

La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad?

Carlos Alberto Botero López;

Médico, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Gobernador de Risaralda, Pereira, Risaralda, Colombia. Presidente de la Federación Nacional de Departamentos.

Lina Beatriz Rendón Torres;

Odontólogo, Especialista en Gerencia de Salud y en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Secretaria de Salud Departamental, Gobernación de Risaralda, Pereira, Risaralda, Colombia.

Alberth Cristian Herrera Giraldo.

Médico, Especialista en Gerencia de Sistemas de Salud y en Gerencia de Calidad y Auditoría en Salud, Aspirante a Magister en Salud Pública. Director Operativo de Salud Pública, Gobernación de Risaralda, Pereira, Risaralda, Colombia. Docente Asociado, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

Correo electrónico: cristian.herrera@risaralda.gov.co

Health in Colombia: A health or a disease system?

En Colombia, el Sistema de Salud y Seguridad Social dista mucho de ser un esquema basado en la promoción y prevención y se acerca más a un modelo que privilegia la enfermedad por encima de todo.

Más aún, en los casi veinte años de vigencia de la Ley 100, la salud en nuestro país terminó por convertirse en negocio económico, en donde la influencia del gobierno es desplazada por algunas empresas aseguradoras que son más bien intermediarias financieras. En este contexto, las EPS no asumen el rol de asegurar y administrar el riesgo como les corresponde.

Y como un hecho paradójico, mientras más recursos se destinan por parte del Estado y la empresa privada al sector salud, han ido en aumento las quejas de los usuarios, la quiebra de los hospitales y la problemática de las EPS, mientras que millones de colombianos no tienen acceso a este derecho fundamental.

Hoy por hoy las cifras relacionadas con el sector salud en Colombia, evidencian que algo grave está pasando. La deuda de todos los actores del sistema con los hospitales públicos asciende a \$3,8 billones (1) lo cual ha llevado a que el 40% de estos estén en riesgo financiero, según categorización del Ministerio de Salud y Protección de Salud (2). Diez y nueve EPS del régimen subsidiado está intervenidas o en régimen de vigilancia especial, 10 EPS del régimen contributivo y 9 cajas de compensación están en igual situación y en los despachos judiciales se han tramitado más de 1.100.000 tutelas en los últimos años buscando amparar el derecho a la salud. El 68,2% de las tutelas se relacionan con servicios del Plan Obligatorio de Salud, POS (3).

Y hay que decir con claridad que el problema no es falta de recursos económicos, porque nunca como ahora se han destinado tantos recursos al sector. En Colombia se invierten cerca de un 7% del PIB a la salud (4), es decir más de \$31 billones, que sumados a los \$9 billones del sector privado, se estima que en el mercado están rodando más de \$40 billones para este sector.

Con un POS unificado de \$550.000, que es lo que paga en el régimen contributivo, para brindar salud a 46 millones de colombianos se necesitarían \$26 billones aproximadamente,

Recibido : 31-10-2012.

Aceptado : 01-11-2012.

lo quiere decir que ahí está el dinero para garantizar este derecho. Sin embargo, de cada \$1 que el Estado coloca para la salud más o menos 45 centavos llegan al usuario, mientras que antes de la Ley 100, eran unos 85 centavos.

Resulta claro entonces que el problema de la salud no es de recursos, pero sí de un muy mal manejo, derroche, corrupción e ineficiencia con que han manejado estos recursos por parte de intermediarios que se han lucrado con la salud pública, a lo que se suma una falta de control.

Otro problema importante de nuestro actual sistema es la regulación incompleta para soportar el comercio de un bien público como es la salud; La regulación del Sistema no puede ser desarrollada por un ente centralizado y poco operativo como es la Superintendencia de Salud; los problemas en la regulación abordan varios problemas claves como los precios de los Insumos médicos y medicamentos, la calidad de la atención y el servicio, la administración de las EPS (5).

Pero quizás el problema más grave es que el modelo actual, de manera perversa, se basa en la enfermedad, no en la salud, de tal suerte que los gerentes de hospitales han visto reducido su papel al de mercaderistas empeñados en lograr que las EPS les paguen y en muchas ocasiones se ven también obligados a aceptar glosas, rebajas y largos plazos para obtener lo que por derecho debía recibir. Para completar, éstos funcionarios son calificados bien si hay más enfermos que atender en sus instituciones sin tener en cuenta las desventajas competitivas que tienen los hospitales públicos respecto del sector privado.

Cuando nos acercamos a dos décadas de la promulgación de la Ley 100 de 1993, ya es hora de emprender una verdadera reforma estructural que cambie un modelo de salud y seguridad social en el país, que ha demostrado ser un fracaso y que ha estado lejos de garantizar una adecuada atención en salud para los colombianos.

Frente a este estado de cosas, desde la Gobernación de Risaralda y la Federación de Gobernadores, estamos proponiendo un verdadero revolcón, que cambie el modelo de salud de los colombianos y les garantice una verdadera calidad de vida. Se trata de un modelo de salud basado en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud que tiene como eje la Atención Primaria en Salud. Nada logramos con sanar a una persona si la debemos regresar a un entorno social, ambiental, cultural o físico que la enferma.

Para ello se requieren hospitales inteligentes: financieramente viables, responsables con el medio ambiente y el entorno, centrados en las personas y con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, pues solamente el 30% de los determinantes de la salud están en la atención médica y en la herencia, el 70% restante depende más del manejo del saneamiento básico ambiental, del agua potable, del entorno y de los estilos de vida (6). Recuperar y reglamentar de forma inmediata la Atención Primaria en Salud desde una mirada intersectorial, garantizando atención por Unidades Espacio Población Definidas y delimitadas con un enfoque

de medicina familiar y comunitaria; Generar incentivos para las personas que participen de las acciones de Detección Temprana de las alteraciones a la salud y que tengan estilos de vida saludables y sobre todo garantizar y alfabetizar en el goce efectivo de la atención en salud como derecho fundamental de la Humanidad.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Zuluaga OL. Presidenta Ejecutiva de ACESI, 2012.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2509 del 2012. Por la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial y se efectúa la categorización del Riesgo para la vigencia 2012. <http://www.minsalud.gov.co>. [En línea] 2012. [Citado el: 10 de 10 de 2012.] <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%202509%20de%202012.pdf>.
3. Defensoría del Pueblo de la República de Colombia. La tutela y el derecho a la salud 2009. Bogotá: La Defensoría, 2010.
4. Banco Mundial. Datos. Gasto en salud, total (% del PIB) 2007-2011. [En línea] 2012. [Citado el: 01 de 10 de 2012.] <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>.
5. Chernichovsky D, Guerrero R, Martínez G. La Sinfonía Incompleta: La Reforma al Sistema de Salud de Colombia. Working Paper. <http://www.proesa.org.co>. [En línea] 2012. [Citado el: 01 de 10 de 2012.] http://www.proesa.org.co/proesa/images/docs/The%20Incomplete%20Symphony_Span_27Sep12.pdf.
6. Pineault R, Develuy C. La Planificación Sanitaria. Barcelona: Masson, 1995. ISBN 968753529-6.