

# Algunos aspectos sobre la situación actual de salud en Colombia y sobre su sistema de seguridad social

Guillermo Restrepo Ch., MD.\*, Juan Carlos González Q, MD\*\*

Son muchas las opiniones que ha generado la Seguridad Social. Han transcurrido casi 10 años desde su implementación y se hace necesario evaluarla, puesto que, de ello depende la salud de los colombianos. Existen algunos hechos que a juicio nuestro permiten ya proponer modificaciones. Los hechos son analizados con la comparación. Por supuesto que al hacerlo se debe tener en cuenta el contexto en el que suceden. En este caso, la Seguridad Social se compara con el Sistema Nacional de Salud, por ser éste el modelo previo.

Vale la pena mencionar que el Sistema Nacional de Salud concebía a esta como un servicio para el ser humano, como un bien social en donde el "derroche" económico se traduce en bienestar. Evidentemente la Seguridad Social ve la salud como un producto comercial. Como tal, el producto es evaluado según las leyes comerciales, donde la rentabilidad financiera cobra un valor inmenso. Ello establece una gran diferencia. Mientras un modelo concibe la salud con un eje central social, el otro la concibe con un eje economicista. Ello es algo que deben definir nuestros políticos. O bien siguen girando en torno a la visión económica o bien vuelven hacia una concepción social.

Por otro lado, existen algunos hechos que deben ser analizados y contestados por el actual modelo de Seguridad Social. Si bien es cierto que a partir de 1993, con la aprobación de la Ley 100, ha habido un aumento muy importante en los aportes dedicados a la Salud (4.8 del % del PIB en 1997 comparado con 1.3 que se destinó en 1993), esto no se ha reflejado en el incremento de coberturas de los servicios medidos en tasas, tal como debería esperarse, puesto que la estructura que se ha creado ha absorbido estos mayores ingresos sin beneficiar a la comunidad. Ello "cuestiona" el manejo financiero que se le ha dado. Gastamos más en la "forma" que en el fondo, queriendo decir con esto que lo lógico es que a más re-

ursos, más prestación (máxime si se necesita), pero lo que ha sucedido es que gastamos más en "administración" que en ofrecer salud.

Hechos que confirman la anterior aseveración (gastamos más y damos menos) son los resultados obtenidos al comparar algunos indicadores:

1. Disminución de las camas disponibles para hospitalización. Comparando 1972 con el año 2000.
2. Disminución de los programas de nutrición. Comparando 1972 con el año 2000.
3. Disminución de las consultas personas año. Comparando 1993 con el año 2000.
4. Disminución de la cobertura de vacunación del año 1990 al año 2000.
5. Incremento de los casos de malaria y dengue de 1990 a 1997.

Grave es a juicio nuestro, que la prestación se disminuya cuando se necesita. En 1993 se hacían diecisiete millones de consultas y había un millón setecientos mil egresos para pacientes pobres en el país. Hoy, al comparar estas cifras por persona, no llegamos al cubrimiento previo. Pero lo más grave, es que en Prevención y Promoción se ha producido un deterioro marcado, medido en niveles de vacunación y en el actual aumento de las enfermedades infectocontagiosas endémicas en nuestro país. La cobertura del actual sistema presenta cifras muy bajas, al compararse con las alcanzadas previamente, ello con las implicaciones de salud correspondientes para la población colombiana.

Así mismo, creemos que el desarrollo efectuado por la Seguridad Social hasta el momento ha dejado en claro que la denominada ineficiencia Estatal, no ha sido corregida por el sector privado. Que la corrupción está presente tanto en el sector público como en el privado, sólo que los mecanis-

\* Ph D. En Salud pública. Director programa de gerencia en salud de la U. Juan N. Corpas.

\*\* Especialista en Medicina Familia Integral. Director del Post grado de Salud Familiar U. Juan N Corpas.

mos del sector público para combatirla, están más claros que en el privado.

Por lo tanto y con un ánimo de construcción, proponemos los siguientes puntos que deben ser tenidos en cuenta para modificar la estructura actual de servicios de salud, partiendo de la base que ésta pertenece a un sector social y no a una parte del aparato financiero y mercantilista del país:

1. El intermediario financiero ARS debe desaparecer, siendo absorbido por el sector oficial en sus diferentes niveles. Este mismo sector tendrá como criterio para afiliarse al plan subsidiado, el de lograr una cobertura total de los estratos 1 y 2 (abolir el SISBEN) y creará un seguro de servicios complementarios voluntario para afiliarse a toda la población colombiana sin ninguna restricción y con un aporte de acuerdo con estudios actuariales que se hagan al respecto.
2. La promoción y prevención de salud se convierte en un programa a cargo del Estado y éste asumirá la administración del mismo a todo nivel.
3. El Plan Obligatorio de salud debe ajustarse anualmente de acuerdo con los perfiles epidemiológicos del país y los recursos financieros disponibles.
4. Las EPS no pueden prestar servicios.
5. Los prestadores de servicio de salud, serán escogidos en forma libre por los usuarios, los cuales pasarán su solicitud de adscripción de IPS a EPS y debe ser respetada siempre y cuando lleven mínimo una permanencia de un año y un número determinado de usuario. La red pública debe ser vigorizada para prestar sus servicios al plan subsidiado.
6. La red de prestación pública deberá competir con las redes privadas, permitiendo que sea el usuario, a través de la libre escogencia, quien decida a donde acudir.
7. La droga será genérica, de precios únicos y comercializada a través del Estado.
8. Las EPS serán entidades exclusivamente aseguradoras del plan contributivo con unos gastos máximos de administración del 7 por ciento.
9. Debe haber tarifas únicas establecidas por el Ministerio de salud para la prestación de servicios, las cuales no serán negociables.

10. La facturación la pagarán las EPS ocho días después de presentada la cuenta; si hay glosas, éstas se deben resolver 8 días después de contestadas, si no hay acuerdo entre las partes se nombrará un comité de arbitraje quien impondrá una multa proporcional al valor de la glosa a la parte responsable.

11. El sistema de información será único y entregado por el Estado.

El surgimiento, desarrollo y fracaso de las ARS permitió que un sector importante de colombianos quedaran desprotegidos por un tiempo importante. Permitted que surgieran las IPS de "garaje" y debilitó la red pública, es decir, la red de todos los colombianos, a través de una competencia desleal. El Estado mostró incapacidad para vigilarlas (Superintendencia ineficaz) y permitió el mal uso de los recursos asignados.

A los pobres se les conoce. ¿Para que un SISBEN?. De hecho ha sido más peligrosa su aplicación en salud ya que ha dejado por fuera, en muchos casos, aquellos que lo requieren y colocado "adentro" a quienes no lo necesitan.

Los programas de promoción y prevención deben ser colectivos y masivos, por consiguiente deben ser manejados por una sola instancia. Ello permite definir una planeación más canalizada y por ende con mejores resultados.

El cubrimiento en salud debe darse con lo que se tiene y con lo que se puede. Si se proponen "ideales" que no se pueden cumplir, entonces se permite que surjan dos fenómenos: por un lado el "engaño", por otro, la percepción de fracaso. Ambos son deletéreos para un país.

Las EPS no pueden ser juez y parte en un sistema de prestación. Ellas no pueden convertirse en monopolios, ya que al hacerlo, lo financiero puede "subyugar" a la prestación, dejando desamparado al paciente.

Todo prestador debe cumplir con unos requisitos mínimos para prestar. Estos deben ser "reales" y no ideales y se les deben exigir a todos.

El sector público debe competir con el privado en la calidad de la prestación. Solo así se mantendrá el estímulo para mejorar. El paciente debe ser el juez en estos casos, a través de la libre escogencia.

No pueden existir dudas acerca de los medicamentos. Estos deben tener una calidad demostrada ante el Estado.

La administración debe estar "limitada" en relación con sus costos. Esos límites deben ser exigidos a lo público y a lo privado. Cuando la administración gasta más, se da menos prestación.

Las tarifas deben ser únicas y no negociables. ¿Cómo negocia una IPS con una EPS cuando necesita el contrato?

Las glosas reflejan incompetencia de algunas de las partes. Esto debe ser corregido drásticamente, ya que encarece costos por negligencia, por tanto, el ocasionante debe asumir esos costos.

El sistema de información debe ser simple, sencillo y universal. El Estado debe dar instrucciones sencillas de su uso. Su complemento le corresponde a los entes respectivos.

En síntesis, nuestra posición se acerca a la concepción de la salud como un servicio social y no como un negocio. Incluso bajo el esquema de la Seguridad Social se puede llegar a esta concepción.

Estas modificaciones a nuestro juicio... nos acercan a ello.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Banco mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1.993. Invertir en salud, Indicadores del desarrollo mundial. Washington D.C. 1.993.
2. Boletín informativo PAI. Programa ampliado de inmunización. Año XXII, Número 6. Diciembre de 1.999. OPS Washington D.C.
3. Currie L y cols. Bases de un programa de fomento para Colombia. Banco de la República. Talleres Editoriales de la Librería Voluntad. Bogotá. Colombia 1.951.
4. Currie L. Ensayos sobre planeación. Ediciones Tercer Mundo. Bogotá. 1.963.
5. Blanco JH y cols. Fundamentos de la Salud Pública. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín. Colombia 1.997.
6. Constitución política de Colombia de 1.991. Décimo primera edición corregida. Editorial Unión. Santa Fé de Bogotá 2.000.
7. Hanlon JJ., Principles of Public Health, Third Edition. The C.V. Mosby Company. 1.960.
8. Immunization Against Infectious Disease. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service. 1.966.
9. Ordoñez A. Informe al Honorable Congreso de la Republica. Imprenta del Instituto Nacional para programas especiales de Salud. Bogotá. 1.969.
10. Orjuela R. Informe al honorable congreso de la republica. Imprenta del Instituto Nacional de Salud. Bogotá. 1.977.
11. LEY 100 de 1.993. La Seguridad Social en Colombia. Ministerio de Salud. Impreso en Dupligráficas Ltda. Bogotá D.C. 1.994.
12. Manual de procedimientos de planeamiento del hospital. Asociación Americana de Hospitales. 1.959.
13. Mazuera ME., Epidemiología Básica. Tercera Edición. Impreso en L. Vieco e Hijas Ltda. Medellín. 1.998.
14. Rosenau M. Preventive Medicine and Public Health. Ninth Edition. Meredith Publishing Company. New York 1.965.
15. Bersh D. Manual del vigia de la salud. Ministerio de Salud. Ministerio de Educación. I.C.B.F. OPS – OMS. UNICEF. 1.985.
16. García E. Planeamiento de hospitales. Ministerio de Salud. División de Atención Médica. Bogotá D.E. 1.971.
17. Programa para 40 distritos integrados de salud. Anexo 3. Ministerio de Salud Pública. Bogotá D.E. 1.962.
18. Programación de salud. Programas conceptuales y metodológicos. OPS – OMS. 1.965.
19. Restrepo G y cols. Sistema nacional de salud. Políticas, objetivos, estrategias y estructura. Ministerio de Salud Pública. Bogotá D.E. 1.974.
20. Situación nutricional de la población colombiana en 1.977 - 1.980. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá D.E. 1.982.
21. Las condiciones de salud en las américas 1.981 – 1.984. OPS – OMS.
22. Parra F, Leyla y cols. Evaluación del Proceso de descentralización de Colombia en Salud con énfasis en los Departamentos de Antioquia, Cundinamarca y Quindío de 1.986 a 1.996. Trabajo de Grado de Gerencia en Salud. Escuela de Medicina Juan N. Corpas. Santa Fé de Bogotá D.C. 1.998.
23. Primer congreso colombiano de salud pública. Sociedad Antioqueña de Salud Pública. Editorial Bedout. Medellín 1.962.
24. Restrepo G cols. Desarrollo de la Salud Pública y de la Seguridad Social en Colombia. Innosalud Ltda. Orión Editores. Santa Fé de Bogotá D.C. 1.998.
25. Rey J., Método Epidemiológico y salud de la comunidad. Editorial Interamericana – McGraw Hill. Primera reimpresión Madrid. 1.992.
26. Yopez L, Francisco J. La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud. Tomos I y II. Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Planeación. Editorial Presencia Ltda. Bogotá D.E. 1.990.
27. Página Web del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). 30 de Junio de 2.001.
28. Página Web del Departamento Nacional de Planeación. (DNP) 1° de Julio de 2.001.
29. Página Web del Ministerio de Salud. 30 de Junio de 2.001.