sus balances cuentas por cobrar al Fosyga por 2,5 billones de pesos, casi cuatro veces su patrimonio. La iliquidez es palpable. Recordemos que las organizaciones no se quiebran por los balances contables sino por la caja”* (GUERRERO, 2013).

El Semanario Virtual Caja de Herramientas, publicada del 8 al 14 de Noviembre de 2013, edición N° 00376, por medio del artículo *“Nueva ola de protestas por el derecho a la salud en Colombia”*, registra como durante esa semana y la anterior se incrementó la protesta social en el país producto de la situación en que se encontraba el sector salud y por la indignación que produce el proyecto de ley 210 que se encontraba en segundo debate en el Congreso de la República, el cual fué aprobado y se encuentra vigente desde el 16 de Octubre DE 2013 profundizando el modelo de la ley 100 y no va a dar salida a la crisis de la salud.

Expone como las protestas se presentan de diversas maneras: *“plantones, marchas, cacerolazos, asambleas permanentes, debates públicos, difusión de información por redes sociales, peticiones de rechazo a través de plataformas virtuales, entre otras”*. Especifica que:

La gota que ha rebosado el vaso es el proyecto de ley 210 que busca rediseñar, por tercera vez, el sistema general de seguridad social en salud, pero que tal como está estructurado no aborda las causas estructurales de la crisis de la salud que son principalmente la intermediación financiera de las aseguradoras, el establecimiento de barreras económicas, administrativas y geográficas que imponen estas aseguradoras, el énfasis en la atención a la enfermedad individual y no en la promoción y la prevención, los déficits financieros de la red pública hospitalaria, la pérdida de calidad en la formación del talento humano en salud, la falta de oportunidad y de la calidad en la prestación de los servicios de salud que ha generado un enorme costo en enfermedad, sufrimiento y muerte en la sociedad (TOVAR, 2013).

En tanto el sitio web www.elhospital.com, deja constancia de como médicos del país sentaron su posición frente a crisis del sistema de la salud; advirtiendo que *“después de que los prestadores de servicios de salud en Colombia, representados por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas manifestaron en mayo su preocupación por la crítica situación del sistema nacional de salud, el gremio que reúne a los profesionales en medicina de Colombia, la Academia Nacional de Medicina, se pronunció al respecto”*, dejando constancia que:

Los médicos colombianos han venido advirtiendo sobre el deterioro de los indicadores del sistema, que van más allá del

regular estado de salud de la población y al que se suman la crisis de los hospitales, el poco transparente manejo de los recursos, la carencia de rectoría, los grandes vacíos en materia de vigilancia y control y los elevados niveles de corrupción, favorecidos, entre otras razones, por la enrevesada estructura del sector.

Agregan, que la mayoría de los dineros destinados para la salud “*está siendo dilapidada para fines ajenos al propósito para el que fueron establecidos*”. Resaltan que “*La salud de los colombianos merece y necesita otro norte, estructurado sobre el cumplimiento pleno del precepto constitucional de la salud como un derecho. Esto riñe con la concepción rentista y la costosa y peligrosa intermediación que han campeado dentro del sistema desde su creación*”, señalan en el documento la Academia Nacional de Medicina (HOSPITAL, 2012).

Por su parte, el sitio web www.jeguerrero.com aborda el tema bajo el título “*Crisis financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia*”. Se basa en El Informe del año 2010 sobre la Financiación de los Sistemas de Salud en el mundo, aportando reflexiones y recomendaciones de utilidad para analizar la crisis financiera del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. La Directora de la OMS sugiere orientarse “*...a mejorar la eficiencia y la equidad para lograr la cobertura universal de servicios de salud. Lograr estos objetivos requiere un sistema de financiación simple, coherente y transparente que garantice liquidez y oportunidad de los recursos*”. Es de resaltar que en ningún momento este informe recomienda un sistema de salud basado en la filosofía del negocio y del mercado, por el contrario “*la OMS*

apunta a la regulación como una función ineludible del Estado y a un financiamiento y uso de recursos solidario” (GUERRERO J. E., 2011).

En marzo de 2013 se llevó a cabo en Bogotá el Seminario Internacional de Salud Pública, donde se reconoció la crisis de la Salud Pública y del Sistema de Salud en Colombia, allí se analizaron los costos económicos y sociales que se han derivado de su implantación y la necesidad apremiante de corregir las fallas del modelo aplicado por los gobiernos desde 1993 con la puesta en marcha de la Ley 100.

En este evento surgieron muchas manifestaciones de inconformidad y desde allí se plasmaron serios cuestionamientos y llamados al público en general para solicitar de manera inmediata al Estado tener una posición seria de Legislación sanitaria que favorezca realmente a los ciudadanos colombianos por encima de los intereses particulares de la mafia de los laboratorios y comerciantes del aseguramiento y principalmente de los medicamentos.

Según el pronunciamiento oficial de la CSR (Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 y de Reforma Estructural del Sistema de Seguridad Social en Salud), por medio de texto titulado *“Ministro: no más ajustes a la Ley 100”*; informa como el Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria, acaba de presentar a los medios de comunicación los temas fundamentales de una reforma del sistema de seguridad social en salud, con la pretensión de superar la crisis actual, al respecto, la citada comisión se manifiesta con el siguiente concepto ante la propuesta gubernamental:

La CSR expresa reiteradamente que el problema del actual sistema de seguridad social en salud es de estructura y no de financiamiento ni de regulación. Siendo los problemas estructurales básicos identificados como: primero, “...*el haber propiciado la captura de los recursos públicos de la seguridad social en salud por parte de múltiples agentes del negocio de la salud, comenzando por las EPS...*”; dejando para un segundo término “...*la segmentación del sistema entre pobres, medios y ricos, con expresiones tan deplorables como la desigualdad en la mortalidad evitable materna e infantil entre regímenes...*”. Es así como “...*la exigencia, para cualquier propuesta de reforma, de detener el negocio de la salud y pasar al goce efectivo de este derecho, con base en una recuperación del papel del Estado*” (CSR, 2008).

Con base en lo anterior, la CSR considera necesario iniciar con “... *un debate público nacional sobre la reglamentación del derecho a la salud, en términos de su contenido esencial y de los grandes lineamientos para su garantía por parte del Estado colombiano...*”. En este sentido, la CSR propuso “...*un proyecto de ley estatutaria (N° 105-2012 Senado), acogido por 18 parlamentarios de seis diferentes partidos. Este proyecto se ha integrado con el N° 112-2012 Senado con base en sus confluencias y, en contraste con dos proyectos más de la coalición de la Unidad Nacional...*”. (CSR, 2008). Es así como expresa el derecho a la salud “*no consiste únicamente en la atención de la enfermedad, sino en la construcción social de condiciones de vida saludables y, por lo tanto, incluye agua potable, alimentación sana y suficiente, ambiente sano, vivienda y trabajo dignos y saludables, y la participación*

efectiva de los ciudadanos y las comunidades en materia de salud. (CSR, 2008)

Según los planteamientos del ministro, aunque no conoce el texto del proyecto, “...muestra la decisión de sostener la estructura básica del sistema creado por la Ley 100, conocido como modelo de aseguramiento con competencia regulada y subsidio a la demanda...”. Esta propuesta maneja iniciativas provenientes de “...diferentes sectores sociales y académicos, incluyendo algunos conceptos del proyecto de la CSR, tales como el fondo único público y la eliminación de la intermediación financiera, estos aportes quedan imbuidos en la misma lógica del sistema actual, mientras no se modifique su estructura...”. (CSR, 2008).

Comentarios a las anteriores propuestas:

Con respecto a la propuesta que el régimen contributivo también se vea enfrentado a nuevas necesidades de financiamiento, que no irán con cargo al Presupuesto Nacional, sino a los trabajadores y empleados, se antoja la reflexión obligada que como cosa rara toda necesidad y afugia económica, encuentra como única alternativa de solución en el ya debilitado y escurrido en extremo bolsillo del eslabón más débil de la cadena: El usuario y contribuyente normal.

Ante la propuesta como única solución emanada de la comisión del Ministerio de la Protección Social sobre reestructuración de la planta de personal de Hospital San Jorge de Pereira, para recontratar a empleados a

través de cooperativas, pagándoles una tercera parte del sueldo previo y sin ninguna estabilidad ni derechos laborales, se antoja que semejante tipo de despropósitos son solamente concebidos por personajes leguleyos que arrodillados a sistemas apabullantes y poderosos, solo encuentran remedios con paños de agua tibia para aliviar síntomas ajenos a la enfermedad en elementos usados como chivos expiatorios quienes, como ley general, siempre son parte de los mismos sufridos ciudadanos afectados por las irregularidades del Estado y de los grandes monopolios.

De cara a la propuesta de “*medidas de salvamento*”, entre las cuales están: “*la oferta de créditos*” del Estado a las empresas promotoras de salud (EPS); la nacionalización transitoria, para recapitalizar a las que tengan problemas de liquidez y después devolverlas a sus dueños; la disminución del número de competidores; y la agilización del flujo de recursos; es de anotar que tal propuesta, podría dar pie para desarrollar una investigación enfocada a establecer si existen nexos y qué clase de posibles relaciones podrían existir entre la senadora proponente Piedad Zuccardi y alguna o diversas EPS, dados los beneficios evidentes a favor de tales entidades y beneficios ajenos a los usuarios, lo cual, es obviamente inaceptable por la sociedad colombiana, lógicamente avalada por el Gobierno nacional, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi); lo cual, da visos de quién hace las leyes en nuestro país y por ende quién patrocinó la campaña electoral de dicha senadora.

Con respecto a las cifras oficiales sobre el desempeño económico del sector que muestran un panorama contradictorio, es preciso anotar que bajo la estrategia del maquillar la información para ganar adeptos a su causa, es

común el caer en la paradoja y la contradicción, lo cual incrementa el estado de incertidumbre y de zozobra latentes; haciendo que la crisis sea más profunda y preocupante.

A partir de las recomendaciones de la Directora de la OMS, por medio de las que sugiere orientarse “...a mejorar la eficiencia y la equidad para lograr la cobertura universal de servicios de salud”, es de el cuestionarnos si en un país como el nuestro donde preconizamos tanto los beneficios de la democracia, el Estado de Derecho y el respeto por los derechos humanos, donde nos sentimos orgullosos y nos preciamos de ser leales practicantes de tan nobles causas (¡Colombia, nación democrática, referente por excelencia para América Latina!) ¿Es normal que estemos padeciendo esta suerte de situaciones de tanta ambigüedad con respecto a lo que tanto predicamos?

Con el objeto de dejar consignado fielmente el concepto y posiciones oficiales, a continuación se citan textualmente, punto por punto, la propuesta gubernamental al respecto:

a. El ministro anuncia la creación de un fondo único pagador denominado “*Misalud*”, y afirma que tendrá como funciones “*las de afiliación, recaudo, pago directo a los prestadores y reaseguro estatal*”. Este fondo sería conformado por todas las fuentes de recursos disponibles, tanto por cotizaciones como por impuestos. Esta idea fue propuesta por varios sectores de tiempo atrás, con el fin de aunar los recursos públicos para generar solidaridad entre ricos y pobres, sanos y enfermos, jóvenes y ancianos, como pretende cualquier sistema de

seguridad social.

Sin embargo, las claves para que esta solidaridad opere consisten en que no se le exija a los ciudadanos demostrar su capacidad de pago o su condición de pobre para merecer entrar al sistema y que la administración sea pública. Sólo es necesaria la condición de habitante en el territorio nacional. Si continúan los regímenes separados según capacidad de pago y se sostiene la lógica de administradores y prestadores en competencia, el fondo público se convertirá en una gran bolsa de recobros que estimulará los gastos, igual que pasó con los recobros No Pos al actual Fosyga. Si el ministro acepta que este fondo permitirá que el usuario sienta *“una relación directa entre el Estado y sus necesidades de protección en salud”*, ¿por qué no facilitar esa relación recuperando la administración pública de estos recursos?

b. El ministro afirma que las personas no se afiliarán a una EPS sino al sistema de salud. Esto es lo que ha dicho muchas veces la Corte Constitucional.

Los ciudadanos hoy se afilian al sistema y no a una EPS. La Corte Constitucional, la Contraloría y el Consejo de Estado han dicho que los recursos son públicos, son del sistema y no de las EPS, aunque se les pague por unidades de pago por capitación (UPC). Pero las EPS usaron estos recursos públicos para

incrementar sus patrimonios y de esto no se habla, a pesar de las recientes órdenes de la Corte sobre la recuperación de estos recursos.

c. El ministro afirma que “*no puede existir un plan ilimitado y gratuito para todo el mundo*”. Pero existen países que garantizan bienes y servicios según las necesidades de las personas y no son ricos. Por ejemplo, Costa Rica y Brasil, con mejores resultados en salud que Colombia. Más adelante el ministro ratifica que se definirá un “*nuevo POS [que] incluirá todo lo razonable*”.

Y continúa: “*existirá una lista negativa, esto es, una lista de exclusiones: lo estético, lo experimental, etc.*” Al respecto, caben dos comentarios: primero, el plan de beneficios se justifica en el actual sistema cuando el Fosyga paga a las EPS una UPC por cada afiliado para que le garantice un paquete de bienes y servicios definidos en un POS. Si desaparecen las EPS, ¿para qué POS y UPC? Segundo, ¿qué significa lo razonable? ¿Por qué hablar de exclusiones y terminar con un etcétera de no se sabe qué tamaño? Como la CSR lo ha propuesto, es preferible no hablar de plan explícito de beneficios, sino de “*bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad*”, según proyecto de ley 233 del 2013 del Senado. En esta materia, sólo es aceptable hablar de tres exclusiones precisas: bienes y servicios en experimentación, en cuyo caso se financiarían por el sistema de ciencia, tecnología e innovación en salud; bienes y

servicios estrictamente suntuarios o estéticos; y servicios que se presten en el exterior, pudiéndose prestar en el país.

d. Respecto del control de precios de los medicamentos, el ministro afirma que habrá *“controles de precios para las nuevas tecnologías y habrá también copagos para las personas de mayores ingresos”*. Nuevamente, acudir a la capacidad de pago para mejorar el negocio, cuando está en riesgo la vida de las personas. Además, esta medida no afecta la raíz del problema del precio de los medicamentos, esto es, la ausencia de mecanismos que controlen el apetito de lucro de la industria farmacéutica y sus múltiples intermediarios. Existen muchas estrategias que un fondo público único puede desarrollar: compra conjunta de medicamentos esenciales, producción nacional de moléculas sin patente, producción de moléculas con patentes liberadas por interés en salud pública, provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos de las poblaciones, investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnología prioritarias, formación del personal de salud para liberarlos de la presión de la industria farmacéutica, entre muchas otras. Pero nada se menciona. Sólo que quien pueda pague, como en la mal habida emergencia social del gobierno Uribe.

e. Respecto del remplazo de las EPS, el ministro anuncia que se convertirán en *“un administrador cuyo objetivo misional será la salud de su población, no la intermediación financiera de los*

recursos del sistema". Y complementa diciendo: "*serán administradores de la atención básica y aseguradores de la atención especializada*" en unas áreas de gestión.

Adicionalmente, el ministro anuncia que estas administradoras podrán tener integración vertical en el "*nivel básico de atención*". No manejarán recursos, pues el Minsalud pagaría a todos los prestadores directamente, sino harán "*la auditoría, la gestión de riesgos y ordenarán los giros a los hospitales*". Al respecto, varios comentarios:

Primero, separar el nivel básico -a cargo de las administradoras a través de la integración vertical- de la atención de los niveles especializados, genera dos problemas: bloqueos en la puerta de entrada para disminuir costos posteriores; y negocio de alto costo, como existe hoy, en los niveles especializados. Segundo, su papel será autorizar los pagos a las clínicas y hospitales, en su condición de auditores de cuentas para evitar sobrecostos al sistema; pero ¿acaso el ministro no reconoce que este negocio de la auditoría de cuentas en lugar de evitar, aumenta los costos por conveniencias mutuas entre el facturador y el auditor, siempre que no toque su bolsillo? ¿No está acaso demostrado que un sistema de recobros a un pagador público por parte de agentes de mercado en competencia, como en Estados Unidos, no hace más que estimular el incremento de los costos de manera indefinida? Es preferible contar con administradores públicos que permitan integrar los esfuerzos de la atención

individual y la salud pública en territorios de salud, con sus especificidades demográficas, epidemiológicas y culturales, para integrar las redes realmente según necesidad y articular la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud con todos los sectores que afectan los determinantes sociales de la salud y logran condiciones de vida saludables. Así lo ha propuesto la CSR.

f. Para reiterar que estas administradoras no manejarán recursos, el ministro afirma que *“cada año se hace un corte de cuentas para cada uno de ellos, se calculan los resultados y se liquidan las utilidades o, en caso de pérdida, se acude a una reserva”*. Pero, entonces, ¿cómo se les pagará a estas nuevas entidades privadas y con ánimo de lucro? ¿Acaso seguirán siendo aseguradoras, sin asumir los riesgos cuando se trata de alto costo? Al fin, ¿son administradoras de recursos públicos o aseguradoras protegidas del riesgo financiero por parte del Estado?

g. Sobre la función de estas *“administradoras”* de *“gestionar el riesgo”*, cabe señalar que si las EPS, que manejan todos los recursos no lo han hecho, ahora sin manejo de recursos ¿para qué lo harían? Un asegurador *“gestiona el riesgo”* para no gastar el monto de la póliza y aumentar sus utilidades. Pero si no maneja la póliza, para ¿qué gestionar el riesgo?

h. En la relación entre el fondo público pagador, la administradora y el hospital, el ministro afirma: *“La plata la gira esa nueva entidad después de que el servicio se haya prestado y la cuenta haya sido avalada por una de las nuevas administradoras”*. Este es, sin duda alguna, un sistema de cobros que estimula al prestador a pasar todo tipo de facturas para aumentar sus ingresos. Si la administradora obtiene más utilidades entre más control haga, se dedicará a ser un obstáculo permanente. ¿Esto solucionará el tema de la liquidez y del flujo de recursos?

i. El ministro afirma que *“dentro de cada zona de gestión va a haber varios administradores, tres o cuatro compitiendo entre sí”*. Esta competencia no hará más que sostener la fragmentación de la población y negar la integración necesaria entre territorio y población para afectar los determinantes de la salud, más allá de la atención de los enfermos. Esta es otra prueba de la permanencia del actual sistema, que sólo piensa en la enfermedad y la atención individuales.

j. En la propuesta se mantienen los regímenes. Además, el ministro supone que *“los administradores del régimen subsidiado formarán buena parte de su red con los hospitales públicos”*, y que estos administradores podrán ser los entes territoriales del nivel gubernamental y distrital, que no municipal y, en todo caso, con acreditación especial. Esto parece responder a la demanda de algunos secretarios de salud de administrar los recursos de

este régimen. Pero, si se está hablando de una reforma que supere la crisis, no debe profundizarse la segmentación entre contributivo y subsidiado. Es posible desarrollar un sistema universal, sin distinciones por capacidad de pago, como lo exige el bloque de constitucionalidad. Es necesario recuperar la administración pública y el control social de los recursos, que son públicos, como lo ha propuesto la CSR. No es sólo un asunto de elección directa de los gerentes de hospitales, como afirma el ministro, para evitar la corrupción.

k. El ministro acepta la importancia de la descentralización. Pero, precisamente por esta razón, los territorios de salud no deben ser zonas o áreas de gestión de servicios, sino territorios contruidos estratégicamente por los entes territoriales para gestionar la salud de la población, individual y colectiva, de atención y de generación de condiciones de vida saludables, para mantener a la población sana y disminuir los altísimos costos de la atención en salud.

l. Sobre la medicina prepagada, el ministro propone: *“con la reforma, la gente que quiere comprar un seguro voluntario se podrá llevar la UPC, la prima actual, para ayudarle así a pagar por el seguro”*. Esta medida no hará más que profundizar la segmentación actual del sistema: pobres, medios y ricos. Los sectores medios y ricos se centrarán en los seguros privados, mientras las EPS actuales sacarán provecho de ellos. Una vez se llegue al alto costo, de un paciente que cueste 500 millones o

más, exigirán al “*Minsalud*” que les pague el reaseguro. Negocio redondo. ¿Será una doble estrategia para descongestionar el régimen contributivo y legalizar el negocio pulpito del aseguramiento que maneja las EPS de Acemi con recursos de las UPC?

m. La situación de la precariedad del trabajo en salud no parece importar mucho en la propuesta gubernamental. Apenas se menciona la brecha entre médicos generales y especialistas, pero se supone que la libre competencia entre prestadores debe equilibrar las tarifas o los pagos a los prestadores.

n. Al terminar la entrevista, la periodista María Isabel Rueda confirma que permanecen tres actores: el pagador público, el administrador y el prestador, tal cual existe hoy y desde la Ley 100 de 1993. Recuérdese que la Ley 100 hablaba de 10% de administración y el resto para servicios de salud, cosa que nunca hizo cumplir ningún gobierno. El ministro complementa diciendo que se trata de “*un nuevo equilibrio entre esos pesos y contrapesos que se traduzca en una mejor calidad de los servicios*”. ¿Algo nuevo bajo el sol?

Con base en lo anterior, La CSR demanda del gobierno nacional una ampliación del debate sobre las alternativas que se han venido discutiendo en los últimos años, reitera su propuesta de recuperar el carácter público de los recursos a través de un

nuevo sistema y propone a la opinión pública profundizar en este debate, para no volver a un nuevo ajuste del modelo de Ley 100 que, sin duda alguna, ha colapsado en el país. (Informe de la CSR, “*Ministro: no más ajustes a la Ley 100*”) (CSR, 2008).

4.4. La crisis de la salud y los fenómenos de corrupción

La crisis de la salud en el estado-nación se revela en la incapacidad para regular los recursos asignados a este sector, la pérdida de monopolios de algunos sectores de la producción de medicamentos y de servicios específicos de los profesionales de la salud. Hay otra gama de causas disfuncionales del estado actual, como es “*la presencia de nuevos actores internos y externos que reclaman posicionamiento y poder*” hay intereses puestos en el tema de la globalización económica, política, tecnológica, entre otros que derriba fronteras, la preponderancia del mercado de la salud, pérdida del monopolio de la prestación de servicios de alta tecnología. Frente a estos fenómenos, el Estado no alcanza a cumplir sus obligaciones.

En Colombia, no logra satisfacer las necesidades fundamentales de sus ciudadanos, muy a pesar de tener avances tímidos en el manejo de la salud, la ejecución y control de los recursos, nuestra Nación aún no da muestras de capacidad total para responder a los problemas de la Salud. La desestabilización del sistema nos llevó a colapsar debido a factores externos y

ajenos como la corrupción, desempleo, administración de justicia, educación para el desarrollo, las pocas o mínimas garantías de la salud, y así, llevamos décadas en la búsqueda de distintas fórmulas de concertación y hasta de reformas constitucionales para superar esta condición, y no lo hemos logrado. Con frecuencia observamos pronunciamientos de las altas cortes, exhortando al Estado para que intervenga problemáticas complejas con soluciones estructurales en asuntos de estado como la necesidad de implementar nuevas reformas para garantizar la salud y la seguridad social.

Hay que especificar las cantidades de limitaciones para acceder al sistema. Esto se ha ido tejiendo en el transcurso del tiempo. Cada vez son más las murallas y las arandelas que el sistema ha creado para impedir dar el servicio y la atención como debería de ser, como lo plantea el verdadero derecho a la salud. Si es importante conocerlos y darles un orden de las siguientes perspectivas: Acceso desde la EPS, pues se limitan porque niegan los servicios sin explicación; fallas en la identificación de los usuarios, es decir, las bases de datos son desactualizadas y tienen frecuentes problemas de la migración y el cruce de informaciones con el sistema interno y externo de los procesos; exceso de trámites administrativos, recortan los planes de beneficio, interpretación amañada de la norma, desestimulan la demanda, contratan una red insuficiente, no hay libertad de escogencia. La perspectiva vista en la limitación del acceso desde las IPS: principalmente por horarios inadecuados, servicios de urgencias insuficientes, oferta pobre de especialistas, baja capacidad resolutive de los primeros niveles de atención, recurso humano a veces insuficiente o quizás poco calificado. Encontramos también las limitaciones para el acceso desde la perspectiva de "*Los Profesionales*": limitan por tensión con los usuarios, tienen un tiempo delimitado para la consulta, están excesivamente controlados, formación y capacitación e insuficiente.

Otras restricciones para el acceso desde los “*usuarios*” es que existen influencias clientelistas, incapacidad económica para asumir los costos, debilidad en conocimiento de derechos y deberes, desconocimiento de las leyes y las reformas del sistema.

Así mismo, es importante conocer que las limitaciones al acceso también deben ser clasificadas por los diferentes tipos de caracterizaciones, los cuales son muy diversos y es necesario resaltarlos: Limitaciones Geográficas que incluyen la ausencia de vías de comunicación, insuficiente dotación para los promotores y los puestos de salud, costos de transporte; limitaciones en el Sistema y sus normas, que implican la baja capacidad resolutive de los entes de control y dirección, la ambigüedad en los planes de beneficio, el fraccionamiento de los servicios; limitaciones socio políticas influyendo en ellas el clientelismo, la corrupción administrativa, el tráfico de influencias, los intereses políticos y particulares, la indiferencia de los legisladores y la ignorancia de estos frente a la realidad, desconocimiento de la población frente a sus derechos fundamentales decretados en la Constitución, el conflicto armado y el desempleo; las limitaciones económicas se imponen por la imposición de la norma con los pagos representados en copagos, cuotas moderadoras y la infinidad de trámites administrativos que conlleva a un desgaste y no ayuda a la economía procesal.

Todos los actores comprometidos en ser los generadores del problema y al mismo tiempo víctimas de las consecuencias del mal manejo de los recursos, de la monopolización del mercado, de la falta de controles, de los intereses ocultos y particulares, del tráfico de influencias, del despilfarro y desviación de recursos, del poder de manipulación, las coadministraciones, la

politiquería, mal uso de los servicios, el desgaste procesal que tienen sometidos los actores al sistema judicial con las interminables acciones constitucionales como son las tutelas

El escándalo de corrupción en el sector de la salud, en el que se encuentran involucradas diversas entidades, ha llevado al Estado a intervenirlas; a raíz de ello, las más afectadas han sido las Entidades Promotoras de Salud. Esta problemática ha dejado en evidencia la certeza de que si existe crisis en el Sistema de Salud, generados a partir de la Ley 100 de 1993.

Es una crisis anunciada desde el momento mismo en que se formuló la ley, pensada como servicio comercial y no como derecho general bajo responsabilidad del Estado, la salud hoy es víctima de la codicia sin medida del capital privado. La única solución de fondo es la apropiación de todo el sector bajo control de los trabajadores, eliminando a todos los intermediarios que pretenden lucrarse de la necesidad de los usuarios.

Se unificó el sistema por lo bajo con la Ley 100. Fue así que se definió un POS limitado a enfermedades comunes, procedimientos de baja complejidad y medicamentos genéricos. Todo esto ha llevado a calificar en parte la salud como “*una mercancía*”. Las cuotas de los afiliados se incrementaron, se impuso el aporte al Fondo de Solidaridad para financiar el Sisben. Se establecieron mecanismos de presión al usuario, tales como las cuotas moderadoras y los copagos. Si se quiere acceder a un mejor servicio es necesario pagar planes complementarios. Esta es una realidad escasa y de

poco acceso a ciertos niveles económicos de clase media y en su mayoría clase alta. Es decir, aquellos cotizantes o beneficiarios de mayor nivel de copago, quienes a la final han preferido pagar cuotas extras denominadas pre-pagadas o planes complementarios. Siendo esto beneficioso para ellos en cuanto a la obtención rápida, eficiente y privilegiada de la gran mayoría de los servicios: acceso inmediato de citas médicas, de citas de especialistas, sub especialistas, ayudas diagnósticas, exámenes especializados, servicios exclusivos fuera del POS, ciertos privilegios en red de hospitales y clínicas, habitaciones individuales, auxilios especiales en medicamentos No Pos, coberturas adicionales, reembolsos de servicios utilizados fuera de la red contratada, servicio de médico en casa, toma de muestras a domicilio, vacunación de menores sin desplazamientos, entre muchos otros beneficios obtenidos para cotizantes y beneficiarios de mayor capacidad adquisitiva.

Veamos otro tema relacionado con las condiciones laborales de los trabajadores del sector salud que se deterioraron rápidamente. Por cada médico, especialista, sub especialista que logró enriquecerse, muchos se agruparon. Se popularizó la contratación a través de las insuficientemente llamadas Cooperativas de Trabajo Asociado. La ética médica se degeneró bajo la amenaza de los administradores que exigen incrementar el “*rendimiento*”. Tristemente aquí el paciente dejó de ser una persona para convertirse en un “*número más atendido*”. Reflexionemos: ¿Será suficiente 15 minutos para la atención de un paciente? Vemos como no importó la complejidad y particularidad de cada persona, la individualización de los usuarios: bebés, niños, ancianos, mujeres embarazadas, gestantes, pacientes especiales (alto costo, sida, cáncer, diabéticos, hipertensos, psiquiátricos, entre otros) todos sometidos al mismo régimen de tiempo. Toda esta implementación de los tiempos para reducir los costos de diagnóstico,

intervención y curación. Los pacientes son tratados como “*clientes*” y la calidad de la atención depende del monto de sus aportes, más no de la complejidad y exclusividad de su estado de salud. ¿Cómo no cuestionar la ética de todos los profesionales: médicos, técnicos de la salud y principalmente sus grupos directivos y administrativos al servicio de entidades de Salud?

Finalmente, en esta cadena imparable, el usuario ya no es beneficiario del sistema sino una víctima incapaz. Se propagaron los *llamados “paseos de la muerte”*. Esto significa la denegación de las IPS de registrar el ingreso de un paciente en urgencias, las culpas mortales producto de la sobre utilización de médicos y enfermeras, la doble fórmula: como lo son medicamentos genéricos contra medicamentos concentrados de reconocidas marcas. Otros como la no autorización de exámenes o procedimientos de alto costo, que sólo pueden ser obtenidos vía acciones constitucionales, demandas judiciales contra las EPS. Siendo las Aseguradoras (EPS) las principales remisoras de recobros de grandes sumas de dineros al FOSYGA.

¿Hay o no hay corrupción? Pues la capacidad de toda empresa opulenta es minimizar la inversión y maximizar las ganancias. Aplicada al sector salud ha implicado disminuir los costos: salarios, dictámenes transitorios y medicamentos rebajados. Se ha incrementado en muchas entidades la rentabilidad engañando a los usuarios. Si a esto se le agrega la apropiación de recursos con ánimo de lucro de forma irregular contra el garantizador de última instancia (El Estado) el negocio es muy superior. Las EPS han descubierto estos momentos llamados “zonas grises” (este, como término del común que se suele asignar a algo que refleja estar viciado por prácticas corruptas) de la

legislación y la corrupción de muchos funcionarios públicos, como los casos denunciados por Juan David Velasco en RCN radio en emisión del 10 de Mayo de 2013, en los cuales, es evidente la práctica de acopio de votos cautivos por medio de la consecución y asignación de puestos de trabajo en EPS estatales como Solsalud, Caprecom y Selvasalud o por afiliaciones al régimen subsidiado de salud (Política y salud: Un nexo rentable en Colombia). Debemos recordar aquella época del Gobierno del doctor Uribe cuando tristemente se decretó la “*Emergencia Social*” para financiar el sistema salud. Ya en ese entonces se conocía de un colapso de salud. Ya estaba comprobado para esa época que la rentabilidad de las entidades de salud tenían un costo muy alto: “*Negar los servicios*” y “*sacrificar a los usuarios*”. Todo quedó a luz pública cuando pudieron evidenciar que la realidad era negar una atención adecuada a los usuarios y por otro lado hacer cantidades de recobros al Estado de muchos procedimientos y medicamentos duplicados, triplicados y hasta cobrados cien veces más de los valores reales, de acuerdo a casos expuestos en artículo del periódico El Tiempo del día Viernes 25 de julio de 2014 titulado “*Fiscalía comprobó irregularidades en 40 mil recobros a varias EPS*”. Incluso hubo casos de recobros de personas ya fallecidas y que seguían consumiendo los servicios del sistema POS. ¿Cómo no romperse el saco del Fosyga? Todo este caos llevó a una conclusión sobre el sistema salud: para muchos se había convertido en una especie de “*pirámide*” económica deteriorada por la avaricia y viveza de capitalistas. Realmente la salud tiene que convertirse en lo que es: “*un derecho*”, un derecho universal, un derecho fundamental, con las garantías y el respaldo serio y eficaz del Estado y bajo la mirada, responsabilidad, supervisión de todos los colombianos. Hay que tener realmente dolientes del Estado y nosotros somos los llamados a ejercer nuestros deberes y exigir nuestros derechos.

Bien sabemos que no es una novedad enterarnos sobre el tema de las

pocas viabilidades financieras del Sistema Salud. El Gobierno seriamente viene planteando a los intervinientes de la crisis la necesidad de preparar al sistema para reducir a la más mínima expresión las Aseguradoras. Es decir, públicamente ha manifestado que tendrá que hacer ajustes inevitables para el futuro del servicio salud. Esto implica que una EPS para ser viable y sobrevivir al caos debe continuar prestando servicios como mínimo a dos millones de usuarios, de lo contrario su viabilidad pronto se extinguirá.

Tenemos que cuestionarnos porque hay retiros de las EPS al servicio del Régimen Contributivo en Antioquia. La reciente decisión tomada en febrero de 2014, por el Ministerio de Salud, de anunciar el cierre definitivo de una de las EPS más reconocidas y posicionadas en Antioquia: Comfenalco Antioquia. Una empresa con mucha trayectoria. Más de 52 años al servicio de los Antioqueños y con una experiencia en la Prestación de Salud casi alrededor de dos décadas. Rescatamos estas expresiones hechas en el 2013 por sus directivas, en un comunicado enviado a toda la comunidad en general:

...Comfenalco siempre ha estado comprometido con el bienestar de los antioqueños. En este sentido hemos participado desde hace más de 18 años en los programas de salud. No obstante los altos costos y la demora del Gobierno en reconocer los valores que adeuda a nuestra EPS, ponen en riesgo la continuidad de la Caja de Compensación, por eso la opción es retirarnos de los programas de salud. Esto significa vender la Clínica, los programas de Prestación o sea los Biosigno, y entregar el Régimen Contributivo.

Como vemos con este comunicado, la institución reconoce la problemática y adicionalmente informa que una EPS anualmente en Salud puede perder alrededor de 70.000 millones por el problema estructural del sistema. Esta situación es dramática para cualquier empresa de servicios salud. Necesariamente se tienen que intervenir y tomar serias decisiones en el futuro manejo o el cierre definitivo de muchos negocios de salud.

Evaluando recientemente estas palabras, vemos hecho realidad el augurio de tan reconocida empresa. Lamentablemente, Comfenalco ha quedado reducida a la más mínima expresión: solo “Caja de Compensación”. Terminó vendiendo su suntuosa y moderna Clínica, vendiendo las múltiples sedes de IPS, cerrando su EPS con aproximadamente 850 mil afiliados y esto sumado a la masacre laboral relacionada desde el 2012 al 2014, con un poco más de mil quinientos empleados vinculados a través de las diferentes modalidades de contratación. Casos de muchos desvinculados con régimen “Ley 50”, es decir, la desvinculación de empleados con más de dos y tres décadas al servicio de la institución. Adicionalmente, la empresa se ve enfrentada a múltiples demandas laborales por esta asombrosa situación. Nos preguntamos entonces: ¿Esto hace parte de la crisis de la salud?

Se han obtenido algunos testimonios que dan fuerza y credibilidad a este cuestionamiento de la salud como servicio en medio del servicio y el fenómeno de corrupción. Es un recuento de sucesos vividos en torno a una empresa al servicio de la salud. Partimos de la siguiente frase “*Quien no conoce la historia tiende a repetirla*”. De los testimonios obtenidos, se relacionará en material adjunto el relato de “*María López*” (LÓPEZ, 2014) (Anexo 1).

Se hizo el contacto con los directivos de uno de los Sindicatos involucrados en el conflicto de la empresa referida por María López. Lo anterior, con el ánimo de confrontar y valorar el tema de la crisis de la salud dentro de la institución referenciada. Se hallaron en diversas publicaciones del Sindicato aportes y valoraciones pertinentes para sustentar y argumentar algunas circunstancias mencionadas en el relato. Además, afianzar y corroborar las informaciones de los fenómenos mencionados con referencia a los manejos internos de las empresas que giran alrededor de cuestionables manejos que infieren corrupción y politiquería (SINDICATO, 2014) (CUT, 2011).

A partir del primer comunicado 01, cuando recién se fundó el sindicato, se puede observar claramente el inicio de la problemática generada en el área de la salud. Se extracta lo siguiente:

Carta Abierta a los Trabajadores y Empleados de Comfenalco Antioquia. El 28 de diciembre de 2011, y ante la necesidad de sentirnos representados en un Sindicato que agrupe tanto a trabajadores como empleados, nos vimos en la necesidad de crear una nueva organización sindical. Lo anterior recoge el clamor de los trabajadores y empleados frente a la incertidumbre laboral en la caja, principalmente en la Gerencia de Salud y la inconformidad general en el campo salarial que se tiene por lo pactado para los siguientes tres años (...) Hacemos un llamado a todos los trabajadores y empleados para que se afilien a

nuestra organización sindical “UNION SINDICAL DE TRABAJADORES DE COMFENALCO”, (...). (SINDICATO, 2014) (CUT, 2011).

Las serias dificultades que se presentan alrededor de una empresa al servicio de la salud tienen muchas connotaciones, muchos actores, antecedentes y consecuencias. El Comunicado 033 del 24 de enero de 2013 del Sindicato da una clara muestra de parte de la realidad se resaltan algunos comentarios:

“(...) queda claro que se están tercerizando los servicios...”(Anexo 2).

“(...) el problema es de todos y la solución también...” (Anexo 3).

Toda organización sindical tiene como deber y derecho buscar y agotar los medios para salvaguardar los derechos de los afiliados y luchar por los mismos. Siendo al mismo tiempo, es un deber tratar de llegar a acercamientos propicios con el empleador, es decir, con el grupo directivo de la Organización, buscar y pretender dar un buen manejo así como lo afirma el modelo “*ser un buen padre de familia*”. Hay que agotar todos los recursos para lograr conciliaciones, acuerdos y resultados positivos para ambas partes. Es también un deber evitar procesos desgastantes y vivir en eternos conflictos. A pesar de todo lo que un grupo sindical quiera y desee lograr, se ve expuesto a muchos riesgos y situaciones arduas frente a los resultados. Por lo tanto, se extrae del comunicado 009 del 10 de abril de 2013 el siguiente texto: (...) “*Las pruebas son las que conceden los derechos...*” (...) “*Bienvenido al Nuevo Director...*”

(Anexo 4).

Además de eso, se tiene en cuenta otros aportes dados, según el Comunicado 045 del 16 de mayo de 2013, en el siguiente contexto:

(...)“Los trabajadores inteligentes que le dan poder a la conciencia para pensar como vencer el miedo y no firman cartas de despido de mutuo acuerdo, que sea la condición exigida para asegurar la forma de continuación laboral que fue ofrecido por los directivos de la empresa...”(Anexo 5)

En Tanto, el sindicato en comunicado número 038 de 2013, se refiere a una frase sobre la importancia de conocer la historia, los antecedentes y las causas de los conflictos. Así textualmente lo expresa: “...*comprender el por qué de los acontecimientos implica conocer su proceso y cronología en la historia, convencidos que algún ser, en algún lugar y en algún momento extenderá las manos...que acogen....que ven...que oyen....*” (Anexo 6).

Además, en el comunicado 031 del 15 de enero de 2013, el sindicato alerta sobre el futuro de muchos empleados:

(...) “sustentan en la petición para despedir 1700 trabajadores de salud...” (Anexo 7).

Por consiguiente, el despido tiene como causa una situación particular y es la venta y terminación de los servicios de salud. El documento 034 del 15 de febrero de 2013 relata:

(...)”*Estará lista la venta de la Clínica Comfenalco, noticia que tampoco es nueva, ...*” y confirman: (...) “*quienes construyen miedo, quieren vivir de los miedosos...*” (Anexo 8).

Se ve entonces, en medio de los comunicados múltiples insatisfacciones, reclamos y denuncias que hacen inferencia al tema del mal manejo y la corrupción que han sido parte de la causa del problema de crisis en la salud. El Sindicato hizo provecho de los comunicados emitidos por diferentes medios de comunicación periodísticos en diciembre de 2012. Entre ellos se resalta el del periódico El Colombiano, del 3 de diciembre de 2012, pág. 16, sección Economía donde publican: “La Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia tenía 830 millones depositados a la vista de INTERBOLSA”. Luego, fructifican el aporte realizado por el doctor Ramón Elejalde Arbeláez, publicado en el periódico El Mundo, el 2 de diciembre de 2012 con el siguiente titular: “Una pirámide Estrato 20” (Anexo 9).

Es así como en el comunicado 030 de diciembre 13 de 2012 se aventuró a través del boletín a realizar la denuncia. También aseveró con lo siguiente:

(...)”*será responsable, justo, ético que se tengan dineros invertidos a la vista, mientras en la Clínica suspenden cirugías, por no tener los insumos*

necesarios para el procedimiento de atención...” (anexo 10).

Todas estas publicaciones han sido serias manifestaciones y denuncias por parte de la agremiación, las cuales han sido reiterativas y con fuertes críticas frente a la problemática de la salud. En el comunicado 0045 del 16 de mayo de 2013, logran expresar lo siguiente:

(...) “les dieron sobre resiliencia como medio de ‘ablandamiento emocional’ para luego ser sometidos a la presión de salvamento constitucional...” (anexo 11).

Aparte de eso, el sindicato sigue insistiendo en la reflexión y el llamado a concientizar a los empleados y empleador. El comunicado 036 del 11 de febrero destaca lo siguiente:

(...)”Las manos son un medio para conseguir un fin, además, las manos siguen las instrucciones que ordena el cerebro, así que es posible decir, que las manos simplemente hablan del desarrollo de la conciencia de los humanos...” (Anexo 12).

Así mismo, confirman nuevamente con el comunicado 037 del 21 de febrero de 2013, cuando expresan:

(...)”Las manos hablan del desarrollo de las conciencias de las

personas..." (Anexo 13).

Mejor dicho, son reiterativos a la crítica y llamamiento al juicio cuando pronuncian en el comunicado

(...)"*La vida cambia desde las manos, las pinzas nacen y dan función, con ellas surgen nuevos espacios y hacedoras de historias las manos son...*" (Anexo 14).

Por estas razones y después de lo registrado anteriormente, es necesario ir al origen de la necesidad y creación de la agremiación y surgimiento sindical dentro de la empresa de salud que estuvo libre de sindicatos por más de 50 años. Esta crisis de salud necesariamente obligó a los trabajadores a proteger derechos fundamentales, como son la salud, la dignidad, el derecho al trabajo. Se rescató el primer comunicado que surgió de este sindicato el 001 del 3 de enero de 2012. Allí se expresan con carta abierta (Anexo 15).

De esta manera, también se obtuvo la información más reciente del Sindicato, comunicado 052 de diciembre 10 de 2013:

...Estamos pendientes de los resultados de la auditoría realizada por la Contraloría Colegiada de Antioquia y orientada desde la Contraloría General de la República, que brindará los resultados

sobre el análisis de la visita realizada por la Superintendencia Nacional de Salud a Comfenalco Antioquia a finales de octubre de 2011. La Dirección Territorial de Antioquia del Ministerio de Trabajo dará respuesta al derecho de impugnación y apelación que presentamos con relación al permiso que dicha Dirección territorial concedió para el despido de los 233 compañeros de aseguramiento de la salud. Unión Sindical de Trabajadores de Comfenalco solicitó que se levantara dicho permiso argumentando que Comfenalco seguía siendo el dueño de la EPS COMFENALCO ANTIOQUIA y propietario del 8,7% de las acciones de LA NUEVA EPS y que la presencia de los 233 compañeros es necesaria para asegurar el excelente funcionamiento desde dichas dependencias. Continúa la Protección que tienen los trabajadores de la Clínica Comfenalco pues el Ministerio de Trabajo no ha autorizado a la fecha los despidos... (Anexo 16).

4.5. Aspectos jurídicos y propuestas para manejar la crisis de la salud

Con el objeto de realizar un aporte propositivo, se procede a analizar y efectuar comentarios adecuados a diferentes acápite de la Ley 1438 de 2011, del Congreso de la República, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Declarada EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-791 de 2011 (Anexo 17). Se adoptan criterios dirigidos a evitar más divagaciones,

dilaciones, postergamientos y malinterpretaciones cuya única finalidad siempre ha sido la de conseguir buenos réditos a favor de capitales patrocinadores de campañas y de empresas contratistas que siempre van a estar muy cercanas a las fuentes de poder para sacar partido de cuanta oportunidad de negocio se presente con presupuestos portadores de una buena cantidad de ceros a la derecha de cualquier cifra e independiente de la naturaleza de dicha transacción; ya que su especialidad es su capacidad de camuflaje en cuanto a su razón social, pues son multivalentes y están constituidas legalmente para ser “*competentes*” y “*útiles*” en todos los ámbitos y proyectos que signifiquen y garanticen buenas utilidades a costa del Estado; siendo estas unas instituciones de papel inconvenientes en demasía, ya que son el síndrome que parasita con un apetito voraz a la economía nacional como tentáculo propio de grandes capitales que utilizan como fichas de juego a títeres políticos enclavados en cargos claves y prosternas a su servicio incondicional.

Comentarios a artículos de ley 1438:

El Artículo 1, que refiere el modelo de prestación del servicio público en salud, cuya acción coordinada involucra a las instituciones entre el Estado y la sociedad, debe ser debidamente supervisado en su aplicación concreta; pues se debe hermetizar ante la posible aparición de “*instituciones prestadoras de servicios*” no tan públicas y cuya verdadera misión no se encuentre tan en pro del bienestar ciudadano y terminen siendo solo un canto mas a la bandera por medio de tan nobles propósitos como aquello del “*mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, ...residentes en el país*”. Paralelo a lo anterior,

se debe generar una partida presupuestal de muy alta cuantía, cuyas fuentes deberán garantizarla en cuanto a su solidez, disponibilidad y continuidad oportunos sin llegar a caer en desmedro de un debido y permanente monitoreo y auditaje apropiados para que se pueda cumplir efectivamente con los atributos de “... *unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad...en cualquier lugar del país*”.

En el Artículo 2, en teoría se puede percibir fácilmente que el problema ya está solucionado, pero para llevar ello a la realidad y hallar su aplicabilidad efectiva, debe soportar escenarios tan normales y comunes en nuestro medio como los siguientes: “... *que incluya a todos los niveles del gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema...*”; si los actores son gubernamentales u oficiales, en su gran mayoría, estos van a ser unos puestos políticos que están más por cumplir mediocrementemente con unas funciones asignadas que con desempeñar responsablemente con un deber social encomendado; en este sentido, se deben implementar mecanismos efectivos de regulación en cuanto a la selección y evaluación constante del personal al servicio de la comunidad. Ante los anteriores, se erigen las instituciones “...*privadas y demás actores*” que como predadores estatales aparecen solo para lucrarse económicamente justificando su participación e inversión por medio de una rentabilidad voraz que soslaye e ignore cualquier indicador de calidad propuesto, ya que lo único que importa son sus utilidades desmedidas en lugar de una viabilidad financiera acorde. Frente a este fenómeno, es preciso el montaje de dispositivos de control poderosos y capaces de desplegar, incluso, procesos investigativos de inteligencia que puedan desenmascarar posibles propiedades o influencias de sectores políticos que posibilitan su accionar de corruptela solo

con fines de lucro y enriquecimiento particular.

En este mismo artículo, se presenta otro sano propósito que puede ser errada y tendenciosamente mal aplicado por la gran oportunidad política que este lleva implícita:

...Cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará una evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en estos indicadores. Cuando esta evaluación muestre que los resultados en salud deficientes, como es fácilmente deducible, en nuestro país, nada es bueno si se recibe de una parte antagonista, siendo esta la forma más fácil de hacer política y buscar el poder (criticar y blasfemar del contrario en lugar de proponer y construir con sanas y buenas razones); por lo tanto, es muy factible que el sistema de salud nunca vaya a estar funcionando bien y sus indicadores van a estar constantemente manoseados y acomodados al vaivén de los intereses personales y políticos de turno para poder volver a barajar y repartir un nuevo juego en donde puedan salir favorecidos los nuevos tahúres afines con sus dirigentes marionetas favorecidos con el poder. Con el objeto de prevenir tales irregularidades, es estrictamente necesario y obligatorio, el invertir a la Superintendencia de Salud de atributos tanto de una alta calidad moral a nivel interno, como de gran inmunidad ante factores externos que puedan atentar alevemente por medio de la politiquería, el tráfico de influencias, la corrupción rampante y el desangre fiscal dando un entierro de tercera a políticas de Estado tan claves y frágiles como la que nos ocupa en el ramo de la salud. En este sentido, es muy conveniente se dé mucha

importancia y se enfatice en la aplicación debida de todos y cada uno de los principios contemplados en el artículo tercero de la presente Ley, con especial atención en el de la Participación social *“Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto”*. La cual se encargará de velar por el buen funcionamiento y cumplimiento efectivo de todos los demás a manera de indicadores de gestión, siendo algunos de ellos la igualdad, entendida como *“El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano,...”*; calidad, que entiende que *“Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”*; eficiencia, entendida como *“la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población”*; libre escogencia *“El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud al interior de su red en cualquier lapso de tiempo”*; sostenibilidad: *“Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito...”*. Transparencia: *“Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles”*. Descentralización administrativa: *“En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión*

será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud". (Artículo 2 de ley 1438).

Por su parte, la propuesta implícita en el Artículo 8, como todo lo que se presenta como una nueva reforma para debatir en el congreso, goza de una presentación teórica con contenidos de mucha nobleza y voluntad política de gran altruismo; los cuales, una vez debatidos, asimilados y aprobados, quedan a merced y servidos como en bandeja de plata para las correspondientes mutilaciones, salvaguardas, manipulaciones, componendas e intrigas políticas; pues a partir de omisiones como la de aclarar que el carácter de dicho Observatorio Nacional de Salud debe ser netamente apolítico, neutral y especialmente blindado contra cualquier clase de intromisiones ajenas a los sanos propósitos de este, tales como apéndices de aseguradoras o empresas "especializadas" en el acopio, procesamiento y análisis de la información, etc., que pueden demeritar y hacer caer en obsolescencia a un órgano veedor tan clave y útil como el propuesto en este artículo; el cual, en tal sentido, es digno de complementarse con drásticas y severas medidas preventivas de carácter penal ante cualquier amago o esbozo de manifestaciones corruptas tanto a su interior o como en su entorno respectivo.

Con referencia al Artículo 11, cabe preguntarse: ¿Acaso esto no es más de lo mismo que ha sumido al sector de la salud en la presente crisis al borde del colapso? Es claro que este tipo de condiciones a cumplir por parte de las EPS, son las registradas, exigidas e inmanentes con suficiente antelación a su actual promulgación y estas han sido metódica, sistemática y olímpicamente ignoradas tanto por parte de dichas operadoras como por la misma Superintendencia de Salud y demás funcionarios encargados de su regulación y control; ocasionando, con ello, la actual situación de precariedad en los servicios de salud existentes en nuestro país. En este sentido, se precisa de

una única EPS estatal, completamente autónoma tanto en sus funciones administrativas como en sus criterios de neutralidad de índole social, enajenada por completo de intereses económicos y tendencias políticas de cualquier índole a cargo de personal suficientemente idóneo e imparcial con verdadera vocación altruista y social al mando de los suficientes recursos y poder logístico para que cumpla con las condiciones anotadas en forma independiente y apartada de supuestos rendimientos de rentabilidad que la justifiquen como negocio generador de utilidades de capital, siendo su única fuente de rentabilidad la cifrada en el alcance satisfactorio de buenas calificaciones en los indicadores de gestión en la salud de todo el pueblo colombiano. Es de anotar que las condiciones aludidas, deberán ser complementadas por las establecidas en el Artículo 13 que trata sobre implementación de la atención primaria en salud y cuyo sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios que contempla el mismo Artículo: Universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud. Cultura del auto cuidado. Orientación individual, familiar y comunitaria. Atención integral, integrada y continua. Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud. Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado. Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez. Participación activa de la comunidad. Enfoque territorial.

De acuerdo al Artículo 15, según se desprende de lo anterior, va a ser

necesario reevaluar toda la disponibilidad del recurso humano actual y volver a partir de cero; ya que los manejos viciados y los malos hábitos de desempeño generaron una corrosión en el sistema, este solo funcionará acorde a lo determinado en el presente articulado si se selecciona honesta y transparentemente; se capacita y realiza un proceso inductivo óptimamente bien diseñado y planeado enfocado hacia un personal idóneo nuevo, inmejorables principios éticos, con buena disposición laboral que no se encuentre contaminado y esté completamente comprometido con la nueva misión y visión de un aparato social prestador de salud cuyo primer eslabón a restaurar en la red es el del servir a la comunidad en forma digna, adecuada y efectiva. Esto implica que se debe iniciar con una reestructuración orgánica en todos los niveles y manifestaciones de interacción con el ciudadano colombiano asumido como un ser humano que se encuentra cobijado por los preceptos y normas contemplados y salvaguardados por la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Por su parte, el Artículo 23, corrobora lo anotado en el comentario anterior, dada la situación que a la fecha ya el Estado han intervenido varias EPS y aquellas que aún no han sido intervenidas, no es precisamente porque hayan cumplido con lo dispuesto en el presente artículo, sino porque han sabido rodearse de unas muy buenas garantías de poder de influencia al financiar campañas políticas, tal como lo denuncia el diario El Espectador del 11 de Octubre de 2013 en columna escrita por Nicolás Uribe Rueda titulada "*Financiación política*"; ya que su falta grave a este artículo es del conocimiento común pues incumplen flagrantemente con la prestación, al menos, regular de sus servicios de atención en salud a los usuarios para aumentar sus utilidades (filas interminables, tiempos demasiado breves asignados para la atención médica por usuario, prescripción de medicamentos de bajo costo e ineficaces,

atención de tratamientos e intervenciones por encima de topes de gastos solo bajo obligatoriedad de una tutela interpuesta por el usuario, etc.); lo cual redundaría en aumento en sus patrimonios; conformando esto una prueba fehaciente de su dedicación a “...*actividades distintas a la prestación de servicios de salud*”.

En tanto, del artículo 26 se desprende que a la alta gama de modalidades ineficiencia y mal servicio, algunas ya citadas con ocasión del Artículo 23, se suma la contemplada en el presente Artículo 26; ya que en forma muy diferente a lo ordenado, no obstante los integrantes de los Comités aludidos aparenten ser autónomos e indiferentes a los intereses administrativos de las EPS correspondientes, estos son y se comportan como ficha clave de dichas empresas para dilatar al máximo los tiempos; demorando meses para aprobar o desaprobado una intervención, siendo esto último lo más frecuente y normal, accediendo a reevaluar una decisión negativa solo ante la exigencia obligada de un recurso de tutela interpuesto, como ya se mencionaba con respecto a los tratamientos e intervenciones que excedían determinados topes de gastos.

El Artículo 29, es el que precisamente confiere el carácter a las EPS de poder ser receptoras directas de recursos, lo que ocasionó el que estas se asignaran atribuciones de administradoras de dichos dineros y darse la libertad de cambiar los destinos específicos de los diferentes recursos recibidos desde la capital sin que mediare ningún mecanismo eficiente de regulación y control adecuado a las circunstancias. Ello ocasionó que dichas EPS fueran eludiendo los pagos de deudas contraídas con las IPS para desviar dichos dineros hacia otros gastos e inversiones ajenas a las del cumplir con su obligación contraída de prestación normal de los servicios de salud. Es así como estas Empresas Promotoras de Salud con sus altas deudas morosas (con montos en billones de

pesos) con el sistema hospitalario del país, causan que este muchas IPS entren en liquidación y el sistema hospitalario de Colombia se declare inviable e inoperante ante la falta de liquidez regular; ocasionando, con ello, la amenaza de un colapso en el sistema nacional de la salud que se avizora con inmediatez pasmosa y alarmante.

Lo anterior, es precisamente uno de los aspectos más preocupantes y álgidos que afecta al Sistema de la salud en Colombia y es el campo con mayor susceptibilidad de intervención y de reforma estructural; pues la propuesta concreta es la de acabar con las EPS particulares y con ellas desaparecer todo este tipo de prácticas anómalas que para nada son aportantes de soluciones y, por el contrario, si provocan muchos traumas, conflictos y desavenencias para con la marcha normal y adecuada del sistema.

En síntesis, todo lo anteriormente relacionado, es el contexto y entorno preámbulo inmediato a la actual Ley estatutaria con rol de reforma; la cual, no obstante sus visos de supuestos buenos propósitos y acertados principios aparentes, fué adoptada por el actual gobierno a la ligera en sus esfuerzos desesperados, tanto por lograr su propia reelección como por detener, o al menos dilatar un poco más, el momento del colapso total del Sistema General de Servicios de la Salud en Colombia.

Desde una visión mesurada, toda acción que se aborda sobre la marcha y a como dé lugar, se encuentra signada por su inclinación muy probable con visos de infabilidad hacia el fracaso total, debido a las diversas y significativas improvisaciones que se deben aventurar durante su proceso aplicativo haciendo que toda su estructura quede compuesta por una serie de remiendos,

recortes, ajustes y enmiendas desesperadas obteniendo como producto final una auténtica colcha de retazos que nada bueno podrá garantizar y, por el contrario, podría precipitar mas probable y rápidamente al colapso final de la situación a resolver; éste, precisamente, es el carácter situacional de la mencionada Ley estatutaria actual o cuasireforma de la salud que augura momentos tormentosos y muy difíciles de manejar por el actual gobierno que carga de por medio con un panorama de ingobernabilidad y caos complicado dado el contexto de escándalo que envolvió a las campañas políticas preelectorales y procesos electorales respectivos, tanto a nivel del congreso como de la presidencia para el presente año, en medio de una bipolarización muy radical y pareja entre partidos de gobierno y de oposición en cuanto al número de escaños en cámara y senado y respaldo popular se refiere; ello, sin dejar de mencionar la desconcentración que podría presentarse para manejar acertadamente la presente problemática en el sistema de la salud y su desempeño adecuado regido por los nuevos direccionamientos, dada la gran cantidad y diversidad de compromisos y pactos que deberá atender como deuda contraída a partir de la gran variedad y singularidad de alianzas preelectorales que el actual gobierno celebró para garantizar su reelección.

Se avecina un panorama no muy optimista con visos de “*diagnóstico reservado*” para el Sistema General de Servicios de la Salud en Colombia; obviamente, por el bien de todos y de nuestro propio país, se espera que esta sentencia sea una equivocación palmaria y se rebata con creces en forma concreta y real.

5. Conclusiones

Desde tiempos muy remotos hasta la época contemporánea, el tema de la salud ha sido un tópico de máximo cuidado, investigación y dedicación, hasta el punto de asignársele características extraterrenas y espirituales; llegando, incluso, a asignársele teorías y principios particulares de interacción, como los “*principios de Beveridge*”, cuyo planteamiento involucra las características de: Unidad, Igualdad, Universalidad, Integralidad, Solidaridad, Obligatoriedad; a partir de lo cual, se propone el plan de Seguros Sociales en 1944 como “*Trabajo para todos en una sociedad libre*”; estos fueron los tiempos en los que ocurrieron los peores horrores de la Segunda Guerra Mundial. En Colombia, lamentablemente, este sector ha sido crónicamente golpeado y explotado tanto a nivel político, como comercial y económico; usufructuándolo desde los diferentes bastiones del poder, de corrupción y de politiquería como las principales fuentes de lucro compulsivo, egoísta y desmedido, en desmedro de los derechos y condiciones dignas de la población de usuarios del sistema, quienes deben afrontar situaciones y tratos humillantes y desobligantes en su máxima expresión y sin ningún miramiento de índole ético o comportamental; agudizando en forma crónica las falencias en principios democráticos y de

derechos humanos como equidad, respeto por condiciones de dignidad y de buen trato humanitario.

La Ley 100 de 1993, estableció para el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) como paquetes de beneficios el Plan Obligatorio de Salud Régimen Contributivo POS-C como sistema de afiliación para personas con ingresos y el Plan Obligatorio de Salud Régimen Subsidiado POS-S como sistema de afiliación para personas de muy bajos ingresos; con ello, se promueve la competencia entre el sistema público del Instituto de Seguros sociales ISS y el sector privado, a quien se dota de facultades legales para prestar servicios de salud, cubrimiento de riesgos y enfermedades profesionales; ampliando, de paso, la administración de prestaciones económicas. Ello desencadenó una suerte de fenómeno mercantilista de la salud, focos de corrupción y de politiquería que permearon todas las estructuras y fuentes de poder afines susceptibles de manipularse al amañó de los inversionistas, comerciantes y mercaderes de la salud; lo cual redundó en un enriquecimiento desmesurado para estos y en una desmejora sustancial en los servicios prestados a los usuarios; manejando, de por medio, un círculo vicioso que hizo que se agravase el factor salud en general y, con ello, la necesidad de una mayor atención más pertinente, especializada y costosa para la población colombiana; precipitando, a su vez, la crisis por la cual atraviesa actualmente nuestro país en este sector tan importante y representativo.

Con la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en teoría, se percibe que el problema ya está solucionado; pero cosa diferente es llevar dicha Ley a la práctica y realizar su aplicabilidad efectiva, ya que debe

soportar la inclusión de escenarios como “...*todos los niveles del gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema*”, cuyas consecuencias obvias van a ser las normales y comunes en nuestro medio como que si los actores son gubernamentales u oficiales, en su gran mayoría, estos van a ser unos puestos políticos que están más por cumplir a medias, o eludir el cumplimiento de funciones en lugar de desempeñarse responsablemente con un deber social encomendado; por lo tanto, se deben implementar mecanismos efectivos de regulación y control en cuanto a la selección y evaluación constante del personal al servicio de la comunidad. Como si lo anterior fuera poco, los anteriores personajes, son objeto de sobornos y de acciones de corruptela por parte de las “...*instituciones privadas y demás actores*”, los cuales son unos predadores estatales que aparecen con el único objeto de lucrarse económicamente en forma voraz, ignorando cualquier clase de indicador propuesto, pues lo único importante para ellos son sus ambiciones económicas insaciables en lugar de una prestación del servicio con calidad acorde y humanitaria.

Como apoyo logístico de valor incalculable para una posible resolución adecuada a la crisis, se presenta en forma muy pertinente, el artículo octavo de la misma Ley 1438 con el ordenamiento de la creación del Observatorio Nacional de Salud, enfocado a cumplir con funciones y regulaciones estratégicas y claves como, por ejemplo, responsabilizarse del monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento; realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, a partir del análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública; servir de soporte técnico en el análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones; realizar evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales; abrir espacios de

discusión de resultados y construcción de propuestas; formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento a las autoridades competentes. Ello, indudablemente, es una herramienta y esquema administrativos muy acertados y con claros augurios de propiciar un sistema exitoso; sin embargo, se queda corto en el sentido de poder hermetizarse a prueba de la gran creatividad de patrañas y esquinces a la ley; ante la crisis de valores, de principios éticos profesionales y ante las ansias desmedidas de poder y de enriquecimiento cortoplacista casi que innatos propios de un segmento muy amplio de la población colombiana.

Desde finales de los años noventa, ante los pésimos resultados e inequidades del modelo implantado por la Ley 100 de 1993; El Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS) en Coalición con Movimientos y Organizaciones Sociales de Colombia ha venido construyendo una propuesta de un “...*nuevo sistema de Salud y Seguridad Social, como Derecho Fundamental*”, a lo cual, se adiciona, “...*la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR) (avalada por la Corte Constitucional y conformada por académicos, asociaciones profesionales, de pacientes, el MNSSS y varias ONG, como la Corporación Viva la Ciudadanía)*” que junto con la Alianza Nacional por un Nuevo Sistema de Salud, generaron un proyecto de ley, basado en tres ejes fundamentales:

- 1) La declaración de la salud como un derecho fundamental, de carácter universal y no atado a la capacidad de pago de las personas, más allá de la atención de la enfermedad.
- 2) La organización del sistema a cargo del Estado en el recaudo y

manejo de los recursos, sin intermediación financiera ni de EPS y con perspectiva poblacional y territorial. 3) El desarrollo de un nuevo modelo de atención que permita desarrollar una verdadera perspectiva preventiva, integral, intersectorial y universal. Esta opción maneja las características de ser sana y con muy buenos visos de viabilidad resolutoria a la actual crisis de la salud; su única falencia es la amenaza que se cierne sobre todo lo presentado o acontecido en Colombia, como son la politiquería, el tráfico de influencias y la corrupción, ya que por inercia se van a idear y conformar maniqueísmos enfocados a la rapacidad y al sacar partido de todo lo existente, a pesar de los nobles principios y sanos propósitos con que se conciba cualquier medida.

La Ley Estatutaria de la salud, de vigencia reciente, a primer golpe de vista, manejó algunos preámbulos interesantes en cuanto a su concepción y diseño, refleja buenas y sanas intenciones, es un producto de debates y experiencias desafortunadas previas en varios ámbitos y oportunidades, además, enseña figuras y herramientas adecuadas, no obstante, su terminación y empaque final fueron muy a la ligera e improvisados, dadas sus circunstancias envolventes, lo que unido a la visión pesimista de una situación estatal muy complicada de manejar en medio de escenarios diversos demasiado traumáticos y caóticos de ingobernabilidad y déficit presupuestal; augura un futuro inmediato difícil para el sector de la salud en Colombia; cuya penosa carga, obviamente deberá ser soportada y padecida por las clases más desprotegidas del pueblo colombiano, las cuales fluctúan desde el mismo estrato socioeconómico medio hasta el más inferior que exista. Se trata de hacer un trabajo juicioso y consensuadamente comprometido para aminorar y

hacer un poco más leves los primeros traumas e impactos con la aplicación improvisada de esta nueva ley sobre la población colombiana que se ha caracterizado por su gran resiliencia y poder de absorción de golpes y malos tratos completamente plagados de manejos corruptos e injusticia social.

El presente trabajo investigativo arroja como uno de sus resultados más representativos, la sugerencia de la necesidad para las diferentes Facultades de Derecho del deber prepararse mejor para capacitar desde la prevención, más que desde la intervención misma a los eventos de conflicto que se puedan suscitar; no solo limitarse a señalar y atacar o a defender personas inocentes o culpables, sino que se trata es de construir, de evaluar, de reformar, de intervenir, de legislar; abordar una modalidad de derecho preventivo, pues el abogado debe prever y participar de las discusiones y debates encauzados a generar orden y justicia; a impartir el conocimiento de los derechos y deberes; partir desde el mismo núcleo familiar, lo mismo que de su educación en las normas y en la Constitución misma. Las diferentes salas e instancias existentes de justicia, se encuentran sobrecargadas de casos por resolver y los ciudadanos se encuentran inconformes y agraviados por los desafueros y tratos injustos; lo cual desencadena, lógicamente, continuas y liosas demandas; siendo, en su gran mayoría, las famosas tutelas, sistema apelativo este, que se encuentra sobrecargado y paralelo al colapso del Sistema Salud, dadas las innumerables insatisfacciones y vulneraciones a los derechos fundamentales; cuyas causales son provenientes de las diferentes EPS, que aprovechan la ignorancia de la mayoría de los usuarios para someter en forma metódica y sistemática, a la población colombiana entera a situaciones inhumanas de gran incomodidad y crueldad; abriendo brechas irreparables de consecuencias impredecibles, obviamente generadas por dicho fenómeno que funciona de forma indudablemente irregular.

A propósito de lo anteriormente establecido, se anota que se pretendió abordar un enfoque crítico-reflexivo con la intención de generar inquietudes a manera de pautas que puedan aportar algunos principios resolutorios a tan preocupante situación en un sector obviamente necesario y supremamente representativo para cualquier conglomerado social, y cuyo sistema amenaza con colapsar y sumir a la población colombiana en una situación dramática con visos dantescos, de alcances impredecibles. Con base en ello, es muy pertinente el formular cuestionamientos como los siguientes: ¿Cómo participarán las próximas generaciones de abogados frente al Sistema Salud? ¿Cómo la academia y las facultades de Derecho se comprometerán a intervenir e inspirar el interés de los estudiantes de derecho frente a los escenarios propios del sector de la salud? ¿Cuál es la estrategia más viable y contundente, desde el campo educativo e institucional, para fomentar e inculcar una formación integral en valores y principios éticos profesionales en la mayor proporción factible de la población colombiana? ¿Cuál es el mecanismo más adecuado para sensibilizar y capacitar a la población en formas y protocolos afines para el buen cuidado preventivo de su salud y que puedan conocer sobre sus derechos para saber exigirlos de parte de las mismas instituciones que tienen la responsabilidad de hacerlos cumplir? ¿Qué responsabilidad existe desde la parte médica como capacitador primario del paciente y cuál es el estado de su salud desde “*mi propio*” derecho a ser atendido por una persona sana? ¿Hasta qué punto un médico puede ofrecer salud si su convicción es que le está haciendo un favor al paciente y no es su obligación, pues asume al consultante como un ser pasivo que no crea, no consume, ni produce, solo es un sujeto que se encuentra enfermo, debido más a sus malos hábitos que por las mismas falencias del sistema?

Es un hecho muy preponderante, el evaluar el Sistema de la Salud desde el punto de vista real del conocimiento adecuado de las diferentes variables y factores propios, desde la procedibilidad de tipo legal pertinente y desde los mismos resultados cualitativos en la población, temas de responsabilidad frente a la humanidad del otro; no sujetarse, simplemente, a los datos estadísticos sobre número de individuos atendidos de la población; lo mismo que el índice de usuarios evacuados por lapso de tiempo, como hechos más habituales en las entidades oficiales, lo que obliga a proceder al indagar ¿Se prioriza más en la rentabilidad de un negocio que en la atención satisfactoria a los usuarios?

Es una ley natural establecida que toda crisis lleva implícitos factores de oportunidad para promover un campo de acción de un abogado. Es una opción para abrir una visión, un llamado de atención hacia una formación más pertinente y orientadora en las facultades de Derecho; lo mismo que en otros campos de acción; para poder generar interacciones interdisciplinarias que aporten soluciones más integrales, sólidas y aterrizadas; ya que la salud es un campo holístico que puede involucrar muchos campos y factores paralelos, no obstante, esta se trata en forma puntual y aislada ante la indiferencia del Estado.

La crisis de la salud es una crisis humana, es una consecuencia de otras crisis e igualmente esta llevará a otros apuros porque cuando el sistema colapsa, “*colapsarán*” muchas personas, familias, sistemas y economías. Se avizora que la crisis de la salud, obviamente, ha conllevado y va a acarrear impactos de diferente naturaleza y con plazos diversos sobre la población colombiana, ya es una realidad y más pronto que tarde, las personas, las familias tienen que soportar directamente sus consecuencias seguidas, como el mantenimiento y sostenimiento de sus familiares con necesidad de

tratamientos y medicamentos de altos costos que no serán suministrados oportunamente por las EPS a los pacientes; igualmente, afrontar el rigor de enfermedades crónicas mucho más graves que se derivan de dolencias no tratadas a tiempo; se tendrán que sacrificar otras necesidades básicas por suplir las necesidades de salud que el Sistema colapsado no asumirá temporalmente mientras el caos del sistema, las aseguradoras y prestadoras de salud se reestructuren o se reorganicen en sus procesos de atención y servicio. En cuanto a la parte intangible, los usuarios experimentan y deberán soportar grandes resentimientos e inconformidades que los lleva a reñir con todo lo establecido pues quedan condicionados a observar todo desde una visión pesimista que hace que todo se les desvanezca y terminen en creer nada; en síntesis, sus vidas transcurrirán entre pensamientos y actitudes negativas que para nada les proporciona el disfrute de lo mínimo que pueden percibir, pues sus sensaciones se forjaron en medio de la injusticia social, la apatía y el egoísmo. A partir de todo ello, se pueden derivar nuevas formas de insubordinación social y de actitudes apáticas de alta contagiosidad que puedan llevar a todo un grupo o segmento social a tomar la vida como castigo al que hay que eludir apática y mezquinamente por medio de vicios, malos comportamientos, visiones desesperanzadoras carentes de metas y proyectos de vida constructivos, recesión social y económica; en síntesis, y sin ser apocalípticos, un marco más caótico que el actual.

En cuanto al Estado, la procedibilidad más importante debe ser la del monitorearse a sí mismo como su política interna; gobernarse al interior de sí mismo. Es decir, ejercer el derecho de legislarse a sí mismo. Nos encontramos en una crisis insoslayable en todas las instancias: hogar, formación, familia, educación, salud. Por lo tanto, la crisis nos afecta a todos y beneficia a unos pocos, por muy rentable que sea el negocio o muy enajenado

de la realidad que sea el individuo, este siempre va a terminar afectado, directa o indirectamente, debido al impacto de alta incidencia que dicha crisis genera.

Referencias

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y CIBERGRAFÍAS

ALVAREZ, M. H. (SEPTIEMBRE de 2012). UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Recuperado el 2014, de UNIMEDIOS.

ANTIOQUIA, A. (17, 23 de AGOSTO de 2012). ASOCIACION MEDICA *SINDICAL COLOMBIANA*. Obtenido de SEMANARIO VIRTUAL DE CAJA DE HERRAMIENTAS: [HTTP://www.asmedasantioquia.org](http://www.asmedasantioquia.org)

BILDUNGSWERK, A. (2013). *PROYECTO DGB*. Recuperado el febrero de 2014, de CARTILLA DE SEGURIDAD SOCIAL: http://cut.org.co/wp-content/uploads/2014/02/CARTILLA-DE-SEGURIDAD-SOCIAL-2013_CONVENIO_DGB_BW-CUT-CTC.pdf

BUSTAMANTE LEDESMA, A. (s.f.). LA RESPONSABILIDAD

EXTRACONTRACTUAL DEL ESTADO. BOGOTA, COLOMBIA: LEYER.

CONGRESO, R. (19 de ENERO de 2011). *MINISTERIO DE SALUD*.

Obtenido de

<http://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Paginas/ReformaalasaludLey1438de2011.aspx>

CSR, I. C. (2008). *COMISION DE SEGUIMIENTO CSR*. Obtenido de

<http://www.alames.org/documentos/csrcol.pdf>

CUT, U. D. (28 de DICIEMBRE de 2011). COMUNICADOS

"BOLETINES". MEDELLIN, ANTIOQUIA, COLOMBIA.

EPS, U. (AGOSTO de 2011). *USUARIOS EPS*. Obtenido de

<HTTP://www.usuarioseps.inf>

GUERRERO, J. E. (2011). *IDEAS Y SALUD*. Obtenido de

<http://www.jeguerrero.com/>

HOSPITAL, E. (JULIO de 2012). *EL HOSPITAL*. Obtenido de

INFORMACION DEL DESARROLLO DE LA SALUD PARA AMERICA LATINA:

http://www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_89506_HTML.html?idDocumento=89506

PDF] Impacto de la reforma *colombiana* de la seguridad

social ...tucanos.udea.edu.co/.../1999_Impacto%20de%20la%20reforma%20Colom

PDF] Indicadores de seguimiento al sector *salud* en *Colombia*

www.scp.com.co/ArchivosSCP/.../indicadores_sector_salud_dic_2008.pd

PDF]La Ley 100 el fracaso estatal en la *salud* pública

www.deslinde.org.co/.../La_Ley_100_el_fracaso_estatal_en_la_salud_pu

LIC. GABRIEL LEANDRO, M. (s.f.). *ECONOMIA DE LA SALUD*.

Recuperado el ENERO de 2014, de AULA DE ECONOMIA:

www.auladeeconomia.com/ecosalud1.ppt

LÓPEZ, M. L. (20 de ENERO de 2014). RELATO. (T. D. ROLDAN, Entrevistador) MEDELLIN, ANTIOQUIA, COLOMBIA.

MINISTERIO, P. S. (NOVIEMBRE de 2005). *MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL*.

Mittelbrunn, C. P. (s.f.). *ASOCIACION PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PUBLICA DE ASTURIAS*. Recuperado el 15 de FEBRERO de 2014, de CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA SALUD:
http://fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD

Política y salud: un nexo rentable en Colombia - RCN 10/5/2013

Radiowww.rcnradio.com/.../politica-y-salud-un-nexo-rentable-en-colombia-65..

REFLEXION, A. D. (27 de junio de 2011). *AGENDA DE REFLEXION*. Recuperado el 5 de marzo de 2014, de www.agendareflexion.com.ar/.../725-la-polemica-entre-habermas-y-ra...27/6/2011

RESTREPO T. MAURICIO & RAMIREZ J.JUAN CARLOS. (1994). *EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD*. (M. D. SOCIAL, Ed.) BOGOTA, CUNDINAMARCA, COLOMBIA: LITOGRAFIA MINISTERIO.

SALAZAR, O. R. (s.f.). *LA MONDE DIPLOMATIQUE*. Obtenido de <http://www.eldiplo.info/portal/index.php/component/k2/item/227-colombia-la-crisis-del-sistema-de-salud>

SALUD, C. (junio de 2013). Recuperado el 2014, de www.consultorsalud.com/

Salud, M. d. (s.f.). Recuperado el junio de 2014, de www.ministeriodesalud.gov.co

Salud, M. d. (s.f.). Obtenido de www.ministeriodesalud.gov.co/

SENADO, R. (27 de AGOSTO de 2012). *PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA 105 DEL SENADO*. Obtenido de http://www.viva.org.co/attachments/article/199/Proyecto_Ley_No._105_de_Senado_Ley_Estatutaria_Salud.pdf

SIERRA CARO RICARDO. (1997). Seguridad Social en Colombia. *Documento*. Medellín, Antioquia, Colombia: Unidad Documental Comfenalco Antioquia.

SINDICAL, U. (2013). *CALAMEO*. Obtenido de <http://es.calameo.com/accounts/1670085?o=5&w=DESC&Step=10&Page=0#paginationTop>

SINDICATO, M. (15 de ENERO de 2014). CRISIS DE LA SALUD. (A. CARDONA, Entrevistador)

TOVAR, M. T. (14 de NOVIEMBRE de 2013). *CAJA DE HERRAMIENTAS*. Obtenido de <http://viva.org.co/cajavirtual/svc0376/articulo03.html>

["tucanos.udea.edu.co/1999_Impacto%20de%20la%20reforma%20Colom"](http://tucanos.udea.edu.co/1999_Impacto%20de%20la%20reforma%20Colom) ("Impacto de la reforma colombiana de la seguridad social

REFERENCIAS DE SENTENCIAS

CONSTITUCIONAL, C. (16 de NOVIEMBRE de 2007). *SENTENCIAS DE TUTELAS INTERES*. Obtenido de <http://corteconstitucional.viex.com.co>

CONSTITUCIONAL, C. (2010). *SENTENCIAS DE TUTELAS INTERES*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/>

CONSTITUCIONAL, C. (20 de MARZO de 2003). *SENTENCIAS TUTELAS INTERES*. Obtenido de [HTTP://corteconstitucional.gov.co](http://corteconstitucional.gov.co)

CONSTITUCIONAL, C. (16 de NOVIEMBRE de 2007). *TODO vLEX*

COLOMBIA. Obtenido de <http://corte-constitucional-vlex.com.co/vid/-43533595>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2013). *SENTENCIAS DE TUTELA DE INTERES*. Recuperado el 2014, de <http://www.corteconstitucional.gov.co>

CORTE CONSTITUCIONAL. (31 de JULIO de 2008). *SENTENCIAS DE TUTELA INTERES*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2012). *SENTENCIAS DE TUTELA INTERES*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2013). *SENTENCIAS DE TUTELAS DE INTERES*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2011). *SENTENCIAS DE TUTELAS INTERES*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co>

CORTE CONSTITUCIONAL. (2012). *SENTENCIAS DE TUTELAS INTERES*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co>

CORTE, CONSTITUCIONAL. (2013). *SENTENCIAS DE TUTELA DE INTERES*. Recuperado el FEBRERO de 2014, de [http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/SENTENCIAS DE TUTELA INTERES.php](http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/SENTENCIAS%20DE%20TUTELA%20INTERES.php)

SENTENCIAS DE TUTELA INTERES. (2013). Obtenido de [HTTP://WWW.CORTECONSTITUCIONAL.GOV.CO](http://WWW.CORTECONSTITUCIONAL.GOV.CO)

REFERENCIAS DE REVISTAS

DINERO, R. (NOVIEMBRE de 2013). *REVISTA DINERO*. Obtenido de DINERO.COM: <http://www.dinero.com/actualidad/nacion/articulo/los-problemas-salud-colombia/188400>

GUERRERO, R. (19 de OCTUBRE de 2013). *NACION*. Obtenido de

<http://www.semana.com/nacion/articulo/reforma-la-salud/361586-3>

SEMANA. (17 de Octubre de 2013). (R. Semana, Ed.) Recuperado el junio de 2014, de www.semana.com

VELASCO, A. A. (JULIO de 2013). *REVISTA VIRTUAL COOMEVA*. Recuperado el 2014, de <http://revista.comeva.com.co/la-crisis-de-la-salud-en-colombia/>

VELEZ, M. (2006). LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO. *DESLINDE* (40).

REFERENCIAS DE PERIÓDICOS

EL COLOMBIANO, E. (16 de Octubre de 2013). Recuperado el 2014, de www.elcolombiano.com/...reforma...salud/senado

EL PAIS. Reventa de medicinas, un negocio enfermizo - El Pais - Cali ...
historico.elpais.com.co/paionline/calionline/notas/.../A405N1.html

Financiación política | ELESPECTADOR.COM

www.elespectador.com/opinion/financiacion-politica-columna-452015

Fiscalía comprobó irregularidades en 40 mil recobros a ...

www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12605571

JIMENEZ, G. (29 de SEPTIEMBRE de 2013). QUIEBRA DE LA SALUD. OTRAS CRISIS QUE SOCIALIZARA PERDIDAS. *EL COLOMBIANO*

O.L, M. L. (NOVIEMBRE de 2013). NO ES MUY BIENVENIDA LA REDEFINICION DEL SISTEMA DE SALUD. *EL PULSO* , pág. 3.

O.L, M. L. (OCTUBRE de 2011). ROL DE LAS EPS A REINVENTARSE O DESAPARECER. *EL PULSO* , pág. 3.

O.L., M. L. (SEPTIEMBRE de 2011). DEBEN CERRAR EPS QUE NO

PAGAN. *EL PULSO* , pág. 3.

O.L., M. L. (JULIO de 2011). ENESIMA ESTRATEGIA PARA AJUSTAR EL SISTEMA DE SALUD. *EL PULSO* , pág. 3.

O.L., M. L. (ABRIL de 2012). EPS MIXTA EN ANTIOQUIA. MODELO PARA RENOVAR REGIMEN SUBSIDIADO EN COLOMBIA. *EL PULSO* , pág. 3.

O.L., M. L. (MARZO de 2011). LEY 1438. OTRO GRAN REMIENDO A LA LEY 100. *EL PULSO* , pág. 3.

O.L., M. L. (JULIO de 2012). SISTEMA DE SALUD. ¿CAMBIO O FUERA? *EL PULSO* , pág. 3.

O.L., M. L. (ENERO de 2012). UN SISTEMA DE SALUD CON MUCHAS VENAS ROTAS. *EL PULSO* , pág. 3.

PANIAGUA, G. (MAYO de 2011). APENAS CODIGO DE BUENAS INTENCIONES PARA RESOLVER LA CRISIS. *EL PUSLO* , pág. 8.

Paul, S. V. (Junio de 2014). www.periodicoelpulso.com/. Recuperado el junio de 2014, de <http://www.periodicoelpulso.com/html/1306jun/index.htm>

PST, C. (1 de julio de 2011). Recuperado el FEBRERO de 2014, de <http://litci.org/inicio/newspaises/america/colombia/2730-la-crisis-del-sector-salud-¡abajo-la-ley-100!>

Pulso, P. e. (NOVIEMBRE de 2011). ASPECTOS ESCENCIALES DE LA LEY 1438. *EL PULSO* , pág. 19.

R, P. (ABRIL de 2011). DEMANDAN LEY 1438 POR INCONSTITUCIONALIDAD. *EL PULSO* , pág. 8.

REDACCION POLITICA. (30 de OCTUBRE de 2012). FRENO A TUTELAS EN RECLAMOS DE SALUD. *EL ESPECTADOR* .

TIEMPO, E. (16 de Octubre de 2013). (Colprensa, Ed.) Recuperado el

2014

TIEMPO, E. (2013). Recuperado el 2014, de www.eltiempo.com

Tiempo, P. E. (s.f.). Obtenido de www.eltiempo.com/politica/.../santos...ley...estatutaria.../salud/1405643

RUEDA, M. I. (s.f.). *EL TIEMPO.COM*. Obtenido de <http://eltiempo.com/politica/>

S.P., P. G. (JUNIO de 2011). 13 AÑOS ADVIRTIENDO DE LA CORRUPCION EN LA SALUD. *EL PULSO* , pág. 10.

S.P., P. G. (JULIO de 2012). 14 AÑOS DE ALERTAS Y PROPUESTAS AL ACRISIS DE LA SALUD. *EL PULSO* , págs. 20-21.

SANTIAGO OLIVARES TOBON. (15 de FEBRERO de 2014). SE ACABA LA EPS COMFENALCO. *Q'HUBO* , pág. 8.