

Sistema General de Seguridad Social en Salud y decretos de emergencia social: negación del cuidado de la salud

General Public Health Security System and social emergency statutes: refusal of health care services

Sistema Geral de Segurança Social em Saúde e decretos de emergência social: negação do cuidado da saúde

Herly Ruth Alvarado Romero*

Maribel Pinilla Alarcón**

Sandra Mónica Rodríguez Colmenares***

Edilma Marlén Suárez Castro****

* Enfermera; magíster en Política Social; profesora, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: herly.alvarado@javeriana.edu.co

** Enfermera; profesora de Enfermería Clínica, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: mpinilla@javeriana.edu.co

*** Enfermera; profesora de Enfermería Clínica, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: smrodriguez@javeriana.edu.co

**** Enfermera; magíster en Estudios Políticos; profesora de Enfermería en Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: emsuarez@javeriana.edu.co

*Una cosa no es justa por el hecho de ser ley.
Debe ser ley porque es justa*

Montesquieu

El sistema de salud colombiano y los decretos de emergencia social han centrado su accionar en el equilibrio y la rentabilidad financiera del mercado de la salud, y han buscado asemejar las coberturas de aseguramiento y carnetización con el derecho a la salud, olvidando que la salud de la persona está determinada socialmente por el acceso a la educación, la nutrición, la vivienda, el trabajo, el salario justo, la recreación, los servicios públicos y los servicios de salud, entre otros.

Además, en el actual sistema de aseguramiento, la salud ha dejado de ser un bien público de responsabilidad del Estado para convertirse en un producto del ámbito privado, responsabilidad de la persona y su familia, ignorando, como lo menciona Asa Cristina Laurell que “el carácter público de un bien se determina a partir de que la sociedad lo considera valioso y/o socialmente prioritario y decide asumirlo y financiarlo colectivamente” (1). En este sentido, la política del sector salud actualmente es más una política de regulación del mercado, con un impacto negativo en la salud pública.

1. Cuidado de la salud

En *Ser y tiempo*, Heidegger describe el cuidado de una manera individual, subjetiva y psicológica como la estructura básica del ser humano, una parte existencial y moral. Para este autor el cuidado es esencial para entender al ser humano. El yo es cuidado: significa que nos entendemos y cuidamos de nosotros mismos. El cuidado de la salud sitúa a la persona en el centro de la acción y se convierte en una obligación moral de los

profesionales de la salud (2). Por lo tanto, el cuidado de la salud es la base de todo sistema sanitario; se brinda al ser humano, a su bienestar y a la preservación de su dignidad. En él se reconoce a la persona humana como un ser digno y un ciudadano sujeto de derechos.

El cuidado de la salud se desarrolla en el marco del derecho a la salud como derecho humano fundamental, inherente a la persona que busca el bienestar físico, mental y social del ser humano y supone un conjunto de obligaciones para el Estado. El derecho a la salud tiene como principios la igualdad, la accesibilidad, la gratuidad y la equidad. Esta última debe ser entendida como el acceso a recursos y servicios de salud que respondan a las necesidades de los diversos grupos de la población y en la que la distribución de los recursos financieros, técnicos y humanos se base en necesidades individuales y colectivas. En este sentido, la Constitución Política de Colombia (3) reconoce la dignidad humana, la ciudadanía y el derecho a la salud en los artículos 1, 49, 94 y 366, en los que establece:

El cuidado de la salud es la esencia y razón de ser de la profesión de enfermería, el reconocimiento y respeto de la dignidad humana y de los derechos humanos sus principios orientadores, según lo establece el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería para la profesión de enfermería: “Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto” (4), la Ley 266 de 1996, artículo 2º, parágrafo: “La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos”, y artículo 20: “Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas



y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición” (5), y la Ley 911 de 2004, artículo 9º : “Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica” (6).

Pese a que la formación de las profesiones de salud se basa en el cuidado de la salud, la ética profesional y el derecho a la salud, y a que Colombia ha suscrito los derechos humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, los ha vinculado en la Constitución Política y se ha comprometido a garantizar el derecho a la salud, en la práctica la realidad es diferente; la salud se ha dejado en manos del sector privado, como un bien del mercado donde prima la rentabilidad financiera sobre la dignidad del ser humano, su derecho a la salud, y se limita el accionar de los profesionales de la salud para favorecer los márgenes de ganancia de las empresas aseguradoras. Así lo demuestran varios estudios realizados por la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad de Antioquia, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, entre otros.

Si bien es cierto que el sistema de salud colombiano ha experimentado diversas reformas, entre ellas la Ley 1122 de 2007, el surgimiento del Plan Nacional de Salud Pública, un sin número de decretos, acuerdos y resoluciones, todos ellos, junto con los recientes y polémicos *decretos de emergencia social*, profundizan el modelo de mercado y vulneran el derecho humano a la salud.

1.1. Rentabilidad financiera vs. dignidad humana

En los años 2007 y 2009, la Defensoría del Pueblo publicó dos informes sobre *las tutelas*

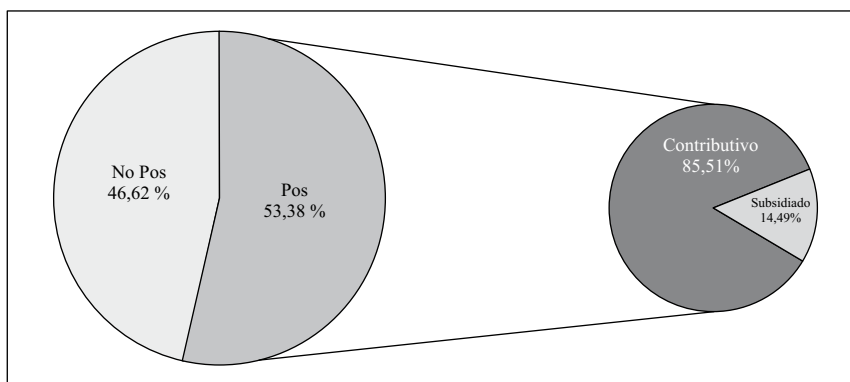
y *el derecho a la salud* (7), y encontró que el 56,4% en el 2007 y el 53,4% en el 2009 de las solicitudes incluidas en las tutelas se refieren a servicios que se encuentran en el POS, de las cuales el 85,5% corresponde al régimen contributivo, como se observa en las gráficas a continuación.

Los dos informes elaborados por la Defensoría del Pueblo muestran cómo la acción de tutela es el único mecanismo que tienen los ciudadanos colombianos, en su mayoría del régimen contributivo, para que las empresas promotoras de salud (EPS) les permitan tener acceso a servicios de salud a los que tienen derecho por estar incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y por el que han pagado previamente. Pese a que los decretos de emergencia social responsabilizan de la crisis financiera del sector a los fallos positivos de las acciones de tutela, los informes de la Defensoría del Pueblo señalan lo contrario.

Otro estudio, titulado *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera* (8), elaborado por la Universidad de Antioquia, la Universidad Industrial de Santander y la Procuraduría General de la Nación, y publicado en el año 2009, llegó a conclusiones que permiten comprender la complejidad de la crisis y los alcances perversos del mercado de la salud. El estudio encontró:

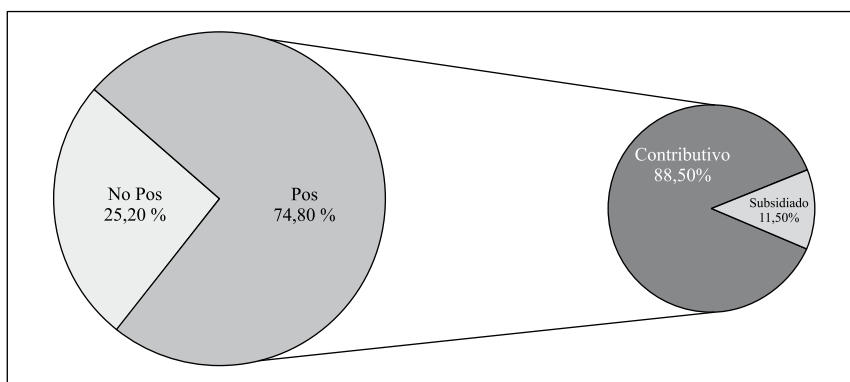
- La dinámica del mercado y la competencia enfatizan la búsqueda de la rentabilidad financiera, sin importar los medios que sean necesarios para lograrlo, lo que lleva a prácticas y conductas que atentan contra la ética, los derechos, los deberes, los principios y los valores públicos.
- El acceso y la calidad se limitan por las estrategias de contención de costos y de rentabilidad financiera.

GRÁFICA 1
CONTENIDOS POS EN LAS TUTELAS



Fuente: Colombia, Defensoría del Pueblo (2009).

GRÁFICA 2
CONTENIDOS POS EN CIRUGÍAS



Fuente: Colombia, Defensoría del Pueblo (2009).

- Las deficientes condiciones laborales coartan la autonomía del personal de salud y generan dilemas éticos en las decisiones en salud.
 - Debilidad del gobierno central y de los entes territoriales.
 - Un sistema de vigilancia y control infeccioso.
 - EPS centradas en la rentabilidad financiera.
 - Surgimiento de antivales.
 - La decisión y la acción de los profesionales de la salud están mediadas, intervenidas, orientadas y dirigidas por criterios financieros y administrativos, lo que no da opción de tratamientos acordes con el diagnóstico y la situación de salud de la población.
- Por su parte, el Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia

publicó en el año 2009 los resultados del estudio titulado *Itinerarios Burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada* (9), y obtuvo hallazgos que pueden articularse perfectamente con los informes de la Defensoría del Pueblo y de la Universidad de Antioquia. Algunas de sus conclusiones son:

- Las negaciones más comunes de atención incluyen citas médicas, exámenes de laboratorio o tratamientos.
- Tanto las compañías de seguros como las instituciones prestadoras de servicios utilizan la estructura legal del sistema para justificar los diferentes tipos de negaciones.
- La atención gerenciada en Colombia ha creado burocracias complejas que retrasan y limitan la atención por medio de mecanismos de contención de costos, lo cual ha dado como resultado consecuencias deletéreas para la vida de las personas.
- Los nuevos itinerarios del sistema de atención gerenciada en Colombia son demandas obligatorias administrativas, financieras y jurídicas que se imponen a los pacientes para acceder a los servicios o recibir una atención adecuada.
- El sistema de salud del país debería ser considerado, en sí mismo, como una barrera de acceso estructural.

Otra evidencia del negocio de la salud en Colombia fue reportada en mayo de 2009 por la *Revista Semana* (10). De acuerdo con dicha publicación, dentro de las empresas más grandes del país se encuentran varias EPS, situación que ya había sido identificada en años anteriores y publicada también por esta revista. Las cifras pueden observarse en el cuadro 1.

2. Acceso a servicios de salud vs. derecho a la salud - Coberturas de aseguramiento vs. derecho a la salud

El derecho a la salud, que debe entenderse como un derecho al disfrute de toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el nivel más alto posible de salud, es de competencia del Estado; éste debe garantizar el desarrollo y la sostenibilidad de un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para su disfrute, a través de un conjunto de medidas complementarias como el reconocimiento jurídico, la formulación de políticas en materia de salud, y la aplicación de programas de salud, entre otras.

En cuanto a su exigibilidad, según Fried Van Hoof y Asbjorn Eide, existen varios *niveles* de obligaciones estatales que caracterizarían el complejo que identifica el derecho, en este caso el de la salud: obligaciones de respetar, obligaciones de proteger, obligaciones de asegurar y obligaciones de promover el derecho. También es preciso considerar que los derechos sociales, económicos y culturales no requieren solamente obligaciones de garantizar o de promover, sino que además exigen un deber de respeto o de protección del Estado.

El derecho fundamental a la salud implica entonces la posibilidad de acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, la protección de esos derechos de salud por los órganos de vigilancia y control, la protección del derecho a la información como parte del goce del derecho a la salud, y la disminución de las acciones de tutela como indicador de gestión en salud; no sólo el aseguramiento del flujo de recursos al sistema.

CUADRO 1
LAS 100 EMPRESAS MÁS GRANDES DE COLOMBIA – SECTOR SALUD

Puesto sector	Empresa	Ventas 2008		Utilidad Operacional		Utilidad Neta		Puesto 2008
		Dic. 2008	Var. (%)	Dic. 2008	Var. (%)	Dic. 2008	Var. (%)	
1	Saludcoop EPS (12)	2.966.884	21,1	120.141	184,4	24.092	12,2	18
2	Coomeva EPS (18)	1.528.147	15,2	9.149	77,9	6.370	-46,1	30
3	Salud Total	819.226	16,9	-2.076	-149,6	10.043	-9,4	62
4	Susalud	687.460	15,3	-19.443	-855,7	-5.976	-154,0	78
5	EPS Sanitas	607.624	21,6	-6.335	-1,0	-5.608	-116,9	88
6	Colsanitas	517.424	10,9	14.752	1,8	20.506	69,0	109
7	Coomeva Medicina Prepagada (40)	344.158	11,6	2.369	133,6	2.791	150,8	170
8	Clínica Colsanitas	306.774	19,7	13.452	200,2	7.579	-8,1	183
9	Colmédica EPS	238.419	14,2	-746	-560,2	952	-31,4	244
10	Colmédica Medicina Prepagada	213.132	37,9	6.437	-29,6	6.421	-39,4	272

Fuente: Revista Semana (2009).

Para la garantía del derecho a la salud se requiere, por lo tanto, una voluntad política clara, la participación de diversos sectores del país —no sólo del sector salud—, y la intervención positiva y oportuna de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, llama la atención cómo el modelo del mercado ha buscado durante los 16 años de vigencia del sistema de aseguramiento en Colombia equiparar el derecho a la salud con el aseguramiento y la carnetización de la población, bien sea en el régimen contributivo, o bien sea en el régimen subsidiado. Estos regímenes tienen coberturas diferentes en el plan de beneficios, según la capacidad de pago del ciudadano y con exclusión de patologías denominadas no POS, como si las personas tuvieran la oportunidad de escoger de qué enfermarse.

Según el *Informe de Coyuntura 2003*, elaborado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional, el 66% de la población se encontraba en la línea de pobreza, es decir, “un total de 29 millones de personas con ingresos insufi-

cientes para adquirir una canasta básica de bienes” (11). Sin embargo, según el DANE y el Departamento Nacional de Planeación, entre los años 2002 y 2006 la pobreza cayó en 11 puntos porcentuales, al pasar del 56 al 45%, reduciéndose el número de pobres de 22,39 millones a 18,94 millones (cifras cuestionables y que deben servir para analizar el concepto de pobreza en el modelo de mercado, más aún cuando en Colombia de cada 100 personas que trabajan informalmente, 88 no tienen seguridad social, de las cuales la mayoría son mujeres). En julio de 2009 el DANE reportó 12,6% de desempleo en todo el país (2'665.000) 1,5 puntos más que el mismo mes de 2008; para las 13 áreas metropolitanas la cifra fue de 12,8% (1'330.000 desocupados) (12).

De acuerdo con estos antecedentes, en mayo de 2008, la Procuraduría General de la Nación presentó los resultados del estudio *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud* (13), en el que concluye



que pese a las innumerables reformas y ajustes que ha sufrido el modelo, éste sigue planteando interrogantes sobre su idoneidad para satisfacer integralmente el derecho a la salud de la población, e indica los elementos mínimos que debe tener la política de salud colombiana para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos:

- (i) Que el sistema de salud no se limite a atender la enfermedad, sino que también trate los factores subyacentes y determinantes de la salud; (ii) que el diseño y funcionamiento de dicho sistema respete ciertos principios básicos comunes a los derechos humanos, como el deber de transparencia, la participación, la rendición de cuentas y el respeto a las diferencias culturales y a los principios de igualdad y de no discriminación; (iii) que cuente con un sistema de información, de indicadores y metas, en perspectiva de derechos humanos, que permita evaluar con claridad los avances y retrocesos en la satisfacción del derecho a la salud; (iv) que el Estado promueva sistemas de financiación adecuados y equitativos que canalicen los recursos necesarios para lograr una satisfacción progresiva, pero cada vez más plena e integral, del derecho a la salud; y (v) que la política de salud satisfaga los contenidos básicos directamente exigibles del derecho a la salud.

Finalmente, podemos concluir que el Sistema General de Seguridad Social en Salud no garantiza el derecho a la salud, no reconoce la dignidad humana, bien sea del sujeto de cuidado, o bien sea del trabajador de la salud. Además, las medidas que se quiere implementar con los decretos de emergencia social sólo favorecen a quienes desde hace 16 años se vienen lucrando con el negocio de la salud.

Se requiere el reconocimiento del imperativo ético de responder a las necesidades de la sociedad en el contexto de los derechos humanos universales que Colombia se ha comprometido a garantizar. El país necesita una política social que garantice los derechos humanos, sociales económicos y culturales de la población, porque “la democracia depende del respeto a la libertad de expresión, las elecciones y el principio de la mayoría; pero para que funcione, depende también de ciertas condiciones sociales mínimas que permitan la construcción de ciudadanía” (14). No es posible la democracia sin justicia social.

Referencias bibliográficas

1. Laurell AC. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. *Revista Nueva Gaceta*. 2000; 1(1).
2. Torralba F. *Antropología del cuidar*. España: Mapfre; 1998. p. 312.
3. Constitución Política de Colombia, artículos 1º, 49, 94 y 366; 1991.
4. Consejo Internacional de Enfermería. Código de Ética de Enfermería. Elemento del Código No. 1: La enfermera y las personas. Disponible en <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>
5. Ley 266 de 1996, artículos 2º y 20.
6. Ley 911 de 2004, artículo 20.
7. Colombia, Defensoría del Pueblo. *La tutela y el derecho a la salud*. Periodo 2006-2008. Bogotá, 2009. p. 56 y 59.
8. Colombia, Procuraduría General de la Nación. *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. 2009. p. 228-35.
9. Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. *Itinerarios Burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada*. 2009. p. 7-15.
10. *Revista Semana*. Las 100 empresas más grandes de Colombia. 2 de mayo de 2009. p. 224. Disponible

en: <http://www.semana.com/noticias-economia/100-empresas-grandes-colombia/123450.aspx>

economiahoy/2009-05-16/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR_PORTA-5194655.html

11. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Informe de Coyuntura 2003, 2004; p. 14.
12. Correa, J. Expertos aseguran que el trabajo informal en Colombia va en aumento debido a la crisis. Portafolio, 10 de febrero de 2010. Disponible en: <http://www.portafolio.com.co/economia/>
13. Colombia, Procuraduría General de la Nación. El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud. Bogotá, 2008. p. 190.
14. Sánchez R. Política, democracia y ciudadanía. Revista Desafíos. 2003; (9).

