

# **Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano**

---

## **Decision related conflicts in health care. Ethics, constitutional rights and responsibilities faced with the financial profitability of the Colombian health care system**

---

## **Dilemas nas decisões na atenção em saúde. Ética, direitos e deveres constitucionais frente à rentabilidade financeira no sistema de saúde colombiano**

Gloria Molina Marín\*, Julián Vargas Jaramillo\*\*, Iván Felipe Muñoz Echeverri\*\*,  
Juan José Acosta Gómez\*\*, Diego Sarasti Vanegas\*\*\*,  
Yomaira Higueta Higueta\*\*\*, Argiro Berrío Castaño\*\*\*\*,  
Francisco Arcieri Saldarriaga\*\*\*\*, Blanca Nubia Carvajal Mejía\*\*\*\*,  
Andrés Ramírez Gómez\*\*\*\*, Flor de María Cáceres Manrique\*\*\*\*,  
José Albeiro Pulgarín Cardona\*\*\*\*\*, Margarita Quiroz Arango\*\*,  
Beatriz Elena Londoño\*\*

---

\* Docente, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.  
Correo electrónico: molinag@guajiros.udea.edu.co

\*\* Docentes, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.  
Correo electrónico: jvargas@guajiros.udea.edu.co

\*\*\* Docentes, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: ivanfeli9@yahoo.es

\*\*\*\* Profesionales, Procuraduría General de la Nación, Regional Antioquia.  
Correos electrónicos: argiroberrio@latinmail.com, aberrio@procuraduria.gov.co

\*\*\*\*\* Docente, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander. Correo electrónico: fmcacer@uis.edu.co

\*\*\*\*\* Docente, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín.  
Correo electrónico: japulgarin@unalmed.edu.co

## 1. Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano se da como parte de la reforma del Estado orientada internacionalmente bajo directrices neoliberales, las cuales privilegian la privatización, el mercado y la competencia, la reducción del rol del Estado y la descentralización por la cual se transfieren responsabilidades de la gestión en salud a los municipios (1-7). El SGSSS está conformado por un grupo amplio de actores, entidades públicas y privadas vinculadas al aseguramiento y la prestación de servicios. El Estado asume la función de rectoría, vigilancia y control y delega funciones de aseguramiento y prestación de servicios en aseguradoras y prestadoras públicas y privadas, así como en los gobiernos departamentales y municipales (8). Aunque en teoría cada actor tiene su función definida, en la práctica las funciones se sobreponen.

El estudio del SGSSS puede apoyarse en la teoría de juegos y en la teoría de las decisiones. La primera permite analizar las decisiones, sus entornos e interacciones. Según Morton, los hombres actúan a veces unos contra otros, a veces cooperan entre ellos, tienen distintos grados de información uno acerca de otro, y sus aspiraciones les conducen a obstaculizar o a cooperar (9). Por su parte, Fernández (10) argumenta que se pueden analizar las decisiones en contextos característicos de muchos fenómenos sociales: situaciones en las que el resultado de las acciones de cada tomador de decisiones depende crucialmente de las acciones de los otros. Puesto que en los juegos las decisiones de unos jugadores, que actúan conforme a sus propios deseos e intereses, influyen en el resultado de las acciones de otro jugador, se deben considerar los deseos de aquéllos al tomar sus decisiones. Estas interacciones estratégicas son importantes en muchos problemas sociales, en los cuales intervienen varios actores. En

cuanto a la teoría de las decisiones, Schauer (11) sostiene que cuando se toman decisiones en la vida cotidiana, gran parte de las acciones o actividades por las que se opta se ven influidas por reglas de muy diferentes tipos. La presión que ejercen las reglas de juego y las normas sobre las conductas difieren en cada caso: algunas cierran por completo el camino que se pretende tomar; otras colocan incómodos obstáculos que deben sortearse para alcanzar los objetivos que se persiguen, mientras que otras sólo son tomadas en cuenta cuando resultan útiles para la obtención de ciertos fines.

El análisis del SGSSS se puede apoyar además en el enfoque de Principal-Agente (12), en el cual un ente denominado *principal* (Ministerio de Salud) encomienda a un *agente* (secretarías departamentales y municipales, aseguradoras públicas y privadas, entre otros) responsabilidades, con el fin de que éste las realice en nombre del principal, con el propósito de lograr mayor acceso y calidad de servicios públicos. Sin embargo, uno de los problemas de la relación Principal-Agente es la *información imperfecta o asimétrica* (13), dado que el agente antepone sus intereses y no actúa en favor de los propósitos del principal.

Este artículo es parte de un estudio realizado para analizar la dinámica de las decisiones en la atención en salud en el SGSSS colombiano, con el objetivo de comprender los aspectos que intervienen en las decisiones clínicas y administrativas y su relación con el acceso y la calidad de los servicios. Los hallazgos muestran que las decisiones en la atención en salud están influenciadas por aspectos personales, profesionales e institucionales de los diferentes actores del sistema, donde priman los intereses de lucro de los actores privados y la imposición de mecanismos de contención de costos por parte de las aseguradoras privadas, y se niegan los



derechos y deberes en salud establecidos en la Constitución Política de Colombia de 1991 (en adelante CPC-1991), con lo cual se limita el acceso y la calidad de los servicios.

## **2. Metodología**

La investigación se llevó a cabo en seis ciudades, tomadas como casos (14,15), las cuales tienen diferente condición socioeconómica, política, cultural e institucional: Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Leticia. Se adoptó una metodología de investigación cualitativa, siguiendo el análisis sistemático de la información propuesto por la Teoría Fundada (TF) (16,17). Se identificaron y entrevistaron profesionales de la salud (médicos, enfermeras, administradores) que estuvieran bien informados y que tuvieran amplia experiencia en el sector, vinculados a la atención directa de pacientes y/o a labores administrativas o directivas de niveles intermedios y estratégicos, vinculados también a instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud de carácter público o privado y de los entes territoriales. Se realizaron, en tres etapas, un total de 179 entrevistas en profundidad (18,19), 29 en promedio por ciudad, para las cuales se utilizaron guías de entrevista semiestructurada (18,19). También se realizaron entrevistas individuales y seis grupos focales (20-22) con usuarios de los servicios de salud y representantes de organizaciones comunitarias en salud. Al entrevistado se le dio información sobre el estudio y se solicitó el consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas para realizar el análisis siguiendo la metodología de la TF, que implicó una codificación y categorización minuciosa de la información. Con el análisis se generaron 11.976 códigos, los cuales fueron agrupados en 74 subcategorías descriptivas, luego en 13 categorías analíticas, y posteriormente se elaboraron mapas mentales y mapas concep-

tuales que permitieran visualizar de manera comprensible y didáctica los hallazgos. Los resultados fueron validados en seis foros, uno en cada ciudad, con la participación de entrevistados y de otros profesionales de los diferentes ámbitos del sector salud y del sector académico, así como representantes de organizaciones comunitarias. En el proceso se garantizó el manejo confidencial y anónimo de la identidad de las personas que participaron en las entrevistas y de las instituciones en las cuales trabajaban. Para el análisis de la información se usaron los paquetes de *software* Microsoft Word, Microsoft Excel, Atlas.ti, Microsoft Power Point y la herramienta para el diseño de mapas conceptuales CmapTools, versión 4.16.

## **3. Hallazgos más relevantes**

Con el procesamiento de la información emergieron categorías y subcategorías que muestran que las decisiones en la atención en salud, en relación con la accesibilidad y la calidad de la atención, están influenciadas, en diferentes niveles, por aspectos interrelacionados tales como las condiciones particulares del personal de salud y del usuario; la gestión en las instituciones públicas y privadas; el entorno nacional e internacional; el desconocimiento de la CPC-1991; la presión de los grupos de poder; y la axiología de los actores; entre otros. A continuación se presentan los aspectos más relevantes relacionados con las decisiones en salud.

### **3.1. Aseguramiento, acceso y calidad de los servicios de salud**

El SGSSS estableció el aseguramiento como el mecanismo para acceder a los servicios de salud. Sin embargo, éste se convirtió en un fin en sí mismo y perdió la función de medio para el acceso. Los hallazgos sugieren que estar asegurado no ha garantizado el acceso

efectivo, real a los servicios de salud, dadas las múltiples barreras geográficas, financieras, administrativas y normativas, algunas de ellas derivadas de las estrategias de contención de costos implementadas por aseguradoras y prestadoras para lograr rentabilidad o la sobrevivencia financiera, lo cual se visualiza en el sistema de gestión institucional.<sup>1</sup>

### 3.2. Gestión institucional y su relación con las decisiones en la atención en salud, la calidad y el acceso

Con el desarrollo de mecanismos de mercado y competencia en el SGSSS, la gestión institucional de las EPS y las IPS está enfocada en aspectos financieros. Los hospitales públicos han visto reducidos los recursos y enfrentan la amenaza constante de ser cerrados y asfixiados económicamente por el no pago de los servicios que prestan a la población. Los hallazgos permiten identificar dos tendencias en la gestión de las instituciones:

a) *Gestión centrada en la rentabilidad financiera con ánimo de lucro*. Este modelo de gestión contraviene la CPC-1991 (Art. 58). En estas instituciones la salud se asume como un derecho derivado de un contrato y en su gestión predomina:

- a) la implementación de mecanismos de contención de costos que limitan las prescripciones médicas y disminuyen las condiciones laborales;
- b) estrategias para aumentar la productividad (disminución

- c) de tiempo para la consulta médica o de otros servicios, creación de infraestructura física para ampliar oferta de servicios de mayor rentabilidad);
- c) las IPS identifican los mejores pagadores, lo cual sirve de parámetro para asignar las camas hospitalarias o las citas médicas, entre otros;
- d) traslado de pérdidas o riesgos económicos de la institución a los empleados y usuarios.

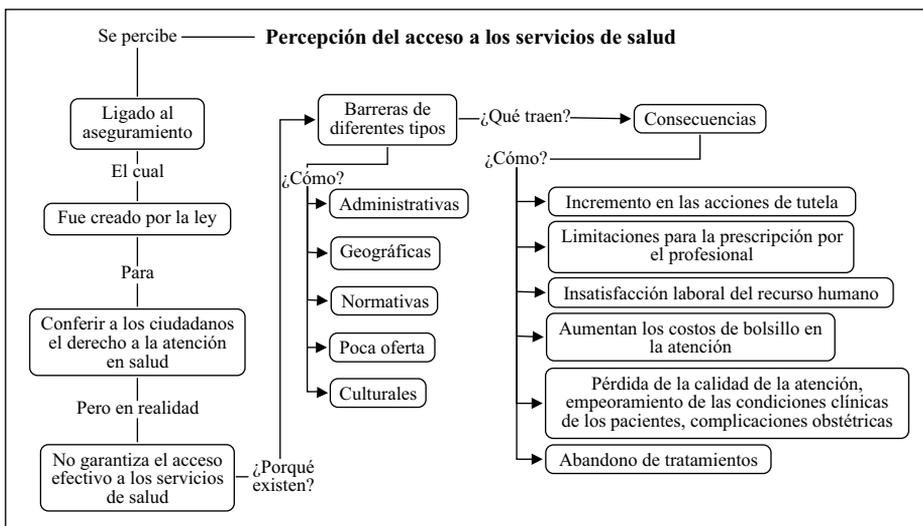
b) *Gestión centrada en la protección de la salud y la vida del usuario*. Aunque pocas, hay instituciones de salud cuya gestión se centra en proteger la salud y la vida del usuario y el bienestar de la comunidad, *asumiendo la salud como un derecho ciudadano*, como lo estipula la CPC-1991 (Arts. 44, 46, 48, 49 y 50). Son instituciones más sólidas en materia ética, clínica y administrativa, con recurso humano bien calificado y en condiciones laborales dignas; por tanto, tienen reconocimiento social. Para estas instituciones su equilibrio financiero se obtiene por la calidad del servicio, lo cual les da capacidad de negociación en la contratación y les permite rechazar las exigencias e incentivos perversos de las aseguradoras encaminados a contener costos; además, cuentan con un modelo de atención que involucra prevención, curación y rehabilitación, procesos asistenciales y administrativos centrados en el paciente y su familia, lo que fortalece valores públicos de equidad y calidad; también hacen esfuerzos para trabajar coordinadamente con los actores del SGSSS.

A pesar de que la normatividad establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la habilitación y la acreditación de las IPS, y de los esfuerzos de las entidades de salud por implementarlos, se encuentran problemas de *calidad* de los servicios en relación con la oportunidad, la pertinencia, la continuidad y la integralidad, entre otros aspectos. En

<sup>1</sup> Algunos códigos de las entrevistas ilustran estos hallazgos: "Hay atención diferencial de pacientes según reputación de su aseguradora" (P. Clínico, 104-11). "Para los afiliados del régimen subsidiado nunca hay cama" (P. Clínico, 04-5). "Las ARS ponen trabas administrativas para entregar los medicamentos" (Usuario, 131-15). "Ofrecen los servicios al otro lado de la ciudad en relación al sitio de vivienda del usuario" (Usuario, 67-8). "El desconocimiento de la Constitución y los derechos en salud favorece su vulneración" (P. Clínico, 108-13). "La primera barrera de acceso es la ausencia de una política sanitaria" (P. Clínico, 116-10).

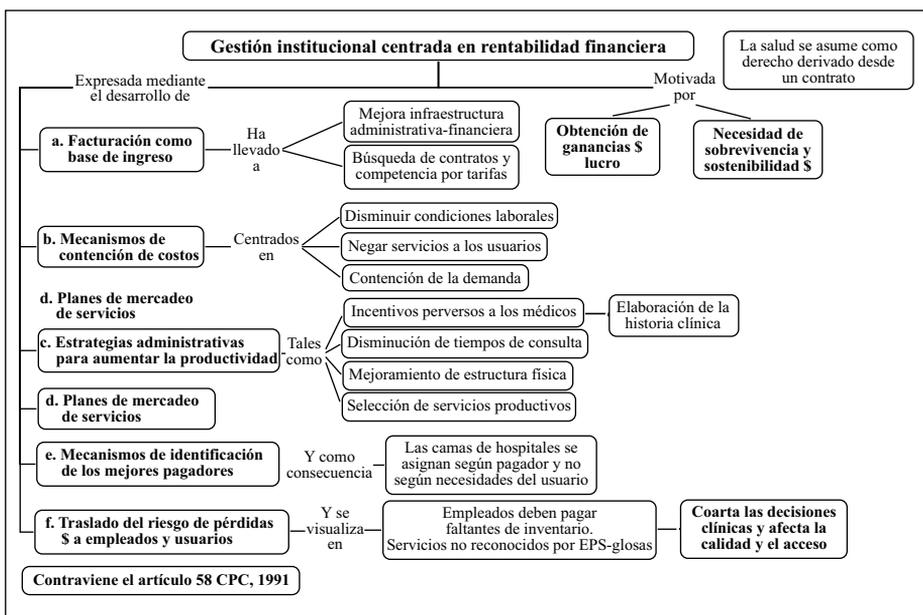


**CUADRO 1**  
ASPECTOS RELEVANTES



Fuente: los autores.

**CUADRO 2**  
CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN



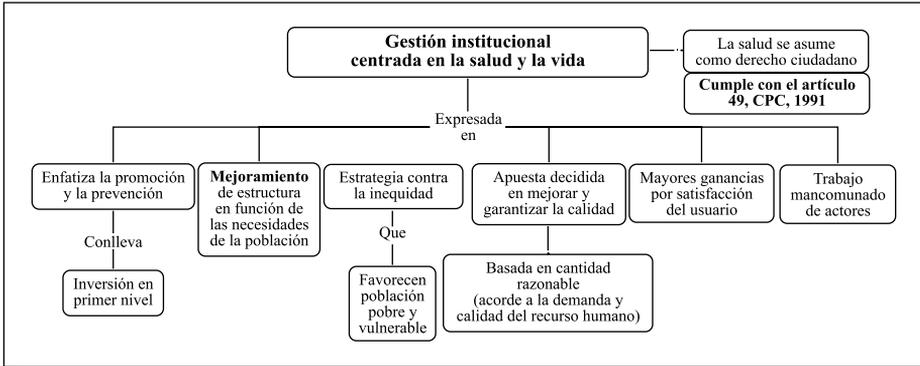
Fuente: los autores.

la práctica, la mayoría de las instituciones están bajo la presión de la competencia por precios y la problemática del flujo de los

recursos. Se observan problemas como: a) fragmentación de la atención; b) congestión de los servicios, especialmente en urgen-



**CUADRO 3**  
**CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL CENTRADA EN LA SALUD Y LA VIDA**



Fuente: los autores.

cias y cirugía; c) contratación de personal poco o no idóneo, pero menos costoso; d) sobrecarga y, en general, malas condiciones laborales del personal de salud. Las metas de productividad y eficiencia conllevan poco tiempo asignado para las consultas médicas y de enfermería, sumado al gran volumen de actividades administrativas que los médicos y las enfermeras tienen que asumir dentro del tiempo de consulta; e) pérdida de calidad de la historia clínica, dado que se presiona al médico para que no registre la verdadera condición clínica del paciente, sino sólo aquella que sea coherente con lo que le es permitido prescribir, lo cual es dado como mecanismo de prevención de las demandas legales que se pueden derivar por fallas en el servicio; f) deterioro en la relación entre los pacientes y el personal de salud.

La segmentación y la fragmentación del SGSSS son problemas que tienen efectos en la calidad, la equidad y el acceso, además de la tramitología administrativa que generan. Hay segmentación de la población por regímenes de afiliación, con planes de beneficio diferenciales por estrato socioeconómico (quien más necesita, recibe menos); la fragmentación estructural del SGSSS y la separación de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación se

hace mayor en la contratación de servicios entre Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) –aseguradoras y entes territoriales– y entidades prestadoras. Los servicios que deben ser integrales, para atender eventos mórbidos que ocurren en un mismo paciente, son separados y cada parte se contrata con entidades diferentes; por ejemplo, se contrata la atención de una apendicitis con una institución y la peritonitis con otra. Además, los protocolos o guías clínicas son utilizados por las EAPB para restringir la atención y controlar los costos, lo cual genera rechazo por parte de los médicos. Todos estos aspectos contravienen los derechos establecidos en la CPC-1991, en especial los artículos 44, 46, 48, 49, 50 y 58.

### 3.3. Relaciones interinstitucionales y desarrollo de estrategias de integración vertical

En las relaciones entre las EAPB y las IPS se destacan algunos aspectos: a) las relaciones se dan fundamentalmente con la contratación de los servicios de salud, la cual se basa en tarifas, no en calidad; b) el clientelismo y el soborno: quien no se somete a determinadas condiciones e imposiciones no accede a contratos; c) hay permanentes tensiones por



el no pago de las aseguradoras por los servicios prestados; d) las aseguradoras privadas imponen condiciones de contratación que les aseguren rentabilidad solamente a ellas; han logrado un poder económico y político que les permite influir directa e indirectamente en la política de salud del país; han creado IPS propias, lo que constituye *integración patrimonial vertical* y les permite ampliar su posición dominante en el mercado y poner en marcha mecanismos de contención de costos más estrictos, basados en el control del tipo y la cantidad de la prescripción médica, la negación de servicios y la contención de la demanda, así como la restricción de las condiciones laborales del personal de salud, entre otros. Estas aseguradoras privadas favorecen con mejores tarifas a las IPS propias.

*La asimetría de información entre los actores y la carencia de un sistema de información en salud (SIS) confiable, oportuno, completo, coherente, unificado y disponible para todos los actores, que soporte la toma de decisiones en todos los ámbitos, es señalada por los entrevistados como un grave problema del SGSSS. Cada actor maneja información propia, que no comparte con otros actores, y se da la asimetría de información, lo cual dificulta la gestión del sistema de salud en su conjunto y procesos clave como la contratación de servicios, el flujo de recursos, la afiliación, la compensación del Fosyga, entre otros.*

Cada uno saca ventaja de la carencia del SIS. A las aseguradoras les conviene mostrar afiliados que no tienen para recibir las unidades de pago por capitación; mientras al Estado le conviene que un mayor porcentaje de población pobre aparezca afiliado, aunque no lo esté, para disminuir los recursos para el régimen subsidiado y/o de oferta a los entes territoriales, y/o para mostrar gestión en aumento de cobertura.

### 3.4. Rol de la normatividad en las decisiones

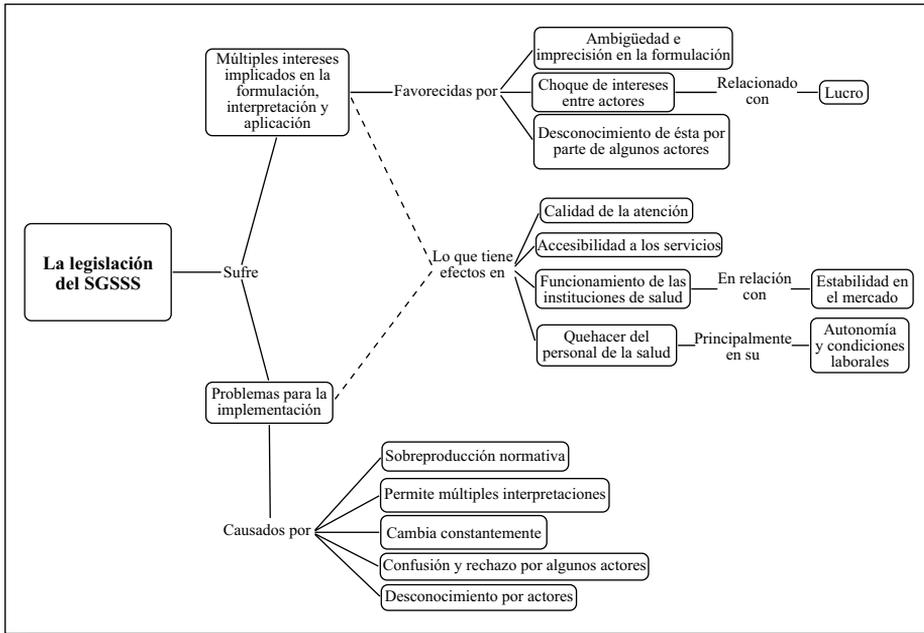
El amplio número de decretos y resoluciones hace difícil la toma de decisiones. Sus imprecisiones e incoherencias contribuyen a que cada actor las interprete según su conveniencia, lo cual genera continuas tensiones de intereses entre ellos. Adicionalmente, la normatividad producida por el Ministerio de la Protección Social y por otros entes nacionales no responde a las necesidades y particularidades de algunas regiones y, sin embargo, se obliga su aplicación en el ámbito municipal o regional, negando con ello la autonomía territorial establecida en los artículos 1° y 49, inciso 2°, de la CPC-1991.

### 3.5. Las condiciones laborales, autonomía del personal e implicaciones éticas en las decisiones en salud

El desarrollo del SGSSS se ha dado paralelamente con reformas laborales (Ley 789 del 2002), con lo cual se han presentado procesos de *deterioro progresivo de las condiciones laborales del personal de salud*, en donde se resalta: a) contratos inestables de corto plazo y contratación a través de intermediarios como las *cooperativas de trabajo asociado*, que en la práctica son rentistas a costa del trabajo del personal; b) bajos salarios, que obligan a tener múltiples empleos simultáneos, con efectos negativos en la calidad del servicio y en la vida personal y familiar de los empleados; c) carencia de oportunidades de capacitación y actualización técnico-científica; d) sobrecarga laboral y exigencia creciente de labores administrativas. Irónicamente, quienes deben atender a los usuarios asegurados al SGSSS, no tienen para sí mismos ni para sus familias ninguna seguridad social. Todo esto contraviene los artículos 25, 53 y 54 de la CPC-1991.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Algunas afirmaciones de los entrevistados ilustran estos hallazgos: «Aquí a los médicos jóvenes los contratan a destajo: «usted venga y trabájeme 15 días y aquí tiene

CUADRO 4  
CARACTERÍSTICAS DE LA LEGISLACIÓN



Fuente: los autores.

Las deficientes condiciones laborales y las directrices de contención de costos de las instituciones de salud *coartan la autonomía* del médico, de la enfermera y de los demás profesionales de la salud, dado que condicionan su estabilidad laboral al cumplimiento de estas directrices. A quién no cumple con las restricciones o negaciones de servicios a los usuarios y con las metas de productividad, no se le renueva su contrato. Adicionalmente, los riesgos, las glosas o pérdidas financieras de las instituciones son transferidas a los empleados y deducidas de su salario. Estas situaciones generan *dilemas éticos* en el personal, el cual debe optar por cuidar su

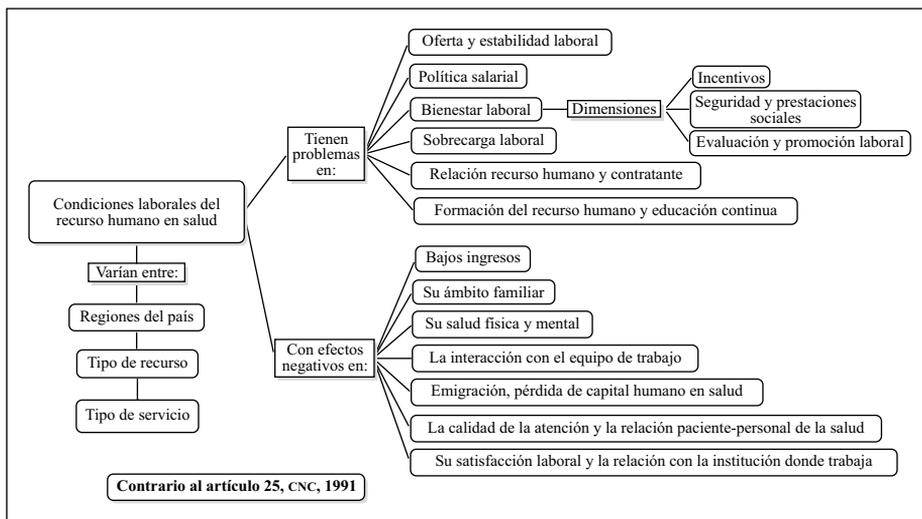
estabilidad laboral, su subsistencia y la de su familia, o actuar en beneficio de la salud y de la vida del paciente.<sup>3</sup> Todos estos aspec-

su plata», no les interesa si tienen protección social o no” (P. Clínico, 111-6). “Usted encuentra médicos que requieren hasta tres y cuatro trabajos para poder alcanzar a ganarse un sueldo digno para vivir normalmente; y así están las enfermeras, están los odontólogos” (P. Administrativo, 15-4). “Un efecto adverso es que los mediadores del sistema de salud tienen que disminuir costos a costa del costo médico” (P. Clínico, 78-6). “Cuando usted tiene la necesidad de trabajar, a usted le toca agachar la cabeza” (P. Clínico, 47-8).

<sup>3</sup> Algunas afirmaciones de los entrevistados ilustran estos hallazgos: “En algunas EPS privadas presionan al profesional que ordene menos exámenes...” (P. Clínico, 107-4). “Mes a mes cambian al médico, esto nos dicen: «Ese médico no me sirvió, usted no me está formulando lo que yo le dije que formulara, no está solicitando los exámenes que yo le dije que solicitara, por eso no me sirve. O le descuento del sueldo lo que ordenó, o se me va»” (P. Clínico, 179-3). “La relación directa entre el médico y los demás profesionales de la salud con la empresa sigue siendo autoritaria, la empresa lo castiga, lo discrimina, lo coacciona a formular, a no formular, a disminuir los costos” (P. Clínico, 78-12). “Nos reúnen a un grupo de especialistas y nos dicen que está muy alto el costo médico y hay que disminuirlo, que no hay que operar a todas las pacientes, que hay que tratar de diferir las cirugías” (P. Clínico, 78-5). “El médico está en una especie de disyuntiva, por un lado está el paciente, que es la esencia del quehacer del médico, y por otro lado, está la parte administrativa de las EPS, las cuales exigen una atención completamente diferente a la que los médicos ofrecíamos” (P. Clínico, 111, 2). “Entonces se siente uno obligado a decirle al paciente: «váyase». Aunque este señor tiene un



CUADRO 5  
Condiciones laborales



Fuente: los autores.

tos vulneran los artículos 25, 49 y 58 de la CPC-1991, la Ley 23 de 1981 y la Ley 911 de 2004 de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia.

Los hallazgos, además, revelan que aquellos profesionales de la salud con alto nivel de formación ética y técnico-científica que actúan en defensa del paciente y de la salud pública de la comunidad, son asediados por sus jefes, amenazados con ser trasladados o con perder el empleo, es decir, se les castiga por cumplir la Constitución. Por el contrario, los profesionales de la salud que permiten y cumplen con los mecanismos de contención de costos, sin importar la condición y la necesidad del paciente, reciben mejores incentivos y tienen incluso oportunidades de ascenso y mejoras salariales en las instituciones.

problema en la vesícula, necesita una ecografía... pero no se la puedo pedir porque ya completé los 4 exámenes que puedo autorizar esta semana. Eso es lo que me genera esas dificultades” (P. Clínico, 52-4).

### 3.6. Vigilancia y control en el SGSSS

Una de las grandes debilidades del SGSSS que resaltan los entrevistados es la ineficacia de los entes de vigilancia y control, con lo cual se incumple la CPC-1991 (Arts. 49 y 189, incisos 22 y 24). Hay un alto volumen de quejas de los usuarios y de las IPS sobre los abusos de las aseguradoras, las cuales no son controladas ni sancionadas efectivamente, lo que sugiere una actitud permisiva del Estado, especialmente con las entidades del sector privado. Se argumenta que los entes de vigilancia y control están permeados por el clientelismo y por grupos de poder, lo cual crea *conflicto de intereses* en todos los niveles de gobierno y puede explicar la inoperancia de la vigilancia y el control.

En el sistema predominan los procesos de *auditoría de cuentas* que realizan las EAPB a las facturas presentadas por las IPS. Su objetivo es glosar cuentas, contener costos y asegurar la obtención de las metas financieras. Frecuentemente, esta auditoría no es realizada por pares, sino por personal sin la suficiente formación y experiencia clínica.

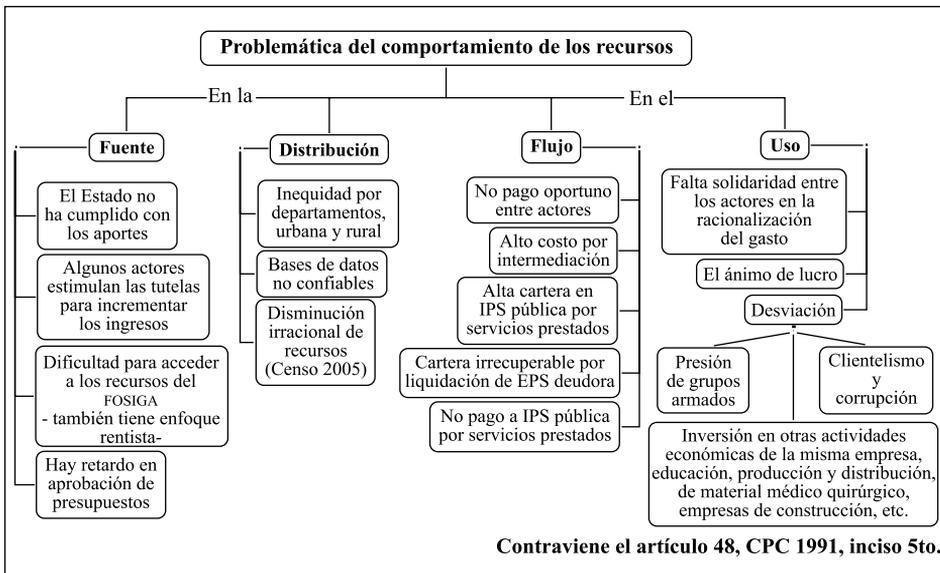
Ante las glosas y las altas carteras de las IPS por servicios prestados y no pagados, y debido al poder dominante de las aseguradoras privadas, las IPS realizan auditorías internas para evitar que las EAPB glosen las cuentas, por lo que se da una lucha constante entre los auditores de las IPS y los de las EAPB.

### 3.7. Comportamiento de los recursos de salud: retención de dineros para obtener beneficios

La problemática de los recursos se da en la *fuentes*, la *distribución*, el *flujo* y el *uso* de los mismos. En la fuente, se observa que el Estado no ha cumplido oportunamente con los aportes correspondientes; algunos actores estimulan la acción de tutela como un medio para obtener recursos por recobros; los trámites para acceder a los recursos del Fosyga son complejos y lentos. En la *distribución*, se destaca la persistente iniquidad en la misma por regiones del país y entre zonas

rurales y urbanas. Sobre la base del Censo de 2005, el Gobierno disminuyó recursos a algunas regiones, sin tomar en consideración que en aquellas que están más apartadas y con población más dispersa se quedó mucha población sin censar. En el *flujo* de los recursos, es común el no pago o el pago inoportuno y las glosas injustificadas de las EAPB a las IPS. Cada actor emplea diferentes mecanismos para retener en su poder los recursos que le debe pagar al otro y obtener provecho de ellos. En el *uso* de los recursos, se argumenta el nexo entre clientelismo y funcionarios con conductas que atentan contra los bienes públicos, quienes desvían los recursos de salud hacia programas o proyectos que generen lucro y beneficio personal o a su partido político. Algunas aseguradoras privadas utilizan recursos de salud para financiar empresas propias, tales como constructoras de instituciones de salud, distribuidoras de productos hospitalarios, entre otras. Estas actuaciones contravienen la CPC-1991 (Art. 48, inciso 4°).

**CUADRO 6**  
LIMITACIONES EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS SGSSS



### 3.8. Dimensión axiológica del SGSSS: surgimiento de antivaleores

Se consideran valores aquellos principios y prácticas que soportan los derechos humanos constitucionales, los principios éticos de respeto al otro, de beneficencia y de no-maleficencia, y el bien común, entre otros. Los antivaleores son expresiones contrarias a lo anterior. Los hallazgos sugieren que en la atención se visualizan antivaleores en las decisiones clínicas, gerenciales y administrativas cotidianas que involucran la conducta individual e institucional, tales como: competencia desleal entre colegas e instituciones; primacía del interés económico; negación de los derechos ciudadanos; incentivos a los médicos para que no formulen; alteración de la historia clínica desde su origen; auditoría de facturas para glosar cuentas; sobrefacturación; exigencia al personal de salud de registrar en la historia clínica servicios que no fueron prestados al usuario, esto con el fin de soportar la facturación; asimetría y manipulación de la información; y selección intencional de población con menos riesgos por las aseguradoras, entre otras.

Adicionalmente, se limita a los usuarios el acceso a la información sobre sus derechos y la red de servicios, se fragmentan los servicios y se crean barreras de acceso, todo ello para desestimular el uso de los servicios. Por su parte, algunos usuarios mantienen doble afiliación, esperan a que su situación de salud empeore para acceder a los servicios por urgencias, tratando con ello de esquivar las múltiples barreras de acceso.<sup>4</sup>

4 Las siguientes afirmaciones soportan estos hallazgos: "Porque nadie quiere perder, o sea, las ARS no quieren perder, el gobierno no quiere perder" (Usuario, 134-9). "La gente no importa, el usuario no importa, lo importante es cómo ganar más" (P. Administrativo, 91-17). "Estamos en el mercado..., en el «sálvese quien pueda»..., cada quién luchando individualmente" (P. Clínico, 18-6). "En la puesta en marcha (del Sistema de Salud) salen a flote los intereses económicos por encima de los del cuidado de la vida y salud de las

### 3.9. Rol del gobierno central y de los entes territoriales

Los entrevistados destacan el *rol limitado del Ministerio de la Protección Social* y señalan la carencia de rectoría, vigilancia y control en el sistema, lo que niega la CPC-1991 (Arts. 49, 189 incisos 22 y 24, 208 y 209). Se afirma que el Ministerio ha hecho énfasis en la liquidación de los hospitales públicos y no ha apoyado a las empresas solidarias de salud, mientras paralelamente respalda y estimula el desarrollo del sector privado; frente a la problemática permanente del SGSSS, se limita a "emitir más normas". En cuanto a los entes territoriales, los entrevistados resaltan que el proceso de descentralización ha sido muy lento, no se ha consolidado en la mayoría de los municipios, y su capacidad de gestión, negociación y credibilidad es limitada, lo cual se relaciona con la infiltración clientelista que afecta el desarrollo institucional de los municipios. Esto limita el cumplimiento del artículo 209 de la CPC-1991.

### 3.10. Presión de grupos de poder y clientelismo

Con el sistema SGSSS, las instituciones de salud públicas y privadas, especialmente las primeras, han sido infiltradas y presionadas por militantes de *grupos de poder* (partidos políticos burocráticos, aparatos electorales, grupos al margen de la ley) que utilizan estas entidades para conseguir cuotas burocráticas y acceder a los recursos públicos de salud, para luego utilizarlos en beneficio privado, actuación con la cual *niegan la función pública* y contravienen el cumplimiento de los derechos ciudadanos consagrados en la CPC-1991. En algunos casos, los hospitales públicos y sus diferentes áreas hospitalarias son distribuidos entre los partidos políticos

personas" (P. Clínico, 35-9). "Generalmente los intereses económicos prevalecen más que la misma salud del paciente o del usuario" (P. Clínico, 141-12).

de turno y el personal asignado y contratado para estas instituciones debe militar en el respectivo partido.

Entre las condiciones que favorecen el clientelismo en salud se destacan: a) la descentralización, dado que con la elección popular de alcaldes se fortalecieron las clientelas de los partidos políticos; b) la privatización, que le facilitó al sector privado el acceso fácil a los recursos del régimen subsidiado y permitió que se creara un vínculo entre administradoras de régimen subsidiado privadas y partidos políticos y/o grupos al margen de la ley que pugnan por acceder a los recursos de salud; c) el enfoque economicista del sistema, de acuerdo con el cual se sacrifican los objetivos de salud de la población; d) las falencias en la rectoría y en la asistencia técnica del gobierno central; e) la política de flexibilidad laboral, la cual ha generado inestabilidad, a través de los contratos de corto plazo, los que sumados a las altas tasas de desempleo se constituyen en el escenario apropiado para que las agencias electorales de los partidos prometan empleos y subsidios a cambio de votos.

El clientelismo afecta la gestión del sector salud en cuanto propicia: a) la desviación de recursos en salud hacia otros fines que favorezcan el interés particular del grupo en el poder, lo que contraviene la CPC-1991 (Art. 48, inciso 4°); b) la omisión de los requerimientos del perfil técnico-científico de los funcionarios públicos, situación que conlleva la contratación de personal no calificado en todos los niveles y en todos los tipos de cargos. Con ello, los recursos públicos, fruto del esfuerzo de la sociedad, recaudados mediante impuestos y cotizaciones en salud, son entregados a funcionarios sin la capacidad ni la formación ética necesaria para manejarlos; c) freno al desarrollo institucional y social en salud, dado que no hay continuidad en las políticas, los programas

y los proyectos, ni se construye memoria institucional; d) carencias éticas en lo personal, en lo profesional y en lo institucional; e) conflictos en las relaciones interinstitucionales y de los actores del sistema; f) *conflicto de intereses* (23,24),<sup>5</sup> por los nexos entre militantes de los partidos políticos que ocupan cargos en las instituciones de salud públicas y privadas, entes nacionales, departamentales y municipales de rectoría vigilancia y control, y grupos económicos dueños de las aseguradoras en salud. Hay funcionarios que pasan de cargos directivos en instituciones públicas a cargos análogos en el sector privado, llevando consigo información confidencial.

#### 4. Discusión

El SGSSS, 15 años después de creado y a pesar del incremento de recursos, no ha logrado los propósitos de cobertura universal y disminución de la inequidad, ni tampoco el mejoramiento significativo del acceso y la calidad de los servicios de salud. El papel protagónico dado al sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios, la restricción paralela del rol del Estado, la descentralización, los mecanismos de mercado y competencia, la desregulación y disminución de las condi-

5 La palabra "interés" viene del latín *intereses* que significa provecho, utilidad, ganancia, inclinación del ánimo hacia un objeto, persona; conveniencia o beneficio en el orden moral o material. Se entiende por conflicto de intereses la situación originada cuando una persona puede ser influida en su juicio por una intención o un fin diferente al que está obligado a perseguir por su rol. Esta situación puede llevarle a optar por las otras motivaciones que predominan en él, obteniendo secundariamente con ello ventajas para sí o sus allegados (23). Thompson interpreta el "conflicto de intereses" como un conjunto de condiciones en las cuales el juicio del profesional con relación al interés primario (tales como el bienestar de los pacientes o la validez de una investigación farmacológica), tiende a ser excesivamente influida por un interés secundario, tal como ganancia financiera" (24).



ciones laborales, entre otros, no han dado los resultados esperados. Por el contrario, a pesar del incremento en la cobertura de aseguramiento, la población experimenta barreras de acceso relacionadas con los mecanismos de contención de costos, dado que la búsqueda de rentabilidad financiera está por encima de los criterios clínicos y de la necesidad de los usuarios. Estos hallazgos son coherentes con los análisis hechos por otros autores, como por ejemplo Echeverri (25). Este último señala los efectos de la mercantilización de los servicios de salud en el SGSSS colombiano. A pesar de los esfuerzos normativos en materia del Sistema de Garantía de Calidad, el avance en los procesos de habilitación y acreditación, la calidad de la atención en salud se ve afectada por múltiples factores, entre ellos las deficientes condiciones laborales del personal; la imposición de mecanismos de contención de costos y la falta de autonomía del personal clínico en la atención; el predominio de los criterios administrativos sobre los clínicos; la tramitología que deben sufrir los usuarios para acceder a los servicios, entre otros, como lo muestran otros estudios (26-28).

Las relaciones entre los diferentes actores del SGSSS están en permanente tensión, dada la competencia por ganar más a costa de las pérdidas del otro. Los juegos entre los actores no son de cooperación (9), a pesar de que las decisiones de uno afectan a todos. La posición dominante de las EPS privadas, como brazos empresariales de grupos económicos relevantes, vinculados con los militantes de partidos políticos, defienden sus beneficios particulares más que el logro de objetivos de bienestar colectivo establecidos en la CPC-1991. Al parecer, los derechos constitucionales y los valores públicos no tienen cabida en el modelo del SGSSS, basado en un mercado lucrativo, donde la salud deja de ser un derecho para convertirse en una mercancía.

Por otro lado, la relación principal (Estado central) – agente (entes subnacionales, aseguradoras, etc.) está cargada de asimetría de información entre todos los actores, lo que hace más difícil la gestión del SGSSS. Cada actor saca beneficio de la carencia de un buen sistema de información en salud unificado a nivel nacional. La amplia discrecionalidad dejada a los agentes privados, la falta de rectoría del gobierno central, la carencia de acción efectiva de los entes de vigilancia y control, y el limitado compromiso de los agentes con los valores públicos, no han permitido el logro de los propósitos de la salud como derecho y bien colectivo, a pesar del incremento en los aportes económicos para salud hechos por los ciudadanos. Los hallazgos también sugieren que se han constituido monopolios privados, hay mayor segmentación de la población, fragmentación y dispersión de funciones de los actores y servicios, todo lo cual deja sin piso los fundamentos teóricos del pluralismo estructurado que orientó la estructura del SGSSS colombiano (29).

El desconocimiento de los mandatos de la CPC-1991 se expresa en las constantes negaciones de los derechos en salud, lo que ha llevado a que muchos ciudadanos acudan a la tutela como único medio para garantizar los derechos, lo que ha congestionado el sistema judicial y ha configurado la situación de “estado de cosas inconstitucional”.

## 5. Conclusiones centrales

- Hay un conflicto de valores, estructural y complejo, dado por la tensión entre los principios y los derechos establecidos en la CPC-1991, por un lado, y las leyes de mercado con su búsqueda de rentabilidad financiera como fin fundamental, las prácticas clientelistas y el predominio del interés particular sobre el interés colectivo, por el otro.

- La estructura e implementación del SGSSS, la Ley 100 de 1993, no respalda los derechos y los deberes establecidos en la CPC-1991, ni los valores éticos fundamentales de respeto, beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad, y por tanto, no ha logrado los propósitos para los cuales se creó. La presión de los mecanismos de contención de costos con propósitos lucrativos de las aseguradoras de salud privadas han debilitado los principios éticos que deben fundamentar un sistema de salud y atentan contra la dignidad humana de los usuarios y del personal de la salud.
  - La autonomía del personal de salud que atiende a los usuarios de los servicios de salud está limitada e interferida por las malas condiciones laborales a las que está sometido este personal, la presión de los mecanismos de contención de costos impuestas por las aseguradoras y algunas instituciones prestadoras de servicios de salud, donde el afán por la eficiencia con fines de lucro financiero llevan a sacrificar el acceso y la calidad de los servicios.
  - Las relaciones entre los actores del sistema no son de cooperación, sino de competencia negativa, de lucha por los recursos y prácticas desleales; además, la posición dominante de las aseguradoras privadas genera desequilibrio de poder en la definición de políticas de salud y en los procesos de gestión del sistema, especialmente en las relaciones contractuales.
- Fortalecer la formación ética, constitucional y técnico-científica de los profesionales de la salud y de las demás disciplinas vinculadas a la gestión en salud (tales como la Economía, el Derecho, la Administración), como base de la garantía de los derechos humanos fundamentales, lo que además blindará a los profesionales y a las instituciones contra los incentivos perversos de las aseguradoras en salud privadas.
  - Asegurar condiciones laborales dignas del personal de salud como base fundamental para mejorar la autonomía, la capacidad resolutoria y el desempeño profesional, de modo que éstos constituyan el soporte principal de la garantía de la calidad y el acceso a los servicios.
  - Desarrollar mecanismos para blindar el sistema de salud y sus instituciones contra el clientelismo y las burocracias electorales que crean conflictos de interés, no permiten un desarrollo de los valores públicos ni la vigilancia y el control de los recursos, así como tampoco el cumplimiento de los derechos y deberes ciudadanos, con lo que se facilita la corrupción.

## Recomendaciones

- Redefinir el sistema de salud mediante una ley estatutaria que a partir de mandatos constitucionales, principios y valores éticos que den soporte al desarrollo humano y a la garantía de la salud como derecho fundamental, armonice la relación entre los actores en función del

bien común, el bienestar y la salud de la población, superando el predominio del interés particular.

## Agradecimientos

Se agradece a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a la Procuraduría General de la Nación y su Instituto de Estudios del Ministerio Público, a la Universidad Industrial de Santander, y a Colciencias por su apoyo y soporte financiero para realizar esta investigación; así mismo, a los profesionales de la salud y líderes comunitarios por haber proporcionado la información, sin lo cual no se hubiera podido llevar a cabo este estudio.



## Referencias bibliográficas

1. Exworthy M, Halford S, editors. Professionals and the New Managerialism in the Public Sector. Buckingham: Open University Press; 1998.
2. Blas E, Limbambala M. User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia. *Health Policy and Planning*. 2001; 16 (suppl. 2): 19-28.
3. Vega R. Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Rev. Salud Pública*. 2001; 3(2): 97-126.
4. Collins CD, Green A, Hunter D. Health Sector Reform and the Interpretation of Policy Context. *Health Policy*. 1998; 47(1): 69-83.
5. Bennett S, McPake B, Mills A. Private Health Providers in Developing countries. London: Zed Books; 1997.
6. North N, Bradshaw Y, editors. Perspectives in Health Care. London: MacMillan; 1997.
7. Islam A, Zaffar T. Health Sector Reform in South Asia: New Challenges and constraints. *Health Policy*. 2002; 60(2):151-69.
8. Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se establece el sistema de seguridad social integral. Bogotá: Congreso de la República; 1993.
9. Morton D. Introducción a la teoría de juegos. Madrid: Alianza; 1998.
10. Fernández J. La teoría de juegos en las ciencias sociales. *Estudios sociológicos*. 2004; 22(3): 625-46.
11. Schauer F. Las reglas de juego, un examen filosófico de la toma de decisiones basada en las reglas, en el derecho y la vida cotidiana. Madrid: Marcial Pons; 2004.
12. Smitha PC, Stepanb A, Valdmanisc V, Verheyend P. Principal-agent problems in health care systems: an international perspective. *Health Policy*. 1997; 41: 37-60.
13. Evans P, Rauch J. Bureaucracy and Growth: A Cross-National Analysis of the effects of Weberian State Structures on Economic Growth. *American Sociological Review*. 1999; 64(5):748-65.
14. Yin R. The Case Study Research. Designing and Methods. (2<sup>nd</sup> ed.). London: Sage; 1994.
15. Yin R. Applications of case study research. London: Sage; 1993.
16. Glaser B, Strauss A. The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine de Gruyter; 1967.
17. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park: Sage; 1990.
18. Miles M, Huberman AM. Qualitative Data Analysis: An expanded sourcebook. Thousand Oaks: Sage; 1994.
19. Morse JM, editor. Critical Issues in Qualitative Research Methods. Thousand Oaks: Sage; 1994.
20. Kidd P, Parchall M. Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research*. 2000; 10 (3): 25-35.
21. Krueger R. Focus Groups: a practical guide for applied research. Newbury Park: Sage; 1988.
22. Dreachslin J. Conducting effective Focus Groups in the context of diversity: Theoretical Underpinnings and Practical implications. *Qualitative Health Research*. 1998; 8(6): 813-20.
23. Rotondo MT. Relaciones profesionales: conflicto de intereses. *Rev. Med. Urug*. 2006; 22(2):88-99.
24. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N England J Med*. 1993; 329(8): 573-6.
25. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev. Panam Salud Pública*. 2008; 24(3):210-6.
26. Clavijo S, Torrente C. El déficit fiscal de la salud en Colombia: un análisis comparativo internacional. *Carta Financiera*. 2008; 143:7-15.
27. Colombia, Defensoría del Pueblo. Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios. Bogotá, 2007.
28. Abadia, CE y Oviedo DG. Burocratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Rev. Social Science and Medicine*. 2009; 68 (1):153-60.
29. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative and innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997; 41:1-36.