

En búsqueda de la eficiencia

MARTÍNEZ, FÉLIX; ROBAYO, GABRIEL; VALENCIA, ÓSCAR. 2002.
¿POR QUÉ NO SE LOGRA LA COBERTURA UNIVERSAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?
BOGOTÁ, FEDESALUD, 2002 - 142 PÁGINAS

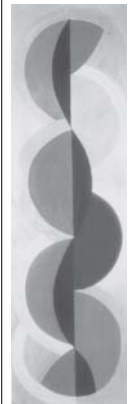
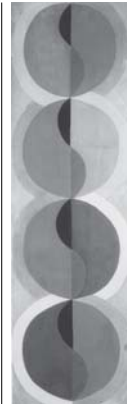
Por Yuri Gorbaneff, Sergio Torres, Nelson Contreras



La pregunta planteada en el título del libro es central para Colombia. El éxito o fracaso en este frente explica algo más que el estado de la salud de la población. La cobertura universal en salud, junto con la educación pública, representan las instituciones que permiten nivelar en algo la desigualdad social y hacer el liberalismo económico y político viable del país (Rodrik, 2000).

El éxito o fracaso en este frente explicaría nada menos que el éxito o fracaso de Colombia en la modernización de sus estructuras sociales y económicas y su competitividad en el mercado global.

Los autores inician con un recorrido por la historia de la seguridad social de salud en Colombia, llegando a la reforma de 1993 y al Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). El Capítulo 1 "Las mediciones de cobertura", discute las dificultades prácticas de medir la cobertura de la población por el SGSSS. El Capítulo 2 "La cobertura en términos de recursos" estudia los recursos de los tres regímenes creados (contributivo, subsidiado y la Red pública). El Capítulo 3 "Diferencia entre la cobertura encontrada y la cobertura propuesta", demuestra con los números el incumplimiento de las expectativas depositadas en el SGSSS por los



autores de la ley 100. El Capítulo 4 "Caracterización de las diferencias entre lo proyectado y lo encontrado", explica las causas del incumplimiento de la cobertura. El Capítulo 5 se refiere a las conclusiones.

Colombia empezó a construir su Sistema nacional de salud (SNS) relativamente tarde: en 1946 con la creación de la Caja Nacional de Previsión y el Instituto de Seguros Sociales. El SNS fue marcado por la estratificación social y baja cobertura. Se necesitaron cincuenta años para comprender que al país le iría mejor con la cobertura universal en salud, y si la cobertura universal cuesta caro, hay que pagarla. La reforma de 1993 creó el SGSSS que aspiraba lograr la universalidad de la cobertura en ocho años, para 2001 (Martínez, Robayo y Valencia, 2002: 14). Se diseñó un complejo esquema del aseguramiento para los ricos y trabajadores formales de los subsidios a la demanda para los menos pobres y de los subsidios a la oferta para los más pobres. Se estableció el financiamiento fiscal y parafiscal, con algunos elementos de la solidaridad entre los estratos sociales.

El SGSSS aumentó de manera significativa el volumen de los recursos en el sistema de salud. La cobertura se amplió en 1995 - 1999, pero en 2000 se estabilizó en todos los regímenes juntos en 56,19% de la población (Martínez, Robayo y Valencia, 2002: 70). Por que no se logró la cobertura universal, se preguntan los investigadores. Y responden: por falta de los recursos (p. 78).

Para demostrar su hipótesis, los autores hacen un ejercicio interesante de sumar los recursos de los regímenes contributivo, subsidiado y de la Red pública, y dividir la suma por la unidad de pago por capitación (UPC) del régimen contributivo que para 2000 fue estimada en 290.000 pesos (p. 77). De la división se obtiene el número de las personas

que se hubiera podido atender con el plan obligatorio de salud (POS) del régimen contributivo. Los autores escogen el POS contributivo, y no el POS subsidiado, porque solo el POS contributivo garantiza la atención completa con dignidad (p. 76). Las operaciones matemáticas dan unos resultados interesantes, provocativos y cuestionables al mismo tiempo.

Los recursos de todos los sistemas públicos de salud (sin el gasto privado) en 1993 sumaron 3.4 billones de pesos (p. 81), y con este dinero se hubiera podido atender (con el POS contributivo) 11,7 millones de usuarios. Sin embargo, en 1993 solo 7.7 millones de personas aparecen como cubiertos con algún tipo de seguro médico (no con el mejor POS, que es el contributivo, sino con algún tipo de cobertura). La diferencia entre 11.7 millones de usuarios potenciales de los servicios médicos de primera clase y 7.7 millones de usuarios reales de todas las clases tiene que ser explicada. Una explicación posible es que la cobertura del SNS en 1993 fue mayor que 20,27% (p. 70). Para sustentar esta duda se puede mencionar el dato que citan los mismos autores: antes de 1993 el Estado cubría 50% de la población que no tenía ningún tipo de aseguramiento, con la Red pública de hospitales (p. 31). Los autores en otro lugar citan un estudio de la Contraloría que también pone en duda 20,27% y se refiere a 23% de la población cubierta por la seguridad social y 40% por el sistema de salud del sector oficial (p. 130), lo que suma 63% - más que la cobertura combinada de SGSSS en 2000, lo que suena extraño. Parece que el punto de partida para evaluar el SGSSS, es decir, la cobertura que ofrecía el SNS antes de 1993, sigue siendo un misterio.

El argumento de los autores puede resumirse en dos puntos. Primero. Los recur-



os del SGSSS no alcanzan a dar la atención sino a un poco más de la mitad de la población, exactamente 56,19% en 2000. Segundo. Los recursos del SGSSS no son suficientes por razones estructurales, y no coyunturales. Las razones son: la baja afiliación de los trabajadores independientes al régimen contributivo (pp. 108-12), el incumplimiento del gobierno con el pago del presupuesto nacional, equivalente a un punto de solidaridad de los 12% de la cotización obligatoria al régimen contributivo (p. 116), el incumplimiento del gobierno con las transferencias de los ingresos corrientes de la nación y el situado fiscal (p. 119-122). Parece que la solución está en una mayor disciplina del gobierno y, si lograr más recursos dentro de las restricciones reales es imposible, en un futuro aumento de los aportes de los usuarios al SGSSS. Los problemas fueron diagnosticados por el lado del origen de los recursos. Según la lógica un poco lineal de los autores, las soluciones también deben estar ubicadas en las fuentes de los recursos.

Surge una duda. Según los autores, el SGSSS recibió en 2000, 7 billones de pesos (p. 81). Dividiendo 7 billones por 290.000 pesos (la UPC contributiva), resulta que con 7 billones de pesos se puede asegurar 56,9% de la población con el POS de primera clase (p. 82). Sin embargo, el SGSSS en 2000 cubrió 56,19% de la población, y no con el POS contributivo sino con una combinación del POS contributivo, subsidiado y los servicios directos de la Red pública. La duda es la siguiente: donde está la diferencia entre el costo del POS contributivo para 56,9% de la población, y el costo de una canasta de regímenes más baratos para 56,19% de la población? Esta aritmética hace pensar en que no todos los problemas del SGSSS están por el lado de las fuentes de los recursos, sino también por el lado del gasto de los recursos.

El libro refleja la corriente dominante del pensamiento sobre el SGSSS. La propuesta de la reforma de la ley 100 que se discute en el Congreso desde 2004 - 2005, hace eco de la argumentación de los autores. Si en Colombia no se logró la cobertura universal es por falta de los recursos. Si nos faltan los recursos, siguen los proponentes de la reforma de la ley 100, tenemos que ser menos ambiciosos y no plantear la cobertura universal. En efecto, el proyecto 052 de la reforma de la ley 100 elimina el objetivo de la cobertura universal, que figuraba en la ley 100, y no plantea cubrir sino la mitad de la población actualmente no asegurada (proyecto 052, artículo 5).

Este realismo político de los autores de la reforma de la ley 100 demuestra que el lado de la ecuación del SGSSS, que describe los gastos del sistema es políticamente intocable. Parece que también es intocable para los investigadores.

Los autores se limitan al lado de las fuentes de los recursos. Lo hacen de manera profesional, aunque algunos cuadros podrían ser más transparentes y explícitos. De que manera los recursos se evaporan en las manos de los intermediarios es un tema que todavía espera su turno. Los autores incluso identifican algunos mecanismos. Pero, fieles a su hipótesis, los dejan sin desarrollar. Uno de estos temas es el del aseguramiento. La función de las aseguradoras en el SGSSS consiste en conseguir a sus usuarios el mejor servicio al menor precio, superar la asimetría de la información entre los prestadores y los usuarios y reducir los costos de transacción (p. 26). Parece que las EPS entienden su función de otra manera, porque los costos de transacción, en vez de bajar, suben. La mencionada diferencia entre los costos de atender 56,9% con el servicio de primera clase y atender 56,19% con los servicios de una gama de calidad variada no es

otra cosa sino el testimonio de los altos costos de transacción en el SGSSS.

Otra fuente de las ineficiencias por el lado del gasto de los recursos, sugerida por los autores del libro, es el tamaño del conjunto de la población asegurada. Según la teoría de los seguros, cuanto más grande es el conjunto de los usuarios asegurados, mejor se conoce el comportamiento del grupo de los usuarios, menos es el riesgo para los aseguradores de incurrir en los gastos imprevistos (p. 26). Desafortunadamente los autores no analizan cuál opción sería más eficiente: el único asegurador o varios aseguradores de menor tamaño.

Los autores sugieren, pero no desarrollan el tema del oportunismo de los actores en el SGSSS, en particular, la exageración por parte de EPS del número de sus afiliados, con el fin de recibir las UPC a las cuales no tienen derecho (p. 38). El Estado no tiene claro, por concepto de que paga las UPC a las EPS. Y tampoco tiene claro, cuanto di-

nero reciben las EPS por concepto de una UPC. Esto ocurre porque el precio de la atención de los usuarios no se limita a la UPC sino incluye los copagos y las cuotas moderadoras (p. 76-77). Es una situación trágica y cómica al mismo tiempo, que parece sacada de *Almas muertas* de Nicolai Gogol.

Estos elementos solo se sugieren, pero no se abordan. Para desarrollarlos se necesita, además de la buena contabilidad, un enfoque de economía política. La óptica institucionalista podría derramar la luz sobre el SGSSS y ayudar a explicar por qué los no pocos recursos que se le entregan, no rinden.

Bibliografía

- Proyecto de ley 052, Bogota. Congreso de la República, 2004.
- Rodrik, D. 2000 Institutions for high - quality growth: what are they and how to acquire them, *Studies in Comparative International Development*, Fall 200: 3-31



Informe latinoamericano sobre el derecho a la salud 2004

PIDDHH -ALAMES - ISEQH
EL CASO COLOMBIANO: "EL MERCADO NO ES PARA TODOS Y TODAS"

Por Mauricio Torres Tovar y Natalia Paredes

Este informe hace un balance general de la situación actual del derecho a la salud en Colombia, teniendo como elementos fundamentales las evidencias sociales y sanitarias luego de diez años de implementación de la ley 100 de 1993, que ha configurado la política de Estado en salud en Colombia desde ese momento y que actualmente el gobierno nacional ha propuesto modificar en una perspectiva de profundizar el modelo de mercado, que como muestra este informe impide la garantía efectiva del derecho a la salud para la población colombiana.

1. Contexto económico, político y social: situación general del país

El contexto político de Colombia se caracteriza por ser una democracia formal, con elección popular de autoridades, pero con prácticas gubernamentales antidemocráticas y regresivas en términos de participación y construcción colectiva de país. El conflicto armado interno, que lleva más de cincuenta años permanece y sus causas estructurales no se han superado.

El país se encuentra bajo un gobierno centrado en la lucha antiterrorista mundial, que criminaliza la protesta social y persigue a la oposición política y los líderes sociales, ade-

lanta reformas políticas, económicas y sociales a la Constitución Política Nacional sin participación popular. Es así como viene recortando libertades fundamentales de movilización, opinión y derecho a la justicia, censando poblaciones enteras por "sospecha", otorgando suprapoderes al Ejecutivo, otorgando facultades judiciales a los organismos de seguridad del Estado y realizando reformas tributarias regresivas e inequitativas.

El gobierno actual sometió a consideración del Congreso de la República un proyecto de reelección presidencial inmediata, lo que coloca al presidente en condiciones de candidato y por tanto toda la estructura del Estado a su servicio. En definitiva, la división de poderes, la participación política y social democrática, las libertades fundamentales, la igualdad económica y social han sufrido un retroceso importante en el contexto político colombiano.

Las políticas del Estado en materia económica y social de los últimos gobiernos, incluyendo el actual, no han conducido a desarrollar una política consistente para disminuir la brecha de inequidad y de extrema pobreza, prueba de ello es:

- El comportamiento de la pobreza medida por ingresos muestra un panorama



supremamente preocupante, de 1997 a 2003, la población colombiana por debajo de la línea de pobreza aumentó de 55% a 66%, en tan solo seis años subió 11 puntos lo que significa en términos absolutos que en el período 5.346.843 personas más no contaban con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas

- En el año 1997 ante una caída de sus ingresos, los hogares disminuyeron sobre todo el consumo de educación y transporte; para el año 2003, los hogares redujeron su consumo de alimentos, prendas de vestir y servicios médicos, y se mantuvo la tendencia en educación¹
- El sistema tributario del país no favorece la equidad, por el contrario beneficia a los sectores de altos ingresos en detrimento de los de bajos ingresos y de los trabajadores. Un estudio de la Contraloría General de la República sobre la política tributaria evidencia dos cosas: primero, que los declarantes que reciben salario aportan 2,40 pesos por cada 100 pesos de patrimonio, mientras que los que reciben utilidades de capital contribuyen con solo 0,60 pesos por cada 100 pesos sobre activos declarados. Segundo, la estructura tributaria referida a la renta favorece significativamente a las personas de más altos ingresos frente a los trabajadores de

menos de 7 salarios mínimos², tendencia que se acentúa con las reformas tributarias del presidente Uribe

- Persiste una alta desigualdad en la distribución de los ingresos. En el año 2003, la Encuesta de calidad de vida muestra como 50% de la población ubicada en los deciles inferiores de ingresos percibe solamente 16,4% de los ingresos totales, mientras el otro 50% ubicado en la parte superior, los más ricos, concentran 83,7%, quedándose el decil 10 con 41,7% de éstos
- El desempleo, el subempleo y la informalidad se han convertido en un factor determinante de exclusión social y de pérdida de las condiciones materiales para ejercer los derechos conexos del derecho al trabajo. La reforma laboral (ley 789 del 27 de diciembre de 2002), cuya intención era estimular al sector privado para la generación de empleo, significó en realidad aumentar la producción y las utilidades, disminuyendo costos sin crear nuevos empleos.

2. El marco jurídico y constitucional del derecho a la salud

El derecho internacional de los derechos humanos está reconocido por el Estado colombiano en la Constitución como norma superior y vinculante en su artículo 93, el cual estipula que los tratados y los convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. El concepto de *bloque de constitucionalidad* acá gana en importancia, entendido como la existencia de normas que pese a no estar expresamente consagradas en la Constitución, tienen rango constitucional y sirven, en consecuencia, como parámetro de constitucionalidad de las leyes y como criterio de

¹ Contraloría General de la República - Universidad Nacional de Colombia. *Bienestar: macroeconomía y pobreza*. Informe de coyuntura 2003:18. Bogotá.

² Contraloría General de la República. 2002. "Reasignación de la carga tributaria en Colombia, propuestas y alternativas". Edición Alfa Omega Colombiana: 61-68. Citado en reelección: *El embudo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo*. Septiembre de 2004:27. Bogotá.



relevancia constitucional para decidir un determinado asunto³.

Colombia ha suscrito y ratificado las principales normas internacionales relacionadas con el derecho a la salud: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (mediante la ley 74 de 1968); la Convención internacional contra todas las formas de discriminación racial (ley 22 de 1981); la Convención internacional contra todas las formas de discriminación contra las mujeres (ley 51 de 1981); la Convención sobre los derechos de los niños (ley 12 de 1991); el Convenio No. 169 de la OIT sobre la protección de pueblos indígenas y tribales (ley 21 de 1991 y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de DESC - Protocolo de San Salvador (ley 319 de 1996).

El sustento del derecho a la salud en el plano nacional lo dan las normas constitucionales referidas al tema de salud y seguridad social (artículos 48, 49 y 50, principalmente), la ley 100 de 1993 y el conjunto de normas que la reglamentan, y la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia del derecho a la salud y del derecho a la seguridad social.

La Constitución Política de 1991 estableció que la salud y la seguridad social son servicios públicos regulados por el Estado, que pueden ser prestados por actores públicos o privados.

En el artículo 49, se establece el derecho a la atención en salud para todas las personas, y que la prestación de servicios debe hacerse conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En los artículos 44 y 50 de la Constitución Política de 1991 se consagra el derecho a la salud de los niños:

“Son los derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social...”.

“Todo niño menor de un año que no este cubierto por cualquier tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia”.

Para el caso de los niños, la Constitución Política consagra la salud como un derecho fundamental, y establece la atención gratuita para los niños menores de un año, en concordancia con la Convención sobre los Derechos de los Niños, adoptada en noviembre de 1989 por Naciones Unidas, buscando así que por mandato constitucional, se cumpla con el precepto de que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás y se proteja a uno de los grupos más débiles e indefensos de la sociedad.

En términos generales, se puede afirmar que la Constitución Política de 1991, establece principios básicos universales progresivos, como son la dignidad humana, los fines esenciales del Estado Social de Derecho, la igualdad y la participación ciudadana, sin embargo, al precisar el alcance de los derechos a la salud y a la seguridad social, adopta una visión estrictamente de prestación de servicios o asistencia social, reduciendo el alcance que poseen estos derechos.

En desarrollo de este mandato constitucional, la ley 100 de 1993 creó el Sistema inte-

³ Uprimny, R. 2001. “El bloque de constitucionalidad en Colombia. Un intento de sistematización jurisprudencial”. En: *Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional*. Volumen I. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Bogotá.

gral de seguridad social en salud, el cual optó por el aseguramiento como vía para alcanzar la universalización de los servicios de salud y por la creación de un mercado de servicios que superará los problemas de calidad y eficiencia, bajo la lógica de regulación por la vía de la oferta y demanda. A la ley 100 de 1993 subyace una comprensión de la salud como un bien privado, responsabilidad directa de los individuos, quienes acceden a ella a través de un mercado de servicios, en donde el Estado, a través de una política de focalización de subsidios, incorpora a los miembros de la comunidad que no tienen capacidad económica. Esta política ha orientado la salud en el país durante la última década y ha consolidado la concepción de salud como una mercancía. Esto último ha alejado aún más las políticas públicas de la comprensión de la salud como un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado para todos los ciudadanos.

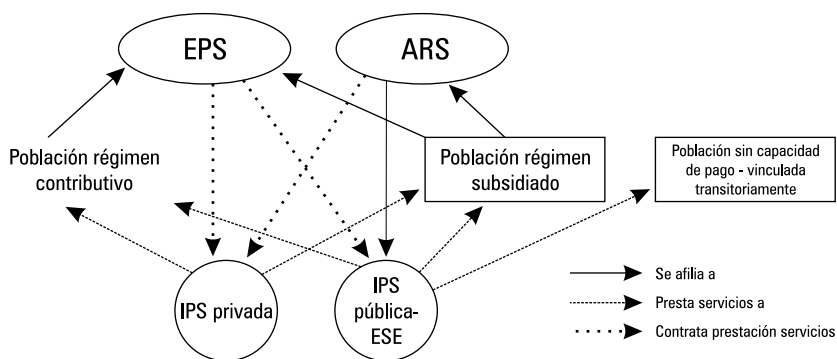
3. El sistema de salud en Colombia

En diciembre de 1993 se expidió la ley 100 con el fin de integrar en un único sistema, a todas las instituciones e intervenciones del sector, denominado Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), cuyo mecanismo rector de financiación, administración y prestación de servicios es el de la afiliación mediante un seguro de salud.

Se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), adscrito al Ministerio de Salud (actualmente Ministerio de la Protección Social), como organismo de dirección del Sistema, en el cual participan representantes de las instituciones públicas, privadas, dos representantes de los trabajadores y uno de las asociaciones de usuarios del sector rural.

Este sistema se rige bajo los principios de administración eficiente y competitiva, ca-

ORGANIGRAMA 1
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
AFILIACIÓN Y PRÉSTACION DE SERVICIOS



naliza mayores recursos para el sector salud, no se gira directamente los recursos a los centros de atención sino que se utiliza un sistema de intermediación y se deja buena parte del sector en manos de agentes privados.

Creó dos mecanismos de afiliación:

El régimen contributivo, dirigido a las personas con capacidad de pago que deben afiliarse a las entidades promotoras de salud (EPS). Las EPS son básicamente administradoras de recursos. Están encargadas de la afiliación y registro de los usuarios, del recaudo de sus cotizaciones y de la organización y contratación de los servicios para sus afiliados con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Mensualmente las EPS reciben una suma fija de recursos por cada persona afiliada (unidad de pago por capitación, UPC), se haga uso o no de los servicios. Estos recursos dado su volumen se han convertido en una fuente de capitalización de las entidades privadas que no tienen la responsabilidad de proveer servicios de salud para población no afiliada.

El régimen subsidiado destinado a las personas sin capacidad de pago y cuyo acceso depende del subsidio a la demanda. El anterior sistema público de salud funcionaba bajo el esquema de subsidio a la oferta, transfiriendo los recursos para financiar directamente a las instituciones hospitalarias. En el actual sistema se pasa al subsidio a la demanda que consiste en asignar recursos por persona asegurada y no por institución, es un pago fijo por medio del cual una persona puede acceder a un determinado plan de servicios.

El subsidio se genera en el momento de afiliación de la persona al Sistema de seguri-

dad social el cual gira los recursos a las administradoras del régimen subsidiado (ARS), que contratan con las IPS la atención de sus afiliados.

Existe una tercera forma de vinculación al sistema de salud que inicialmente recibió el nombre de vinculados (un eufemismo por que son realmente desvinculados) y que ahora se denomina población pobre no asegurada. Son aquellas personas que tienen y demuestran su condición de pobreza y que tienen derecho a recibir subsidio pero no lo reciben y son atendidas por los hospitales públicos (ESE) en aspectos de urgencia y de salud básica.

Dentro de este modelo se cambió la atención integral en salud desarrollada anteriormente por el Instituto de Seguros Sociales por un paquete preestablecido de servicios, denominado plan obligatorio de salud (POS), que incluye servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico y tratamiento, protección a la maternidad y rehabilitación física. Se diseñó teniendo como criterio las enfermedades más frecuentes de la población colombiana, la disponibilidad tecnológica para su atención y el costo - efectividad de los tratamientos.

El POS para los afiliados al régimen contributivo incluye intervenciones de los tres niveles de atención en salud, mientras que el POS para los afiliados al régimen subsidiado sólo incluye intervenciones del primer nivel de atención y para mujeres embarazadas y niños menores de un año las de nivel I II y III. Se estableció la cobertura familiar, es decir, las personas que componen el núcleo familiar del afiliado se benefician de los mismos servicios.

Bajo el nuevo sistema se ordena la conversión de los hospitales de carácter público en

empresas sociales del estado (ESE)⁴. En términos prácticos, significa que se acaban los presupuestos históricos de las instituciones públicas y se pasa al pago, al final del período, por los servicios prestados⁵. Las instituciones públicas deberán ser empresas autosostenibles financiera y administrativa-mente, para ello deberán como cualquier IPS, vender servicios a las EPS y competir en el mercado por los contratos.

Las ESE entraron a competir en desventaja con el sector privado, entre otras razones, porque han dependido para su funcionamiento de presupuesto estatal, tienen deficiencias físicas y tecnológicas, no tienen incorporada una racionalidad gerencial y financiera de rentabilidad y carecen del patrimonio y la liquidez inicial requerida para entrar en mejores condiciones al mercado abierto. Al no resistir la competencia, las instituciones públicas se han quebrado y han recurrido al arrendamiento parcial de su infraestructura y equipos o a su privatización, en condiciones favorables a los grandes capitales. Es decir, que el patrimonio que el Estado y la sociedad conservaban, viene pasando fácilmente a manos privadas.

Al Estado se le asignó la función de coordinación y control del sistema, de promover la incorporación de las personas que no pueden pagar su seguro y de realizar acciones de impacto colectivo como el control epidemiológico, las campañas masivas de prevención y educación en salud, etc., inmersas en el plan conocido como PAB (plan de atención básica).

4. Descripción estadística y analítica de la garantía del derecho salud

Este acápite se aborda con las evidencias que dan los diez años de implementación de la ley 100, teniendo como referentes de evaluación el conjunto de principios que la sustentan⁶.

4.1. Universalidad: el mercado no es para todos

La ley 100 de 1993 estableció que para el año 2001 existiría cobertura del 100% de aseguramiento en salud para toda la población colombiana. Sin embargo, la situación es la siguiente (Cuadro 1):

Al desagregar la información de la cobertura por regiones se observa que el mayor porcentaje se encuentra en las grandes ciudades. En relación con las diferencias urbano rurales, la Encuesta de calidad de vida del Dane de 1997 evidenció que mientras en el área urbana se alcanzaba una tasa de afiliación del 60,9% de la población, de la cual 21,4% correspondía al régimen subsidiado, en el área rural, la población afiliada era del 47,49% del total, de la cual el 76,6% estaba afiliada al régimen subsidiado.

En este aspecto de la universalidad se puede concluir que la ley 100 a pesar de haber

⁴ Las empresas sociales del Estado son entidades públicas descentralizadas, regidas por el derecho privado en materia contractual y con un régimen presupuestal basado en reembolsos contra prestación de servicios.

⁵ Estos servicios sólo podrán ser prestados a las personas que los cancelen, a las personas del régimen subsidiado remitidas cuya atención deberá ser cancelada posteriormente por su respectiva ARS, o a las personas sin capacidad de pago que lo demuestren (vinculadas). El resto de la población que no cumpla con los requisitos de "miseria absoluta" debe cancelar sus servicios, ya que los hospitales no cuentan con los recursos necesarios para su atención.

⁶ Torres, M. 2003. Colombia. "Avanza la privatización de la seguridad social". Le Monde Diplomatique. Bogotá. Noviembre:13-14.



CUADRO 1
PORCENTAJES DE POBLACIÓN COBERTURA EN
SALUD ANTES Y DESPUÉS DE 1993

Subsectores	Antes	2002
	de 1993	
	%	%
Red pública hospitalaria	35	
Seguridad social*	23	59**
Medicina privada	15	5
Total población cubierta	73	64

* Incluidos los regímenes especiales.

** 30,3% régimen contributivo, 25,7% régimen subsidiado y 3% regímenes especiales.

Fuente: Elaboración propia con base en información de Mújica, J. 2003. "La reforma de los sistemas de seguridad social en los países andinos". Consejo Consultivo Laboral Andino. Lima. Julio. www.dnp.gov.co

aumentado coberturas de aseguramiento, muestra una gran debilidad, al no lograr lo prometido y evidenciar un retroceso en el aspecto de acceso real a los servicios de salud; situación que no va a mejorar en la medida en que el modelo se soporta sobre el empleo formal y en el actual escenario de crisis económica, desempleo e informalidad, se hace cada vez más inviable, tanto por la vía de los cotizantes directos como por la de la focalización del seguro para los pobres.

4.2. Eficiencia: viva el monopolio privado, muera la salud

Vista la eficiencia como el uso adecuado de los recursos con los mejores resultados, se destacan en este aspecto las siguientes evidencias del desarrollo de la reforma a la seguridad social en salud.

Uno de los efectos positivos más destacado por los defensores del modelo esta en relación con el incremento de los recursos para el sector salud.

Se plantea que el total de recursos pasó de 4,2 billones de pesos en 1994 a 13,9 billones en 2000, alcanzando el nivel mas alto en 1999 (15,1 billones), lo que representa una tasa de crecimiento real de estos recursos del 39,1%, entre 1994 y 2000, a pesar de los decrecimientos presentados en los años 1998 (0,4%) y 2000 (15,7%). Estos recursos representaron 6,3% del PIB en 1994 y 8,2% en 2000 (durante 1997 y 1998 alcanzó a ser 9,3% del PIB, y en 1999 del 10,2%). Por su parte, el gasto público en salud como porcentaje del PIB pasó del 3,3% en 1994 a 4,5% en 2000, y el gasto privado pasó del 3,0 a 3,7% para tales años, respectivamente⁷.

Al contrastar el aumento de los recursos con los efectos que han debido producir, se ubica que el nivel de cobertura del aseguramiento ha crecido, pero no a los ritmos esperados, estando actualmente 46% de la población sin acceso a servicios de salud básica⁸.

Al revisar las cifras de gasto privado se encontró que en 2000 los colombianos invirtieron 15.6 billones de pesos de 1999, de los cuales, las familias aportaron 7.6 billones de pesos, entre cotizaciones (2.54 billones) y gastos adicionales (4.18 billones). Entre tanto, del presupuesto nacional salieron 4.38 billones y de los departamentos y municipios 446 millones más, lo que evidencia que el gasto público comenzó a ser inferior al privado⁹.

⁷ Cifras citadas en Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes No. 3204. Bogotá. Noviembre de 2002.

⁸ Garay, LJ. 2003. "Políticas públicas y garantía de los DESC". En: *El embrujo autoritario. Primer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo*. Bogotá. Septiembre.

⁹ Cifras citadas en Hernández, Mario. 2003. "El debate sobre la ley 100 de 1993: antes, durante y después". En: Franco, Saúl (editor) *La salud pública hoy*: 464-480. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá:463-480.

Al mirar los porcentajes de inversión de las EPS en 2000 se encontró que gastaron 50,2% de sus ingresos en la prestación de servicios de atención, mientras en servicios de prevención y promoción sólo invirtieron 3%, el resto se fue hacia inversión de capital, infraestructura, patrimonio, entre otros¹⁰.

De otra parte, al observar las cifras financieras de los hospitales públicos se encuentra que a finales de 1998 su déficit financiero era de 250 millones de dólares; un año después se había incrementado hasta 600 dólares; al explicar esta situación una de las causas más importante se ubica en la deuda acumulada de las ARS con los hospitales. Según la Superintendencia Nacional de Salud dicha deuda alcanzaba a mediados del año 2000 los 200 millones de dólares y el promedio de mora en la cancelación de las deudas era de 270 días¹¹.

El cambio central del esquema de financiamiento pasando del subsidio de oferta al de demanda como ya se mencionó, exigió a las instituciones de la Red pública generar sus propios recursos para sostenerse económicamente a partir de la venta de servicios, lo que acarreo un aumento de las dificultades económicas para la mayoría de instituciones,

llevando a varias de ellas incluso al cierre total ejemplo: Hospital Universitario de Cartagena, Hospital Universitario de Caldas y San Juan de Dios de Bogotá.

La situación es similar para las instituciones públicas de seguridad social (ISS, Cajanal y Caprecom), en la medida que han disminuido drásticamente sus ingresos, por un lado al perder un número considerable de afiliados que han sido cooptados por las EPS privadas (el ISS para el año 1996 contaba con cerca de 10 millones de afiliados y para 2002 era cerca de 3.5 millones, mientras que las EPS privadas para 1996 tenían cerca de 3.5 millones de afiliados y para 2002 eran cerca de 9 millones)¹² y, de otro, al tener que asumir los pacientes con enfermedades de alto costo, que por diversos mecanismos no se encuentran afiliados a las EPS privadas.

En relación con los efectos de la ley 100 en la situación de salud los resultados no son más alentadores, dado el énfasis del modelo en la atención a la enfermedad debilitando y abandonando programas de promoción y prevención. A programas tan importantes relacionados con la atención a la malaria, fiebre amarilla y tuberculosis se les ha disminuido el presupuesto, conduciendo al cierre, por ejemplo, del Servicio de Erradicación de la Malaria.

El Programa ampliado de inmunizaciones que llegó a tener un reconocimiento internacional importante, se ha debilitado reduciendo las tasas de cobertura de vacunación a niveles riesgosos, que de hecho han generado la reemergencia de enfermedades infectocontagiosas. Para mostrar algunas cifras la cobertura de vacunación para 2000 con antipoliomelítica era del 81,9% de los niños, la de BCG del 90,1% y la de triple DPT a 77,8%¹³. Diez años antes, en 1989 las coberturas habían llegado hasta 94% de la población (Cuadro 2).

¹⁰ Cifras citadas en Hernández, Mario. 2003. "El debate sobre la ley 100 de 1993: antes, durante y después". En: Franco, Saúl (editor) *La salud pública hoy*: 464-480. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá:463-480.

¹¹ Cifras citadas en Franco, Saúl. 2003. "Para que la salud sea pública". Ponencia presentada en el Foro Perspectiva de la Salud Pública en México. Ciudad de México. Abril. Mimeografiado.

¹² Observatorio de la seguridad social. 2002. Universidad de Antioquia. Año 3 No. 7. Medellín, junio de 2003.

¹³ Ministerio de Salud y OPS. 2002. "Situación de salud en Colombia". *Indicadores básicos 2001*. Bogotá.



CUADRO 2
PORCENTAJE DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN COLOMBIA

Vacuna	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Polio	94	93	83	75	69	81.9
DPT	92	92	80	73	67	77.8
Hepatitis B	90	94	79	84	70	77.5%
Sarampión	90	93	89	86	89	s.d.
BCG	100	100	95	76	69	90.1

Fuente: Álvarez, Luz Estela. 2001. La situación de salud de la población colombiana. *En: Pensamiento en salud pública*. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín; Ministerio de Salud. 2001. "Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2001". Bogotá.

Como evidencia de estos efectos de la política, se puede mencionar que para el periodo comprendido entre 1995-2000 el dengue clásico registró un promedio anual de 30.232 casos, con una tasa a mitad de período de 75.6 por 100.000 habitantes; el dengue hemorrá-

gico un promedio anual de 2.758 casos; la fiebre amarilla, un total de 21 casos; el sarampión 3672 casos sospechosos; la tasa promedio de tuberculosis pulmonar fue de 12 por 100.000 y el promedio anual de casos de malaria ya casi llega a los 100.000¹⁴ (Cuadro 3).

CUADRO 3
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA
CASOS PERIODO 2000 - 2002

Enfermedad / Año	2000	2001	2002
Malaria	139.637	112.581	137.924
Dengue clásico	22.782	55.282	76.579
Dengue hemorrágico	1.824	6.568	5.245
Tuberculosis	11.638	s.d.	7.950
HIV / sida*	3.818	4.041	1.807
Fiebre amarilla	5	8	21
Sarampión**	s.d.	2	128
Rubéola**	s.d.	77	62
Rabia animal	113	114	78

* Suma vivos y muertos de cada año.

** Casos comprobados en laboratorio

Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico semanal. Diciembre 22 al 28 de 2002; e Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud. Programa nacional de prevención y control del HIV/ sida. Colombia 1983 - 2002. www.ins.gov.co

¹⁴ Franco, Saúl. Cifras citadas en Franco, Saúl. 2003. "Para que la salud sea pública". Ponencia presentada en el Foro Perspectiva de la Salud Pública en México. Ciudad de México. Abril. Mimeografiado. 2003.



Al revisar otros indicadores relevantes desde el campo tradicional de la salud pública como son las tasa de mortalidad materna e infantil las cifras muestran que las dos tasas de mortalidad han disminuido permanentemente desde las dos últimas décadas, pero hay que contar por un lado con el subregistro y por otro con las diferencias que existen entre regiones y entre zonas urbana y rural. La mortalidad materna paso de 89.8 por 100.000 nacidos vivos, en el periodo 1992-1996 a 71 en 1998, pero 16 departamentos superan el promedio nacional; las tasas más altas están en la Orinoquia (141 por 100.000), la región Oriental (110 por 100.000) y la Pacífica (105 por 100.000)¹⁵.

Por su parte la mortalidad infantil también ha descendido, de 35 por 100.000 nacidos vivos en 1995 paso a 21 en el periodo 1995-2000; pero las desigualdades entre zonas persisten mientras en la zona urbana es de 21 por 100.000, en la rural es de 31 y en departamentos como La Guajira, Cesar y Magdalena es de 36 por 100.000¹⁶.

Al indagar sobre la calidad de los servicios, una investigación de la Defensoría del Pueblo arrojó como resultados de la evaluación de los servicios de salud que brindan las EPS y ARS, un incumplimiento de estas institu-

ciones en los aspectos de promoción y prevención, ya que 64% de los encuestados (de una muestra total de 3.586) manifestó no haber sido invitado a participar en ningún tipo de programa¹⁷. Destaca la investigación que existen recursos importantes para promoción y prevención, definidos por la propia ley, y que para el caso del régimen contributivo en el año 2001 fueron de 160.000 millones de pesos.

En el aspecto de suministro de información por parte del Sistema general de seguridad social en salud a los usuarios, la investigación encontró que también es precaria, dándole una calificación de 5.3 sobre 10.0; esto en relación que a 36,9% de los usuarios no se les da a conocer la Red de prestadores de servicios, a 39,3% no se les informa sobre los servicios a que tienen derecho y al 64% no se les informa sobre programas de promoción y prevención. Esta situación va en contravía de lo esgrimido por los propios defensores del modelo que plantean que el mercado genera eficiencia y calidad a partir de la libre escogencia del usuario, aspecto que no puede desarrollar adecuadamente sino cuenta con información pertinente y oportuna.

Con relación a la atención oportuna de urgencias y de entrega de medicamentos también se rajan las EPS y ARS en la evaluación; situación ratificada por las acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos, evidenciada por el análisis del conjunto de acciones interpuestas por la Defensoría del Pueblo en 1999, en donde la mayoría de acciones fueron interpuestas por la negación de servicios (52,6%), por falta de oportunidad en el tiempo para la atención (31,5%) y por la no entrega de medicamentos (9,1%)¹⁸.

Los datos mostrados permiten concluir que la eficiencia del modelo también está cuestionada y que esto es reflejo de la lógica in-

¹⁵ Echeverri, Esperanza. 2003. "La situación de salud en Colombia". En: *La salud pública hoy. Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá.

¹⁶ Echeverri, Esperanza. 2003. "La situación de salud en Colombia". En: *La salud pública hoy. Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá.

¹⁷ Defensoría del Pueblo. 2003. "Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. Índice de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento". Bogotá.

¹⁸ Giraldo, Juan Carlos. 2000. "Ejercicio del derecho a la salud en Colombia". Defensoría del Pueblo. Bogotá.



terna del modelo. Por un lado, atención a la enfermedad como bien privado a cargo de las aseguradoras (es donde esta el negocio), que genera las inequidades propias del mercado y un marginamiento de la promoción y la prevención; y de otro, acciones de salud pública como bien colectivo a cargo del Estado (no rentables) y que se han debilitado por el cambio de papel del Estado y la crisis de las instituciones públicas de salud, que son las encargadas de desarrollarlas.

Ineficiencia reflejada en mayor disponibilidad de recursos económicos pero con menor acceso a la garantía del derecho a la salud y aumento de las arcas de las instituciones intermediarias (EPS y ARS); deterioro de las condiciones de salud de la población reflejada en la regresividad de diversos indicadores de salud y deterioro de la calidad de la prestación de los servicios de salud expresado en las quejas, denuncias y tutelas en salud que son pan de cada día.

4.3. Equidad: a la *Robin Hood*

Entendida la equidad como que cada uno aporta de acuerdo con sus capacidades y cada uno recibe según sus necesidades, se podría decir que los datos muestran que el sistema colombiano ha aumentado la inequidad.

Al desagregar la distribución porcentual del subsidio en salud por condiciones socioeconómicas se encuentra que los deciles de mayor ingreso se ven más favorecidos que los de menor ingreso. Es así como el subsidio para salud que tiene el decil 1 es de 4,8%, mientras que para el decil 9 es de 12, 8% y para el decil 10 es de 14%¹⁹.

Al observar los denominados gastos de bolsillo se presenta también discriminaciones de índole económica, ya que mientras los hogares donde los jefes pertenecen a regíme-

nes especiales gastan 5,7% de su ingreso, los del régimen subsidiado gastan 14% y los que no están afiliados (vinculados) 12,4%²⁰.

En relación con el uso efectivo de los servicios de salud las razones más frecuente para no acudir a éstos tienen que ver con los costos que genera, bien por las cuotas moderadoras y los copagos en el régimen contributivo, o por el pago porcentual que se debe hacer del costo de los servicios en el régimen subsidiado. El Ministerio de Educación en un estudio realizado en 1995 planteó que 47,5% de la población estratos 1 y 2, en nueve ciudades colombianas, no utilizan servicios, aduciendo en 66% razones económicas; en tanto que la Encuesta nacional de demografía y salud, de Profamilia de 2000, afirma que la falta de dinero es la razón de no uso de servicios en 51% de los casos²¹.

Las inequidades también se expresan en otros terrenos, como son las diferencias por regiones y entres zonas urbanas y rurales, por género, por régimen de afiliación (el plan obligatorio de salud subsidiado ofrece menos servicios que el contributivo), edad, condición cultural, entre otras²².

¹⁹ González, Jorge Iván. 2001. "Imparcialidad financiera y equidad". Otra lectura del informe de la OMS año 2000. En: *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*. Alames y Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá.

²⁰ Observatorio de la Seguridad Social. 2002. Universidad de Antioquia. Año 3 No. 7. Medellín, junio de 2003.

²¹ Echeverri, Esperanza. 2003. "La situación de salud en Colombia". En: *La salud pública hoy. Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá.

²² Paredes, Natalia. 2000. A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano ¿qué ha pasado con el derecho a la salud? En: *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá.

Se puede decir entonces que el modelo de salud al estar orientado por la lógica del mercado origina inequidades propias de su concepción, estableciendo diferencias de beneficios y calidad al establecer salud para ricos (medicina prepagada), salud para trabajadores (régimen contributivo), salud para pobres (régimen subsidiado) y excluyendo un sector importante de la población (vinculados)²³; no tiene en cuenta las especificidades regionales, ni de género, ni culturales, homogeniza por el rasero económico y se comporta como un modelo *Robin Hood*, es decir, los que más tienen se ven favorecidos a expensas de los que menos tienen.

5. Conflictividad social en torno al derecho a la salud

Es indudable que el tema de la salud está a la orden del día en el país. La marcha de los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander hacia Bogotá exigiendo recursos para que no se cierre el Hospital Universitario Ramón González Valencia; la toma de tres iglesias en Bogotá por parte de trabajadores del sector salud exigiendo el respeto a la misión médica y a condiciones laborales dignas; las denuncias hechas por el propio presidente Uribe sobre el desvío de recursos del régimen subsidiado de salud para financiar grupos paramilitares y las acciones judiciales contra la administración de Riohacha por este tipo de actos; las diversas movilizaciones en contra del cierre del Hospital Universitario de Caldas y otras por la precaria situación del Hospital Universitario de Barranquilla, el Hospital Universita-

rio San José de Popayán y el Hospital Universitario San Jorge de Pereira; el Congreso itinerante de los indígenas del Cauca donde se exige respeto a sus procesos e instituciones de salud, son entre otras, expresiones de lo candente que está el tema de salud en Colombia²⁴.

Esta situación, es el acumulado de diez años de implementación de la ley 100, que ha generado un conjunto de problemas entre los que sobresalen la no universalidad de la cobertura del aseguramiento a pesar de contarse con más recursos económicos en el sistema; las presencia de barreras económicas, geográficas y administrativas para el acceso a los servicios de salud; la lentitud en el flujo de recursos en el sistema y su apropiación indebida por parte de los intermediarios (aseguradoras); la crisis hospitalaria con sus efectos en cierre de instituciones de salud y pérdida de empleos; la marginalidad de las acciones de salud pública, que han llevado a situaciones críticas como la baja cobertura en vacunación; la precarización de las condiciones laborales de los profesionales y los trabajadores del sector de la salud, donde existen promedios de hasta un año o más sin recibir salario.

Se podría decir entonces que se rebosó la copa, razón por lo cual existe un acuerdo entre la casi totalidad de actores políticos y sociales, al reconocer que el sistema de salud requiere cambios, lo que de alguna manera se expresó en el conjunto de proyectos de reforma a la ley 100 que se presentaron en el Congreso de la República en el periodo parlamentario finalizado que sumaron 18.

Se prevé mayor conflictividad en este terreno de la salud y la seguridad social, dado que el proyecto de ley presentado por el gobierno nacional (No. 052) ya fue aprobado en el primer debate en la Comisión VII del Senado.

²³ Cifras citadas en Hernández, Mario. 2003. "El debate sobre la ley 100 de 1993: antes, durante y después". En: Franco, Saúl (editor) *La salud pública hoy*: 464-480. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá:463-480.

²⁴ Torres, Mauricio. 2004. "Colombia, el dilema de la reforma a la salud: continuidad o ruptura". *Le Monde Diplomatique*. Bogotá. Noviembre:8-9.



La intención del gobierno nacional con la reforma al sistema de salud que impulsa a través de este proyecto es profundizar el modelo de aseguramiento y su manejo mercantil, a través de la reorganización del régimen subsidiado mediante un esquema financiero centralizado y la entrega de los programas de promoción y prevención a empresas administradoras de salud, lo que desconoce el papel del Estado en sus diferentes niveles territoriales y fortalece el esquema de subsidio a la demanda con el consecuente debilitamiento de la Red pública²⁵. La importancia de los entes territoriales y de la salud pública es casi nula, reafirmando que el sistema de salud es un sistema de atención a la enfermedad y un negocio del sector financiero.

De ser aprobado por el Congreso de la República este proyecto, que es seguramente lo que ocurrirá, se tendrá más de lo mismo por otros diez años, con el agravante de que todas las secretarías de salud del país se verán debilitadas y que los proyectos dirigidos a una real garantía del derecho a la salud, que vienen surgiendo de gobiernos territoriales democráticos y progresistas, como el caso de la apuesta de Bogotá, pueden ser abortados.

6. Estudio de caso

Son muchos los casos que pueden ilustrar la constante violación al derecho a la salud en Colombia. De hecho en un reciente estudio de la Defensoría del Pueblo de Colombia, se analizó el conjunto de tutelas en salud interpuestas por los ciudadanos en todo el país desde 1999, que sumó un total de 145.360, de las cuales 87.300 (60%) fueron falladas positivamente por negaciones arbitrarias de las aseguradoras al no autorizar servicios asistenciales a los que legítimamente tenían derecho por hacer parte del POS²⁶.

Uno de los problemas más apremiantes tienen que ver con que cerca de 1.000 hospitales de primer nivel, 139 de segundo y 25 de tercer nivel para un total de 3018 en la Red pública, se encuentran debilitados financieramente lo que los ha llevado al borde del cierre o en diversos casos a ser cerrados, por las siguientes razones²⁷:

1. Conminación desde el Estado para que operen como si fueran empresa privada (mercadeen, contraten y facturen en la lógica de la autosostenibilidad financiera) sin consideración de su necesaria protección efectiva como bienes públicos
2. Integración vertical, sobre todo a favor de las EPS y ARS privadas, que contratan con sus redes propias y disminuyen la oportunidad de contratación con la Red pública
3. Crecimiento de manera concentrada, inequitativa de infraestructura privada en todos los niveles como parte de la integración vertical del sector privado, con base en las utilidades generadas por el Sistema de salud y seguridad social
4. Formas de contratación inequitativas con traslado del riesgo desde el asegurador al prestador y con cartera vencida superior a un año para 30% de la deuda entre aseguradores y prestadores
5. Procesos de reestructuración, saneamiento, conversión en ESE de clara tendencia

²⁵ Paredes, Natalia. 2004. "La salud pública: entierro definitivo". En: *Reelección: el embrujo continua. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez*. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Bogotá.

²⁶ Defensoría del Pueblo. 2004. "La tutela y el derecho a la salud". *Causas de la tutela en salud*. Bogotá. 2004.

²⁷ Segundo congreso nacional por la salud y la seguridad social. 2004. "Demanda política contra el Estado colombiano por la violación al derecho a la salud". Bogotá. Noviembre.

privatizadora sin resultados en función de la sostenibilidad, la viabilidad y el mejoramiento a la vista.

6. Sistema tarifario desfasado
7. Hospitales emblemáticos universitarios, cerrados como el San Juan De Dios de Bogotá, el Hospital Universitario de Cartagena, el Hospital Universitarios de Caldas, al borde del cierre el Materno Infantil de Bogotá, disminuidos en su capacidad resolutive y con posibilidades de cierre, como el caso de Santander, Cauca, Valle, entre otros
8. El sistema de mercado regulado que somete a la competencia a la Red pública, ha generado una crisis profunda, favorecida por las políticas del Estado en materia de reestructuración, disminución y privatización de lo público. Un estudio de la Academia Nacional de Medicina demuestra que entre 21 hospitales analizados, 11 reestructurados y 10 no, las diferencias de viabilidad financieras no son significativas.

De esta manera es evidente que el Estado disminuye la disponibilidad real de servicios de salud prestados por la Red pública hospitalaria, lo que atenta contra la garantía del derecho a la salud de la población colombiana.

7. Globalización y salud

Los cambios mundiales en las políticas económicas impulsados a comienzo de la década del ochenta del siglo XX, incorporaron la idea de que a través de la liberalización comercial los países avanzarían por una senda de desarrollo.

Tal planteamiento tiene teniendo su mayor expresión a partir del impulso de acuerdos de libre comercio entre naciones. El primero de ellos en el orden continental, que ya cumple su primera década, es el denominado TLCAN (Tratado de Libre Comercio de América del Norte), suscrito entre Canadá, Estados Unidos y México. Le sigue el reciente TLC firmado entre Estados Unidos y Chile, a partir del cual se abrió un abanico de negociaciones individuales de naciones que esperan avanzar en la misma vía con los Estados Unidos. Estos acuerdos van abriendo y abonando el camino para la propuesta más importante que impulsa los Estados Unidos, que es el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas (Alca).

El planteamiento central de estos acuerdos de libre comercio consiste en generar un gran mercado de carácter continental, que permita la circulación libre de mercancías, donde las reglas que prevalezcan sean las de la oferta y demanda.

Entre los principales sectores que buscan estar en la propuesta de integración económica se encuentran los de bienes y de servicios. Estos sectores tienen una enorme incidencia en el sector salud producto de su participación en el mercado del aseguramiento en salud; venta de servicios de salud; comercialización de insumos y tecnología médica (sectores que comercializan bienes sobre los cuales se establece derechos de propiedad intelectual); producción y distribución de medicamentos; y en la venta de servicios de educación en salud.

De tal suerte, que el sector salud es visto como un sector potencial en el cual existen varios negocios sobre los cuales hay mucho interés de empresas internacionales para captar su mercado²⁸.

²⁸ Torres, Mauricio. 2004. "TLC y Estados Unidos: la salud en la mira de las multinacionales". *Diario Desde Abajo*. Bogotá. Noviembre:6-7.



7.1 Efectos del TLC en el sector de la salud

Desde diversos sectores de la sociedad se plantea que estos acuerdos de libre comercio van a impactar en forma negativa la garantía del derecho a la salud en Colombia principalmente al avanzar en la privatización de los servicios de salud y al establecer patentes sobre medicamentos esenciales. Esto se deduce del hecho que la propuesta de acuerdos de libre comercio en su relación con el sector salud va a generar:

- Apertura del mercado a las multinacionales de prestación de servicios de salud, las cuales tienen mayor capacidad de competir y captar mercado, debilitando por esta vía la Red nacional prestadora de servicios de salud tanto pública como privada, lo que puede de hecho llevar a muchas de estas instituciones a la quiebra y establecer mayores barreras de acceso económico a los servicios de salud
- Menos acceso a los medicamentos, dado el aumento de barreras económicas, ya que los derechos de propiedad intelectual sobre estos bienes los encarecen
- Mayor deterioro en el componente de salud pública, ya que este tipo de programas no son de interés de estos mercados al no considerarse suficientemente rentables
- Empeoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores del sector de la salud, dado que se contratará a más bajos precios y con mayores cargas laborales. Esto a su vez, puede propiciar migración de profesionales de la salud, trayendo más dificultades de disponibilidad de talento humano en salud en el país.

7.2 Efecto en acceso a medicamentos

Los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio (OMC) suscritos en el marco

de los ADPIC ó TRIPS (Acuerdos sobre derechos de propiedad intelectual relacionados con el Comercio) establecen derechos de propiedad intelectual sobre los medicamentos, dándole a las industrias farmacéuticas que los producen derecho de producción exclusiva por veinte años, es decir, aprueba el monopolio de su producción y comercialización, lo que conduce a un encarecimiento de éstos.

Para citar un ejemplo, un tratamiento para sida con medicamentos antiretrovirales que tienen patente cuesta al año 12.000 dólares, mientras que con medicamentos genéricos (sobre lo que ya no existe patente) cuesta 420 dólares anuales.

Esto demuestra que habrá mayor exclusión para el acceso a medicamentos prioritarios y novedosos, ya que el patentamiento eleva en forma considerable los precios y coloca barreras de carácter económico para su acceso.

A su vez, esto hace que el énfasis en la investigación y desarrollo de medicamentos se concentre en enfermedades que padecen poblaciones con capacidad de pago, lo que hará que se produzca mayor abandono de las enfermedades descuidadas (como el caso de la lepra y la leishmaniasis en Colombia), sobre las cuales las farmacéuticas multinacionales no producen investigación ya que no es rentable.

Acá es importante mencionar, que como una acción para evitar poner en peligro la salud de las poblaciones en caso de emergencias sanitarias, se firmó en 2001 la Declaración de Doha en el seno de la OMC, que estableció que el acuerdo sobre los ADPIC puede y debe interpretarse e implementarse de manera tal que apoye el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud pública y en especial a promover el acceso a todos los medicamentos. Esto permite que los paí-

ses produzcan medicamentos patentados, pero solo en casos de crisis de la salud pública y sin derecho para exportarlos a países pobres que no los pueden producir.

En este aspecto de medicamentos el TLC que Estados Unidos quiere firmar con Colombia, busca ir más allá de los acuerdos en este tema definidos en la OMC a través de establecer patentes por más de veinte años, establecer *patentes de segundo uso* (es decir, cuando a un medicamento se le descubre una segunda propiedad, puede establecerse otro periodo de patente), *patentes espurias* (patentes cuando hay cambios en la forma de presentación del medicamento, por ejemplo de tableta a ampolla); protección exclusiva de datos (las autoridades sanitarias nacionales no podrían sustentarse en un registro previo para aprobar un producto farmacéutico similar, durante cinco, ocho o diez años); e impedimento de importaciones paralelas.

8. Escenario futuro

El escenario futuro es oscuro pero a la vez se constituye en un tema que el movimiento social y popular sigue enfrentando.

Se espera que las reformas propuestas por el gobierno nacional en salud y pensiones sean aprobadas, lo que profundizará el modelo de mercado y aumentará las inequidades y violaciones a la garantía del derecho a la salud y la seguridad social.

Ante este panorama y la magnitud de los problemas sociales y sanitarios actuales y sus graves incidencias en la protección del derecho a la salud, el movimiento social sanitario y diversas organizaciones populares acordaron en el marco del Segundo congreso nacional por la salud y la seguridad social, realizado en noviembre de 2004 en Bogotá, trabajar en las siguientes objetivos:

1. Luchar por construir de manera colectiva y democrática un nuevo modelo de seguridad social y salud orientado desde la perspectiva integral de los derechos humanos, que apunte a garantizarlos efectivamente para todos y todas, rompiendo con barreras de orden económico, geográfico, administrativo, informativo, de género, étnico, cultural y laboral, entre otras
2. Trabajar en pos de la salud, entendida como un derecho humano fundamental individual y colectivo, de forma integral y que el nuevo modelo de salud responda a las siguientes características de un sistema: a) público nacional: único, autónomo y democrático; b) de salud universal, equitativo, solidario, integral y que reconozca la diferencia (cultural, de género, de etnia, de edad); c) que combine la centralización en la definición de lineamientos de política, con la descentralización de la gestión y en los recursos; d) de administración pública, donde la participación ciudadana se desarrolle de manera amplia hasta llegar a convertirse en un real gobierno con decisión de la ciudadanía; e) de presupuesto Nacional manejado a través de un fondo público nacional único y fondos regionales; f) Sistema de salud que priorice la promoción, prevención, educación y el fomento de la salud en todos los niveles y que se articule con la atención a la enfermedad, la rehabilitación y la integración social; g) que responda a las necesidades de los habitantes y que permitan incluir los avances tecnológicos que se van requiriendo para la adecuada prestación de los servicios sin discriminación de ningún tipo; h) cuya vigilancia y control se realiza con una fuerte participación social y ciudadana bajo la orientación del cumplimiento de metas de salud y bienestar que garanticen el derecho a la salud y a la seguridad social



3. Presentar una demanda política contra el Estado por las continuas y sistemáticas violaciones al derecho a la salud y a la seguridad social, y se inste a la Corte Constitucional para que se haga la “declaratoria del estado de cosas inconstitucional, en materia de salud y seguridad social”, como consecuencia de las violaciones masivas, constantes y generalizadas del derecho a la salud y derechos conexos, originadas en las ilegales, inconstitucionales y prolongadas acciones y omisiones del Estado
4. Exigir que el Estado colombiano y el gobierno actual respondan públicamente a la ciudadanía, a los organismos de control, el Congreso de la República, las altas Cortes y los organismos internacionales por la grave situación de la violación del derecho a la salud y para que tome las medidas inmediatas necesarias de respeto, protección y realización del derecho
5. Convocar a los organismos internacionales, OMS, OPS, Comité del PIDESC, Corte Interamericana de Derechos Humanos para que haciendo uso de los mandatos e instrumentos pertinentes demande del gobierno nacional soluciones prontas y permanentes a la grave situación denunciada
6. Convocar a las organizaciones sociales y políticas, y en general al pueblo colombiano a desarrollar diversas estrategias para detener las negociaciones del TLC y el Alca, por considerar que este tipo de acuerdos comerciales aumentarán el desempleo, empeorarán las condiciones laborales con sus consecuentes repercusiones negativas sobre la salud de los trabajadores, incrementarán la enfermedad y la muerte producto de la mayor privatización y comercialización de la salud y el encarecimiento de los medicamentos, y habrá mayor inseguridad alimentaria debido a la inundación de productos importados, entre otras
7. Rechazar el proyecto de ley de reforma a la ley 100 presentado por el gobierno nacional, dado que refuerza el modelo de salud centrado en el mercado, centraliza los recursos y el poder en el gobierno nacional, fortalece a las aseguradoras privadas, acelera la liquidación de los hospitales públicos y deja a los departamentos, distritos y municipios por fuera del manejo de la salud
8. Dar pleno respaldo e impulso al Movimiento Nacional por la salud y la Seguridad Social como instancia organizativa de ciudadanos/as y organizaciones sociales para ser interlocutor ante las autoridades nacionales, regionales y locales en el proceso de presentación y seguimiento al cumplimiento de este mandato ciudadano.

En relación con este último punto, el futuro coloca como reto consolidar un movimiento social nacional que tenga la capacidad de incidir de manera efectiva en la orientación de la política de Estado en salud, ruta fundamental para concretar el anhelo de salud para todos a través de construir un nuevo modelo de salud y seguridad social. Este proceso deberá fortalecer alianzas con todos los sectores que consideren que la salud se debe realizar como derecho humano y debe recoger la actual experiencia de gobiernos locales progresistas, que como en el caso de Bogotá, impulsan una política pública para avanzar en la garantía del derecho a la salud. A su vez esta alianza debe articularse con movimientos sociales latinoamericanos y mundiales que tienen como bandera central la salud como derecho humano y bien público.

ADMINISTRACIÓN DE SALUD

CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

ESPECIALIZACIÓN EN

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL