





## SOCIOS

Fundación Antonio Restrepo Barco

Fundación Bolívar Davivienda

Fundación Corona

Fundación Éxito

Fundación Saldarriaga Concha

Fundación Santa Fe de Bogotá

Universidad de Antioquia

## Informe anual 2013

### Documento Elaborado por:

Maria Elena Osorio E.  
COORDINADORA

Bibiana Pineda R.  
ASISTENTE TÉCNICA

### Colaboradores en Redacción y Texto:

JEREZ & SANDOVAL  
Angela Constanza Jerez

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ  
Iliana Contreras

### Revisión Técnica:

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ  
Gabriel Carrasquilla G.  
Durfari Velandia N.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
María Patricia Arbeláez  
Eduardo Guerrero E.

Oscar Echeverri

### Diseño y Diagramación:

Victoria Eugenia Peters R.  
Daniel Alberto Fajardo B.

## PROGRAMA “ASÍ VAMOS EN SALUD”

### COMITÉ DIRECTIVO

Mario Gomez Jiménez  
Director Social – Fundación Antonio Restrepo Barco

Fernando Cortés M.  
Director Ejecutivo – Fundación Bolívar Davivienda

Angela Escallón  
Directora ejecutiva – Fundación Corona

German Jaramillo V.  
Director Ejecutivo – Fundación Éxito

Soraya Montoya G.  
Directora Ejecutiva – Fundación Saldarriaga Concha

Juan Pablo Uribe  
Director General – Fundación Santa Fe de Bogotá

Gabriel Carrasquilla G.  
Director, Centro de Estudios e Investigaciones en Salud – CEIS  
Fundación Santa Fe de Bogotá

Maria Patricia Arbeláez  
Decana Facultad Nacional De Salud Pública – Universidad De  
Antioquia

### COMITÉ TÉCNICO

Catalina Jiménez  
Gerente de Proyectos hasta agosto de 2013  
Fundación Antonio Restrepo Barco

Cristina Arrieta  
Gerente de Proyectos desde septiembre de 2013  
Fundación Antonio Restrepo Barco

Alberto Amaya P.  
Gerente Nacional de Salud Seguros Bolívar – Fundación Bolívar  
Davivienda

Camila Ronderos  
Gerente de Proyectos – Fundación Corona

Sara Mendez  
Analista Bogotá – Fundación Éxito

Lina María González B.  
Consultora – Fundación Saldarriaga Concha

Gabriel Carrasquilla G.  
Director del Centro de Estudios e Investigaciones en Salud – CEIS  
Fundación Santa Fe de Bogotá

Carlos Castro  
Docente Facultad Nacional De Salud Pública – Universidad De  
Antioquia

### EQUIPO DE TRABAJO

Maria Elena Osorio E.  
Coordinadora Programa Así Vamos En Salud

Bibiana Pineda R.  
Asistente Técnica Programa Así Vamos En Salud

## Contenido

	Página
Presentación	
Perspectiva del sistema de salud colombiano .....	8
Capítulo 1	
MESAS DE TRABAJO: La ciudadanía se hace participe en el seguimiento al proceso de reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	14
Capítulo 2	
Foro Anual Sistemas de salud, ¿a cuál nos queremos parecer?	
a. Desempeño de los sistemas de salud .....	38
b. Oscar Echeverri: Satisfacción de quién y satisfacción con qué? .....	53
c. Jaime Ramirez: Corporativismo y legitimidad en el sistema de salud .....	71
d. Eduardo Guerrero: ¿A quién queremos parecernos en el sistema de salud? .....	81
d. Texto del panel Foro Anual Sistemas de Salud ¿a cuál nos queremos parecer?.....	97

## Perspectiva del sistema de salud colombiano

Para el sector salud, el año 2013 transcurrió en un permanente devenir por cuenta de las propuestas de reforma que se dieron con el fin de dar un vuelco al sistema. Eso se vio reflejado en las variadas audiencias públicas y los cientos de encuentros llevados a cabo a lo largo y ancho del país, en donde muchos actores del sector trataron de responder una pregunta importante: **qué sistema necesita Colombia.**

EN TAL SENTIDO, EL PROGRAMA ASÍ VAMOS EN SALUD PLANTEÓ LA REALIZACIÓN de un Ciclo de Mesas de trabajo en alianza con la Red de Ciudades Cómo Vamos. Este trabajo surge de la necesidad del programa de llegar a otras regiones y escuchar la voz de la ciudadanía respecto al proceso de reforma a la salud y poder así aportar insumos al debate parlamentario desde las propuestas presentadas en estos espacios de discusión colectiva. Para tal fin, logramos estar en siete capitales del país-Bucaramanga, Barranquilla, Pereira, Manizales, Medellín, Bogotá y Cali.

Se logró abrir un lugar al debate para que los ciudadanos opinaran sobre la reforma a la salud. Se permitió a la ciudadanía que se pronunciara sobre las fortalezas, debilidades y oportunidades de cambio que ve en la reforma, que hoy cursa en el Congreso. Un ejercicio que dejó en evidencia la multiplicidad de intereses que existen y que además dio la posibilidad de identificar las individualidades de las regiones.

Se revisaron los temas que más han generado inquietudes en la opinión pública desde el momento en el que el Gobierno presentó su propuesta y con base en esto se establecieron temas que fueron abordados en las mesas como son: La transversalidad del tema regional, una reflexión sobre esquema de financiamiento del sistema, Atención Primaria en Salud, Gestores /EPS, Entes Territoriales y Plan de Beneficios-Tutelas.

Participaron 279 personas en las siete ciudades, siendo Bogotá, Barranquilla Pereira y Manizales las ciudades que aportaron más participantes. Si bien en términos generales se contó con una pluralidad de actores, se puede observar una mayor participación de representantes de entes territoriales, academia y prestadores.

Los resultados de cada una de las mesas fueron sistematizados y posteriormente radicados tanto en la Comisión Séptima del Senado de la República como en el Ministerio de Salud y Protección Social para que fueran un insumo dentro de las discusiones al interior

de dichas instancias. En esta publicación se presentan los aportes más relevantes de cada una de las ciudades.

De este ejercicio se destaca la importancia de abrir espacios de participación donde la ciudadanía pudo manifestar sus inquietudes y hacer sus aportes dentro de estos procesos de formulación de política pública, dando así mayor pluralidad a los aportes y logrando que el sector empieza a ganar legitimidad en la medida en que tenga en cuenta la voz de la ciudadanía en la toma de decisiones.

De otro lado, desde el Programa se buscó mostrar a los ciudadanos una perspectiva diferente del sector con el objetivo de aportar elementos importantes a la discusión sobre el sistema de salud que requerimos los colombianos. Para ello abordamos el tema de tres maneras: la primera fue seleccionando los países que hoy pueden ser referentes en materia de sistemas de salud, tarea que realizamos a través de consulta con expertos; la segunda fue dando una mirada a la percepción de satisfacción de los usuarios con sus sistema de salud a nivel global y, finalmente, revisando el desempeño de los sistemas de salud como marco de referencia para conocer las variables que más influyen en esta evaluación.

El resultado de ese ejercicio lo compartimos en nuestro foro anual que llamamos *Sistemas de salud: ¿a cuál nos queremos parecer?*, en el cual logramos un escenario que permitió contextualizar nuestra realidad y, al mismo tiempo, nos dio la posibilidad de conversar y debatir acerca de los sistemas de salud más sobresalientes del mundo y las enseñanzas que estos dan a Colombia para el proceso de análisis y redefinición de su propio sistema. Esta discusión permitió entender que si bien hay intereses que están muy puestos sobre la mesa, más allá de ellos existen unas realidades y unos aprendizajes de nivel internacional que podemos aprovechar, aprender, conocer y analizar para realizar un proceso de mejoramiento de nuestro sistema de una manera más objetiva y quizás más racional.

Como marco a los planteamientos del foro, informamos a los participantes qué son los sistemas de salud, según el *Informe de la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS, 2000*: “las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud”. Las actividades, por su parte, “son todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo sea mejorar la salud”.

Como lo mostraron los diferentes panelistas del foro, de la manera de concebir, gestionar y financiar los sistemas dependerá la influencia que estos tengan en la vida y en los medios de subsistencia de las personas. “Los sistemas de salud han contribuido a mejorar la salud de las personas. . . pero su contribución podría ser mayor”, afirmó la directora de la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, Dra. Gro Harlem Brundtland.

El desempeño, además, dependerá de la manera en que el sistema de salud organice cinco funciones claves: 1. El modelo de prestación de servicios de salud. 2. El fortalecimiento de las capacidades territoriales en salud pública 3. El desarrollo del talento humano en salud 4. La obtención y manejo de recursos necesarios para pagar la atención sanitaria y 5. La rectoría;

entendida como la función de establecer las reglas de juego y hacerlas cumplir, proporcionando la orientación estratégica a los distintos actores involucrados.

La forma en que se combinen estas funciones permitirá comprender los determinantes inmediatos del desempeño del sistema de salud, y plantearse cambios de política radicales. En ese sentido, una de las herramientas que los gobiernos, y en general los hacedores de política pública deben tener en cuenta, a la hora de tomar decisiones, son las mediciones de desempeño de los sistemas de salud. Una decisión informada hace la diferencia.

Finalmente, los panelistas recomendaron tener en cuenta variables que van más allá de la prestación del servicio como son la equidad en los pagos y la capacidad para responder a las expectativas de la población. Probablemente, de esta forma, se contribuya a cumplir las tres metas que debe tener todo sistema de salud: mejorar la salud, lograr equidad de las contribuciones financieras y dar respuesta legítima a las expectativas de la población.

El Ministro de Salud y expertos del sector, convocados por el Programa, enriquecieron con sus planteamientos el foro. Su conclusión fue: no existe un sistema totalmente exitoso. Lo importante es tener claridad de nuestro contexto y de los avances que se han logrado. *“No creo en un diseño inteligente. Creo en una evolución (...) Veinte años después tenemos que mejorar nuestro sistema, y no en cualquier momento, sino en el que tenemos hoy, que es de grandes dificultades. Lo que hemos planteado es una reforma que apunta a una recuperación necesaria y una apuesta estatal”*, señaló el Ministro del Salud.

## NOS DIJERON LOS EXPERTOS

EL FORO TAMBIÉN NOS PERMITIÓ VER QUE LA TENDENCIA INTERNACIONAL, tanto en la región de las Américas como en el modelo europeo y oriental, es la convivencia de lo público y lo privado con una fuerte red pública, financiamiento para la inversión y desarrollo tecnológico, así como una estricta reglamentación gubernamental para una gestión prudente y responsable del bienestar de las personas. Además, la experiencia internacional ha demostrado que se requiere descentralización a nivel de los territorios y mucha planificación.

Otro tema que fue evidente es el cambio de un modelo curativo a un modelo más preventivo. Toda la experiencia internacional ha demostrado que quienes han intervenido más en su nivel básico tienen mejores resultados y más atención al cuidado integral, promoción y prevención. La clave está en cómo se hace esa atención primaria porque cada región es diferente, así lo señaló Eduardo Guerrero, consultor de entidades como la OMS y la OPS.

Por su parte, Oscar Echeverri, consultor internacional del Banco Mundial, señaló como ejemplos a Suecia y Noruega, dos sistemas que se financian con impuestos y “dan más im-

portancia a los servicios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud”. También mostró como ejemplo a Francia (con un carácter mixto como Colombia porque presta el servicio desde el sector oficial y el público), Holanda, Dinamarca y Alemania, que tienen porcentajes altos de satisfacción de los usuarios con los servicios.

“El mensaje que quiero dar es que no hay claridad sobre cuál es el mejor sistema: el de impuesto o el de aseguramiento, depende de dónde (contexto) se aplique y cómo (...) El problema no está tanto en cómo se financie sino en cómo se organice y se gaste”, agregó Echeverri.

De otro lado, el Dr. Jaime Ramírez, profesor asociado de los Posgrados en Administración de Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana, pidió revisar las fallas actuales que presenta el sistema para tomar las decisiones que permitan corregirlas. Por ejemplo, hoy está organizado alrededor de distintas reglas para distintas poblaciones, tiene una asignación de recursos que no es técnica sino política, las aseguradoras en vez de asumir el control del gasto lo incrementan y los privados no están dispuestos a hacer inversiones iniciales. Su sugerencia fue lograr que los ciudadanos nos preguntemos qué sistema de salud deseamos: nacional de salud o de aseguramiento, y ver ventajas y desventajas de las dos propuestas. Aparentemente cualquiera puede funcionar en términos de la satisfacción de los ciudadanos –dijo–, pero hay que ver qué es menos regresivo. Vía impuesto es menos regresivo que vía contribuciones.

La coordinadora de Así Vamos en Salud tuvo la misión de mostrar que no existe un sistema de salud que sea modelo universal y recordar que los sistemas deben tener en cuenta situaciones que se están dando, como son el envejecimiento de la población, el incremento de la tecnología de mayor complejidad, la frecuencia de las enfermedades crónicas y el aumento de usuarios ilustrados.

Agradecemos al Dr. Augusto Galán, exministro de Salud, quien logró sintetizar unas conclusiones que reflejan los planteamientos comunes de los tres panelistas, las cuales tienen un gran impacto a la hora de revisar los aspectos que deben ser tenidos en cuenta por los tomadores de decisiones:

1. La debilidad de la rectoría (entendida como el liderazgo de la autoridad sanitaria) ha sido predominante en estos 20 años; y al hablar de autoridad sanitaria se hace referencia al Ministerio de Salud, pero además a las otras entidades administrativas vinculadas al Ministerio, como son el Instituto Nacional de Salud -INS-, la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-Invima-.

En términos generales, la gran ausente en los debates en los últimos dos años es la descentralización de los servicios de salud. Cómo se ha hecho, qué tan pertinente ha sido y cómo las capacidades locales no se han acrecentado en estos 20 años. Por el contrario, hay cuestionamiento a nivel municipal. En síntesis, y para resaltar, el tema de la descentralización dentro de ese marco de la rectoría no está siendo lo suficientemente revisado y analizado.

2. Hay algo que permea el análisis en su totalidad, que es ajeno pero que obviamente afecta al sector salud, y es la forma como nosotros los colombianos adoptamos nuestras decisiones políticas. Por eso surge en el debate el tema de las instituciones extractivas.
3. En el sistema nuestro nos ha fallado mucho la educación a la opinión pública, a los ciudadanos. La satisfacción está condicionada por la educación o formación que tengan otras personas, la ciudadanía, la opinión pública. Esto es un tema que ha afectado al sistema de salud colombiano y que incide en la calificación que se ha dado a las decisiones que se toman en el país.

Entonces, como quedó claro en el foro, la sociedad colombiana debe hacerse unos cuestionamientos para definir su sistema de salud. Interrogantes como: ¿A dónde queremos ir? ¿Quién es el intermediario? ¿Seguimos el modelo de aseguramiento o de impuestos? ¿Descentralizamos o centralizamos? ¿Un modelo público o uno privado? Importante que al contestarlas tengamos claro que no existe un sistema totalmente exitoso, que el país tiene una historia y que el contexto internacional nos da referencias.



María Patricia Arbelaez M.  
*Decana Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia*

# La ciudadanía se hace participe en el seguimiento al proceso de reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

BIBIANA DEL CARMEN PINEDA RESTREPO \*

---

\* Odontóloga de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Salud Pública de la Universidad del Rosario. Especialista en Gobierno y Políticas Públicas y candidata a Magíster en Estudios Interdisciplinarios sobre Desarrollo, CIDER-Universidad de los Andes. Asistente técnica del programa Así Vamos en Salud.

## La ciudadanía se hace partícipe en el seguimiento al proceso de reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA HA PASADO POR DIFERENTES PERÍODOS de evolución. A partir de 1993, se da un cambio estructural pasando de un modelo de asistencia pública y centralizado al actual Sistema de Seguridad Social en Salud consagrado en la Ley 100 de 1993 (1). Esta reforma se da en el marco de las reformas de ajuste estructural en los años noventa, producto de las recomendaciones del Banco Mundial, que abogaban por una mayor participación del mercado y del sector privado dentro de las políticas sociales.

Adicionalmente, la Constitución Política de 1991 implicó una transición hacia un Estado Social de Derecho, lo cual obligo a repensar la manera como se brindaban algunos servicios esenciales para la garantía de los derechos de la población. La salud empieza a verse como un derecho primordial del ciudadano que, aunque se define como derecho prestacional<sup>1</sup> adquiere un carácter preponderante; deja de ser un favor brindado por el Estado para convertirse en una obligación del mismo (1).

El SGSSS se establece como un modelo integral basado en un esquema de aseguramiento que permite a instituciones tanto públicas como privadas administrar y prestar el servicio de salud de manera eficiente, solidaria y universal (1). La ley 100 de 1993 estableció que instituciones tanto públicas como privadas pudieran administrar y prestar el servicio de salud. Estas instituciones, de acuerdo con sus funciones se clasifican en entidades territoriales de salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, Entidades Promotoras de Salud EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales ARP, Instituciones Prestadoras de Servicios de salud IPS y Empresas Sociales del Estado ESE (1).

1. Son derechos prestacionales o asistenciales aquellos que requieren de procedimientos y entidades que permitan hacerlos efectivos.

Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: contributivo y subsidiado, vinculados entre sí a través del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA<sup>2</sup>. Todos los asalariados o pensionados, al igual que los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al régimen contributivo. El régimen subsidiado por su parte se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el régimen contributivo. Además de los beneficiarios del SGSSS, existen otros esquemas de seguridad social (4,9% de la población del país) que pertenecen a regímenes especiales<sup>3</sup> (2).

**Gráfico 1**  
ESQUEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Fuente: Adaptado de Torrenegra, E. *The Subsidized Health-care Scheme in the Social Protection System. In: Sharing Innovative Experiences, Vol. 18: Successful Social Protection Floor Experiences ILO - SU/SSC (UNDP) - National experts, 2011, pp. 209-238.*

2. Cuenta manejada por encargo fiduciario que integra las subcuentas de los regímenes contributivo y subsidiado, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y de riesgos y accidentes de tránsito.  
3. Es el caso del Magisterio, Fuerzas Militares, Policía Nacional, universidades públicas y Empresa Colombiana de Petróleos ECOPELROL.

Además se consideró la participación en el SGSSS de personas que lo harán en forma transitoria mientras se logra la universalidad en la afiliación, quienes por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado (2).

A su vez, cada EPS conforma y ofrece a sus afiliados una red de IPS públicas y/o privadas que deben encargarse de la prestación del servicio de salud. Este último a su vez se realiza a través de cinco planes de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud POS que comprende servicios, medicamentos y tecnologías para la atención individual en salud, el Plan de Intervenciones Colectivas PIC que incluye acciones colectivas en salud, acciones de promoción y prevención, los planes de atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos, y los Planes de Atención Inicial de Urgencias (1) (2).

Además se destacan avances obtenidos por el SGSSS como son: el aumento de cobertura ya que alrededor del 92% de la población cuenta con aseguramiento en salud como se observa en el Gráfico 2 (3), la protección financiera de los hogares frente al riesgo ya que el gasto de bolsillo pasó de representar el 44% del gasto total en salud en 1993 a tan solo un 14% en 2011<sup>4</sup>, el mejoramiento en el acceso a servicios de salud en particular de la población rural, el aumento en el gasto en salud, y la unificación del Plan Obligatorio de Salud entre los dos regímenes, entre otros logros importantes del sistema.

Sin embargo, pese a lo anterior el sistema aún cuenta con fallas en su implementación que han impedido avanzar en temas de resultados en salud, eficiencia, calidad, sostenibilidad y satisfacción del usuario, afectando a los grupos más pobres y vulnerables y que no se han logrado corregir a pesar de dos intentos de reforma previos como son la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, aún con aspectos pendientes por reglamentación.

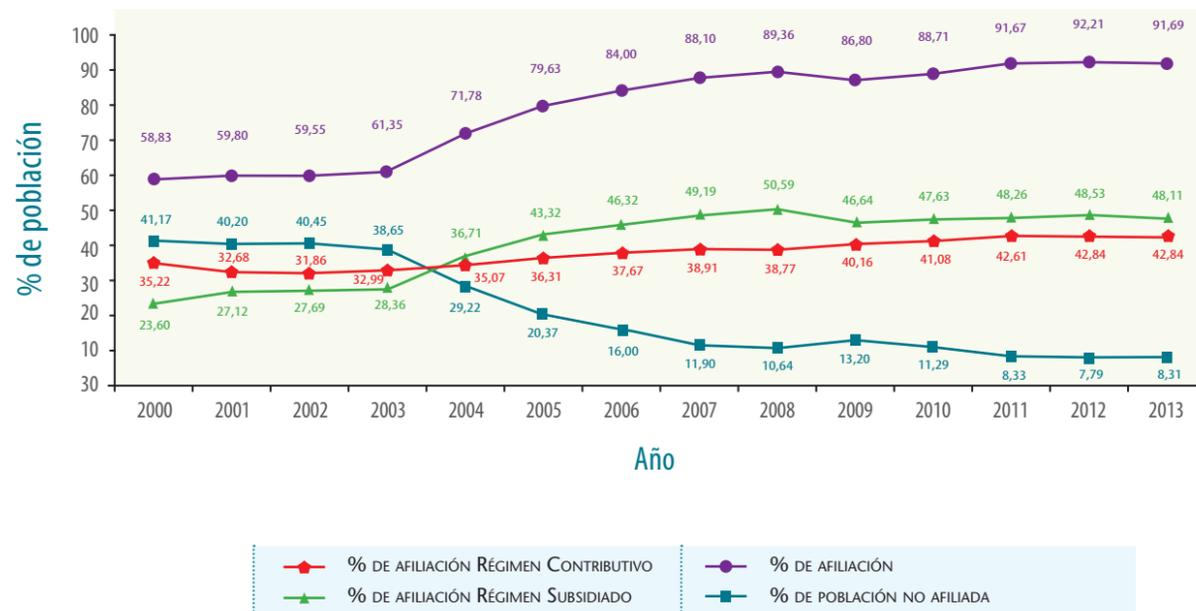
De hecho en la *clasificación mundial de sistemas de salud basada en la eficiencia*<sup>5</sup> realizada por Bloomberg en el 2013, Colombia ocupó el puesto 42 entre 48 países evaluados, con un puntaje de eficiencia de 32.2, muy por debajo del 96.2 obtenido por el sistema de salud de Hong Kong, que obtuvo el primer lugar de esta clasificación. A su vez, según la evaluación hecha por la Defensoría del Pueblo en el año 2009, el Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud (ISUS) fue de 66.21, presentando además un retroceso en sus componentes de libre escogencia, oportunidad y percepción (4).

Además según el estudio *‘La tutela y el derecho a la salud’* hecho por la Defensoría del Pueblo, el derecho a la salud, después del derecho de petición, es el derecho más invocado en las tutelas en el país, alcanzando en el año 2012 el 26,94% de las mismas. Las 114.313 acciones que se interpusieron para reclamar algún tipo de servicio de salud, se constituyeron como la segunda cifra más elevada en toda la historia de estas solicitudes, después de las observadas en 2008, período en el cual la honorable Corte Constitucional expidió la Sentencia T-760 de 2008 ante la gran avalancha de tutelas en ese entonces (5), y con el fin de corregir algunas de las fallas en el acceso a la prestación de servicios de salud.

Estas fallas en la implementación también las pone en evidencia el hecho de contar con grandes inequidades en salud que se expresan a lo largo de todo el territorio nacional y que se manifiestan en el comportamiento de algunos indicadores trazadores que hacen parte además de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM como son la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de 5 años, la mortalidad materna, entre otros indicadores de situación en salud.

Gráfico 2

TENDENCIA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD EN COLOMBIA. PERÍODO 2000-2013.



Fuente: Elaboración propia. Programa Así Vamos en Salud, 2013.

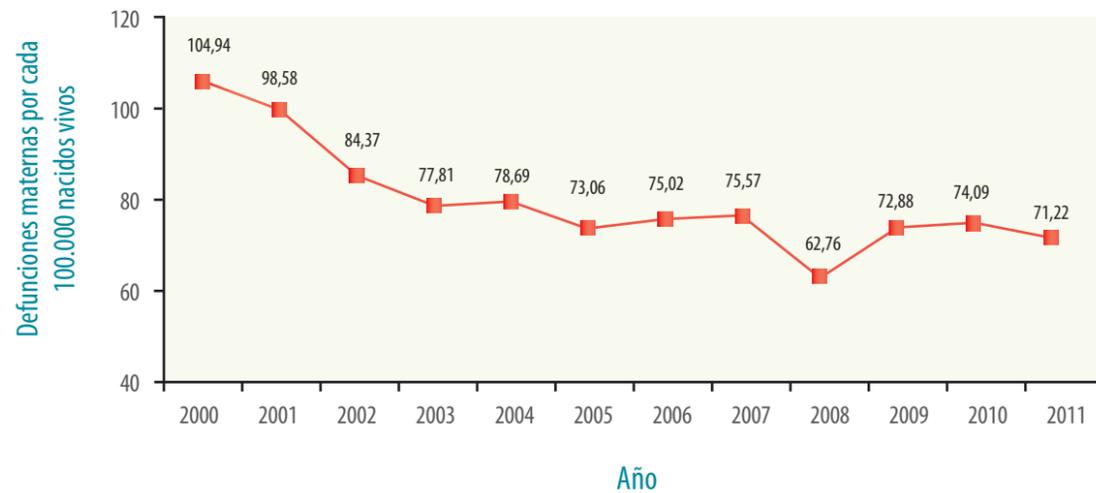
2. Cálculos realizados por Gilberto Barón para el Ministerio de Salud y Protección Social. En: Exposición de motivos del Proyecto de Ley 210 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013.  
 3. Para su cálculo tiene en cuenta variables como la expectativa de vida al nacer, el costo relativo per cápita de la atención en salud y el costo absoluto per cápita de la atención en salud.

Según la información reportada por el DANE para el año 2011, la *razón de mortalidad materna* en Colombia fue de 71,22 por cada 100.000 nacidos vivos, presentando una disminución en el tiempo respecto a la tasa presentada en el año 2000 como se puede observar en el *Gráfico 3*. Sin embargo, se presentó un incremento durante el período 2009-2010, situación preocupante porque Colombia debería mantener una reducción sostenida para lograr la meta propuesta para el 2014.

Las cifras varían a lo largo del territorio nacional. Los departamentos de Chocó y Vichada para el 2011 presentaron tasas de mortalidad materna por encima de 300 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. A su vez, San Andrés y Providencia presentó una tasa de 236 muertes por 100.000 nacidos vivos. Por otra parte solamente los departamentos de Risaralda, Tolima, Huila, Bogotá, Boyacá, Santander y Quindío logran tener para el año 2011 tasas de mortalidad por debajo de 50 muertes por 100.000 NV (6).

**Gráfico 3**

**RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA. PERÍODO 2000-2011**



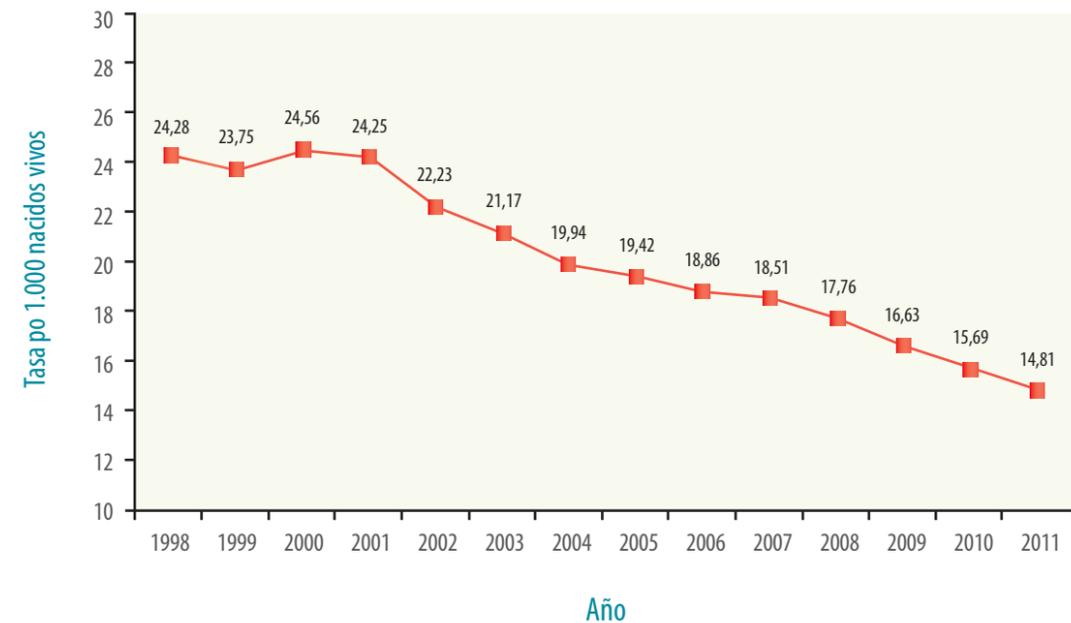
Fuente: Elaboración propia. Programa Así Vamos en Salud, 2013.

Respecto al comportamiento de la *tasa de mortalidad en menores de cinco años*, el promedio nacional está alrededor de las 15 muertes en menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos (la meta para el año 2015 es de 16 muertes), presentando un descenso sostenido en comparación con la tasa que se presentaba en el año 1998 como se observa en el *Gráfico 4*. Sin

embargo, en el año 2011 los departamentos de Vaupés, Guainía, Vichada, Chocó y La Guajira presentaron las tasas más altas de mortalidad en menores de 5 años, con tasas por encima de 20 muertes por 1.000 NV (7). A su vez según los datos reportados por el DANE, los departamentos de San Andrés y Providencia, Sucre, Arauca y Casanare obtuvieron tasas por debajo de 10 muertes en menores de cinco años (7).

**Gráfico 4**

**TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN COLOMBIA. PERÍODO 1998-2011**

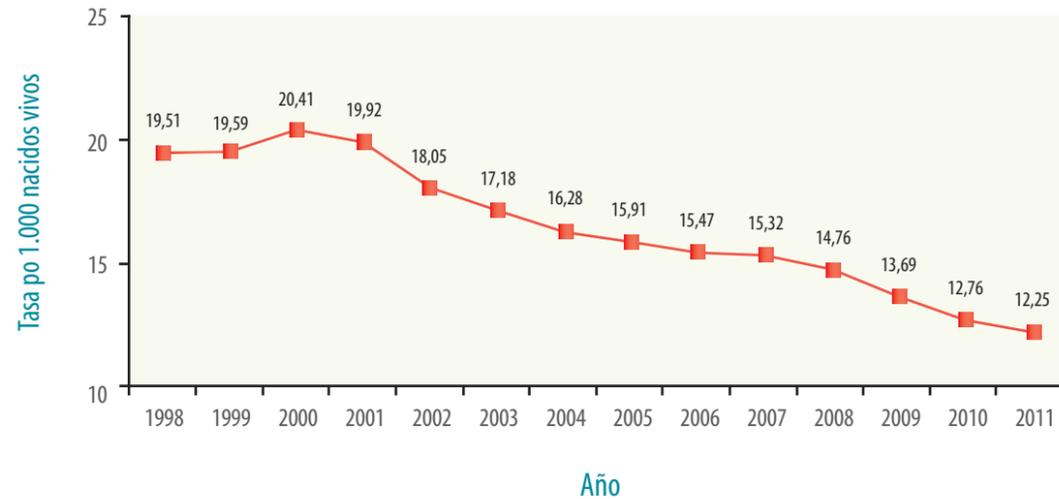


Fuente: Elaboración propia. Programa Así Vamos en Salud, 2013.

Frente a la *tasa de mortalidad infantil*, a pesar de estar bastante cerca de cumplir la meta nacional de 12,2 muertes por mil nacidos vivos, la situación departamental es diferente. Según datos de 2011, los departamentos en los que la situación presenta mayor gravedad son Vaupés, Guainía, Vichada, Chocó, que continúan con tasas de mortalidad infantil por encima de 20 muertes de menores de un año por 1.000 nacidos vivos (8). A su vez los departamentos de Risaralda, Huila, Sucre, San Andrés y Providencia y Santander presentaron tasas por debajo de 10 muertes de menores de un año por 1.000 nacidos vivos (8).

Gráfico 5:

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS EN COLOMBIA. PERÍODO 1998-2011



Fuente: Elaboración propia. Programa Así Vamos en Salud, 2013.

Lo anterior pone en evidencia que a pesar de los avances en cobertura de afiliación al SGSSS, hay estancamiento en indicadores clave, en particular en los relacionados con la prevención, situación que se hace más evidente al observar los diferenciales regionales donde hay gran desigualdad. El fortalecimiento de los programas de salud pública y de los sistemas de información en condiciones de calidad y oportunidad, así como el mejoramiento del acceso real y efectivo a los servicios de salud, surgen como retos para avanzar en el logro de los ODM.

Además de la situación en salud, otro de los retos a enfrentar con la reforma tiene que ver con la pérdida de legitimidad del sistema. Se requiere que este sea legítimo para ser sostenible, dada además la polarización de los diversos actores del sector, que no ha dejado avanzar en la construcción de consensos que permitan buscar una salida a la crisis del sistema (9).

De igual forma, existen temas que siguen pendientes como son la débil capacidad estatal e institucional frente a la regulación y el control del sistema, lo cual ha permitido la captura del sistema por intereses particulares, la fragmentación en la prestación de los servicios, la homogeneidad de políticas puestas desde un contexto nacional y su dificultad para enfrentar la heterogeneidad real dada por las desigualdades regionales, el tipo de financiamiento para un país como Colombia, la relación público-privado y la definición de un plan explícito de beneficios (9).

## Avances del actual proceso de reforma al SGSSS:

PREVIO A LA RADICACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE LEY, tanto estatutaria como ordinaria por parte del Gobierno, a finales del año 2012 estaban en curso otras iniciativas. En el caso de la Ley Estatutaria, fueron radicados cuatro proyectos: el proyecto de ley 059 en la Cámara de Representantes y los proyectos de ley 048, 105 y 112 en el Senado. Estos proyectos se acumularon para su discusión en la Comisión Primera del Senado, de los cuales se presentaron dos ponencias previas, que fueron sumadas al proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013, radicado por el Gobierno y elaborado en conjunto con la Gran Junta Médica<sup>6</sup> (9). Producto de este proceso es la Ley Estatutaria aprobada por la Comisión Primera tanto del Senado como de la Cámara de Representantes que actualmente se encuentra en revisión por parte de la Corte Constitucional, instancia que se debe pronunciar al respecto a comienzos del 2014.

Frente a la ley ordinaria, fueron radicados cuatro proyectos de ley: uno, el proyecto de ley 051 de 2012, el proyecto de ley 210 de 2013 presentado por el Gobierno, el proyecto 233 de 2013 presentado por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, y el proyecto 248 de 2013 de la Cámara de Representantes (9). El proyecto de ley 210<sup>7</sup> fue discutido y aprobado por la Comisión Séptima del Senado y está en espera de ser discutido y aprobado por parte de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes. Esta discusión debe comenzar en marzo de 2014 en el respectivo período legislativo. Cabe anotar que ante esta instancia se encuentra radicado un informe de ponencia negativo al proyecto de ley radicado<sup>8</sup> y por medio del cual solicitan sea archivado ya que no responde a los retos que debe enfrentar el sistema y que mantiene el mismo modelo que hoy se encuentra en crisis, según lo planteado en dicho informe.

### ¿Que plantean estos proyectos?

Con la *Ley Estatutaria* se define la naturaleza y el contenido del derecho fundamental a la salud, así como su reglamentación y el establecimiento de los mecanismos de protección del mismo. En ese sentido dentro de lo aprobado en la presente Ley se resalta la aprobación de un plan de beneficios implícito con exclusiones explícitas como aquellos tratamientos relacionados con lo cosmético, suntuario, que no contribuya a la recuperación, o que sea de carácter experimental.

Se crea la obligación por parte del Gobierno Nacional de implementar una política farmacéutica nacional, por lo tanto es obligación del Estado intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud.

6. Integrada por la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, la Asociación Médica Colombiana, ASMEDAS, el Colegio Médico Colombiano y la Asociación Colombiana de Internos y Residentes ANIR.

7. Proyecto de Ley No. 210 de 2013-Senado y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado.

8. Proyecto de Ley No. 147 de 2013-Cámara, 210 de 2013-Senado.

Establece además que los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser utilizados con otros fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Se incluyó además la evaluación anual de los indicadores de goce efectivo del derecho a la salud en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. Con base en ellos se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar la salud de la población.

Se definen grupos de protección especial como son los niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, población desplazada y víctimas de la violencia, conflicto armado y víctimas de cualquier tipo de violencia sexual, además de los adultos mayores y de la población con discapacidad. También se encuentran dentro de estos grupos de protección especial los pueblos indígenas, población ROM y comunidades negras, raizales y palenqueras.

Por otra parte con el *Proyecto de Ley Ordinaria* lo que busca el Gobierno es redefinir el actual sistema de salud. Dentro de los cambios de fondo que plantea este proyecto de ley se encuentran (10) (11):

**Salud-Mía:** Se propone como una entidad pública de carácter financiero y fondo único encargado de la afiliación al sistema de salud, recaudo de los recursos del sector, pago directo a los prestadores, y con funciones de reasegurador estatal, es decir, asume el valor de los pacientes de alto costo (más de 400-500 millones de pesos año).

**Mi-Plan:** Comprende la unificación de beneficios, se busca integrar los servicios los servicios y medicamentos que estaban contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), con los No POS (que hoy están por fuera del Plan de Beneficios) Se plantea también crear una lista negra con exclusiones explícitas sobre los tratamientos y medicamentos que no serán cubiertos. Los medicamentos, tratamientos y servicios de salud que queden en la lista de exclusiones serán los que no se encuentren aprobados para su uso en el país. Además el Ministerio de Salud y Protección Social hará un control estricto sobre los precios de los medicamentos, aplicando la Política Nacional Farmacéutica y sus respectivos instrumentos de política pública.

**Gestores de servicios de salud:** Pasan de ser aseguradoras a ser *'administradoras del riesgo'*. Para su funcionamiento, deberán cumplir con algunos requisitos claramente expuestos en la propuesta, es decir, deberán tener un arraigo territorial, un número mínimos de afiliados y responder por los resultados en salud de su población a cargo.

Asumirán a su vez, la función de gestionar la red de prestación de servicios de salud en un área determinada, realizar las auditorías necesarias para un correcto funcionamiento y articular el pago que debe realizar el fondo único a clínicas y hospitales. No manejarán dinero. Tendrán un papel de *'comprador inteligente'* esto significa garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y ayudar a la contención del costo.

Las EPS que estén al día en sus obligaciones con los hospitales y que cumplan con los requisitos de habilitación exigidos podrán transformarse en gestoras. Los entes territoriales también pueden ser gestores siempre y cuando cumplan con estos requisitos.

**Áreas de gestión sanitaria y Redes de prestadores de servicios:** Las áreas de gestión sanitaria son zonas delimitadas por el Gobierno para gestionar la salud de la población. La responsable será una gestora con una red de prestadores para brindar una atención adecuada a toda la población. A su vez las redes de prestadores de servicios son redes organizadas de acuerdo a la ubicación de los usuarios. La red de prestadores está estructurada en 3 categorías, según la especialización de sus servicios:

- **Red básica (cerca al usuario)** que presta los servicios básicos para conservar y mejorar el estado de salud de la población. Existe la opción de integración vertical en medicina básica, pero no integración en medicina especializada y alto costo.
- **Red especializada** que atiende los pacientes con enfermedades complejas, buscando controlarlas de manera que puedan volver a ser atendidos en el nivel básico.
- **Redes especiales** que atiende las enfermedades de mayor complejidad que requieren, por sus características, un manejo integral.

Para zonas con condiciones geográficas y sociales especiales se tendrá un modelo de atención diferencial en aras de mejorar el acceso a los servicios de salud por parte de la población residente en estas zonas.

**Vigilancia y control:** Establece más instrumentos para vigilancia y control del sistema de salud. La Superintendencia de Salud podrá aplicar más sanciones y medidas preventivas y correctivas. Entre los mecanismos que plantea se encuentra la incorporación del sistema verbal para adelantar procesos administrativos sancionatorios. De igual forma la Superintendencia de Salud podrá delegar funciones de inspección, vigilancia y control en las Entidades Territoriales, solicitar a Salud-Mía la suspensión de afiliación a aquellas entidades con vigilancia especial y tomar posesión de las entidades vigiladas cuando se incumplan sus instrucciones o se tema el no pago a terceros.

**Atención Primaria en Salud:** La APS no se elimina. Se tiene en cuenta lo que contempla la Ley 1438/11. No dependiendo de las gestoras sino como un brazo adicional, dependiendo de los hospitales de primer nivel con centros de salud. Asimismo, las gestoras lo deben incorporar en su modelo de gestión.

Estos son, a grandes rasgos los cambios que está proponiendo el actual proyecto de reforma a la salud y que han generado inquietudes y posiciones divergentes entre los distintos actores del sistema, desde el momento en que el Gobierno dio a conocer su propuesta. En tal sentido, el Programa Así Vamos en Salud con el fin de escuchar las diferentes voces de la ciudadanía

frente al proyecto de reforma planteó la realización de mesas de trabajo en alianza con la *Red de Ciudades Cómo Vamos*<sup>9</sup> en siete de las diez ciudades donde se encuentra presente (Bucaramanga, Barranquilla, Pereira, Manizales, Cali, Medellín, y Bogotá).

### Desarrollo de las mesas de trabajo:

ESTE TRABAJO SURGE DE LA NECESIDAD DEL PROGRAMA de llegar a otras regiones y escuchar la voz de la ciudadanía respecto al proceso de reforma a la salud y poder así aportar insumos al debate parlamentario desde las propuestas presentadas en estos espacios de discusión colectiva. Para tal fin al interior del Comité Técnico del Programa Así Vamos en salud se priorizan las siguientes ciudades de acuerdo con criterios como: contar con presencia de Programa Cómo Vamos, distribución regional y capacidad de convocatoria del respectivo programa. Con estos criterios quedan seleccionadas las siguientes ciudades: Bucaramanga, Barranquilla, Pereira, Cali, Medellín, y Bogotá. Posteriormente Manizales solicita sea incluida en el proceso por la relevancia del tema en la región.

Se revisan los temas que más han generado inquietudes en la opinión pública dese el momento en el que el Gobierno presenta su propuesta y con base en esto se establecen los temas que se abordaran en las mesas como son:

1. El tema regional debe ser transversal.
2. Reflexión sobre esquema de financiamiento del sistema.
3. Atención Primaria en Salud.
4. Gestores /EPS.
5. Entes Territoriales.
6. Plan de Beneficios-Tutelas.

En cada ciudad se buscó hacer una distribución en las mesas por tipo de actor para buscar una mayor pluralidad en los aportes. Los integrantes de cada mesa a su vez tenían que nombrar un moderador y un relator, este último encargado de socializar los resultados de la discusión de cada mesa en la plenaria del evento.

En cada una de las mesas se indagó sobre los siguientes temas a partir de un instrumento diseñado para tal fin:

1. Impacto de la reforma en la región
2. Observaciones generales sobre la propuesta de reforma

9. La *Red de Ciudades Cómo Vamos* surge como un ejercicio ciudadano de seguimiento periódico y sistemático a los cambios en la calidad de vida de las ciudades y al cumplimiento del plan desarrollo de las administraciones municipales y distritales. Integra bajo una identidad común e intereses compartidos los programas Cómo Vamos de diez capitales, los cuales buscan contribuir a la cualificación del debate público y a la toma de decisiones de actores estratégicos sobre la calidad de vida en el país, especialmente en las ciudades donde tienen presencia. Agrupa a los programas Barranquilla Cómo Vamos, Bogotá Cómo Vamos, Bucaramanga Cómo Vamos, Cali Cómo Vamos, Cartagena Cómo Vamos, Ibagué Cómo Vamos, Manizales Cómo Vamos, Medellín Cómo Vamos, Pereira Cómo Vamos y Valledupar Cómo Vamos.

### 3. Aspectos clave (convenientes-Inconvenientes) de:

- Salud-Mía
- Mi-Plan
- Gestores de servicios de salud
- Vigilancia y control-Rectoría del sistema
- Entes territoriales
- Atención Primaria en Salud
- Prestadores de servicios de salud-Redes de atención
- Ley Estatutaria

### 4. Otros aspectos no relacionados en los proyectos de ley.

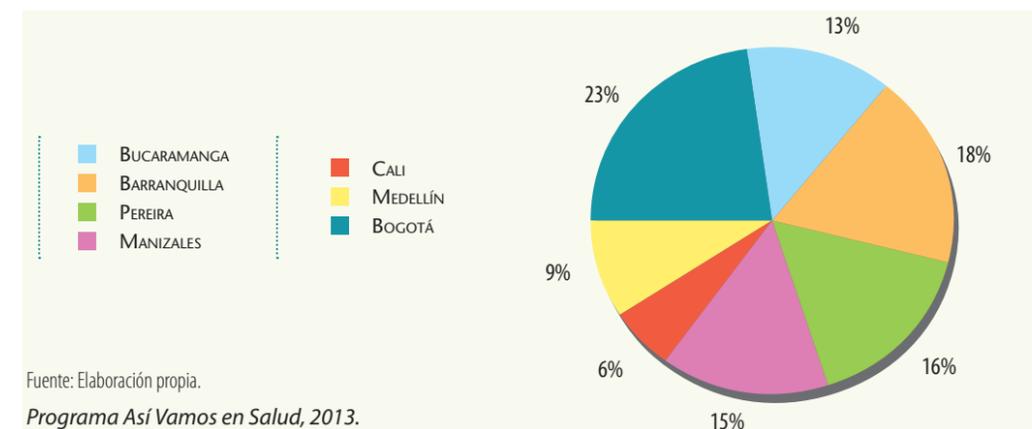
Estas mesas se llevaron a cabo durante el período abril-junio de 2013, contando con el apoyo de cada uno de los coordinadores de la Red Cómo Vamos, tanto para la convocatoria como para la logística de cada una de las mesas. Se contó además con el acompañamiento de un asesor del Ministerio de Salud y Protección Social quien se encargó de aclarar las dudas que surgieron en cada una de las ciudades respecto al proceso de reforma. Cabe aclarar que en Bogotá, siendo la última mesa que se realizó, el ejercicio tuvo un carácter más informativo. Allí se presentaron los resultados de las mesas realizadas en las otras ciudades y se presentaron los avances del proceso legislativo hasta ese momento, contando además con la participación del Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios y de una asesora de la Comisión Séptima del Senado de la República.

### Resultados de las mesas de trabajo:

EN TOTAL PARTICIPARON 279 PERSONAS EN LAS SIETE CIUDADES, con un porcentaje de participación por ciudad distribuido de la siguiente manera:

Gráfico 6

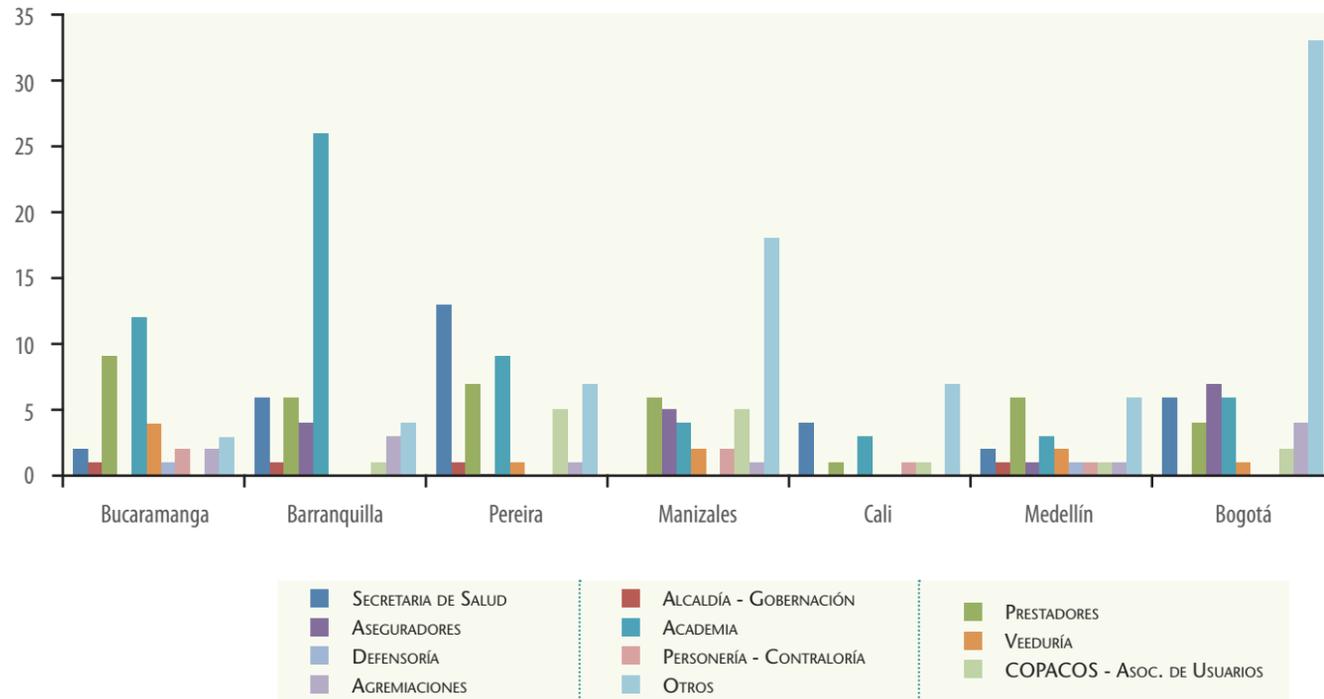
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE CIUDADANÍA POR CIUDAD



Siendo Bogotá, Barranquilla Pereira y Manizales las ciudades que contaron con una mayor participación como se observa en el *Gráfico 6*. Aunque en términos generales se contó con una pluralidad de actores en las siete ciudades, al desagregar la información por participación según tipo de actor según lo registrado en los listados de asistencia, se observa una mayor participación de representantes de entes territoriales, academia y prestadores. Sin embargo la categoría *otros* que agrupa representantes de fundaciones, organizaciones no ligadas al sector, periodistas y ciudadanos en general sin ninguna afiliación o que no se puede clasificar por no dejar ese dato registrado en el listado de asistencia, es una de las que mayor porcentaje aporta, especialmente en Bogotá, Cali y Manizales (*Ver Gráfico 7*).

GRÁFICO 7

PARTICIPACIÓN POR TIPO DE ACTOR



Fuente: Elaboración propia. Programa Así Vamos en Salud, 2013.

Los resultados de cada una de las mesas se sistematizaron y fueron radicados tanto en la Comisión Séptima del Senado de la República como en el Ministerio de Salud y Protección Social para que fueran un insumo dentro de las discusiones al interior de dichas instancias y como aporte de la ciudadanía dentro del proceso de reforma.

A continuación se presentan los resultados presentando los aportes más relevantes de cada una de las ciudades:

**BUCARAMANGA:** Los asistentes aseguraron que no es claro el modelo que tendrá el Fondo Salud Mía, pues lo ven similar al papel que tiene actualmente el FOSYGA. Para otros, el fondo puede ser contraproducente porque puede llegar a ser otro Seguro Social, con los peligros que eso conlleva. Razón por la cual sugirieron evaluar los errores que tuvo este modelo para no cometerlos de nuevo.

De igual manera, pidieron mayor información sobre los entes y los procesos que tendrán a cargo el control y la vigilancia. Aseguraron que el éxito del sistema de salud que se determine estará en la implementación de los mecanismos correctos en este campo. Para algunos, parte de la situación que hoy vive el país con las EPS tiene relación directa con la falta de vigilancia y control.

También señalaron la necesidad de que se clarifiquen los mecanismos de participación ciudadana y se informe a los colombianos cómo será la atención. Algunos sostuvieron que el proyecto de reforma muestra que se mantendrá segregado el servicio. Es decir, continuarán los tipos de servicios para clases bajas, medias y altas. En ese sentido, insistieron en la importancia de que se logre la Ley Estatutaria que posibilite la salud como un derecho fundamental para todos.

Finalmente, mostraron gran preocupación por lo que pueda pasar con las normas y medidas que se tomen durante el periodo de transición entre la Ley 100 y el sistema que se defina, porque pueden llegar a entorpecer el proceso. De igual forma, manifestaron su inquietud sobre la posición de las IPS, que hoy se sienten abandonadas a su suerte, con las altas sumas de dinero que les adeudan las EPS.

**BARRANQUILLA:** Entre las fortalezas destacaron que la reforma permite una transformación de roles y responsabilidades en el tema de aseguramiento, elimina los intermediarios, centraliza los recursos (porque eso permitirá protegerlos), tiene un enfoque de vigilancia y control y contempla el diseño de un plan de incentivos por resultados que permitirá generar indicadores de impacto en salud. Y en cuanto a sus sugerencias, insisten en que si el cambio en el sistema es para poner al ser humano por encima de todo, el principio *pro homine* deberá estar incluido dentro del articulado. En segundo lugar, si la reforma está concebida “para la gente y no para los agentes”, tal y como lo ha manifestado el Ministro de Salud, entonces se debe garantizar la libre escogencia, ya que esto permitirá una prestación de servicios en términos de oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad e integralidad. Además, porque de esa manera se blinda del monopolio.

De igual forma, proponen que Salud Mía se monte de manera progresiva para que vaya asumiendo poco a poco las responsabilidades tan complejas que tendrá, y por otra parte esperan que este fondo estructure un sistema de auditoría hacia los gestores. También proponen que se realice una serie de acciones que mejore la situación de los profesionales de la salud para que tengan salarios justos y dignos. En ese sentido, la recomendación es que el Estado sea quien controle la certificación y recertificación de profesionales y de incentivos para aquellas universidades que den educación continuada en áreas específicas o en especializadas que no tengan suficientes profesionales en ejercicio.

Finalmente, piden que el número de tutelas interpuestas se tenga como un indicador negativo de la prestación del servicio, y que en la estrategia de vigilancia y control estén representados los diversos actores del sector, entre ellos los ciudadanos.

**PEREIRA:** Dentro de los aportes que señalaron como positivos en el proyecto de Ley Ordinaria se destacan la creación de un fondo único con financiamiento mixto, un plan integral de salud y el diseño de un plan de incentivos por resultados, que permitirá generar indicadores de impacto en salud. También rescataron el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental en la Ley Estatutaria.

Entre las sugerencias señalaron la necesidad de que dentro de la estrategia de vigilancia y control estén representados los diversos actores del sector, entre ellos los ciudadanos, a través de mecanismos como los Comités de Participación Ciudadana (COPACOS) y de Veedurías. De igual forma, consideran necesario que los entes territoriales cuenten con poderes sancionatorios para aquellos actores que no cumplen con su función, ya que el proyecto de reforma plantea que la Superintendencia Nacional de Salud continúe como inspector, pero no tendría la capacidad de llegar a las regiones por su naturaleza centralizada.

Así mismo, llamaron la atención sobre la importancia de contar con un sistema de información en salud unificado por ser necesario para la toma de decisiones en el sector salud. También insistieron en la necesidad de una política de talento humano, donde se incluya además de la formación continua de personal médico en Colombia para que desarrolle las competencias que requiere el país, la puesta en marcha de una serie de acciones que mejore su situación, no solo en salarios justos y dignos, sino también en un necesario acompañamiento a los mismos en el aspecto psicosocial, ya que son quienes están en contacto permanente con los pacientes.

Los asistentes también resaltaron con preocupación que el proyecto de ley ordinaria no contempla un plan de mejoramiento de la infraestructura hospitalaria, así como la ausencia de claridad en la cobertura de los servicios de salud del no POS y sobre quién ejercerá la vigilancia, el control y la evaluación de los recursos que manejará Salud Mía.

Además, pidieron no desconocer los avances logrados por la Ley 1438/11 en lo relacionado con Atención Primaria en Salud APS y en repetidas ocasiones recomendaron que es preciso que se cancelen las cuentas pendientes antes de implementar los cambios en caso de ser aprobada dicha reforma.

**MANIZALES:** Las solicitudes al Gobierno están dirigidas a aclarar o incluir en el proyecto de reforma de ley ordinaria, así como en el de la ley estatutaria, aspectos que consideran de suma importancia. En el caso de la ley estatutaria señalaron la necesidad de introducir de manera explícita una jurisdicción especial para el sistema de salud, con el fin de que haya un manejo especializado con carácter técnico de las controversias. También de incluir la prohibición al personal médico de recibir prebendas en salud, por cuanto hoy dicha prohibición está contemplada en la ley anticorrupción, pero al ser aprobada la ley estatutaria primaría lo señalado en esta norma. De igual forma, pidieron que la ley estatutaria garantice la sostenibilidad financiera y aclare cómo se tramitará la actual crisis financiera.

En cuanto a las solicitudes relacionadas con el proyecto de reforma de ley ordinaria, señalaron la importancia de crear mecanismos para procesar y solucionar quejas, pues no ven la figura del Defensor del Usuario de los Servicios de Salud.

Así mismo, enfatizaron en la necesidad de que se hagan explícitas las pautas para los intermediarios y las funciones de los entes territoriales como prestadores de servicios. Además, proponen que se ordenen las redes para que sean de carácter regional, excepto el servicio de urgencia, el cual plantean sea de carácter nacional.

También solicitaron establecer programas de formación de talento humano en salud pública en las universidades. Y un esquema salarial para personal de salud, pues se han visto mejoras en otros sectores (el judicial, por ejemplo).

Finalmente, solicitaron que se defina Mi Plan y se actualice en él los productos, pues hoy el POS utiliza algunos que no están incluidos.

En cuanto a las preocupaciones manifestaron las siguientes: No se presta la suficiente atención a la ley estatutaria para que de verdad se cumpla en el país con el derecho fundamental a la salud. Actualmente, este se logra por vías judiciales. “La salud está en lenguaje de los jueces” y “en procesos mercantilistas”, manifestaron. Se pide entonces que el derecho a la salud esté bajo un modelo de ciudadanía que no dependa de las leyes de mercado.

El lapso de dos años para poner en marcha la reforma no da claridad sobre cómo se atenderán los problemas actuales. Aseguran que hay una implosión del sistema porque algunas IPS están cerrando servicios a EPS y hoy millones usuarios no tienen a dónde acudir.

Cuestionan que haya demasiada centralización de funciones en Salud Mía, lo cual puede hacer que se convierta en un FOSYGA y en la caja menor del Gobierno para pagar huecos fiscales, como ha pasado históricamente en el sistema de salud.

Hay confusión en el papel de los gestores, porque lo ven con escepticismo ya que consideran que tienen el mismo papel de las EPS. Piden que dichos actores sean inclusivos en la definición de las redes de las regiones y en ese sentido sugieren que se utilicen criterios técnicos.

Les preocupa además la inviabilidad frente a que la vigilancia y el control quede en manos de los entes territoriales porque serían juez y parte, ya que algunos son dueños de IPS.

También es preocupante el efecto que está teniendo la tutela, pues con ella solo se está garantizando el derecho de aquellos que la interponen.

**CALI:** Los participantes cuestionaron, por ejemplo, por qué se está tramitando una Ley Estatutaria para reconocer el derecho a la salud, cuando dicho derecho ya está reconocido en la Constitución. Para los participantes la ley estatutaria se requiere para definir qué sistema y modelo de salud necesita el país y cómo deben operar.

En cuanto al proyecto de reforma a la salud, manifestaron la necesidad de rescatar la dignidad y autonomía del médico y transformarlo en el “guardián del paciente”, así mismo, revisar el compromiso intersectorial para abordar los determinantes sociales, esto basado en un diagnóstico de la comunidad, del individuo y desde el auto cuidado.

Con respecto a la propuesta consideran que no está corrigiendo los dos problemas más graves del sistema como son la intermediación con ánimo de lucro y la integración vertical. “¿Los gestores serán arte y parte?”, se preguntaron. Si es así, creen que Colombia no aprendió las lecciones de 20 años de operación y se seguirá entregando a los privados una tarea que hicieron de manera incorrecta.

También se preguntaron qué va a pasar con la EPS y las cajas de compensación familiar, entre quienes, dicen, reina la incertidumbre. Así mismo, cómo Salud Mía va a llevar a cabo el alto número de funciones que se le asignan y cómo manejará una bolsa tan grande, pues representa 6 puntos del PIB.

De igual forma, cuestionaron sobre cuándo se le dirá al país cuánta plata se ha invertido en el sistema y cuál es el proceso de transición que debe seguir, sea o no aprobada tanto la ley estatutaria como la ley ordinaria porque consideran que Colombia ya entró en una etapa de cambio de sistema.

Finalmente, se preguntaron cómo la reforma va a lograr que se dé una atención a la salud y no a la enfermedad, como sugiere el actual articulado. Y cómo se hará para que no haya una contradicción en la manera como se agrupará el país para recibir la atención y la división que tiene la Ley 715/01 que asigna los recursos del Sistema General de Participaciones por departamentos.

**Medellín:** Allí los participantes señalaron, por ejemplo, que se debe aclarar qué se está entendiendo por sistema de salud, sistema de seguridad social y sistema de protección social. Esto porque consideran que existe una confusión sobre qué es cada uno de ellos. De la misma manera, pidieron que se revise el capítulo de talento humano porque contiene errores sobre qué es un residente, pues se está limitando el concepto a los médicos, cuando también son residentes los odontólogos y las enfermeras, entre otros profesionales de la salud.

Además, no hay claridad sobre el régimen laboral, qué se entiende por hospital universitario, ni cómo se financiarán los residentes contratados por instituciones privadas, entre otros aspectos. También solicitaron que se defina qué se comprende por salud pública y por atención primaria, conceptos de la mayor relevancia para el cumplimiento del derecho a la salud.

Dentro de las sugerencias se destacan: incluir los recursos y las condiciones que se requieren para mejorar la infraestructura de conectividad. Es necesario contar con un sistema de información unificado, que maneje los datos y las estadísticas de temas tan importantes como vacunación; así mismo con las historias clínicas, pero con protocolos de manejo para que la administración de la información tenga la confidencialidad y la seguridad requeridas.

De igual forma, solicitaron incluir temas como manejo de emergencias y desastres y recomendaron revisar lo relacionado con incentivos y los procesos ambulatorios (consideran que el proyecto está acabando con ellos), así como ajustar la capitación a tipos de servicios con costos fijos.

El Centro de Pensamiento Social también presentó sus comentarios, los cuales surgen a partir de los encuentros que se han realizado en Medellín para abordar el proyecto de reforma a la salud. La entidad señaló la falta de una visión de largo plazo sobre la salud en Colombia que se evidencia en intentos sucesivos de reforma sin tener un norte; la necesidad de un Pacto Social, entendido como una herramienta de discusión abierta y participativa sobre el sistema que queremos, que podemos pagar y debemos tener; y, por último, la incertidumbre que hay, no solo por el costo de la actual reforma, también por el alcance, en la práctica, de muchos de los temas que ella contiene.

**BOGOTÁ:** Dentro de las inquietudes que manifestaron los participantes se destaca que con la ley estatutaria el derecho está sujeto a la sostenibilidad fiscal, que no incluya la figura del Defensor del Usuario y que no haya claridad sobre el alcance de la tutela, la eliminación o no de las EPS y cómo será la adquisición de la póliza de salud por parte de empleados independientes y personas mayores de 18 años, que no continúan sus estudios o no logran la vinculación laboral, entre otros asuntos.

En cuanto al proyecto de ley ordinaria, preocupa que los entes territoriales no sean incluyentes a la hora de definir la red de prestación en las regiones y se insiste en la responsabilidad que estos deben adquirir en la revisión del compromiso intersectorial para abordar los determinantes sociales. Se sugiere incorporar instancias superiores (además de la Contraloría) con instrumentos para vigilar a Salud Mía. En cuanto a sistemas de información, se recalca el deber de contar con una infraestructura de conectividad. Finalmente, se señala la necesidad de tener definiciones concretas y explícitas sobre diferentes conceptos contemplados en la ponencia, como son sistema de protección, estrategia de atención primaria y otras relacionadas con talento humano, en particular, lo concerniente a la formación de especialistas.

## Conclusiones:

Como se pudo observar en las mesas, las posiciones sobre la reforma fueron diversas, de acuerdo a los intereses de cada uno de los actores presentes en los ejercicios participativos. Aunque en ese entonces había muchas dudas e inquietudes respecto a los componentes de la propuesta de reforma presentada por el Gobierno, lo que se reflejaba en los aportes de los ciudadanos en las diferentes regiones.

Cabe aclarar que las mesas se hicieron al inicio de este proceso legislativo, por tanto varias de las observaciones e inquietudes respecto a la reforma han venido teniendo respuesta por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, puesto que la mayor parte de estas obser-

vaciones van en consonancia con las presentadas en otros espacios de discusión como las Audiencias Públicas que llevaron a cabo tanto la Comisión Séptima como la Comisión Primera del Senado de la República, y en foros y debates organizados por diversas instancias, lo que ha permitido algunos ajustes en el articulado inicialmente radicado por el Gobierno.

De este ejercicio se destaca la importancia de abrir espacios de participación donde la ciudadanía pueda manifestar sus inquietudes y hacer sus aportes dentro de estos procesos de formulación de política pública, lo que le da mayor pluralidad a los aportes y además el sector empieza a ganar legitimidad en la medida en que tenga en cuenta la voz de la ciudadanía en la toma de decisiones.

### Agradecimientos:

El programa expresa su agradecimiento a la Red de Ciudades Cómo Vamos, en particular a los coordinadores y equipo de trabajo respectivo de los programas: *Bucaramanga Cómo Vamos*, *Barranquilla Cómo Vamos*, *Pereira Cómo Vamos*, *Manizales Cómo Vamos*, *Cali Cómo Vamos*, *Medellín Cómo Vamos* y *Bogotá Cómo Vamos* quienes con su apoyo durante todo el proceso hicieron posible este ejercicio.

### Referencias Bibliográficas

1. Instituto de Ciencia Política. Boletín No 22. Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano. Observatorio Legislativo. 2012 Noviembre.
2. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública de México. 2011 Septiembre; 53 suplemento 2.
3. Programa Así Vamos en Salud. Indicadores de seguimiento del sector salud. Aseguramiento en salud. [Online].; 2013 [cited 2014 enero 20. Available from: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>.
4. Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009. Bogotá, D.C.; 2010.
5. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2012. Bogotá, D.C.: Defensoría del Pueblo; 2013.
6. Programa Así Vamos en Salud. Indicadores de seguimiento del sector salud. Razón de Mortalidad Materna. [Online].; 2013 [cited 2014 enero 16. Available from: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/9>.
7. Programa Así Vamos en Salud. Indicadores de seguimiento del sector salud. Tasa de Mortalidad en menores de cinco años. [Online].; 2013 [cited 2014 enero 16. Available from:

<http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/8>.

8. Programa Así Vamos en Salud. Indicadores de seguimiento del sector salud. Tasa de Mortalidad Infantil. [Online].; 2013 [cited 2014 enero 16. Available from: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/7>.
9. Pineda Restrepo BDC. Así ven los ciudadanos y el Gobierno la reforma a la salud. Revista El Hospital. 2013 junio-julio; 69(3).
10. Osorio Estrada ME. Programa Así Vamos en Salud. Hablemos claro de la propuesta sobre la reforma del sistema de salud. [Online].; 2013 [cited 2014 enero 20. Available from: <http://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/proyectos-de-ley/proyectosdeley.ver/32>.
11. Osorio Estrada ME. Una mirada preliminar a la propuesta de reforma del sistema de salud de los colombianos. Revista El Hospital. 2013 Mayo; 69(2).
12. Torrenegra Cabrera EC. The Subsidized Health-care Schem in the Social Protection System. Sharing Innovative Experiences. 2011; 18: Succesful Social Protection Floor Experiences. ILO - SU/SSC (UNDP) - National experts: p. 209-238. x

Foro anual 2013  
**Sistemas de salud,  
¿a cuál nos queremos  
parecer?**

---

# Desempeño de los sistemas de salud

---

BIBIANA DEL CARMEN PINEDA RESTREPO \*

\* Odontóloga de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Salud Pública de la Universidad del Rosario. Especialista en Gobierno y Políticas Públicas y candidata a Magíster en Estudios Interdisciplinarios sobre Desarrollo, CIDER-Universidad de los Andes. Asistente técnica del programa Así Vamos en Salud.

## Desempeño de los sistemas de salud

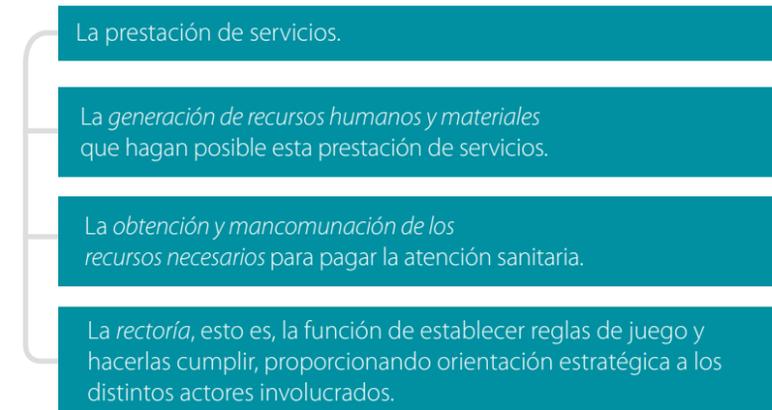
DENTRO DEL CONTEXTO DE REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD que actualmente cursa en el Congreso de la República, un tema que ha tomado especial interés es la cuestión en torno ¿a cuál sistema de salud nos queremos parecer?, esto, dadas las experiencias de otros países que han sido referente en la discusión tanto para quienes defienden la propuesta presentada por el Gobierno, como para quienes abogan por un cambio total del mismo.

En tal sentido, el *Programa Así Vamos en Salud* con el ánimo de aportar insumos para esta discusión ha elaborado una revisión de los aspectos más relevantes frente al desempeño de los sistemas de salud, incluida la percepción y satisfacción de los usuarios como una posible variable a tener en cuenta en dicho desempeño, y dado que cada vez cobran mayor importancia este tipo de mediciones dentro de los aspectos a tener en cuenta en el ámbito de política pública.

Para el presente documento se tomará el concepto de *sistemas de salud* definido en el *Informe de la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* que [...]abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud[...]. Tal y como lo plantea este mismo informe, [...]los sistemas de salud están conformados por todas las personas que actúan en él y por todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud[...] (1). Los sistemas de salud además tienen dentro de sus funciones las siguientes (Ver Figura 1):

Entonces cualquier intento sistemático de comprender el desempeño de los sistemas de salud deberá incluir el estudio de los factores potencialmente determinantes de esa variable. El desempeño dependerá de la manera en que el sistema de salud organice esas cuatro funciones claves. Estudiando estas cuatro funciones y la forma en que se combinan es posible no sólo comprender los determinantes inmediatos del desempeño del sistema de salud, sino también plantearse cambios de política radicales (2).

Figura 1:  
FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD.



Fuente: Elaboración propia con base en:  
*Informe de la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS, 2000.*

Por otra parte, a través del cumplimiento de estas funciones, los sistemas deberían contribuir al mejoramiento de la salud, especialmente para los más pobres (1), sin embargo teniendo en cuenta el dinero invertido en salud, muchos países están por debajo de su potencial de desempeño. El resultado es un elevado número de defunciones evitables y de vidas truncadas por algún tipo de discapacidad. Las consecuencias de estos resultados negativos terminan afectando a los más pobres (1), configurándose así situaciones de inequidad en salud.

En ese sentido, un sistema de salud es bueno si responde bien a lo que la gente espera de él; y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación. Si no se ha alcanzado todo lo que los sistemas pueden dar, ello se debe a problemas estructurales y no sólo a limitaciones técnicas. Por lo tanto, la medición del desempeño de los sistemas de salud toma particular importancia, como punto de partida para determinar cómo pueden estos materializar todo su potencial(1), y que este a su vez se vea reflejado en la satisfacción de las personas respecto a su sistema de salud.

### ¿Por qué medir el desempeño?

UNA DE LAS HERRAMIENTAS que los gobiernos y en general, los hacedores de política pública deben tener en cuenta son las mediciones de desempeño de los sistemas de salud, siendo un insumo que les permite la toma de decisiones informadas respecto a las mejoras que pueden implantarse en los mismo. De hecho muchos países han introducido recientemente reformas

en el sector salud con el objetivo explícito de mejorar el desempeño del mismo. Si bien este es un punto importante, no hay consenso aún acerca de cómo debe ser medido este desempeño de una mejor manera para que el impacto de estas reformas pueda ser evaluado (3).

La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país es responsabilidad del gobierno. La gestión prudente y responsable del bienestar de la población (en otras palabras, la rectoría) es la esencia de un buen gobierno. La salud de la población debe ser siempre una prioridad nacional, y el gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente, tal y como lo resalta el ‘Informe de la salud en el mundo 2000’ (1).

La medición del desempeño requiere un marco explicativo que defina las metas del sistema de salud (Ver *Figura 2*) frente a los resultados que pueden ser evaluados respecto a la cuantificación del desempeño, tal y como lo plantean Tandon A, Murray, C.J.L. et al (3). El desempeño de los sistemas de salud varía ampliamente, ya que países con niveles similares de ingresos y gastos en educación y salud pueden diferir en su capacidad de alcanzar las principales metas sanitarias (2).

**Figura 2:**  
**METAS DEL SISTEMA DE SALUD.**

	Nivel	Distribución	Eficiencia
1. Salud	✓	✓	
2. Capacidad de respuesta	✓	✓	
3. Justicia en el financiamiento		✓	
	Calidad	Equidad	

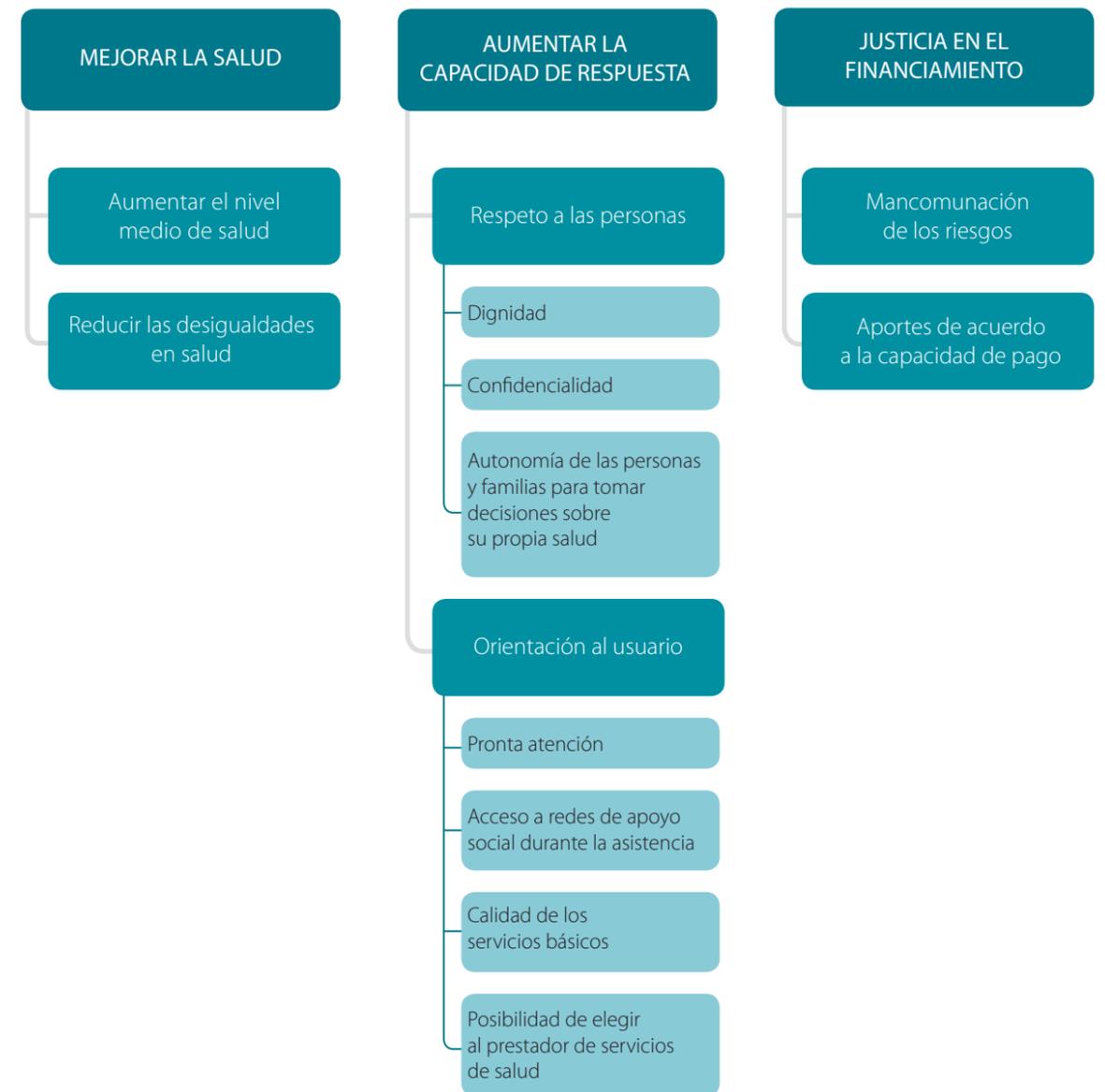
Fuente: Tomado de: *Tandon, A., Murray, C.J.L., et al.*

*Measuring overall health performance for 191 countries. Discussion Paper Series No. 30. WHO. (2000).*

El desempeño entonces gira en torno a estas tres metas fundamentales, las cuales a su vez tienen implicaciones en otros aspectos como se puede observar en la *Figura 3*, donde la primera meta implica el mejoramiento de la salud de la población (en términos de niveles alcanzados y de distribución). La segunda hace referencia a una mayor capacidad de respuesta del sistema de salud frente a las legítimas expectativas de la población. También se refiere explícitamente a las dimensiones no sanitarias de la interacción de la población con el sistema de salud y refleja el respeto por las personas y la orientación al cliente en la entrega de los servicios de salud, entre otros factores. La tercera meta intrínseca es la justicia en el financiamiento y la protección financiera frente al riesgo. El propósito es asegurar que los hogares más pobres no tengan que pagar una mayor proporción de su gasto discrecional en salud que los hogares más ricos, y que todos los hogares puedan estar protegidos contra las pérdidas financieras catastróficas relacionadas con la enfermedad (3). Así, contando con una serie de metas claramente definidas y con

la manera de medirlas, se puede comparar el nivel de consecución de las metas en diferentes sistemas de salud (2).

**Figura 3:**  
**METAS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA DE SALUD Y ASPECTOS IMPORTANTES.**



Fuente: Elaboración propia con base en información tomada de Murray, C.J.L y Frenk, J.A *framework for assessing the performance of health systems.* Bull World Health Organ. Vol 78 No. 6 (2000).

En su propuesta de análisis, Murray, C.J.L. y Frenk, J. también aclaran que el concepto de desempeño va más allá que el simple registro del grado de logro de las metas. Para determinar el desempeño de un sistema de salud también hay que relacionar los resultados logrados y los resultados que podrían haberse obtenido; en otras palabras, el desempeño es un concepto relativo. La medición del desempeño relaciona el grado de logro de las metas con los recursos a disposición por parte del sistema (2).

A partir de este marco metodológico se elaboró la evaluación de los sistemas de salud en el Informe Mundial de Salud publicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 anteriormente referido. Esta labor analítica ayudará a los países de todo el mundo a articular una respuesta más eficaz a las complejas y cambiantes necesidades de salud de sus poblaciones (2).

Entonces, tal y como lo presenta el Informe de la OMS (2000), en la medida en que un sistema de salud alcance una esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad, un alto grado de capacidad de respuesta (o un alto grado de igualdad en cualquiera de estos aspectos o en ambos) o una distribución equitativa de la carga de financiamiento se puede decir que tiene un buen desempeño. Como un sistema puede tener un buen desempeño en una dimensión y un mal desempeño en otras, para comparar países o distintos períodos es necesario resumir las metas en un solo indicador global(1).

No hay una escala natural en la cual se puedan sumar años de vida, puntuaciones de la capacidad de respuesta e indicadores de la desigualdad o equidad, de modo que para combinar los indicadores de logro hay que asignar una ponderación o importancia relativa a cada uno. Al aplicar estas ponderaciones a los logros se obtiene una puntuación del desempeño global de cada sistema de salud. En vista de que los países ricos por lo general gozan de mejor salud, y como los ingresos elevados permite gastar más en salud y estos gastos se pagan principalmente por anticipado y con frecuencia son sufragados por el sector público, la clasificación según el desempeño global está estrechamente relacionada con los ingresos y el gasto sanitario. Sin embargo, la gran ponderación dada a las metas relativas a la distribución explica, por ejemplo, la razón por la cual Japón, ocupa una mejor posición que Estados Unidos, en tanto que Chile, Colombia y Cuba están mejor clasificados que los demás países de América Latina. No es sorprendente que, excepto por tres países de Asia, los 30 países en peor situación sean de África, tal y como se puede observar en la *Tabla 1*, en donde se presenta el ranking de los 30 países mejor evaluados, seguido del ranking de los países de América Latina y el Caribe, y por último se presenta el ranking de los 10 países peor evaluados (1).

**Tabla 1:**  
**Desempeño Global del sistema de salud por país.**

Estado miembro	Desempeño global del sistema de salud	
	Posición	Índice
Francia	1	0,994
Italia	2	0,991
San Marino	3	0,988
Andorra	4	0,982
Malta	5	0,978
Singapur	6	0,973
España	7	0,972
Omán	8	0,961
Austria	9	0,959
Japón	10	0,957
Noruega	11	0,955
Portugal	12	0,945
Mónaco	13	0,943
Grecia	14	0,933
Islandia	15	0,932
Luxemburgo	16	0,928
Países Bajos	17	0,928
Reino Unido	18	0,925
Irlanda	19	0,924
Suiza	20	0,916
Bélgica	21	0,915
Colombia	22	0,910
Suecia	23	0,908
Chipre	24	0,906
Alemania	25	0,902
Arabia Saudita	26	0,894
Emiratos Árabes Unidos	27	0,886
Israel	28	0,884
Marruecos	29	0,882

Estado miembro	Desempeño global del sistema de salud	
	Posición	Índice
Canadá	30	0,881
Chile	33	0,870
Dominica	35	0,854
Costa Rica	36	0,849
Estados Unidos	37	0,838
Cuba	39	0,834
Barbados	46	0,808
República Dominicana	51	0,789
Jamaica	53	0,782
Venezuela	54	0,775
Paraguay	57	0,761
México	61	0,755
Uruguay	65	0,745
Trinidad y Tobago	67	0,742
Santa Lucía	68	0,740
Bélice	69	0,736
Nicaragua	71	0,733
San Vicente y las Granadinas	74	0,722
Argentina	75	0,722
Guatemala	78	0,713
Granada	85	0,689
Antigua y Barbuda	86	0,688
Bahamas	94	0,657
Panamá	95	0,656
Saint Kitts&Nevis	100	0,643
Suriname	110	0,623
Ecuador	111	0,619
El Salvador	115	0,608
Brasil	125	0,573
Bolivia	126	0,571
Guyana	128	0,554
Perú	129	0,547
Honduras	131	0,544
Haití	138	0,517

Estado miembro	Desempeño global del sistema de salud	
	Posición	Índice
Angola	181	0,275
Zambia	182	0,269
Lesotho	183	0,266
Mozambique	184	0,260
Malawi	185	0,251
Liberia	186	0,200
Nigeria	187	0,176
República Democrática del Congo	188	0,171
República Centroafricana	189	0,156
Myanmar	190	0,138
Sierra Leona	191	0,000

- Países con mejor desempeño.
- Países de América Latina y el Caribe
- Países con peor desempeño

Fuente: Adaptado de: *Informe de la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS, 2000.*

A su vez Chisholm, D. y Evans, D.B. (2010) plantean que la eficiencia en el sector salud debe estar dirigida a alcanzar el más alto nivel posible de salud con los recursos disponibles (ambos con la realización de otras metas clave del sistema de salud como la protección financiera y la capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios). Sin embargo, la eficiencia es evaluada también (en términos intermedios) como la cantidad o variedad de servicios que pueden ser ofertados dentro de un presupuesto establecido. El uso de estos proxy o medidas intermedias de eficiencia, puede desviar la atención de la unidad de interés primaria (mejoras en la salud), pero tiene la ventaja de ser fácilmente medibles en el corto plazo. Los resultados en salud, por el contrario, pueden tomar años en materializarse, y además verse afectados por otros factores como los ambientales, que pueden afectar los resultados en salud (4).

Entonces como la eficiencia no es el único objetivo de un sistema de salud, es posible que los países sacrifiquen algún grado de eficiencia a favor de otras metas valoradas como la protección financiera frente al riesgo o mejoras en la equidad en el acceso a los servicios de salud (4).

Además tal y como lo analizan Tandon, A., Murray, C.J.L. et al (2000), la asociación de eficiencia total y aporte de recursos también es evidente en la clasificación de los países: países industrializados se mantienen como los de mejor desempeño. Los países que clasifican en los puestos más bajos son similares a los del África Subsahariana donde una combinación de facto-

res relacionados como problemas económicos, malestar social, y una alta prevalencia de Sida, tienen un efecto nocivo sobre la eficiencia total, según los resultados de este análisis (3)

Posteriormente, la clasificación de sistemas de salud basada en la eficiencia de los mismos realizada por Bloomberg en el año 2013, calculó el puntaje otorgado a cada país según tres criterios: *expectativa de vida* (con una ponderación del 60%), *costo relativo per cápita de la atención en salud* (30%), y *costo absoluto per cápita de la atención en salud* (10%). Los países fueron clasificados en cada criterio y los puntajes fueron ponderados y sumados para obtener los puntajes de eficiencia. El *costo relativo* es el costo en salud per cápita como porcentaje del PIB per cápita. El *costo absoluto* es el gasto total en salud, con el que se cubren los servicios de salud preventivos y curativos, planificación familiar, actividades de nutrición y ayuda de emergencia. Se incluyeron países con poblaciones de al menos 5 millones, PIB per cápita de al menos US \$5000 y una expectativa de vida de al menos 70 años (5).

Tabla 2:

Clasificación de países basada en la eficiencia del sistema de salud

Posición	País	Expectativa de vida (años)	Costo relativo per cápita de la atención en salud (porcentaje)	Costo absoluto per cápita de la atención en salud (dólares)	Eficiencia (Puntaje)
1	Hong Kong	83.4	3.8	1,41	92.6
2	Singapur	81.9	4.4	2,286	81.9
3	Japón	82.6	8.5	3,958	74.1
4	Israel	81.8	7.8	2,426	68.7
5	España	82.3	10.4	3,027	68.3
6	Italia	82.1	10.4	3,436	66.1
7	Australia	81.8	8.9	5,939	66.0
8	Corea del Sur	80.9	7.2	1,616	65.1
9	Suiza	82.7	11.5	9,121	63.1
10	Suecia	81.8	9.6	5,331	62.6
11	Libia	75.0	3.8	398	56.8
12	Emiratos Árabes Unidos	76.7	4.1	1,64	56.6
13	Chile	79.0	7.0	1,075	56.2

Posición	País	Expectativa de vida (años)	Costo relativo per cápita de la atención en salud (porcentaje)	Costo absoluto per cápita de la atención en salud (dólares)	Eficiencia (Puntaje)
14	Reino Unido	80.8	9.4	3,609	55.7
15	México	76.9	6.4	620	54.9
16	Austria	81.0	11.2	5,28	54.4
17	Canadá	80.9	10.8	5,63	53.4
18	Malasia	74.3	3.3	346	52.8
19	Francia	81.7	12.5	4,952	52.3
20	Ecuador	75.6	6.1	332	51.7
21	Polonia	76.7	7.1	899	50.6
22	Tailandia	74.1	3.7	202	50.2
23	Finlandia	80.5	9.4	4,325	49.5
24	República Checa	77.9	8.1	1,507	48.9
25	Países Bajos	81.2	13.0	5,995	48.5
26	Venezuela	74.3	4.3	555	48.3
27	Portugal	80.7	11.4	2,311	47.2
28	Cuba	79.1	11.3	606	46.8
29	Arabia Saudita	74.1	3.6	758	46.0
30	Alemania	80.7	11.7	4,875	45.5
31	Grecia	80.7	13.0	2,864	45.5
32	Argentina	75.8	7.7	892	45.1
33	Rumania	74.5	6.3	500	44.9
34	Bélgica	80.5	11.4	4,962	44.5
35	Perú	74.0	4.4	289	43.2
36	Eslovaquia	76.0	9.1	1,534	41.1
37	China	73.5	4.6	278	38.3
38	Dinamarca	79.8	11.8	6,648	38.1
39	Hungría	74.9	8.6	1,085	38.1
40	Argelia	73.1	4.2	225	37.2
41	Bulgaria	74.2	7.5	522	37.0
42	Colombia	73.6	5.6	432	36.2
43	República Dominicana	73.4	5.2	296	35.3
44	Turquía	73.9	6.5	696	33.4
45	Irán	73.0	5.1	346	31.5

Posición	País	Expectativa de vida (años)	Costo relativo per cápita de la atención en salud (porcentaje)	Costo absoluto per cápita de la atención en salud (dólares)	Eficiencia (Puntaje)
46	Estados Unidos	78.6	17.2	8,608	30.8
47	Serbia	74.6	12.0	622	27.2
48	Brasil	73.4	9.9	1,121	17.4

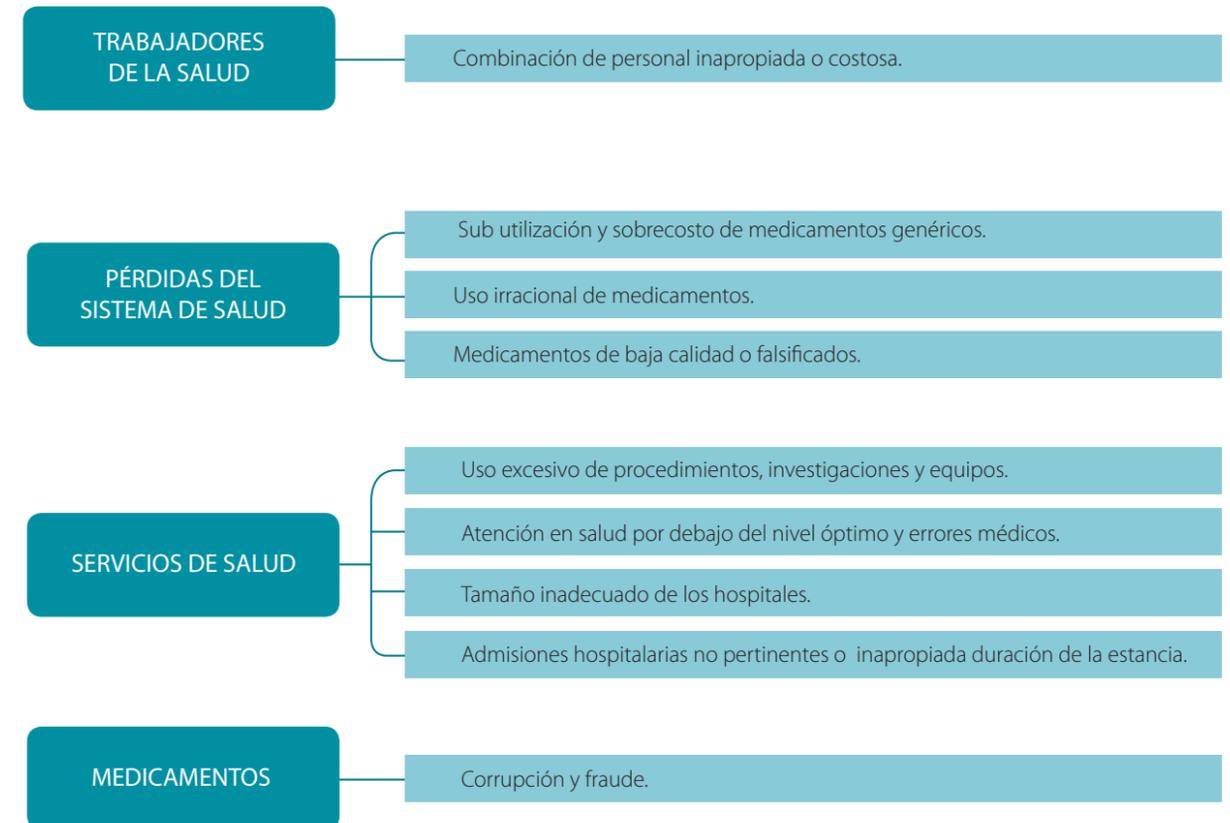
Fuente: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries> [Consultado el 5 de noviembre de 2013].

Esta clasificación destaca sistemas de salud como los de Hong Kong, Singapur, Japón, Israel y España. En América Latina sobresalen Chile, México y Ecuador, situados dentro de los veinte (20) países con los mejores sistemas de salud. Colombia, dentro de esta clasificación ocupa el puesto 42 entre 48 países evaluados(5). De acuerdo con los resultados de esta clasificación hecha por Bloomberg, mayores costos relativos o absolutos no necesariamente inciden en una mayor eficiencia, como se puede observar en la *Tabla 2*.

Es por ello que autores como Tandon, A., Murray, C.J.L. et al (2000) proponían en ese entonces trabajar en la identificación de factores exógenos como la calidad institucional y la densidad de la población que podrían tener un impacto en la eficiencia. El análisis no implica que los países con altos puntajes de eficiencia no puedan mejorar su desempeño. Puesto que la eficiencia total no está restringida por los posibles límites biológicos de los años de vida saludable, esta es una medida representativa de la eficiencia real de los sistemas de salud, más que una medida basada solamente en el estado de salud, definiendo un indicador que sea factible de medir con regularidad permitiendo la comparación entre países, y con el tiempo al interior de cada país (3).

De hecho Chisholm, D. y Evans, D.B. (2010), presentan las siguientes fuentes de ineficiencia en el sector salud y que a su vez pueden afectar el desempeño de los sistemas de salud (4):

**FIGURA 4:**  
**FUENTES DE INEFICIENCIA EN EL SECTOR SALUD**



Fuente: Adaptado de Chisholm, D. y Evans, D.B.

*Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage.* WHO. 2010.

En ese sentido, las clasificaciones posteriores en la medida de lo posible pueden incluir en sus mediciones algunos de estos factores, que van más allá de los recursos invertidos en la atención en salud, como una forma de determinar su incidencia en la eficiencia y el desempeño de los sistemas de salud y que en últimas se puede ver reflejado en la satisfacción de los usuarios.

Hay que tener en cuenta el contexto de cada país, puesto que no hay un modelo perfecto. Cada sistema de salud que ha demostrado tener buenos resultados frente a aspectos como el desempeño y la satisfacción de los usuarios tiene un contexto que ha permitido estos desenlaces. Es por ello que se recomienda además de los resultados del sistema, tener en cuenta otras variables de estos contextos para evaluar más integralmente cuales elementos de estos modelos exitosos se pueden tener en cuenta para este tipo de mediciones dentro del contexto del sistema de salud colombiano.

## Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. ; 2000.
2. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ. 2000; 78(6): p. 717-731.
3. Tandon A, Murray CJL, Lauer JA, Evans DB. Measuring overall health system performance for 191 countries. Discussion Paper Series No. 30. World Health Organization; 2000.
4. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. Background Paper,28. World Health Organization; 2010.
5. Bloomberg. <http://www.bloomberg.com/>. [Online].; 2013 [cited 2013 noviembre 5. Available from: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>.

## ¿Satisfacción de quién y satisfacción con qué?

TEXTO DE LA PONENCIA DE OSCAR ECHEVERRI\*

\*Oscar Echeverri, MD, EMPSP, Sc.D.: Médico cirujano, especialista en medicina preventiva y salud pública de la Universidad del Valle; obtuvo un doctorado en ciencias de la Universidad de Johns Hopkins y fue profesor y jefe del Departamento de Medicina Social de la Universidad del Valle donde fundó el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo – CIMDER. Hizo investigaciones pioneras en cuidado postoperatorio en casa y fue asesor del Programa de Cuidado Quirúrgico Domiciliario del Hospital Universitario del Valle. Trabajó como miembro del staff del Banco Mundial en Washington por cerca de dos décadas y luego continuó como consultor internacional hasta la fecha. Fue miembro co-fundador de la Comisión de Convivencia Ciudadana de Cali, y ha escrito para revistas científicas nacionales e internacionales sobre cuidado quirúrgico, atención primaria de la salud, el sistema de aseguramiento en salud de Colombia, epidemiología de la violencia y cultura ciudadana. Entre los reconocimientos recibidos sobresalen la medalla del Mérito SUCAM del Brasil, el Premio a la Excelencia del Presidente del Banco Mundial y la Medalla Cívica de la Policía Nacional. Es miembro de la Academia de Ciencias de Nueva York.

## Satisfacción del paciente con el cuidado médico, del usuario con los Servicios Médicos y del ciudadano con el Sistema de Servicios médicos

**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL CUIDADO MÉDICO**, del usuario con los Servicios Médicos y del ciudadano con el Sistema de Servicios médicos

No es difícil escuchar un comentario como éste: “Estoy muy contenta por el resultado de la cirugía, pero me incomoda que los controles postoperatorios queden tan lejos y en una clínica donde la gente es presumida. Además los co-pagos son muy altos; el Gobierno debería quitarlos”. Esto explica por qué hay que preguntar “satisfacción de quién y satisfacción con qué”.

En el sector salud es importante diferenciar la satisfacción del paciente con el cuidado médico, del usuario con los servicios médicos y la satisfacción del ciudadano con el sistema de servicios médicos. Esta secuencia se asemeja estructuralmente a una matrioska: la muñeca pequeña es el cuidado médico, la muñeca mediana representa los servicios médicos y la muñeca grande que contiene a las otras dos es el sistema de servicios médicos.

La satisfacción del paciente/usuario/ciudadano ha cobrado gran importancia en años recientes por la mercantilización de los servicios médicos. Conocer la opinión del “cliente”, y del usuario por razones de mercado se ha vuelto un imperativo para competir en el mercado de servicios médicos, y para el gobierno es fundamental cumplir el mandato del derecho a “la salud” con un sistema de servicios médicos equitativo, con acceso físico, cultural y económico aceptable para el ciudadano y con calidad garantizada.

### 1. Satisfacción del paciente con el cuidado médico

EL CONCEPTO DE SATISFACCIÓN INCLUYE UN COMPLEJO de impresiones: necesidad percibida, expectativas y experiencia del paciente con el cuidado recibido. El cuidado médico también es un concepto que puede cubrir un amplio espectro de elementos: el personal, el profesional y el social, que interactúan en la relación médico-paciente; esta interacción está condicionada por la continuidad del cuidado, costos, servicios de hotel, accesibilidad y calidad del proceso incluyendo dimensiones de cortesía, información, autonomía y competencia. Donabedian considera la calidad del cuidado médico como una evaluación de la estructura, el proceso y/o el resultado que se obtiene en el manejo del paciente. No incluye (aunque debiera) el grado de satisfacción del paciente con el cuidado médico que ha recibido<sup>1</sup>.

La satisfacción del paciente con el cuidado médico es tan importante como el juicio del experto que evalúa científicamente su calidad desde el punto de vista del resultado, el proceso y la estructura en que ocurre. Usualmente el paciente expresa satisfacción con el cuidado médico por haber obtenido (o no) la solución a su problema de salud. Así como no es posible evaluar la calidad del cuidado médico mediante un concepto unitario, sí es posible identificar cuatro variables fundamentales que explican la expresión del grado de satisfacción del paciente con el cuidado médico que recibe:

- Respeto que recibe del médico y de su equipo de trabajo
- Alivio de sus molestias inmediatas (dolor, fiebre, malestar, etc.)
- Empatía en la relación Md/paciente
- Resultado de su consulta.
  - Curación, o no curación, convalecencia, rehabilitación, paliación
  - Aprendió cómo vivir con su problema de salud el resto de su vida
  - Aprendió a morir

Estas variables determinan adecuadamente la satisfacción del paciente con experiencias muy específicas y puntuales de cuidado médico. Por ejemplo se puede medir la satisfacción del paciente con el trato digno que recibió en la consulta médica o en el hospital, el alivio de sus molestias inmediatas (dolor, fiebre, malestar, etc.), y con el resultado del cuidado médico que recibió.

El estudio de una cohorte de pacientes operados por reemplazo de rodilla es un ejemplo de satisfacción del paciente con el servicio quirúrgico recibido<sup>2</sup>:

*Correlaciones entre respuesta de satisfacción general y satisfacción con facetas individuales del resultado quirúrgico (reemplazo de rodilla)*

Correlación con satisfacción General	r	Significancia
Colmó expectativas	0.74	<0.001
Alivio del dolor en articulación afectada	0.72	<0.001
Capacidad para desarrollar actividades	0.65	<0.001
Capacidad para desarrollar trabajo pesado o deporte	0.43	<0.001
Apreciación de experiencia con el hospital	0.43	<0.001

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly, vol.83, N°4, 2005 (p 691-729).
2. Hamilton DF, Lane JV, Gaston P, et al. What determines patient satisfaction with surgery? A prospective cohort study of 4709 patients following total joint replacement. BMJ Open 2013; 3:e002425. Doi:10.1136/bmjopen-2012-002525

Estos 5 factores pueden predecir la satisfacción del paciente en un 97% de los casos de reemplazo de rodilla. En este estudio, la edad, género, comorbilidad, duración del postoperatorio en hospital y salud mental, no ayudan a explicar variaciones en la satisfacción general. Dos apreciaciones importantes que confirman el grado de satisfacción de los pacientes que se operaron con la calidad del cuidado médico que recibieron son:

Se operaría de nuevo	92%
Recomendaría la cirugía a otro paciente	97%

Un aspecto central de la satisfacción del paciente es que esta puede variar con cada experiencia de cuidado médico: Puede ser muy distinta la satisfacción con el cuidado médico recibido en la cirugía de reemplazo de rodilla a la satisfacción experimentada con el tratamiento de un episodio de dolor de espalda, aún por el mismo médico. Esto hace que la satisfacción del paciente con el cuidado médico no sea un hecho generalizable, y solo se puede medir en cada caso particular en que lo haya recibido. Por ejemplo, se puede medir la satisfacción con el cuidado médico de todos los pacientes que experimentaron reemplazo de rodilla, pero no es posible medir la satisfacción general con diferentes experiencias de cuidado quirúrgico, o en general con el cuidado médico.

Sin embargo, se han propuesto métodos que, aunque superponen satisfacción del paciente y satisfacción del usuario, intentan medir de manera general la satisfacción del paciente con el desempeño y con las expectativas sobre el cuidado médico mediante la siguiente fórmula:  $Q_{ij} = P_{ij} \times I_{ij}$ , donde Q es el juicio del paciente individual (i) sobre la calidad de diferentes aspectos del cuidado médico (j); P es el puntaje asignado al desempeño de diferentes aspectos del cuidado médico (I)<sup>3</sup>. La calidad Q expresa la opinión del paciente sobre el cuidado médico y cómo quiere ser tratado por los profesionales médicos. Sin duda, esta medición no solo incluye la satisfacción del paciente sino la satisfacción del usuario al utilizar la capacidad de respuesta (responsiveness) de los servicios médicos propuesta por la OMS<sup>4</sup>.

Los estudios colombianos sobre satisfacción del paciente con el cuidado médico son muy escasos y adolecen de claridad sobre lo que pretendieron medir por la confusión frecuente entre cuidado médico y servicios médicos. Muy pocos se refieren a satisfacción del paciente con el cuidado médico y la mayoría se refieren principalmente a cuidados de enfermería y cuidado dental.

## 2. Satisfacción del usuario con los servicios médicos

A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE LOS SERVICIOS MÉDICOS se convirtieron en un mercado, la satisfacción del usuario se volvió el mejor instrumento para reclamarle al “mercado” lo que aquel quiere y demanda. La satisfacción produce fidelidad del usuario con el proveedor de servicios médicos, le ayuda a ser disciplinado y cooperativo con los regímenes de tratamiento y lo motiva a usar más apropiadamente los servicios. En cambio, la insatisfacción induce al usuario a la poca o nula adherencia al tratamiento, a cambiar de proveedor, al desprestigio del proveedor y a demandas judiciales en su contra.

La medición de satisfacción es compleja por la intervención de múltiples factores y contextos en que el usuario experimenta el uso de los servicios médicos. Los investigadores no se ponen de acuerdo con un concepto unitario ni con un modelo conceptual genérico, lo cual hace muy difícil su medición<sup>5</sup>. Sin embargo, es posible seleccionar variables claves tanto desde el punto de vista de la demanda como de la oferta de los servicios médicos para adelantar un juicio informado sobre la satisfacción del usuario con el uso de servicios médicos.

*Del lado de la demanda*, se puede medir la satisfacción del usuario con servicios diagnósticos, quirúrgicos, clínicos, ambulatorios, hospitalarios, etc. En la literatura sobre la medición de satisfacción o insatisfacción del usuario con los servicios médicos se puede identificar un conjunto de variables no médicas, incluyendo la satisfacción con el cuidado médico:

- Disponibilidad – 24 horas/7 días
  - Acceso
  - Físico – lugar y distancia del proveedor
  - Cultural- medicina alopática, alternativa, tradiciones, hábitos etc.
  - Financiero – costo, pago de bolsillo, seguro, etc.
- Confort y seguridad en el lugar del servicio – “servicios de hotel”
- Tiempo de espera y duración de la consulta
- Satisfacción con el cuidado médico

*Del lado de la oferta*, el proveedor de servicios quiere saber su “capacidad de respuesta” para mejorar la calidad de la atención, mejorar la seguridad del paciente y reducir el costo de los servicios. La OMS define la “capacidad de respuesta” del proveedor como: (capacidad de) “responder a las expectativas de la gente, incluyendo salvaguardar la autonomía, la confidencialidad y dignidad del paciente y ser sensible a las necesidades y vulnerabilidades de todos los grupos de población”<sup>6,7</sup>. Esta definición se refiere más

3. Sixma HJ, Kerssens JJ, van Campen C, Peters L. Quality of care from the patient’s perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1988; 1:82-95

4. De Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE discussion papers series: N°32. WHO

5. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med.* 1992 Sep; 14(3):236-49.

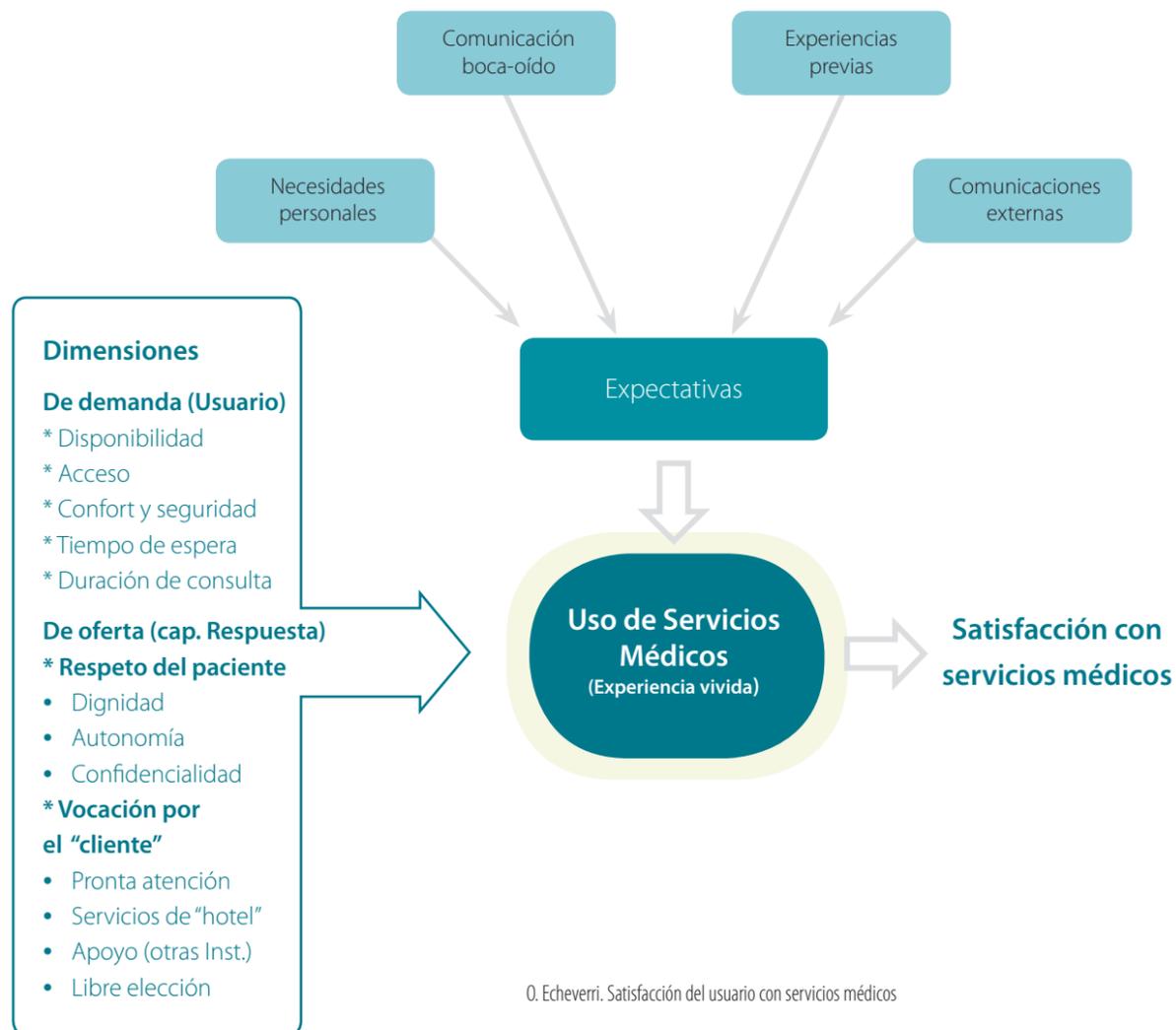
6. De Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE discussion papers series: N°32.WHO.

7. Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB, et al. Health system responsiveness: concepts, domains, and operationalization. In: Murray CJL, Evans DB. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003. pp. 573-96.

a los aspectos no médicos y no financieros de los servicios médicos, y responde a cómo los proveedores de servicios llenan las expectativas de sus pacientes sobre cómo deben ser tratados.

Los médicos y los hospitales le están dando mucha importancia a esta “capacidad de respuesta” (responsiveness). Específicamente incluye dos parámetros: Respeto del paciente y vocación por el “cliente”, que incluyen siete variables sobre la forma y el medio ambiente en el cual las personas son tratadas cuando reciben atención médica:

Recientemente, el sistema de salud inglés, definió los “tres pilares de la calidad de los servicios



médicos”: seguridad del paciente, efectividad clínica, y experiencia del paciente con el servicio recibido. Estos pilares se refieren a la satisfacción del usuario con las expectativas y experiencias sobre seguridad, efectividad y aceptabilidad de los eventos que ocurren desde la consulta hasta la evaluación médica o quirúrgica del resultado.

### 3. Satisfacción del ciudadano con el sistema de servicios médicos

EL INFORME DE LA OMS SOBRE LA SALUD mundial de 2000 (Healthsystems: Improving performance) suscitó controversias sobre cómo debía medirse el desempeño de los “sistemas de salud”. Algunos investigadores prefieren medir dicho desempeño con base en opinión de expertos, mientras que otros dicen que la opinión del público es igualmente importante, pues es la gente la que experimenta los aspectos médicos y no médicos de los sistemas de servicios de médicos en el país donde vive, y a través de los medios de comunicación se forma una idea sobre la burocracia del sistema, las barreras que pone, las dificultades financieras, la inequidad y la escasez de servicios, las ineficiencias del sistema, la falta de respeto a los pacientes por los profesionales y administradores, y la corrupción al interior del sistema de servicios médicos, llamado incorrectamente “sistema de salud”. Por tanto, los ciudadanos están en igual o mejor posición para calificar los problemas del sistema de servicios médicos que los mismos expertos<sup>8</sup>. La experiencia del paciente con el cuidado médico que recibe sólo explica una pequeña fracción de la variación en la satisfacción con el sistema de servicios médicos, aún después de controlar variables demográficas, estado de salud, y otros factores institucionales.

La confianza también es un determinante fundamental en la satisfacción del ciudadano con el sistema de servicios médicos. La confianza del paciente, del usuario y del ciudadano es una consecuencia del comportamiento del médico, de los proveedores, y del marco institucional de los servicios médicos. A nivel personal, la confianza está determinada por la calidad del servicio basada en el respeto debido a los pacientes y usuarios, la competencia técnica, acceso, compromiso y confiabilidad del proveedor. La confianza en las instituciones del sistema, está determinada por la regulación y gestión de los servicios, la calificación del personal, los mecanismos de control de calidad, los códigos éticos y eficiencia en el funcionamiento del servicio<sup>9</sup>. Pero los medios de comunicación juegan un papel determinante en el grado de confianza del ciudadano con el sistema de servicios médicos, particularmente ahora, cuando hay una disminución del prestigio de los servicios médicos por la pérdida de autonomía profesional y la proletarianización del médico a causa del gran capital que mercantilizó el sistema, priorizando el ánimo de lucro de la organización sobre los derechos del paciente. Hay una tendencia en la sociedad a mirar con menos deferencia la autoridad y la confianza en el médico debido a la mayor seguridad en el juicio personal sobre el riesgo. Como dicen Rowe y Calnan<sup>10</sup>, los días de confiar a ciegas en el médico que “es el que más sabe”, han pasado a la historia.

8. Bleich SN, Özaltın E, Murray CJL .How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 87:271-278. doi: 10.2471/BLT.07.050401

9. Gilson L.Trust in health care:theoretical perspectives and research needs. *J of Health org and management*.Vol 20 N°5. 2006. Pp.359-375.

10. Rowe, R. Calnan M. *Trust relations in health care—the new agenda*. *Eur J Public Health* (February 2006) 16 (1): 4-6.doi: 10.1093/eurpub/ckl004

Otro elemento crucial en la satisfacción con los sistemas de servicios médicos es **la gobernanza**, entendida como la capacidad técnica para establecer las políticas, la coordinación entre actores y la regulación de diversas funciones, niveles y actores en el sistema, una asignación óptima de recursos y rendición de cuentas a todas las partes interesadas.

Las consideraciones anteriores permiten identificar las variables más importantes para medir la satisfacción del ciudadano con el sistema de servicios médicos:

- Equidad
- Tiempos de espera (eficiencia)
- Financiamiento
- Estado de salud de la población (efectividad)
- Cobertura (todos los servicios o paquetes de servicios)
- Confianza en el sistema
- Gobernanza
- Gobernabilidad
- Medios de comunicación

### Bismark o Beveridge?

Prácticamente el 100% de la población europea tiene cobertura pública de servicios médicos, pero es oportuno aclarar que la cobertura universal no indica que el acceso es del 100%, ya que el rango de servicios, los copagos y otras restricciones físicas y culturales limitan dicho acceso. Además, hay que insistir que se trata de cobertura con servicios médicos, pues en Europa los sistemas de “salud” solo gastan 6% del total de los recursos del sistema en salud pública y administración, y el resto, 94%, lo gastan en cuidado médico ambulatorio y hospitalario (61%), en medicamentos, sin incluir medicamentos hospitalarios (19%), prótesis (4%) y en cuidado de crónicos (10%)<sup>11</sup>.

Por otra parte, es muy importante advertir que en los sistemas de servicios médicos europeos la infraestructura hospitalaria y de centros de salud *es propiedad pública* en su inmensa mayoría. Una fracción importante de hospitales privados es *sin ánimo de lucro* y muy escasos son con ánimo de lucro; en Holanda la mayoría son privados *sin ánimo de lucro*. Los médicos de atención primaria de la salud son privados y la mayoría se pagan por servicios prestados o por capitación y en ocasiones una mezcla incluyendo asalariados de prácticas privadas.

En 1886 Bismark estableció el sistema de seguridad social que incluyó las famosas Krankencassen (cajas de enfermedad) que subsisten hasta hoy como agencias aseguradoras de servicios médicos. En 1948 el Reino Unido estableció el sistema financiado con impuestos concebido por Beveridge siendo el Estado el único pagador y hoy, con sus recursos crea

mercados internos de servicios médicos en los servicios públicos del Estado; permite seguros voluntarios complementarios y el pago de una prima de seguro privado a empleados y empleadores. Desde 2006, Holanda hizo mandatorio el aseguramiento financiado con primas de seguros pagados por el empleador y el empleado a agencias privadas supervisadas por el gobierno. Los pobres y desempleados son asegurados en las mismas agencias privadas con impuestos nacionales.

Cabe preguntarse si es diferente la satisfacción del ciudadano con el sistema financiado mediante el sistema Bismark o mediante el sistema Beveridge. Un estudio del Banco Mundial de ambos modelos en países europeos identifica ventajas y desventajas en relación con el gasto, el resultado en índices de salud y el impacto en el empleo. El análisis tiende a favorecer los sistemas financiados con impuestos -SI- sobre los sistemas financiados con aseguramiento -SA- pues afirma que: a) los SA son más costosos, aumentan el gasto per cápita en salud en 4%, y reducen el empleo formal en 8-10%, b) los SA no logran mejores resultados que los SI con el cuidado médico que ofrecen y les va mal en resultados que requieren sólidos programas de salud pública, comparados con los mejores logros que obtienen los SI con estos programas; y c) los SA promueven el empleo informal y desestimulan el empleo formal, algo que no ocurre con los SI. Sin embargo, algunos defensores del SA argumentan que el modelo de separar el comprador del proveedor de servicios evitando el manejo de servicios médicos por el financiador conduce a gastos menores y mejores resultados en indicadores de salud. El estudio no analiza el nivel de satisfacción del ciudadano con cada uno de los dos sistemas<sup>12</sup>.

Para tener una idea de la satisfacción del ciudadano con cada sistema de servicios médicos tipo Bismark o tipo Beveridge, se presentan los resultados del Índice Eurosalud del consumidor -EurohealthConsumerIndex-EHCI<sup>13</sup>. Este índice intenta darle al ciudadano información para que pueda comparar políticas de salud, tipo y calidad de los servicios médicos. Obtiene datos de 34 países en los cuales mide 42 indicadores en cinco campos claves: Derechos del paciente e información (12 indicadores con 175 puntos); accesibilidad (5 indicadores con 250 puntos); rango y alcance de los servicios (10 indicadores con 175 puntos); entrega de medicamentos (7 indicadores con 100 puntos) y resultados (8 indicadores con 300 puntos). Para comparar la satisfacción del ciudadano con los SA y los SI, se seleccionaron los primeros 14 países en el ranking del EHCI de 2012, advirtiendo que los cambios anuales del índice son pequeños, excepto cuando algún país introduce cambios sustanciales en el modelo de financiamiento, lo cual ocurre después de varios años de debate público.

11. OECD(2012).Health at glance: Europe 2012, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>

12. Wagstaff A.Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD. The World Bank Development Research Group.Human Development and Public Services Team. January 2009.

13. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2012 Report. Health consumer powerhouse AB 2012.

La tabla 1 muestra que de los primeros 14 países en el ranking 6 son modelos Beveridge (SI) y 8 son modelos Bismark (SA). Entre los 8 primeros, hay cuatro SI y cuatro SA; los puntajes de los dos primeros son 872 para Holanda (SA) y 822 para Dinamarca (SI); siguen en 3° y 4° lugar Suecia (SI) con 775 y Suiza (SA) con 769; en 5° y 6° lugar están Francia (SA) con 776 y Noruega (SI) con 756; y en 7° y 8° lugar están Austria (SA) con 737 y Reino Unido (SI) con 723. La distribución muestra que no hay predominio claro de un sistema sobre el otro y que las diferencias en el puntaje por parejas es muy pequeña, indicando que la satisfacción de los ciudadanos es muy similar independientemente del sistema que tienen.

Sin embargo, a algunos países les va mejor en algunos campos críticos. Por ejemplo, el ciudadano danés es el más satisfecho con los derechos y la información que le da el sistema (SI) y con la entrega de medicamentos, mientras que el ciudadano holandés está más satisfecho con el acceso al sistema (SA) y con el alcance de los servicios médicos (paquete de servicios) que los daneses (SI) aunque la diferencia es pequeña, mientras que los suecos (SI) se muestran menos satisfechos con el acceso. Pero los sistemas SI de Suecia y Noruega muestran el máximo puntaje en resultados (mejores indicadores de salud) seguidos por Holanda (SA) y Dinamarca (SI). Suecia y Noruega tienen los mejores programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en Europa. Estos puntajes sugieren que las diferencias en satisfacción del ciudadano con su sistema de servicios médicos son pequeñas, aunque hay una clara ventaja en los resultados del sistema SI en términos de mejores indicadores de salud logrados. Esta observación concuerda con el análisis del estudio del Banco Mundial en el sentido de que los sistemas SI tienen mejores resultados en términos del estado de salud de la población.

Los factores del sistema de servicios médicos que más afectan la satisfacción del ciudadano son: a) la legitimación de sus derechos y el acceso a información para comparar las políticas en salud, los servicios médicos y los resultados en el estado de salud de la población. Parece que los SI dan mejor información al ciudadano que los SA; b) el acceso sin trabas burocráticas a los servicios, siendo la barrera del médico general como autorizador de la consulta a especialistas la que más molesta. Parece ser que la barrera del médico general no es importante para lograr buenos indicadores del estado de salud; c) la satisfacción aceptable con la entrega de medicamentos, que es similar en ambos sistemas; d) la satisfacción con el contenido de los paquetes de servicios, que es muy variable tanto en sistemas SI como en SA.

**Tabla 1:**  
**Índice Euro-salud de satisfacción del consumidor -2012**  
**Puntajes de 14 países sobre 42 indicadores en 5 campos**

Puntaje	País	Derechos & info 175	Acceso 250	Alcance 175	Medicamentos 100	Resultados 300
872	Holanda (S)	170	200	163	76	263
822	Dinamarca (i)	175 !	167	140	90	250
775	Suecia (i)	141	100	158	76	300 !
769	Suiza (s)	126	233	111	86	213
766	Francia (s)	136	167	140	86	238
756	Noruega (i)	160	83	146	67	300 !
737	Austria (s)	141	217	111	81	188
723	UK (i)	160	133	146	81	200
704	Alemania (s)	117	200	111	76	200
694	Rep. Checa(s)	107	183	117	62	107
638	Eslovenia (s)	112	200	99	81	213
623	Italia (i)	131	133	93	52	213
603	España (i)	102	100	117	71	213
454	Serbia (s)	102	117	82	38	113

Fuente: Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2012 report.

Una pregunta frecuente es si la satisfacción del ciudadano está relacionada con el gasto total en “salud” (servicios médicos) en su país. La tabla 2 muestra que esta relación no es directa, pues los ciudadanos de cinco países con un gasto total en “salud” por encima del promedio (9,6%) tienen una satisfacción por encima del promedio (710 puntos); cuatro de ellos tienen sistemas SA. Por otra tres países con un gasto total por debajo del promedio y una satisfacción por encima del promedio tienen sistemas SI; mientras que dos países con gasto total por encima del promedio y satisfacción por debajo del promedio tienen sistemas SA; y de cuatro países con gasto total por debajo del promedio y satisfacción por debajo del promedio, dos tienen sistemas SI y dos tienen SA. Esta distribución indica que el sistema de financiamiento no constituye una clara ventaja para tener satisfechos a los ciudadanos. Es más probable que las formas de organización y entrega de servicios condicionen fuertemente la satisfacción de los ciudadanos con su sistema de servicios médicos, más que el gasto total en servicios médicos.

**Tabla 2:**  
**Gasto total en “salud” y satisfacción del ciudadano con el sistema de “salud” en 14 países europeos. 2012.**

Gasto en salud *	Satisfacción con el sistema de «salud» **					
	Arriba del promedio (710)			Abajo del promedio (710)		
		Gasto	Satisfacción		Gasto	Satisfacción
Arriba del promedio (9.6 %)	Holanda	12.0	872			
	Francia	11.6	766	Alemania	11.6	704
	Austria	11.0	737	Serbia	10.4	454
	Dinamarca	11.1	822			
	Suiza	11.4	769			
Igual o abajo del promedio (9.6 %)	Reino Unido	9.6	723	España	9.5	603
	Suecia	9.5	775	Italia	9.3	623
	Noruega	9.4	756	Eslovenia	9.0	638
				Rep. Checa	7.5	694

Fuentes: \* Datos de: OECD (2012). *Health at glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

\*\* Satisfacción: Health Consumer Index 2012. [www.healthpowerhouse.com/ehci2012](http://www.healthpowerhouse.com/ehci2012)

Otra pregunta frecuente es en cuál de los sistemas los ciudadanos tienen más o menos gastos de bolsillo. En general, los sistemas financiados con impuestos tienden a tener un gasto público en salud similar a los financiados con sistemas de seguros, pero al mismo tiempo se observa una leve tendencia de los ciudadanos a gastar más de bolsillo en sistemas financiados con impuestos. (ver tabla 3).

Además, en sistemas SI (UK, Suecia, Rep. Noruega, Italia), más gente cree que para mejorar las cosas, en vez de aumentar el financiamiento con impuestos es mejor aumentar el gasto de bolsillo en servicios médicos, mientras que en países con sistemas SA como Francia y Alemania, los ciudadanos piensan que más gasto de bolsillo no va a mejorar las cosas<sup>14</sup>. Esto parece reflejarse en una encuesta hecha en varios países sobre acceso y costeabilidad a servicios médicos en la cual se encontró que en los países con sistemas SA es más frecuente que la gente no acuda al médico y no obtenga todos los medicamentos prescritos por el alto costo de deducibles, copagos y cuotas moderadoras que en sistemas SI<sup>15</sup>.

**Tabla 3:**

14 .Disney H. et al: Impatient for change. European attitudes for health care reform. The Stockholm Network 2004. Hobbs the printers, London.

15. Schoen C. Osborn R. Squires D. Doty MM. Access, affordability and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health affairs*, (2013): doi:101377/hlthaff.2013.0879

**Gasto público y gasto de bolsillo en servicios médicos y % del ingreso dedicado a gasto de bolsillo en 14 países europeos. 2012**

Fuente de financiamiento	Gasto Público en salud %*	Gasto de Bolsillo% *	% del ingreso en gasto de bolsillo **
<b>ASEGURAMIENTO</b>			
Holanda	86	6	1.46
Francia	77	7	0.66
Alemania	77	13	0.93
Austria	77	17	2.88
Suiza	65	25	2.60
Rep. Checa	84	15	N/A
Eslovenia	73	13	N/A
Serbia	62	38	N/A
<b>IMPUESTOS</b>			
Dinamarca	85	13	1.56
Suecia	81	17	1.63
Reino Unido	83	9	0.86
España	74	20	2.09
Italia	80	18	2.07
Noruega	86	14	1.23

Fuentes: \* OECD (2012). *Health at glance: Europe 2012*, OECD Publishing.; WHO Global Health

Expenditure Database. \*\* [www.healthpowerhouse.com/ehci2012](http://www.healthpowerhouse.com/ehci2012) [www.bloomberg.com](http://www.bloomberg.com)

**Tabla 4:**  
**Acceso y costeabilidad de servicios médicos en 4 países. 2013\***

Países	El año pasado...	
	No vio al MD estando enfermo, por el costo %	No obtuvo medicinas u omitió dosis, por el costo %
FRANCIA (SA)	14	8
ALEMANIA (SA)	10	9
HOLANDA (SA)	20	8
SUECIA (SI)	4	4
NORUEGA (SI)	8	5
REINO UNIDO (SI)	4	2

\* Datos tomados de: Schoen C. Osborn R. Squires D. Doty MM. Access, affordability and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Healthaffairs*, (2013): doi:101377/hlthaff.2013.0879

El análisis hecho hasta aquí muestra que las diferencias en el financiamiento de los sistemas Bismark y Beveridgeno explican las diferencias en la satisfacción del ciudadano con el sistema de servicios médicos. Ambos tienen ventajas y desventajas que se reflejan en la percepción ciudadana de mayor o menor satisfacción con diversos componentes de cada sistema. También es posible afirmar que no es clara la asociación entre satisfacción ciudadana con el sistema de servicios médicos y el PIB per cápita del país, pero sí hay una relación inversa entre satisfacción y porcentaje del ingreso que el ciudadano gasta en pagos de bolsillo. Al parecer, no es tanto la financiación del sistema sino la forma como se organiza y en qué y cómo se gasta.

### A quien quisiéramos parecernos

Antes de sugerir a qué país o países quisiéramos parecernos en relación con sus sistemas de servicios médicos es necesario describir el sistema colombiano para ver qué hay en común y qué nos diferencia. Una analogía con un sistema de relojería permite hacer una síntesis del modelo de aseguramiento colombiano: El sistema se compone de tres piñones: uno de metal (las EPS), uno de corcho (las IPS) y uno de caucho (el paciente/usuario/ciudadano). La cuerda del reloj está compuesta por la rectoría, el financiamiento y la regulación. El sistema falla porque no hay consistencia en los piñones, pues el piñón metálico al ser más fuerte que los demás erosiona al de corcho y lo va destruyendo lentamente, mientras que ambos constriñen al de caucho que solo puede defenderse con la Tutela; además el piñón de metal, por falta de mantenimiento tiene manchas de herrumbre causadas por la corrupción. Por otra parte, la cuerda del sistema es endeble y no hace funcionar los piñones!<sup>16</sup> La rectoría y la regulación son incoherentes y no han funcionado, mientras que la financiación sufre de atomización, ineficiente manejo y falta de transparencia. Una encuesta de satisfacción con el sistema colombiano de servicios médicos hecha en 2009 muestra que una tercera parte de los ciudadanos no están satisfechos sin mostrar diferencias entre el régimen contributivo y el subsidiado<sup>17</sup>. Otra encuesta en 7 ciudades del país muestra una tendencia al deterioro en satisfacción ciudadana entre 2008 y 2012 pasando de un promedio de 65% de satisfacción en 2008 a 55% en 2012<sup>18</sup>. Las principales causas de insatisfacción derivan de asignación demorada de citas, exceso de trámites para validar órdenes médicas, baja calidad y en general, limitación de los derechos a acceder a servicios tanto básicos como de mayor complejidad.

16. Echeverri O. Ley 100: Quo Vadis? *Colombia Med.* 1996;27:39-41

17. Defensoría de Pueblo. Evaluación de servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de salud-2009. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá 2010 Índice de satisfacción de usuarios de salud-ISUS. www. Defensoría.org.co

18. Así vamos en salud. Reporte anual 2012.El sistema de salud busca su rumbo. Retos del sistema de salud. Pág.141.163

**Tabla 5:**  
**Índice global de satisfacción con el sistema de servicios médicos.**  
**Colombia 2009\***

COMPONENTES	RÉGIMEN		
	Contributivo	Subsidiado	Total
Acceso a servicios (pond.24%)	74.00	74.12	74.07
Libre escogencia (pond.24%)	27.62	19.63	23.06
Oportunidad (pond.14%)	76.45	80.48	78.75
Percepción (pond. 50%)	67.59	68.74	68.25
ÍNDICE GLOBAL	66.03	66.35	66.21

\* Fuente: Evaluación de servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de salud-2009.

Índice de satisfacción de usuarios de salud-ISUS. www. Defensoría.org.co

Es difícil sugerir parecernos a uno de los sistemas europeos de servicios médicos por razones históricas, culturales, financieras y tecnológicas. El sucinto análisis de los sistemas SI y SA de diversos países europeos indica que lo mejor sería incluir elementos de aquellos sistemas con mejores resultados en términos de satisfacción e indicadores de salud. Por ejemplo:

1. Cobertura universal financiada con un sistema mixto de recursos fiscales y parafiscales y cotizaciones de aseguramiento, descentralización progresiva, seguros voluntarios complementarios y suplementarios como en Francia. Los afiliados son incluidos al régimen contributivo si son empleados o independientes y al régimen subsidiado si son desempleados o pobres según el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI). La descentralización progresiva es fundamental y es responsabilidad de las gobernaciones departamentales mejorar la gobernanza municipal para asumir la descentralización del sistema. En Colombia no es lo mismo descentralizar administrativamente y financieramente el sistema en Macondo que en Armenia. Aquí hay un largo camino por recorrer<sup>19, 20</sup>.
2. La alternativa de mudar a un sistema de financiamiento con impuestos (SI) no es viable en las circunstancias actuales; pero por sus ventajas en equidad, protección del empleo, menos costos de administración, y mejores resultados en el estado de salud, podría pensarse a largo plazo en una migración organizada y escalonada a un modelo como el de Suecia o Dinamarca. Un sistema de financiamiento con

19. European Observatory in Health Systems and Policy series. *Decentralization in Health Care.* Saltam R.B. Bankaskauite B. Brangbaek K. (Eds.). Open University Press, England. 2007.

20. Marquez P. Echeverri O. Baris E. Health systems reform and communicable diseases in Latin America and the Caribbean. Chapter twelve, p.213. In: *Health Systems and the challenges of communicable diseases. Experiences from Europe and Latin America.* Coker R. Atun R. Mckee M. Editors. Open University Press 2008.

impuestos con una agencia de seguridad social que afilie a los empleados y maneje subsidios públicos de afiliación para el 100% de los más pobres, como en Suecia y Suiza. Los prestadores de servicios serán mixtos y el pago será de acuerdo con contratos negociados.

3. El mecanismo actual de aseguramiento mejoraría con algunos elementos del sistema holandés:
  - Primas establecidas por el Ministerio de Salud sin perjuicio de edad ni estado de salud del afiliado, pero ofreciendo incentivos de descuento por hábitos de vida saludables.
  - La prima para afiliados empleados se fija por ley y los independientes pagarán un % de su ingreso fijado por ley no superior al 4% de su ingreso.
  - Cada asegurador afilia al ciudadano y envía el 100% del valor de la prima a un Fondo Nacional de Compensación del Riesgo – FNCR. El Gobierno contribuye con 5% del costo de la prima al FNCR.
  - El asegurador recibe un pago equivalente a un porcentaje del monto de las afiliaciones fijado por el gobierno por hacer la afiliación y los contratos a nombre del FNCR con los proveedores de servicios, y por hacer el monitoreo de la ejecución de los contratos, cuya información debe incluir indicadores de desempeño y del estado de salud de los afiliados. Los aseguradores podrían convertirse en organizaciones sin ánimo de lucro.
  - El FNCR paga al proveedor (no al asegurador) mediante un mecanismo de ajuste de riesgo basado en edad, género, tipo de trabajo, región, historia de hospitalización y medicación, como en Holanda.
  - El sistema permite seguros voluntarios complementarios y suplementarios.
  - No permitirá copagos ni cuotas moderadoras para afiliados al régimen subsidiado, ni para afiliados al régimen contributivo por usar servicios de atención primaria de la salud.
4. Los aseguradores privados regulados por la autoridad pública para mantener un equilibrio que evite expulsar a ciudadanos con enfermedades catastróficas y poco dinero, sin recargar el gasto público hasta hacerlo incosteable, burocrático y poco innovador.
5. Sólidos programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud para garantizar resultados en el mejoramiento del estado de salud como en Suecia, Noruega y Holanda. El sistema colombiano ganaría enormemente en términos de costo/efectividad si la atención primaria de la salud es organizada sobre los pilares fundamentales de organización de la comunidad y abogacía, y con focalización en los determinantes sociales de salud en la comunidad (ej., agua, ciclovías, publicidad nociva, empleo, etc.), en los factores de riesgo en la familia (ej., hábitos alimentarios, respeto entre sus miembros, etc.) y en el individuo (ej., sedentarismo, alcohol, etc.)<sup>21</sup>.
6. Legislación sobre sus derechos y acceso a información que como en Holanda, Dinamarca, Noruega, Reino Unido y Francia que le permitan al ciudadano colombiano saber la

calidad de los médicos y de los servicios -de laboratorio, ambulatorios y de hospitalización- y saber las condiciones de acceso -físico, cultural y económico- y sin trabas burocráticas. Además, poder hacer citas on-line y recibir prescripciones vía e-mail, como en Holanda, España, Suecia y Reino Unido, y participar a través de organizaciones civiles en la toma de decisiones en el sector salud como en casi todos los países europeos. Ya en Colombia hay una ley estatutaria que asegura el derecho a la “salud” con importantes implicaciones prácticas.

7. Promover la práctica de grupo en atención primaria de la salud, mediante el registro de un equipo de médicos<sup>22</sup> al cual el usuario tendrá acceso el mismo día, y acceso directo al especialista con copagos más altos, como en Francia, para evitar lo que más molesta, que es la referencia a especialistas por problemas que el mismo usuario piensa que necesitan de un especialista. El médico general como “gatekeeper” solo funciona bien cuando está idóneamente capacitado para resolver el 80-90% de los problemas que presentan los usuarios; de lo contrario se vuelve un referidor incómodo e ineficiente. En Holanda, el médico general solo refiere al especialista el 6% de todos pacientes que atiende. En cuanto a citas para cirugía electiva, no deberían demorar más de 90 días, como en Holanda, Alemania y Suiza.
8. Un paquete de beneficios que debería incluir explícitamente una gama amplia de intervenciones costo efectivas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, como en Holanda, Suecia, Noruega, Dinamarca y Reino Unido. El paquete de beneficios cubriría el manejo de los principales y más frecuentes problemas de salud. En Colombia ya existe un paquete de beneficios amplio que por ley solo excluye todos lo que se clasifiquen con 4 criterios: a) beneficios con propósito cosmético o suntuario; b) no existe evidencia científica sobre seguridad y eficacia ni sobre efectividad clínica del beneficio; c) está en fase de experimentación y d) su uso no ha sido autorizado por la autoridad competente.
9. Promover en consultorios médicos que hagan práctica de grupo en atención primaria de la salud el equipamiento que les permita obtener en la misma consulta las muestras y procesamiento de exámenes básicos de diagnóstico (laboratorio, imágenes). Esto aumentará la capacidad resolutoria de la práctica de grupo, evitando referencias innecesarias y disminuyendo tiempo y gastos de desplazamiento al paciente, como ocurre en Holanda y Alemania.
10. Considerar la prescripción médica como la autorización del gasto en el sistema de servicios médicos (exámenes de diagnóstico, medicamentos, hospitalizaciones,

21. Echeverri O. Atención primaria de la salud: una nueva oportunidad. 5° Foro del Plan de Desarrollo Facultad de Salud 2011-2030. Universidad del Valle. 2011.

22. El equipo es integrado por el médico de familia que puede ser un médico general muy bien formado, un especialista en medicina familiar, un pediatra si la consulta es para un niño, un gineco-obstetra si es para una mujer, un internista si es para un adulto, o un psiquiatra si es para personas con trastornos mentales.

intervenciones quirúrgicas, etc.). Las aseguradoras solo deben facilitar la ejecución del gasto y no poner trabas con autorizaciones a lo prescrito por el médico; pero se debe establecer un comité de auditoría médica ex - post para reconocer o sancionar al médico por la calidad y pertinencia de la prescripción/autorización. En general, las autorizaciones por el asegurador de lo ya ordenado por el médico no ocurren en los sistemas europeos.

11. Es imprescindible la entrega oportuna y completa de medicamentos cuyo costo esté subsidiado total o parcialmente como en Holanda, Francia, Suiza, España y Reino Unido y con un mecanismo de entrega eficiente como el de Suecia.
12. El sistema de servicios médicos debe tener la capacidad (gobernanza) para hacer ajustes continuos de acuerdo con la dinámica demográfica, tecnológica, financiera y cultural (ciudadana) del país.

La pérdida de confianza del ciudadano en la medicina y la notable reducción de la asimetría de información entre el “médico que es que el que sabe” y el paciente/usuario/ciudadano que cada vez obtiene más respuestas en la internet sobre sus problemas de salud es una voz de alerta para mejorar la eficiencia y la efectividad de los servicios médicos. Los sistemas de servicios médicos que absorben más del 90% del gasto público en salud están dedicados obcecadamente a curar, rehabilitar y paliar enfermedades (más que enfermos) con no mucho éxito y excluyen casi totalmente la prevención de la enfermedad, la promoción individual y colectiva de la salud, y la abogacía necesaria para lograr que la política de salud esté en todas las políticas públicas para lograr el mejor estado de salud posible con los recursos siempre escasos para proteger, promover y mantener la salud. En esto hay mucho por hacer.

## Corporativismo y legitimidad en el sistema de salud

TEXTO DE LA PONENCIA DE JAIME RAMÍREZ MORENO\*

\*Economista Universidad Nacional de Colombia, Doctor en Economía y Gestión de Salud, Universidad Politécnica de Valencia, España.

Profesor Asociado de los Posgrados en Administración de Salud, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Javeriana.

Ha sido profesor de Políticas Públicas y Estado y desarrollo de la Universidad de los Andes y en Economía de la Salud de la Universidad Nacional. Experto en temas de financiamiento y regulación en el sector salud y autor de numerosas publicaciones y ponencias en esos temas.

## Corporativismo y legitimidad en el sistema de salud

### 1. Dos ideas fundamentales sobre el tema del financiamiento:

- *El sistema Colombiano desde el punto de vista del financiamiento es un sistema corporativista. No es un sistema integrado ni estructurado como lo supuso en algún momento Juan Luis Londoño. Es un sistema que se organiza alrededor de diferentes reglas para distintas poblaciones. Hay reglas asociadas con la cotización obligatoria de carácter corporativista nacida dentro del concepto de Seguridad Social tradicional con reglas de gasto público y asistencia y estas dos reglas no son convergentes, por lo tanto, la estructuración en un solo sistema fue contraria a este supuesto. Es así como entonces lo que se viene presentando desde el año 1994 hasta el 2008 es una gran divergencia en las reglas y no una convergencia en las reglas. La convergencia no se produce por las reglas de la ley 100, sino que se produce por las reglas constitucionales de carácter jurisprudencial, es decir, exógenas a la naturaleza de las reglas de juego del sistema.*
- La segunda idea sobre la legitimidad es que *cuando un sistema entra en crisis y las reglas de juego no le sirve para superarla, el sistema se vuelve ilegítimo. No solo por el problema de la aceptación que tenga dentro de la sociedad sino que la crisis la manifiesta una baja aceptación, entonces la ilegitimidad se produce porque el conjunto de reglas de juego no ayudan a resolver la crisis sino que la profundizan.*

### 2. Marco conceptual sobre el tema del financiamiento:

- **SIEMPRE QUE HAY DERECHOS SOCIALES APARECEN** soluciones sociales, y en ese sentido 'remedio, droga, medicamento' es una idea de solución social asociada al tema de la salud. Los individuos gozan de derechos no solo en el sentido moral sino en el sentido legal. Si se quiere mirar que idea se tenía de los derechos en el año 1992-1993, basta con mirar la exposición de motivos de Álvaro Uribe V. donde dice claramente que para Colombia el derecho a la salud es un derecho prestacional de segunda generación y no fundamental hasta el 2008. Incluso hoy en el Proyecto de Ley Estatutaria, la salud sigue estando asociada a la

idea de los derechos prestacionales de segunda generación derivados de restricciones que pueden nacer del ámbito tributario o financiero y de la organización del sistema. Incluso la Ley Estatutaria define que los servicios de salud son servicios públicos y que estarán restringidos al ámbito de la disponibilidad financiera de los recursos, y en tal sentido, el derecho a la salud tendrá otro estatus diferente al de los derechos civiles y políticos, donde no aparece claramente la idea de la restricción financiera.

- De otro lado, citando dos constitucionalistas filosóficos liberales de los Estados Unidos, tenemos las siguientes reflexiones:
  - No existe hoy en la modernidad una diferencia entre derechos positivos y derechos negativos. Todos los derechos tienen costos. Los derechos individuales incluido el de participación política y los derechos de propiedad sobre los bienes y los intercambios entre los seres humanos, son derechos que también exigen financiamiento. Las actividades colectivas, de alguna manera, incluyendo las libertades, van a estar conectadas con los impuestos y dependiendo de ese acuerdo institucional sobre los impuestos, las sociedades van a tener más o menos más libertades y más o menos más derechos sociales. No existe, en términos filosóficos, una diferencia entre los derechos sociales y los derechos civiles y entre derechos positivos y derechos negativos porque en la práctica, todos los derechos son derechos constitucionales.
  - Por otro lado, ya un poco más para Colombia, estos autores hablan de que las revoluciones democráticas de Europa y de los Estados Unidos están basadas en el principio de la tributación con representación. Colombia está lejos de tener instituciones que hagan asociación entre la tributación y la representación. Esto quiere decir que dado que las decisiones tributarias se toman en el Congreso, los partidos políticos deberían representar los intereses de los ciudadanos en términos de lo que significa la tributación, en donde en un lado estarían los tributos y en el otro los gastos. En Colombia desde el siglo XVIII y XIX no han existido instituciones tributarias basadas en el concepto de la tributación con representación sino instituciones corporativas basadas en la acción colectiva de que se crean impuestos y contribuciones específicas para grupos específicos y no impuestos generales para ciudadanos.
  - Otra idea de estos autores es que el cumplimiento obligatorio de los derechos significa asignación estratégica de recursos y la acción estratégica de recursos está orientada no sobre pactos mini sectoriales sino sobre pactos sociales, sobre lo que cada nación define sobre su nivel de bienestar. En ese sentido, esta asignación de recursos no es una asignación técnica, sino que es una asignación política. Entonces la comunidad política a través de una asignación estratégica combina elementos de la libertad individual con elementos de las decisiones colectivas y, el costo de los derechos no es sino una forma de documentar política y pragmáticamente las relaciones entre los ciudadanos y El Estado a través de la acción política y no a través de acuerdos técnicos por fuera de la acción política. Esto, lo que está diciendo fundamentalmente como hipótesis es que el financiamiento depende del acuerdo político y no depende del acuerdo técnico, por lo tanto, las decisiones son de

carácter político y como sociedad debiéramos entender como son esas decisiones de carácter político.

- Posteriormente, como parte del marco conceptual, hay una especie de clasificación de esos acuerdos políticos basados en las siguientes ideas:
  - Una primera idea basada en los impuestos y en el presupuesto general.
  - En segundo lugar, una idea basada en la seguridad social como acuerdo corporativo nacida del mundo del trabajo entre el trabajador y patronos.
  - Un acuerdo al alrededor del seguro privado, catalogado como acuerdos alrededor de los seguros sociales, públicos y privados.
  - Y un residuo que a veces no es tan conocido que es lo que no está incluido dentro de ese acuerdo que es lo que normalmente se llama el gasto privado o el gasto de bolsillo, que está por fuera de la idea del seguro privado.

De esta forma, hay que tener en cuenta unos factores de valoración: la movilización de fondos, el acceso a la asistencia y la protección financiera. Por regla general se dice que las estructuras tributarias basadas en impuestos son más progresistas si están fundamentalmente financiadas con impuestos sobre los ingresos y menos progresistas si están basadas en impuestos a los consumos.

Esto era un principio de los países europeos hasta los noventa pero después de los noventa todos los países europeos fueron combinando la idea de los tributos sobre los ingresos con los tributos sobre los consumos. Hoy en día, en casi en todos los países del mundo, la financiación entre consumos y los impuestos sobre los ingresos es muy proporcionada. Esto hace que el acceso a la asistencia dependa de la asignación. Pero por regla general la asistencia tiende a ser regresiva porque los grupos que están mejor posicionados dentro de una sociedad consumen más que los que no están mejor posicionados y en ese sentido la demanda es una función del nivel de ingreso, del nivel de educación, del nivel de educación de las madres, y esos grupos que están mejor posicionados en una sociedad tienden a consumir más a pesar que la financiación sea progresista. El nivel de la asistencia puede ser regresivo y el nivel de la protección financiera puede ser progresiva.

Comúnmente se tiende a mirar una sola forma que es la protección financiera y se olvida asociarla al nivel de acceso, qué población se beneficia más y qué población se beneficia menos. En general, la Seguridad Social se considera que es proporcional, es un pacto de mutuo beneficio, uno recibe proporcional a lo que le acota el pacto. Se tiene la expectativa de aportar el 12,5% pero se tiene la expectativa de recibir ese 12,5%, y si cada grupo tiene esa expectativa y alguien no aporta nada tendría como expectativa no recibir nada, esa es la regla fundamental. Los accesos en determinado momento en los países desarrollados tienden a ser progresivos y la protección tiende a ser igualitaria, pero en la medida en que el mercado de trabajo genera un dualismo entre formal e informal tiende a ser muy regresivo para ambos.

En el seguro privado individual, la movilización es muy regresiva si son individuales, regresivas si son colectivas; como los seguros colectivos de Estados Unidos de la HMO que no son en el estricto sentido individual y en general los accesos son igualitarios pero solamente para quienes participan, no para los que no participan (que se consideran que estos son los peores, que son los que no tiene ninguna forma de seguros).

### 3. Evolución en Colombia:

EN PRIMER LUGAR COLOMBIA TIENE SU RASGO corporativo que tiene su régimen subsidiado, tiene su régimen contributivo y tiene 10 sistemas de regímenes especiales. La idea del pluralismo desde la concepción de la ley 100 es que se separan las poblaciones y para los tres sectores diseña tres sistemas, confundiendo el método de financiación con la organización de un sistema. No solo hablamos de subsidio sino que hablamos de Régimen Subsidiado, no solo hablamos de contribución sino que hablamos de Régimen Contributivo. Por lo tanto, la idea del pluralismo de Juan Luis Londoño nunca fue estructurada, fue segmentada. No fue dualista, fue multisegmentada y no había ningún canal de convergencia dentro de los sistemas. El canal de convergencia pudo ser que el subsidio aplicara a la cotización, pero al aplicarse a la cotización, el disponible per cápita de los afiliados al contributivo caía y entonces violaba el concepto proporcionalmente. En ese sentido es la continuación de la institución del Seguro Social Colombiano, y en tal forma la ley 100 no fue una ruptura con la idea del Seguro Social sino que fue una ampliación de permitir una mayor participación de los privados por delegación, pero no tocó en lo fundamental dos instituciones que están asociadas a la segmentación: una el Seguro Social y otra, la asistencia pública.

Luego la reforma del gobierno de Pastrana hizo dos cosas. En primer lugar, le puso fin a las expectativas universalistas, es decir, congeló las platas del sistema de participación. Fue la primera cosa para no hacer universalismo. Y en segundo lugar, volvió el concepto del subsidio para la población pobre no afiliada un concepto rígido y creando así un cuarto régimen, creando así las características de la ley: quitarle plata al sistema e inmovilizar el sistema.

Después viene el tema de la ley 1122 y la reforma, pasando del asistencialismo y la segmentación al autoritarismo. Las emergencias son por definición mecanismos autoritarios para resolver problemas sociales que eventualmente se justifican cuando el problema es coyuntural.

Luego viene el tema de la Sentencia T-760 que es una ruptura con el orden corporativo pero solo de manera parcial. La Corte no se pronuncia sobre los regímenes especiales, no se pronuncia sobre los no afiliados. Se pronuncia sobre una unificación en términos de beneficios pero no en términos de la totalidad de las reglas del sistema.

La Ley 1438 es la inutilidad total del esfuerzo parlamentario desde el punto de vista legitimidad y desde el punto de vista de construir reglas para superar la crisis. Se puede decir que su

efecto es totalmente nulo hasta el punto que hoy estamos discutiendo dos leyes y su efecto es absolutamente intrascendente.

## Cuáles son las implicaciones sobre los recursos?

**HAY QUE TENER CLARO QUE LA PRIMERA FUENTE** de financiamiento son definitivamente las cotizaciones, la segunda fuente son los impuestos nacionales y territoriales, la tercera fuente es el gasto privado de los hogares y hay una fuente muy pequeña que son los parafiscales.

Desde el punto de vista general, los recursos venían cayendo desde el 2000 hasta el 2003 por dos cosas. Primero por el impacto de la ley 715 y segundo, por una mala medición del gasto privado. Una errónea medición que llegó a comparar los datos de la encuesta de 1997 con una encuesta del año 2000, permitió concluir que el gasto privado cayó; eso es una muestra que la equidad en el financiamiento del sistema se multiplicó y por eso fuimos víctimas de un espejismo (cuando se construyen series históricas el espejismo se le devuelve) porque este es un gasto que ahora empieza a crecer y empieza a crecer porque este cálculo está mal hecho.

En segundo lugar, hay una mala comprensión del gasto de bolsillo. El gasto de bolsillo como todo consumo es una función del nivel de ingreso. Entonces, cuando los individuos caen en su nivel de ingresos el gasto consumo cae. Eso no significa que sea progresivo, significa que si el gasto de bolsillo cae, reduciendo los consumos, esa disminución es regresiva porque afecta la salud de las personas (en macroeconomía el consumo es una función del nivel de ingresos).

Revisando la relación entre algunos gastos, tenemos que los subsidiados y los contributivos tienen percapitas distintos y los regímenes especiales tienen unos percapitas muy grandes. Pero lo que llama la atención es que el gasto percapita empieza a ser muy grande. De nuevo el de bolsillo y los gastos de salud pública son insignificantes. La razón de la salud pública y el régimen contributivo es que la salud pública representa el 5% del régimen contributivo.

Con el ánimo de mirar cual es la relación entre la distribución del ingreso de la población y la distribución del gasto ajustado por los consumos de la población se construye el índice de Progresividad. Este índice es la diferencia entre el GINI del ingreso y el GINI del gasto. Se puede observar que Colombia desde el 1997 al 2008 mejoró ese nivel de Progresividad. Sin embargo, cuando se descompone por los niveles, el que mejor recobra es el contributivo y el más progresivo en esta relación entre la población con su distribución del ingreso y su distribución del gasto es el régimen de excepciones cuando se ajusta por los consumos. Eso lo que muestra es que sigue siendo regresivo porque es negativo, pero el consumo no empeora la distribución del ingreso. El consumo en el Contributivo empeora la distribución del ingreso pero no tanto, y el consumo en el subsidiado con el con el gasto de bolsillo empeora la distribución. Eso quiere decir que no es tan progresivo en el régimen subsidiado porque hay la presencia de gasto catastrófico, queriendo decir que es un gasto de salud que empeora la distribución del ingreso.

Cuando se mira por servicios, mirándolo con relación al total del gasto de bolsillo, el gasto de bolsillo es el más regresivo de todos. La consulta médica es la más regresiva en términos de empeorar la distribución del consumo después de hospitalización. Se afirma que como el seguro esta en relación directa con la cobertura del POS y la consulta médica esta en el POS, eso hace que disminuya el gasto de bolsillo, pero la verdad es que el gasto de bolsillo de consulta médica es la más regresiva. Esto concuerda con unos análisis hechos en la ciudad de Cali que se ha llamado gasto colateral, es decir, que la gente esta pagando de su bolsillo cosas que están en el POS.

Finalmente algo sobre la crisis actual: ¿Qué nos ha llevado a la crisis? Tengo la hipótesis que nuestro sistema fue pasando de un sistema de contrato público a un sistema de seguros de reembolso público. Este sistema consiste en lo siguiente: para calcular la UPC se toma un periodo de experiencia, hay un período de análisis y hay un período de definición del valor de la UPC, entonces se hace la valoración de los gastos reportados por las EPS y al final se ajusta para no dejar caer el gasto en los últimos meses. Pero en el año siguiente no se hace este ajuste, o sea que el ajuste opera dos veces sobre la idea de las reservas. No es claro que al hacerlo año a año se elimine esa diferencia. Al final, la EPS reporta unos gastos y mediante un proceso de calidad se aceptan o no, entonces el asegurador en lugar de asumir el control del gasto está interesado en implementar el control del gasto y de esta manera el asegurador se vuelve agente del reaseguro. Es así como mediante este mecanismo se construyeron unos escenarios. Se utilizaba como concepto el reconocimiento de una utilidad esperada (que era alta) con los gastos administrativos y se le adicionaban o no se le adicionaba los copagos para determinar una UPC promedio. Esto conjuntamente con el tema del reembolso público incentivó que el encargado del aseguramiento fuera ampliando el portafolio y no controlara el gasto. Entonces todos los sistemas de reaseguros públicos y de seguros por reembolso son crecientes en términos del gasto. Se observa además cómo la relación entre la rentabilidad y el patrimonio cae y los niveles de endeudamiento se elevan considerablemente.

De esta forma lo que se prefigura es una manifestación de una típica crisis económica que se manifiesta inicialmente con una crisis financiera pero que esta determinada por la rentabilidad de la inversión y por el rendimiento futuro de los niveles de capital. No estamos frente a cualquier crisis. Estamos frente a una crisis temática en donde se combina un problema de rentabilidad con un problema de endeudamiento y en donde dada la característica del esquema de propiedad, los agentes del seguro no tiene capacidad de financiar su nivel de endeudamiento. Quiere decir, que si los rendimientos de futuro probable son muy inciertos, ningún agente en particular está interesado en invertir un peso para salir de la crisis, y en tal sentido, le toca al Gobierno diseñar una política anticíclica mediante unos niveles de participación en la cofinanciación de las inversiones de los operadores, pero no a costa de una transferencia neta de recursos, sino a costa de unos esquemas de participación en los esquemas de propiedades asociadas. Llama la atención sobre las sociedades cooperativas, por su nivel de afiliación con respecto a la población (caso SaludCoop y Coomeva) dado su nivel de participación, la rentabilidad por el piso, los niveles de endeudamiento elevados y sin la posibilidad de que muevan un solo recurso por parte de los inversionistas.

Como conclusiones finales de este esquema es que los arreglos institucionales no son convergentes, se promueve la segmentación, y al no ser convergentes el esquema de derechos esta basado en el concepto de afiliado, usuario, pobre, vulnerable y no sobre la base del concepto de ciudadanía.

La segunda característica es que la Ley Estatutaria sigue definiendo la salud como un servicio asistencial y sostiene que la desigualdad es una forma de universalizar derechos, es decir, mantiene los regímenes especiales, mantiene diferencias entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo y mantiene el concepto de los no afiliados. La legitimidad del NO que era lo que se buscaba, no se ha notado y adicionalmente, eso es imposible constitucionalmente. Desde el punto de vista de la jurisprudencia de la Corte es difícil construir una legitimidad del NO, además cuando no está muy clara la participación de la ciudadanía en la construcción de esa legitimidad.

La tributación es subsidiaria del sistema económico y del mercado laboral, y en tal sentido, la reforma tributaria no esta en concordancia directa con el tema del derecho a la salud. Esta reforma lo que elimina es la contribución de los patronos pero no hace justicia con la contribución de los trabajadores. Si se hubiera aplicado la idea de hacer un esquema de doble tributación sobre las personas naturales y sobre las utilidades de las empresas, el concepto sería capacidad de tributación y no el de contribución parafiscal. En tal sentido, eliminó la contribución de los patronos y conservo la de los trabajadores (habría que preguntar si es justo desde el punto de vista de la capacidad de tributación que un trabajador que gane un salario mínimo y tenga 5 hijos debería estar pagando impuestos o no); y dado que estas personas constituyen más del 40% del sistema, afirmarían en ese sentido la reforma tributaria tiene características regresivas.

De la decisión judicial a la Junta Médica. Este acuerdo inconcluso y maltrecho con la Junta Médica es un pacto alrededor de los beneficios de los médicos. No es un pacto alrededor de los beneficios de los ciudadanos se extiende un poco cuando se habla de los residentes, pero entonces es un pacto corporativo, es decir no es un pacto de ciudadanía y al final los derechos individuales no se cruzan y solo se encuentran en el asistencialismo individual. Nunca se ha hablado de la plata para salud pública, sobrevivir con \$37 y con el 5% del gasto del régimen contributivo es difícil.

Otro aspecto es que en Colombia la inversión en Tecnología y en infraestructura no tiene recursos propios. Se trata de financiar la infraestructura con los servicios y eso es lo que lleva a las EPS a hacer inversiones en infraestructura con la plata de la UPC. Siempre se piensa que el gasto en inversión y el gasto de los servicios hace parte de la misma bolsa, por eso se dice que para sostener el gasto de los hospitales públicos el régimen subsidiado debe contratar como mínimo el 60% y los operadores privados dicen que para garantizar una red tengo que quitarle plata a la disponibilidad del servicio para ponérsela a las inversiones. Al final las llamadas crisis financieras son, por regla general, manifestaciones de la caída en la eficiencia marginal de las inversiones y de las expectativas y no solo problemas financieros.

En ese sentido, creo que el sistema debe avanzar fundamentalmente, en primer lugar, en solucionar el problema de la crisis actual. De otro, el problema de la participación de los privados debe resolverse de la siguiente manera y no tratando de cambiarle el nombre: ¿Cuánta inversión están dispuestos a hacer para solucionar la crisis? La participación en los mercados supone inversiones iniciales y si el sector privado no está en disposición de hacer inversiones iniciales, por más que se les quiera incluir, la solución de la crisis no estará en función del comportamiento de los agentes privados, no estará en función del comportamiento de los agentes públicos; estará en lograr un acuerdo sobre el financiamiento estable alrededor del concepto de la tributación con representación.

# ¿A quién queremos parecernos en el sistema de salud?

JUAN EDUARDO GUERRERO ESPINEL\*

\*Médico-Cirujano, Universidad del Valle. Magister en Salud Pública, Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Especialista en Sistemas y Servicios de Salud de la Fundación Getulio Vargas en Brasil. Especialista en Salud Internacional. Trabajó en el Servicio de Salud de Nariño, en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, en el Programa de investigación PRIDES, en el Seguro Social del Valle y fue Director de la Fundación para la Seguridad Social, Cali, Colombia. Trabajó 25 años con la Organización Panamericana de la Salud en Ecuador, Guatemala, Argentina, Brasil, El Salvador y USA. Actualmente es docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Consultor temporal de la OPS/OMS y miembro activo de la Mesa Antioquia por la transformación del sistema de salud. Coordinador de la Especialización en Salud Internacional, de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Coordinador de la Mesa de Atención Primaria de la Salud interfacultades, Universidad de Antioquia.

## ¿A quién queremos parecernos en el sistema de salud?

ESTA PRESENTACIÓN INTENTA CENTRARSE EN LA PREGUNTA que convoca del evento: *¿a quién queremos parecernos en el sistema de salud?* haciendo énfasis en los mecanismos de gestión.



### UN PENSAMIENTO PARA INICIAR

“El desarrollo humano, como enfoque, se ocupa de lo que yo considero la idea básica de desarrollo: concretamente, el aumento de la riqueza de la vida humana en lugar de la riqueza de la economía en la que los seres humanos viven, que es sólo una parte de la vida misma”. Prof. Amartya Sen Profesor de Economía, Universidad de Harvard Premio Nobel de Economía, 1998

Este pensamiento de Amartya Sen permite reflexionar sobre si los sistemas de salud deben tener como eje el aumento de la riqueza de los “operadores del sistema” en economías de mercado o debemos avanzar hacia sistemas de salud orientados al bien común, el bienestar, el servicio de los usuarios y de los ciudadanos basados en el derecho fundamental a la salud y los resultados sanitarios. Reconociendo el trabajo en alianzas público-privadas que interactúen y cooperen para contribuir a la salud y el desarrollo sostenible a nivel nacional y territorial.

Para responder a la pregunta: *¿a qué países, estudiar y conocer?* inicio por una selección de países de la Unión Europea y otros de la región de las Américas. Las fuentes de información y las metodologías autorizadas para este proceso nos muestran diversidad de criterios que pueden generar diversidad de opiniones y controversias en el mundo académico y de los gobiernos. La OMS en el 2000 publicó un informe mundial sobre los mejores sistemas de salud del mundo<sup>1</sup>. Este generó protestas del gobierno de Brasil y otros por la metodología utilizada. Colombia, salió clasificada con resultados favorables a nivel internacional a pesar de las dificultades internas inherentes al funcionamiento del modelo.

1. OMS, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud en el mundo, 2000. <http://bit.ly/Oq0DBI>

Otra fuente es la Fundación Bloomberg<sup>2</sup> que mira más la eficiencia de los sistemas, y la otra es mi experiencia personal, porque tuve la vivencia de trabajar en varios países y la oportunidad de conocerlos, sentirlos y participar en su proceso de salud cerca de 25 años.

Antes de continuar una reflexión: casi nunca miramos al oriente y esta es una referencia para no olvidar de que el mundo tiene oriente, occidente y otras miradas, otras culturas que enseñan y dan lecciones. Hoy los países del sol naciente: Japón, Singapur y Hong Kong le ofrecen a los ciudadanos sistemas de salud universales, que son financiados básicamente por contribuciones de las empresas y los empleados. En los tres países funciona el sector privado, se mantiene un fuerte respaldo a los servicios públicos. No tienen contradicción entre lo público y lo privado, hay consenso. Existe una fuerte red pública al igual que en Europa. Los hospitales públicos en Europa son muy importantes y tienen financiamiento para la inversión, para el mantenimiento, para el crecimiento, y para el desarrollo de la tecnología bajo estrictas regulaciones gubernamentales. O sea, hay estado.

Además, existe consenso entre los ciudadanos y el gobierno; el sector público recibe fondos de los impuestos, de los contribuyentes y cubre el 90% de los tratamientos hospitalarios, la gente tiene seguridad social. Solo se sostiene una alternativa privada del 10% para las familias de elevados ingresos. Es decir, ocurre lo que hay en otros países, solamente entre un 10% al 25% de las personas tiene capacidad de pago y optan por seguros privados independientemente de que el sistema sea público, o sea aseguramiento, la gente compra y usa los servicios del seguro privado.

Regresando a la pregunta: Primero, veamos por Índice de Desarrollo Humano (IDH)<sup>3</sup>, entendiéndolo que el IDH tiene una variable que es la Expectativa de Vida al Nacer (EVN) que nos indica como son los determinantes sociales, medidos por ingreso y niveles de educación y no se relaciona con el desempeño de los servicios clínicos. Esta diferencia es sustancial desde la óptica de la salud pública que aborda y trata el papel de los determinantes sociales, económicos y ambientales para mejorar la salud y no se centra únicamente en el impacto relativo de la organización de los servicios médicos. En los procesos de reforma es necesario entender que significan los determinantes sociales para mejorar la calidad de vida y la situación de salud de las poblaciones. (Ver Tabla 1).

2. Fundación Bloomberg, MostEfficientHealthCare: Countries, 2013 [en red: <http://bloom.bg/1pdkeCT>]

3. PNUD, Informe de desarrollo humano, 2013. <http://bit.ly/1bYL7av>

**Tabla 1**  
**POR LOS RESULTADOS SOCIALES - ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO**

Canadá 11 IDH Salud 8% PIB EVN 83,6 SCAS 73
Francia 20 IDH Salud 9,3% PIB EVN 80,1 SCAS 84
España 23 IDH Salud 6,9% PIB EVN 81,6 SCAS 84
Reino Unido 27 IDH Salud 8,1% PIB EVN 80,3 SCAS 81
Chile 40 IDH -13,7 Pobres Salud 3,8% PIB EVN 79,3 SCAS 45
Argentina 45 IDH -34,9 Pobres Salud 4,4% PIB EVN 76,1 SCAS 66
México 61 IDH -51,3 Pobres Salud 3,1% PIB EVN 77,1 SCAS 69
Costa Rica 62 IDH -21,1 Pobres Salud 7,4% PIB EVN 79,4 SCAS 75
Brasil 85 IDH -21,4 Pobres Salud 4,2% PIB EVN 73,8 SCAS 44
Ecuador 89 IDH -32,8 Pobres Salud 3,0% PIB EVN 75,8 SCAS 64
Colombia 91 IDH -37,2 Pobres Salud 5,5% PIB EVN 73,9 SCAS 63

Tomado de: *Presentación ¿A quién queremos parecernos en el sistema de salud?* Dr. Eduardo Guerrero.

Con relación al estudio del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2012 se incluyen 11 países: Canadá, Francia, España y el Reino Unido entre los primero 27 países siguen en su orden en nuestra región: Chile, Argentina, México, Costa Rica, Brasil, Ecuador, y por ultimo Colombia por las diferencias económicas, sociales, y las desigualdades sociales aun no superadas, pero nótese que es un país que está gastando en salud cifras intermedias con relación al Producto Interno Bruto(PIB). En relación al gasto en salud: Canadá 8% PIB, Costa Rica 7,4% PIB y Colombia con el 5,5% PIB nos muestran la magnitud de los recursos dedicados al sector salud. El SCAS, reflejado en la tabla, es la Satisfacción de Confianza de la Atención en Salud<sup>4</sup> muestra cual es el nivel de confianza que tienen los países frente al tema. De acuerdo a este indicador, los ciudadanos de Brasil y Chile, tienen poca confianza en su sistema. En el caso de Brasil, la credibilidad se ha reducido porque se ha frenado el sistema único de salud y hay un fuerte crecimiento en el seguro privado, que ellos llaman salud suplementaria y que hoy cubre más o menos el 25% de la población. Brasil tiene avances muy importantes en atención primaria en salud pero hay que reconocer que existen

4. Informe de Desarrollo Humano, 2013, cuadro 7 sobre salud. Indicador SCAS.

dificultades y la población con su percepción muestra que hay listas de espera, que hay problemas para lograr índices de satisfacción más altos como en otros países.

Lo mismo le ocurre a Chile, ha tenido una transformación desde las Isapres<sup>5</sup> para apoyar el Fonasa<sup>6</sup>, con el fortalecimiento de la contribución pública y con un crecimiento público muy fuerte de todos los gobiernos democráticos. Allí también atraviesan contradicciones. La población tiene una percepción baja de aceptación y de confianza a su sistema, y persiste un debate muy fuerte entre el balance de la mezcla pública y privada.

La OMS tiene una clasificación de los mejores y peores sistemas de salud en el mundo, que se elaboró a partir de variables como: la desigualdad, el nivel global de salud de la población, la capacidad de respuesta del sistema, la percepción de la gente –de diferentes niveles económicos– sobre qué tan bien son atendidos y quiénes son los encargados de pagar los costos del sistema de salud.

A su vez, Bloomberg mira lo siguiente: ellos toman un indicador de eficiencia; sin embargo los indicadores hay que mirarlos con cuidado y se debe conocer la variables que se están midiendo para interpretar en forma adecuada los resultados.<sup>7</sup>

En la clasificación Bloomberg: Hong Kong (1), Singapur(2) y Japón(3), países de oriente, Israel (4) y España (5) ocupan los primeros cinco lugares por eficiencia. Chile (13), Canadá (17), Francia (19), Colombia (42) y Brasil (48). Debemos entender la composición de las variables de este indicador, o sea, por el peso que se le está dando a la Expectativa de vida al nacer (EVN). El sistema chileno nos muestra que ha logrado con sus políticas sociales y económicas posicionarse como un país que ha reducido desigualdades y tiene eficiencia en el gasto en salud. Además, estos países tienen otras formas de organización del trabajo diferentes donde son otros factores como la salud pública, los servicios sociales, los modelos de desarrollo, los que están influyendo en esa propuesta(ver *Tabla 2*).

5. Instituciones de Salud Previsional.

6. Fondo Nacional de Salud.

7. El indicador de Bloomberg está compuesto de la siguiente forma: expectativa de vida al nacer (60%), gasto en salud con relación al PIB (10%) y gasto en salud relativo per cápita (30%). El peso sobre los resultados sociales, económicos, ambientales y otros que inciden en la expectativa de vida al nacer son altos en esta metodología.

**Tabla 2**  
**POR INDICADORES DE LA OMS Y DE EFICIENCIA BLOOMBERG**

Francia puesto OMS 1 & puesto Bloomberg 19
España puesto 7 & B puesto 5
Reino Unido 18 & 14
Colombia puesto 22 & B 42
Canadá puesto 20 & B 17
Chile puesto 36 & 13
Costa Rica puesto 36 &
México puesto 61 & 15
Argentina puesto 75 & 32
Colombia puesto 111 & 20
Colombia puesto 125 & 48

Tomado de: *Presentación ¿A quién queremos parecernos en el sistema de salud?* Dr. Eduardo Guerrero.

En la tabla 2 se presenta el resumen de los indicadores de la OMS y los indicadores de eficiencia de Bloomberg. Observemos que Colombia es puesto 22 según la OMS y en la clasificación Bloomberg fue el número 42. La prensa y la gente utilizan esta información rápidamente sin mayor análisis de lo que hay detrás del indicador y se generan cuestionamientos a nivel internacional, sin conocer la composición de las variables utilizadas en el indicador compuesto.

Concluiría, diciendo que hace falta desde la Organización Mundial de la Salud, desde la Organización Panamericana de la Salud y desde otros organismos internacionales una mayor profundidad y un acuerdo para las evaluaciones comparativas entre países en materia de resultados en salud. Para que saber qué variables medir, cómo medirlo y la composición del indicador final, para evitar distorsiones en la interpretación de los resultados.

Si se observa por Expectativa de Vida al Nacer, ya lo vimos: Colombia, Chile y Brasil cambian sus posiciones. Si se analiza la Mortalidad Infantil (Tasa de Mortalidad Infantil TMI)<sup>8</sup> y los ingresos, la situación cambia. Colombia por ejemplo, pierde lugares cuando se mide en resultados sanitarios. Colombia con igual gasto en salud que Chile, o con igual gasto que otros países, pierde lugares en términos de resultados sanitarios. El peso de las desigualdades sociales, la pobreza, los niveles de educación, el acceso a los alimentos, entre otros hacen que un país descienda en los resultados sanitarios así gaste una cantidad significativa de recursos en la

8. Informe de Desarrollo Humano, 2013, cuadro 7 sobre salud. Indicador Tasa de Mortalidad infantil.

prestación de servicios médicos y es posible que estos últimos estén concentrados en los grupos de población más favorecidos de las grandes, medianas y pequeñas ciudades. Hay en definitiva formas de organización de la salud pública y de los servicios clínicos que no llegan a los más excluidos y vulnerables. El modelo de atención, en definitiva debe cambiar en el corto y mediano plazo. Otro dato a tener en cuenta es el número de médicos por 1000 habitantes<sup>9</sup>, Colombia tiene un número bajo comparado con otros países. Habría que profundizar más en la composición de profesionales y técnicos en salud y el peso relativo del uso de especialistas en la prestación de servicios, y de generalistas de diversa profesiones en la promoción, prevención, atención clínica y rehabilitación para entender el porqué debemos cambiar de modelo con relación a las necesidades del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La atención primaria de la salud se posiciona como la estrategia articuladora por excelencia. Revisar la experiencia de Chile con menos médicos por mil habitantes que Colombia nos puede dar orientaciones sobre los cambios que deberíamos introducir en el modelo de organización de servicios. (Ver Tablas 3 y 4).

**Tabla 3:**  
**POR EXPECTATIVA DE VIDA - % DEL GASTO EN SALUD DEL PIB,**  
**CONFIANZA EN LA ATENCIÓN Y MÉDICOS POR 1000 HAB.**

Francia Salud 9,3% PIB EVN 80,1 -SCAS 84 MD 3,5
España Salud 6,9% PIB EVN 81,6% -SCAS 84 MD 3,7
Reino Unido Salud 8,1% PIB EVN 80,3 -SCAS 81 MD 2,7
Canadá Salud 8% PIB EVN 83,6 -SCAS 73 MD 1,9
Costa Rica Salud 7,4% PIB EVN 79,4 -SCAS 75
México 3,1% PIB EVN 77,1 -SCAS 69 MD 2,9
Argentina Salud 4,4% PIB EVN 76,1 -SCAS 66 MD 3,2
Colombia 5,5% PIB EVN 73,9 -SCAS 63 MD 1,4
Ecuador Salud 3,0% PIB EVN 75,8 -SCAS 64
Chile 40 IDH 3,8% PIB EVN 79,3 -SCAS 45 MD 1,1
Brasil 4,2% PIB EVN 73,8 -SCAS 44 MD 1,7

Tomado de: *Presentación ¿A quién queremos parecernos en el sistema de salud?* Dr. Eduardo Guerrero.

9. Informe de Desarrollo Humano, 2013, cuadro 7 sobre salud. Indicador No de médicos por 1000 habitantes.

**Tabla 4**  
**MORTALIDAD INFANTIL**

Francia Salud 9,3% PIB TMI 3 Puesto 1
España Salud 6,9% TMI 4 Puesto 2
Reino Unido Salud 8,1% PIB TMI 5 Puesto 3
Canada Salud 8% PIB TMI 5 Puesto 4
Costa Rica Salud 7,4% PIB TMI 9 Puesto 6
México 3,1% PIB TMI 14 Puesto 8
Argentina Salud 4,4% PIB TMI 12 Puesto 7
Colombia 5,5% PIB TMI 17 Puesto 9
Ecuador Salud 3,0% PIB TMI 18 Puesto 11
Chile 40 IDH 3,8% PIB TMI 8 Puesto 5 APS fuerte
Brasil 4,2% PIB TMI 17 Puesto 10

Tomado de: *Presentación ¿A quién queremos parecernos en el sistema de salud?* Dr. Eduardo Guerrero.

Y ahora ¿que aprender con relación a la autoridad sanitaria, a la vigilancia y control y a los modelos de gestión? Primero, ya tuvimos una introducción muy buena, en relación a lo macro económico y sobre indicadores para evaluar los servicios de salud y los servicios clínicos, con las ponencias previas. A esta altura de la presentación deberíamos regresar a la pregunta: **¿qué sistema de salud deseamos?** Queremos ir hacia un sistema de tipo Beveridgiano o Bismarkiano, un sistema nacional de salud o un sistema de aseguramiento. Ambos caminos tienen ventajas y desventajas. Analizados los indicadores de satisfacción ambos sistemas o modelos pueden funcionar y lograr la satisfacción de los ciudadanos siempre y cuando se manejen adecuadamente principios y valores como: la protección del derecho a la salud, la gestión transparente, adecuados mecanismos de evaluación y control al lado de una cultura ciudadana crítica y participativa que exige resultados.

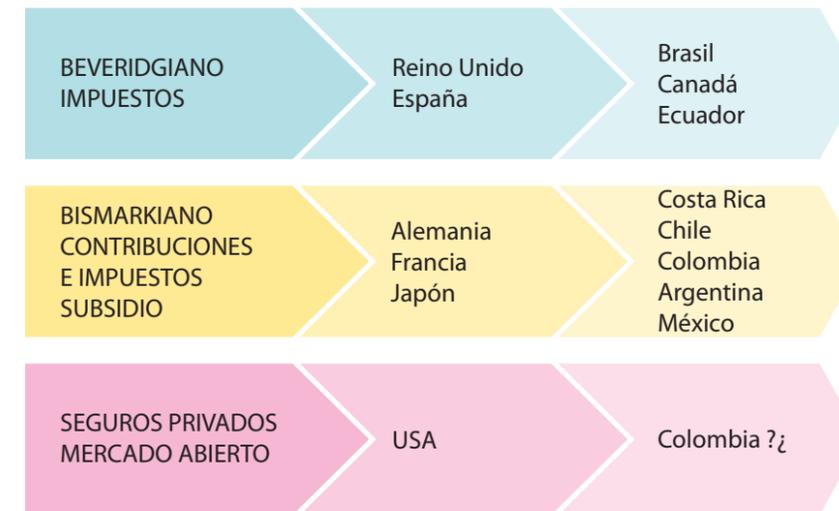
Desde el punto económico, habría que analizar sobre cual sistema o modelo es **más regresivo** o menos regresivo por las fuentes de financiamiento y quizás aquí estaría la discusión fundamental. Si escogemos un sistema financiado vía impuestos que es menos regresivo o a un sistema de contribuciones que posiblemente es más regresivo. Este sería el primer punto en el cual tendríamos que podernos de acuerdo, ¿qué queremos? o seguimos el camino de privilegiar el mercado de seguros privados tipo Estados Unidos junto a la competencia entre prestadores de servicios, favoreciendo el lucro excesivo de todos los actores, incluyendo la industria de

tecnologías, farmacéutica, aseguradora, prestadores y otros, que por lo observado se hace casi impagable para nuestras economías y cultura mas social y participativa.

Allí están los diferentes países que han tomado una u otra modalidad. El Reino Unido, España, Brasil, Canadá, Ecuador como sistemas nacionales de salud con sus variantes en la descentralización. Sistemas de aseguramiento como en Alemania, Francia y Japón. Costa Rica que es un caso especial, tiene un Ministerio de Salud fuerte, regulador, vigilante, orientador, educador, que le entrego todos los servicios de asistencia médica a la caja del Seguro Social pública para que se encargaran del aseguramiento y la organización de servicios y el ministerio a su vez se encargó de la salud pública. También abrieron la posibilidad de crecimiento de seguros privados que cubren el 10%, para que la población. El aseguramiento público único da el servicio a través de la caja del Seguro Social con una fuerte apuesta estatal y la participación de prestadores privados incluidos en un modelo de atención basado en la atención primaria. (Ver Gráfico 1).

Podemos apreciar los diferentes países que han tomado una u otra modalidad (Ver Gráfico 1).

**Gráfico 1**  
**¿QUÉ SISTEMA DE SALUD DESEAMOS?**



Tomado de: *Presentación ¿A quién queremos parecernos en el sistema de salud?* Dr. Eduardo Guerrero.

Colombia es un modelo de mercado para el aseguramiento y para la prestación de servicios desde la reforma del SGSS de la Ley 100 siguiendo el modelo de “competencia estructu-

rada”. Sin embargo en la práctica no logro un sistema de aseguramiento, ya que el FOSYGA paga todo: el POS y el No POS. Las EPS no aseguran, no corren riesgo económico, todo lo trasladan al prestador, al FOSYGA, o al ciudadano negando servicios. Por eso, y por la corrupción de la mayoría, perdieron legitimidad. Es un sistema altamente centralizada y con baja capacidad reguladora, la cual se ha ido recuperando lentamente con la creación del nuevo Ministerio de Salud. La superintendencia de salud es débil y fue secuestrada por los políticos en los procesos de intervención a EPS inviables. Pocos aseguradores privados de trayectoria han actuado con **ética** y responsabilidad social pero la mayoría entraron al sistema a explotar y aprovechar la oportunidad apoyados por políticos que “clientelizaron el sistema” y se aprovecharon del poder dado por los procesos de contratación.

Si miramos la Ley 100, abrió el mercado para el aseguramiento, para que las EPS privadas hicieran aseguramiento y no lo hicieron. Entonces, fueron intermediarios, no se los puede llamar aseguradores. Igual ocurrió con las EPS públicas, que fueron cooptadas por la clase política.

Aquí hay un gran problema para discutir y revisar. Qué es lo que realmente queremos hacer, a qué sistema nos queremos parecer, qué modelo deseamos en aseguramiento, en prestación de servicios y en la gestión intermedia. En esta gestión intermedia quiero hacer mucho énfasis por la particularidad de la reforma que Colombia está proponiendo y ha hecho en los últimos años. La mayoría de los países tanto en Europa como en la región de las Américas y también en el oriente, le dan mucha fuerza al estado. El estado es fuerte en la intervención, en la regulación, en la organización; tiene mucha fuerza, mucha capacidad, mucha madurez y descentraliza en sus entes públicos a nivel territorial, descentraliza en los departamentos, en las provincias o en los estados federales, allí descentraliza su función pública.

En el caso de Colombia, nosotros no queremos hacer eso. Queremos descentralizar en un intermediario que se llama EPS o en un gestor, desconociendo la autoridad pública sanitaria de los departamentos, por un temor: que son corruptos, que son politiqueros, pero no se hace el mayor esfuerzo o el mínimo esfuerzo para poder decir: construyamos la capacidad pública descentralizada que nos permita sacar adelante estos entes.

La tendencia internacional es de descentralizar en el ente público, descentralizar en la autoridad sanitaria pública, y se hace una prestación de servicios a través de instituciones públicas y privadas. La tendencia futura es hacia la organización territorial de redes de servicios de salud en la que participan en forma colaborativa instituciones públicas y privadas cumpliendo metas sanitarias y de prestación de servicios de salud. Nuevamente la atención primaria en salud se posiciona como articuladora con su modelo para lograr mejorar los resultados más ligados a la promoción de la salud, la prevención, atención temprana y oportuna con equipos de salud competentes y adaptados a los recursos, a la cultura y a la tecnología más útil y costo efectiva.

Es importante definir esta descentralización, ya que en algunos países como Brasil, hicieron una descentralización excesiva hacia los municipios. Hoy Brasil está regresando y está

quitándole a los municipios y se está organizando por regiones por cuestiones de eficiencia. Las redes de servicios actúan en ámbitos regionales con el fin de reducir las desigualdades y mejorar la eficiencia. Podemos observar también en países europeos, organización de redes por regiones. España es un buen ejemplo de una regionalización de organización de servicios para poder lograr eficiencia en los recursos y avanza con la medicina y salud de la familia.

Colombia es el caso al revés. Es la máxima fragmentación ya que tenemos múltiples EPS –IPS y las entidades públicas son muy fragmentadas generando una gran dificultad en su funcionamiento. Medellín es una excepción con Metrosalud que es la unión de todos los hospitales públicos. La tendencia en los modelos de organización de servicios de salud es de unirse, cooperar, colaborar para poder hacer una planificación diferente y adaptada a las necesidades de los territorios. Se evalúan por resultados sanitarios, no por quien factura más, quien cobra más y quien mantiene solidez financiera. Colombia, se equivocó con estos criterios economicistas, la evaluación debe orientarse a los resultados sanitarios, a las coberturas de servicios útiles y eficaces y eficientes.

¿Quién es el intermediario? ¿Es el sector público? o ¿Es un privado? o ¿Es un mixto? Tenemos una discusión de fondo que pasa a través de la disyuntiva si esos intermediarios tienen ánimo de lucro o no con los dineros públicos. La experiencia internacional revisada no se encontró que con dineros públicos se esté permitiendo obtener ganancia en el intermediario, con excepción de los Estados Unidos de América (USA). La tendencia general es que el estado dirige, ordena y administra la organización de los recursos mediante el sector público asistencial o de los seguros públicos, según sea el caso. Luego ¿la ganancia dónde está? está en los grupos que tienen seguros privados, por ejemplo, Brasil tiene altas tasas de ganancia en los seguros privados suplementarios. Chile tiene altísimas tasas de ganancia en las Isapres. Por eso les preocupa tanto a Brasil como a Chile regular ese mercado, porque cuando se disparan los precios del mercado privado de aseguramiento tiene influencia en el funcionamiento público ya que los precios se suben. Entonces, hay necesidad de regular ese mercado para que no se disparen los costos y en ese sentido tenemos muchísimo que aprender. Las prácticas del sector privado del aseguramiento respaldadas por organismos internacionales son las que han intentado e intentan apropiarse de los recursos públicos y privados para crecer el mercado del aseguramiento privado en todos los países. Este actor es el que ha distorsionado las reglas de juego de los sistemas de salud apoyados por las clases dirigentes que se han beneficiado de este “negocio”. Los ciudadanos y las organizaciones sociales se han movilizado en España, Colombia, en protesta a esta tendencia internacional que afecta la cobertura universal con calidad y eficiencia.

## Lecciones aprendidas sobre la autoridad sanitaria

*Primera:* Necesitamos una *autoridad sanitaria fuerte y descentralizada a nivel de los territorios.*

*Segunda:* Por otra parte necesitamos una *planificación regionalizada del talento humano, de la oferta de servicios y de la salud pública.* Colombia dejó todo al mercado y se olvidó de la plani-

ficación. Hace cuatro años se comenzó a hablar de planes cuatrienales, ahora se está hablando, después de la Ley 1438/11 del Plan Decenal de Salud Pública, o sea hay una intención a mediano plazo. Pero todos los países planifican la organización de su servicio, todos. En Europa y en los países de la Región de las Américas hay acciones y fuerza dirigidas hacia la planificación y no permiten que el recurso humano se quede solo en el mercado. Reconocen la necesidad de planificar la salud pública y una salud pública que mire hacia los determinantes sociales, y esto es muy importante que no los olvidemos. Una salud pública que asuma el reto de trabajar por reducir: las lesiones externas derivadas o no de la violencia, los problemas de salud mental y convivencia, las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otras que requieren un esfuerzo articulado sobre determinantes sociales, económicos, culturales, estilos de vida, espacios saludables, empoderamiento de los ciudadanos para lograr reducir las causas y sus consecuencias. Una salud pública que siga atenta y mantenga la reducción de la mortalidad y morbilidad derivada de las enfermedades infectocontagiosas, de las emergentes y re emergentes, que cuide en forma integral a los adolescentes, a la mujer gestante, a los niños, niñas y a la familia con un enfoque integral y cerca de sus hogares, lugares de estudio, de trabajo y recreación. Esto implica reordenar el modelo de atención desde su raíz en los procesos de formación.

*Tercera: entes reguladores competentes con legitimidad técnica, e independientes.* Si nosotros miramos nuestra Superintendencia Nacional de Salud, depende del Ministro de Salud, no tiene independencia. Entonces, cómo logramos entes reguladores en independientes en diferentes áreas? Es importante revisar los entes reguladores, por ejemplo en Francia son múltiples, 10, 12 entes, se regulan los tejidos, se regulan los trasplantes, se regula la calidad, se regulan los costos de medicamentos, se regula la tecnología, hay entes reguladores estudiando permanentemente para poder andar al paso de la dinámica que el sistema requiere y regular con fuerza y con legitimidad y en forma independiente. ¿Cómo garantizar esa independencia y esa legitimidad?

*Cuarta: El balance público y privado en la oferta de servicios.* Requerimos un balance entre la oferta pública y privada para los prestadores de servicio de salud. Colombia creció en oferta privada y se redujeron las instituciones públicas prestadoras de servicios de los diferentes niveles. Estas no lograron capitalizar para invertir en infraestructura y renovación tecnológica. Este fenómeno debe ser estudiado y analizado y generar un “fondo de inversiones para instituciones de salud, para mejorar la capacidad resolutoria en unidades de gestión sanitaria interconectadas con la alta tecnología pública y/o privada según sea el caso. Oligopolios privados no son convenientes y sabemos que donde hay mercados restringidos solo llega lo público.

*Quinta: El último punto, tal vez el más importante, ausencia del mercado y del negocio con recursos públicos y regulación de seguros privados.* El dinero del sector público es sagrado. Deben eliminarse todos los pasos intermedios e intermediarios que desean captar o usar la cápita para obtener réditos financieros en el mercado de valores, acción esta que le quita liquidez al sistema y oportunidad para el pago de servicios prestados. Los seguros privados deben ser regulados para evitar la selección adversa, la transferencia de riesgos al sistema general de seguridad social en salud y las distorsiones en el uso de tecnologías que ingresan al sistema. Para todos los actores debe primar la visión y misión orientada a la salud como derecho fundamental, el logro de metas sanitarias por unidades territoriales concretas y la satisfacción plena de los ciudadanos en un sistema que no solo cura sino que promueve y previene en forma participativa. En todo el

proceso los actores, profesionales y técnicos de la salud tiene derecho a un ingreso y trato digno por su aporte al sistema y desaparecen los “intermediarios obsesivos” por el lucro y la ganancia no regulada.

## Lecciones aprendidas sobre regulación

Con relación a la regulación, *entes independientes con alta capacidad técnica y operativa para la garantía de la calidad, y procesos activos de participación ciudadana* es algo que no podemos olvidar. Esto es más fuerte en la región de las Américas como una exigencia social, donde la gente que no ha tenido ningún tipo de participación, donde la democracia ha sido muy débil, se está pidiendo participación. Brasil es un ejemplo de participación a través de los consejos municipales, de la asamblea nacional de la salud, tiene formas de expresión, los secretarios de salud son muy activos con sus asociaciones de secretarías municipales, los gobernadores de los estados federales participan y hay un fuerte proceso de participación en defensa de su sistema único de salud. Debemos avanzar hacia formas creativas e innovadoras en donde los ciudadanos hacen parte del análisis de problemas, oportunidades y soluciones, incluyendo la participación del sector privado para la producción de insumos, tecnologías y medicamentos.

*Segunda lección, un talento humano que está motivado, que está bien remunerado y con incentivos por resultados.* Ecuador es un ejemplo, recomiendo que revisen lo que está ocurriendo en Ecuador desde el 2008 hasta la fecha; los cambios que están haciendo en la planificación, la inversión que se está haciendo en el sector público, además los cambios que ha hecho con relación a los ingresos de los profesionales y no solamente los médicos, las enfermeras y otros profesionales de la salud para poder dar un trato digno a los profesionales y ofrecer una dinámica diferente en el sector.

Necesitamos tener un balance, no podemos seguir con esa súper flexibilidad laboral, esa intermediación laboral no regulada. Existe en otros países, pero hay talento humano en los entes rectores reguladores tanto a nivel nacional como en los departamentos o en las provincias, o en los estados federados que son de planta. Estos profesionales y técnicos son la memoria técnica e histórica de la organización de los servicios, de la planificación de la salud pública. La flexibilidad laboral máxima con una contratación fragmentada, intermitente, inoportuna y cautiva del clientelismo no funciona. Hay que re estructurar estas modalidades y lograr al menos una estabilidad de procesos, con mas integralidad e integridad y con plazos de dos a tres años para garantizar resultados sanitarios.

La tercera lección está relacionada con el *cuidado de la vida y la enfermedad*. No hay duda de que la mayoría de los sistemas de aseguramiento que van vía seguros tipo Bismark, están pegados de la enfermedad, y ese es su gran peso. Sin embargo, se observan modificaciones en estos sistemas. Los sistemas nacionales de salud están más adheridos de la salud pública por eso se aprecian más cerca de la salud pública. Pero independiente de cualquiera de las dos decisiones que se tome, nuestro sistema tiene que ir más hacia la prevención y la promoción. Se decía que los países que más valoran eso, en el caso de Noruega y Suecia son países donde el ciudadano

está valorando muchísimo la prevención y la promoción de la salud y muchísimo más si estamos avanzando hacia poblaciones que están en proceso de envejecimiento, hacia enfermedades crónicas donde no se resuelven los problemas en la consulta médica, ni en la consulta ambulatoria sino que esos problemas se resuelven en otro espacio, en otro lugar donde la ciudadanía vive y ahí esa prevención va a modificar totalmente nuestra organización de servicios y las capacidades de los profesionales y los técnicos que tendremos que tener. Luego si no visualizamos eso, realmente estamos planificando miopemente y a un corto plazo.

## Lecciones aprendidas sobre el modelo de gestión<sup>10</sup>:

Tenemos que avanzar más sobre la *política general de salud pública, que sea más sólida y financiada*. Ustedes veían las cifras de lo que nosotros le dedicamos en Colombia a la salud pública diferente a lo que se hace en otros países, y avanzar hacia el *modelo de atención básica, basado en atención primaria en salud y redes regionalizadas*. La experiencia internacional en España, en Brasil, en Costa Rica, en Chile es que hay una fuerte oferta de servicios de atención primaria avanzando. Pueden tener todas las dificultades que ustedes quieran, pero hay una intención y una inversión en el nivel primario que están muy ligadas a la prevención y a la promoción de la salud. Acercarnos a una cifra de gasto del 15% en salud pública de todos los recursos del sistema debería ser una meta para invertir el gasto que hoy se orienta más a lo clínico, a la especialización, a la intermediación, que a los resultados sanitarios.

Un *modelo de gasto social orientado a resultados y garantía de servicios*. No podemos seguir pagando por facturas y por procesos, tareas y actividades. Tenemos que ir hacia los resultados y allí hay mucha experiencia internacional que muestra cómo hacerlo. Debemos dirigirnos a un ejercicio serio para *evaluación permanente de tecnologías probadas y sostenibles financieramente* porque el mercado de medicamentos y tecnología puede destruir las finanzas de un país.

## Nuestros grandes peligros:

Este no es un tema solo de Colombia, pero aquí es muy fuerte. Temas como *la corrupción, la falta de ética, la politiquería y las formas de contratación*, están minando la legitimidad de nuestro sistema. Cualquier sistema que pongamos: de aseguramiento o sistema nacional de salud, si no hay transparencia, si no hay sistemas de información, si no hay claridad en las cuentas, si no tenemos ética de comportamiento en todos los niveles, no va a funcionar ninguna de las propuestas que nosotros tomemos.

Segundo, estar siempre pendientes del tema de las *desigualdades y la débil acción pública del sector salud hacia los determinantes sociales*. No es lo mismo estar en Europa o estar en Japón organizando sistemas de servicio de salud, a estar en la región de las Américas o estar en África

o en Haití, o en el Chocó. Si no tenemos en cuenta las desigualdades, la cultura, las formas de organización y pensemos en cómo hacemos eso, seguiremos manteniendo las desigualdades y seguiremos concentrando los servicios en los centros urbanos y en las 'zonas rosas médicas' de cada una de las ciudades también con desigualdades al interior de estas. Entonces, si no trabajamos el tema de las desigualdades no avanzaremos.

*Tercero, La ausencia de un modelo de salud consensuado que nace y se produzca con el apoyo de la academia y la ciudadanía*. Esto es muy importante, eso es legitimidad. La legitimidad es que podamos discutir qué es lo que queremos y nos podamos poner de acuerdo hacia donde queremos avanzar como país y como sociedad.

*Cuarto, Mantener la salud como un negocio con el uso de recursos públicos* no es bueno. No nos parece que eso sería lo mejor.

*Quinto, Mantener la debilidad de los programas de salud pública, desfinanciados y con contratos tercerizados inoportunos*. La salud pública en Colombia esta tercerizada, tiene formas de contratación inoportunas y no estamos trabajando por resultados sanitarios y ahí tenemos nuestro gran problema.

O sea que no pensemos que estamos solamente discutiendo la organización de los servicios, sino la organización de la salud pública en esta reforma, cómo va a ser y cómo la vamos a rescatar de lo que está ocurriendo actualmente.

## Recomendaciones finales

Finalizando, esta recomendación, de un estudio de Unasur<sup>11</sup> que me parece interesante compartirla donde dice que:

1. *Empíricamente se identifica que los sistemas que mejoran la cohesión social son aquellos que avanzaron hacia sistemas de salud descentralizados (no nos olvidemos de eso), que evitaron la selección adversa y que generaron mecanismos de pago que permitieron mayor eficiencia asignativa.*
2. El caso opuesto en América Latina es el modelo costarricense, donde se logró minimizar la segmentación del sistema, con tendencia hacia un seguro universal, que caracteriza el patrón de los casos europeos.
3. Un caso intermedio lo constituyen Chile y Colombia, donde a pesar de mantener un sistema segmentado, intentan buscar mecanismos para aumentar la cohesión social a través de mejoras de gestión del sector público e incorporación de la participación privada regulada por el estado en términos de seguro.

10. Tovar Federico, modelos de gestión, Buenos Aires 2002.

11. Observatorio UNASUR, Los sistemas de salud Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada, Rio de Janeiro, agosto 2013.

Sabemos bien el grado de conflicto que hay tanto en Chile como en Colombia en relación a lo público y lo privado, y son dos sociedades que se debaten en una discusión que es importante seguir para lograr un consenso de qué es lo que queremos.

Finalmente, ¿Cuál es el mejor sistema de salud? ¿A quién debemos parecernos? La respuesta es debemos aprender de las lecciones que nos dan las experiencias internacionales, la guía son los principios, los valores y los resultados en salud con mayor eficiencia y sostenibilidad financiera. Los sistemas más abiertos al mercado y de competencia regulada muestran mayor rentabilidad para los intermediarios del aseguramiento y de la prestación de servicios y un mayor gasto en salud del PIB. Los sistemas guiados por los gobiernos regulados y con modelos de atención basados en la atención primaria de la salud y en redes de servicios colaborativas tienen mayor eficiencia.

Muchísimas gracias.

# 3

## Capítulo

TEXTO DEL PANEL

### Foro Anual Sistemas de Salud ¿a cuál nos queremos parecer?

---

PARTICIPANTES:OSCAR ECHEVERRICONSULTOR INTERNACIONAL DEL BANCO MUNDIAL.EDUARDO GUERRERODOCENTE DE LA FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.JAIME RAMÍREZDOCENTE DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA.AUGUSTO GALÁNEXMINISTRO DE SALUD.ALEJANDRO GAVIRIAACTUAL MINISTRO DE SALUD

El Dr. Augusto Galán inicia la moderación del panel explicando que encuentra un hilo conductor en las intervenciones de los expositores o referente en cada presentación: la debilidad de la rectoría en el sistema de salud en los últimos 20 años. Eventualmente, esa rectoría se ha debilitado por diversas razones, entre las cuales se señala que el Ministerio de Salud ha tenido dos reestructuraciones, una fusión y una escisión a lo largo de estas dos últimas décadas; para ilustrarlo, en el año 1995 habían 150 funcionarios solamente para el área de Salud Pública; mientras que hace un año y medio o dos, esta cifra había descendido a 50 funcionarios, lo cual no quiere decir que se necesiten más funcionarios, sino que demuestra como un área tan importante se fue debilitando al interior del ente rector o de la máxima autoridad sanitaria del país. Galán ahonda entonces en este tema porque considera que hay un punto central, realmente estructural, más allá de lo que pueda ocurrir en la reforma del sistema y que seguramente se debe fortalecer y afinar. A continuación, realiza la primera pregunta a los expositores:

1. Pregunta: a la luz de las decisiones que este Gobierno ha tomado en los últimos dos años en materia de rectoría, con el decreto ley 4907 que creó el nuevo Ministerio de Salud y con unos decretos que definieron una serie de reestructuraciones y modificaciones en el Instituto Nacional de Salud, el INVIMA y recientemente en la Super Intendencia Nacional de Salud, si alguno de ustedes pudiera ahondar en ese tema ¿se satisfacen necesidades de fortalecimiento de la institucionalidad del sector o eventualmente faltarían?

**Respuesta Dr. Ramírez:** la primera consideración que me gustaría hacer es que la idea que tenemos culturalmente de rectoría es la del colegio, es decir una estructura muy jerárquica, donde las órdenes son tomadas prácticamente por un solo individuo y los demás cumplen, donde la relación de intercambio entre rector y los demás es de autoridad. Retomo la definición que existe en el documento de trabajo de la Organización Mundial de la Salud, donde dice que la rectoría es la forma de gobierno que determina las relaciones entre el sistema de salud y los ciudadanos, entonces como tal, representa la interacción entre la población y el sistema como organización administrativa política y burocrática. Cuando existen sistemas segmentados, esa relación de gobierno no es única, sino que también es segmentada. La primera característica de esa segmentación es el Consejo Nacional de Seguridad Social, que no fue una invención de la Ley 100, sino de la ley que crea el Seguro Social en la década de los 50 y el Ministerio de Salud. De esta forma, el corporativismo hace una auto-organización de sus formas de gobierno a través de la institución de la seguridad social y de la constitución del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en donde no hay representación de los ciuda-

danos en el sentido estricto, sino que hay representación de la organización burocrática de la Caja del Seguro Social; por lo tanto, el Consejo Nacional de Seguridad Social fue una construcción del Seguro Social que heredó la Ley 100. Esta idea del Consejo entra en contradicción con la creación del Sistema Nacional de Salud en 1975, que define una política nacional de salud que el Consejo Nacional de Seguridad Social rechaza, y como producto de ese rechazo, el Sistema Nacional de Salud crea la Superintendencia Nacional de Salud para obligar a las instituciones de Seguridad Social a desarrollar la política pública en las regiones, encontrándose así dos formas de gobierno: en la seguridad social y en la salud general, es decir, dos instituciones: una proveniente del mundo del trabajo y otra proveniente del Ministerio de Higiene. Lo cierto es que se desarrollan desde 1948; una representa la seguridad social y la otra la asistencia pública. Los dos mecanismos nunca han logrado unificar con seriedad los problemas de regulación.

En segundo lugar, los países que tienen un solo sistema, no lo han creado de gobierno corporativo sino de gobierno público, donde todo el sistema establece sus responsabilidades con la sociedad. Entonces, individualizarlo alrededor de una sola institución como el Ministerio de Salud me parece inapropiado y más cuando no se tiene una relación jerárquica con los agentes que son autónomos e independientes, y con mayor razón, cuando los agentes son privados.

Surge entonces la pregunta ¿qué relación de intercambio, en términos de política pública y en términos de mercado, tiene el Ministerio con los agentes privados en Colombia? Si no tiene ninguna relación, la forma de gobierno entre el Ministerio y los agentes del sistema es prácticamente inexistente, lo cual es una disfuncionalidad en la rectoría del sistema colombiano que hace imposible que las decisiones del Ministerio se puedan llevar a cabo; además, impide que la Superintendencia, la Comisión de Regulación en Salud y los institutos que se han creado *ad hoc* para suplantar esta disfuncionalidad del sistema puedan observar el comportamiento de los agentes. ¿Y por qué lo hace imposible? Porque el Ministerio no tiene una relación de decisión política con la ciudadanía, y al no tener esta relación (y estar centrada en las instituciones parlamentarias y judiciales), el Ministerio de Salud se convierte en un ente que tiene su propia lógica y su propia dinámica administrativa, lo cual le impide que sus decisiones tengan algún sentido para la población y para los demás agentes del sistema.

2. **Pregunta:** Dr. Guerrero, después de escuchar la introducción que hace el Dr. Ramírez ya la luz de experiencias internacionales, como ve el proceso de la rectoría en Colombia, lo que trajimos en estos 20 años y el esfuerzo que eventualmente se está haciendo en la actualidad, tal vez bastante silencioso por parte del Ministerio, por lo menos ante la luz pública. ¿Usted cree que se está adoptando el camino correcto? ¿usted cree que la experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y luego la CRES fueron satisfactorias o se debilitó la institucionalidad del sector por esa vía?

**Respuesta Dr. Guerrero:** en el caso de Colombia hay una crisis de identidad que es la transición entre el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social en Salud. En ese proceso o cambio-además con la reducción del tamaño del Estado que

disminuyó al máximo la planta de personal tanto del Ministerio de Salud como de las Secretarías Departamentales y Municipales, y que fue una decisión política de alto nivel para controlar el déficit fiscal- el Ministerio de Salud perdió su identidad y se convirtió en un ente. Una rama de éste se dedicó a la organización, aseguramiento y prestación de servicios, es decir al juego de los actores de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y el otro grupo, al perder su identidad y su fuerza, fue drenando la Salud Pública y la debilitó; y ese es uno de los puntos que hay que resolver.

El Ministerio de Salud y las secretarías departamentales tienen una pérdida de identidad: no saben cuál es su competencia y si lo saben se sienten con debilidad para ejercerla. Existe una discusión para saber cuál es la competencia del Ministerio de Salud y del proceso de reorganización de servicios en relación con la Salud Pública en la gestión de riesgos. Al no resolverse este asunto, el gran dinero que tienen las EPS y las IPS está por fuera del pensamiento de la Salud Pública. Por lo tanto, cuando se trabaja en una EPS o IPS se debe tener claro cuál es la contribución con el resultado en la Salud Pública y ésta debe tener una línea de trabajo de los entes nacionales, departamentales y municipales, la cual se perdió.

El segundo aspecto que me parece delicado es la forma de intermediación y contratación de la salud pública. Tanto en el nivel central como en los niveles departamentales y municipales se presenta una excesiva fragmentación de los procesos y una exagerada contratación con agentes que son inestables y que no tienen posibilidades de continuar con la memoria histórica de la salud pública. Se observa que se pierden los períodos de contratación durante los primeros 3-4 meses y tenemos una salud pública que nosotros hemos llamado '*salud pública en vacaciones*': desde diciembre hasta abril o mayo no tenemos salud pública, y en julio se comienza a pensar en ésta rápidamente para ejecutar entre agosto y diciembre.

Cuando se miran los otros países, se puede apreciar que tienen contratos de gestión a mediano plazo; se hace un contrato de gestión para tener resultados a tres años; no se cambian los agentes, las personas o las instituciones y de esta forma se genera una estabilidad de la salud pública en el mediano plazo.

Si nosotros vamos a hablar de una atención de salud pública basada en un modelo de atención primaria en salud con médicos, enfermeras, técnicos y todo lo que queramos en el nivel primario ¿cómo vamos a tener continuidad en los territorios con contratos de tres meses? Es imposible tener un conocimiento y seguimiento de las comunidades en tres meses ya que hay cambio de contrato, y al año siguiente, son personas diferentes. Hay que pensar cómo se mantiene el tema de la contratación y tiene que haber una institucionalidad en la salud pública con las universidades, con instituciones de referencia pensando en un mediano plazo, dos o tres años, para resultados más coherentes.

Adicionalmente, los otros organismos, como la Superintendencia que no es un ente independiente, no tienen la fortaleza técnica para su misión, su función y su compe-

tencia y se desviaron con tantas intervenciones a las EPS. La Superintendencia es un organismo que está capturado por la intervención a los aseguradores y que perdió su función principal de analizar la calidad de los servicios, la atención y las organizaciones. Esta función prácticamente desapareció, y cuando se cumple, es una forma demasiado centralizada, sin la capacidad de conectarse con los territorios y las regiones para avanzar en su actividad.

Para finalizar, en la discusión (bastante delicada por cierto) sobre el proceso de reforma actual, se desconocen los entes territoriales, los territorios, las secretarías departamentales y las secretarías municipales. Éste es un error craso que se debe corregir y se debe fortalecer la autoridad en los departamentos y municipios; es algo serio y que se hace en todos los países con gente estable, idónea y capaz.

3. Pregunta: Dr. Oscar Echeverri, se plantea que quizás el gran ausente en el análisis y debate del sector salud en estos últimos tres años en Colombia, ha sido la descentralización. Todo se ha enfocado en el análisis y las discusiones de aspectos que no dejan de ser importantes, pero que es posible que no sean los más estructurales; por supuesto que el flujo de recurso es importante en la coyuntura, pero estructuralmente, se ve con preocupación que estos temas centrales como la descentralización no se han abordado. Quisiéramos escuchar su opinión al respecto.

Respuesta Dr. Echeverri: el tema está muy relacionado con lo que el Dr. Guerrero acaba de mencionar sobre el problema de institucionalidad. Uniendo esa discusión con su pregunta, para mí, de manera resumida, el problema de la institucionalidad es de gobernanza y gobernabilidad del sector salud. Son dos asuntos muy distintos: básicamente la gobernanza es la capacidad técnica, mientras la gobernabilidad se relaciona con el grado de comunicación del gobierno o decisorio con el ciudadano; entonces existe un gran déficit en el sector salud, tanto de gobernanza como de gobernabilidad.

La gobernabilidad se ha deteriorado tanto en el sector salud, que hoy la gente se interesa más por saber cuál es su EPS, que por saber cuál es su Secretaría de Salud. Estas últimas no tienen credibilidad (tanto las secretarías municipales como departamentales), se encuentran en un estado de desprestigio enorme y no se está haciendo nada por recuperarse. Ese problema tiene un trasfondo: por ejemplo, los secretarios municipales de salud se gastan entre el 80-85% de su tiempo buscando los recursos para el régimen subsidiado, así que no alcanzan a dar legitimidad al sector salud y esto se refleja en las dificultades de gobernabilidad y gobernanza; este asunto tiene una relación muy importante con la posibilidad de descentralización.

No se puede descentralizar de la misma forma en todos los municipios de Colombia porque hay capacidades muy distintas (sólo algunos tienen la capacidad de gobernanza y gobernabilidad para descentralizar). Por lo tanto, se debe pensar en la descentralización solo hasta un nivel regional, departamental tal vez o incluso un poco más allá del departamento; pero la descentralización municipal, que fue lo que se planteó en Colombia, resultó siendo un fracaso porque los municipios tienen un grado de desa-

rollo muy diferente, tienen capacidad para responder pero no tienen la gobernanza suficiente para asumir la descentralización con toda la responsabilidad. No hablemos de la gobernabilidad porque se desdibujó tanto el Ministerio de Salud (que hasta se fusionó con otro y nadie se opuso en el país, luego lo escindieron y tampoco pasó nada) que el grado de identidad que tiene es muy precario. Mientras no mejore la gobernanza y la gobernabilidad va a ser muy difícil, por lo tanto la descentralización es muy poco probable, sobre todo a nivel municipal.

4. Pregunta: muchos hemos leído el libro de James Robinson “Por qué fracasan los países”, donde hay un capítulo específico sobre Colombia. En el libro, el autor plantea que el problema es que se crean instituciones extractivas, y de alguna manera lo que yo percibo es que lo que ustedes plantean, y particularmente el Dr. Ramírez, es como ese corporativismo ha ido permeando las decisiones en la política, ha conducido a la segmentación y demás. La pregunta es ¿ustedes creen que eso está pasando en el sector salud?

Respuesta Dr. Echeverri: creo que el ejemplo clásico de una estructura extractiva como la plantea el autor son las EPS: es claro que es una industria extractiva. El problema no es solamente de las industrias del sector extractivo, sino de la descentralización política. La centralización política es mínima y esa descentralización genera un sistema político extractivo.

Respuesta Dr. Ramírez: la caracterización de Robinson es más compleja, es una suerte de combinación entre exclusión y el extractivismo. No sólo es el extractivismo *per se*, es un régimen político que no piensa en la totalidad de la población sino de los grupos que tienen mayor capacidad de apropiarse de las riquezas del país. Se está hablando de una antidemocracia que es coetánea con el extractivismo, es decir, no es el florecimiento de las instituciones parlamentarias, sino donde la corporación que representa el modelo de desarrollo a través de sus agentes elige la representación parlamentaria; entonces, la corporación se convierte en una institución más fuerte que los partidos políticos. Ésta no es una ilustración solo de Colombia, sino de toda América Latina, África y Asia, en donde las instituciones políticas no guardan ninguna independencia de las instituciones extractivistas o corporativistas.

También me parece importante resaltar que el extractivismo no es solamente una categoría para explicar un proceso de apropiación de la riqueza en su distribución, sino que se origina en la producción de la riqueza; y la forma en que se apropian los individuos está determinada por la manera en que los grupos económicos se apropian de los bienes de la naturaleza y de la propiedad para incluir los recursos naturales. La regulación de los derechos de propiedad siempre se hará en función de los grupos que tienen mayor riqueza, y en tal sentido, la gestión pública está capturada por el extractivismo. Mientras sea así, la posibilidad de hacer un modelo inclusivo de salud en el país va a ser imposible.

En este sentido, haciendo el símil con el sector salud, surgen varios temas: en primer lugar ¿cuál es la naturaleza del seguro colombiano? El mercado lo defino como

una relación voluntaria entre los individuos y las aseguradoras a través de las primas voluntarias basadas en riesgo y la relación coercitiva la defino con la obligatoriedad de la cotización. En lo fundamental, el seguro colombiano es segmentado pero de características públicas, es decir que las instituciones públicas también generan exclusión. La exclusión *per se* no se genera sólo a través del mercado, sino que cuando éste regula la gestión pública en función de los intereses, genera exclusión y segmentación.

La cotización en Colombia está basada en los ingresos y no en los riesgos, es financiada a través de cotizaciones obligatorias, parafiscales e impuestos; sin embargo, reproduce la segmentación de regímenes distintos. Esto quiere decir que cada grupo extractivista se maximiza expulsando los demás grupos; el contributivo hace que el *per cápita* sea más grande en la medida en que acepte menos nuevos profesionales independientes y gente del sector informal (por tener un ingreso cercano a un salario mínimo, incorporarlos a todos -60% de los independientes- bajaría el disponible *per cápita* de 700.000 a 500.000 pesos). Por lo tanto, la capacidad de expulsar a los demás es lo que hizo que desde 1994 hasta el año 2006 los independientes tuvieran que pagar su propia cotización y además, no sobre un ingreso base de cotización de un salario, como era la regla general para los formales, sino sobre dos salarios; esto hizo que el régimen contributivo hasta el 2006 tuviera sólo 260.000 cotizantes independientes informales en el sistema. Y la pregunta es ¿porqué lo hace? porque en la medida en que el sistema concentre su afiliación de grupos pequeños, el disponible *per cápita* asociado con la cotización es más alto, y entonces, la capacidad de apropiarse de esos recursos es mayor. Esa es la regla típica del cooperativismo y extractivismo: crear una barrera de entrada que no le permite mezclarse con los demás individuos y así no funciona como una sociedad de ciudadanos, sino como un club (se reserva el derecho de admisión) y aparecen todas las barreras que se impusieron a los independientes.

La otra regla menos visible es la de la cotización periódica, es decir, usted debe cotizar cada mes pero sí entra en mora en uno de los períodos no tendría derechos, en la medida en que el ingreso de los independientes y de los informales es irregular y no es de generación periódica (siendo así cuando se expulsan de manera automática). ¿Por qué razón se aceptan estas reglas? se aceptan sencillamente porque la tributación no tiene representantes; ningún partido político es representante de los contribuyentes en general, sino de los grupos que les permite elegirlos (y para constatar esto bastaría con revisar un listado de inhabilidades de los congresistas que están en el proceso de discusión de la Ley).

**Respuesta Dr. Guerrero:** al respecto, se me ocurre agregar a esta discusión dos ideas: una es que el sistema de salud colombiano, cuando cambia con la Ley 100 y se crean las EPS, establece el mecanismo de pluralismo estructurado, legitima el sector empresarial en la salud y la posibilidad de tener ganancias con el funcionamiento de cualquiera de las partes del sistema; un ejemplo es que a los hospitales públicos se les cambia de nombre por Empresas Sociales del Estado, lo cual está relacionado con la rentabilidad financiera; así mismo, se le cambia la figura de servicio, la figura social de la comunidad. El enlace con la comunidad ya no es el servicio, la salud pública, ni las necesidades de la

población, sino tener una rentabilidad y un balance financiero efectivo. Así pues, facturan lo que más puedan y buscan hacer intermediación de toda su estructura interna. Es necesario revisar si ese modelo funcionó para las instituciones públicas, yo observo que éstas no lograron avanzar con ese modelo empresarial.

El otro punto está relacionado con las EPS que legitiman la extracción de ganancias mediante el uso de dineros públicos tanto del régimen subsidiado y otros recursos que puedan tener. La población ve *'en espeso'* que muchas de las 70 EPS que empezaron (incluso fantasmas) estaban interesadas en el manejo del dinero, la rentabilidad financiera y la retención de los recursos en los bancos tanto tiempo como fuera posible, pero no estaban interesadas en prestar un servicio. La población lo entendió, lo reconoció y sabe que éste no es el modelo que quiere; quiere instituciones que realmente busquen el bien público y común, que trabajen en una forma diferente.

Hay dos grandes perdedores en esa industria extractiva: el talento humano y los ciudadanos. El juego de ambos fue reducir al máximo las tarifas a partir del trabajo, de la remuneración de los profesionales, de los técnicos y de las personas. Colombia tiene una caída impresionante de los ingresos, sobre todo de la gente que trabaja en la parte general. La extracción se da en el recurso humano que traslada una parte de su trabajo para que se destine a la ganancia de uno de los agentes. Por otro lado, el ciudadano pierde porque le retienen servicios para no gastar desde las EPS. El ciudadano ya lo identificó y por lo tanto este sistema tiene que cambiar.

Esto no ocurre en otros países. El rol del intermediario en la experiencia internacional consiste en que el rubro del seguro nacional, del seguro público o del sistema nacional de salud, todo por medio de los impuestos cubre el 75-80% de la población, se maneja de forma descentralizada con reglas de juego muy claras que incluye a los públicos y los privados; tiene inclusive un manual tarifario único para evitar el problema de la competencia en la percepción de los servicios. Los manuales de tarifas generan una relación totalmente diferente para proteger precisamente a los profesionales, a los técnicos y a la gente que trabaja al interior del sector, porque de lo contrario, todo el mundo va a buscar la ganancia quitándole al recurso humano parte de los ingresos.

##### 5. Pregunta: usted qué opina Dr. Ramírez?

**Respuesta Dr. Ramírez:** hay un tema importante sobre qué es la definición de ganancia y si el concepto de intermediación es distinto al concepto de proceso productivo de empresa.

En primer lugar no creo que el agente privado cuando entra en relación con sus afiliados en Colombia establezca una relación de mercado. La primera característica es que no existe una relación de mercado entre las personas afiliadas a los aseguradores, porque esa relación implicaría la existencia de una prima ajustada por riesgo, pero depende de la riqueza del individuo y de la capacidad de pago. Esa relación no es privada, sino pública (cotización sobre el ingreso). En tal sentido, lo que existe es una

transacción por delegación de funciones en la Ley 100, del sistema y los particulares. Es una transacción donde el Estado aparece como un comprador de esas primas con los particulares y así surge el principal problema: el Estado no se ve a sí mismo como comprador sino como regulador. De esta forma, creó instituciones para la regulación de algo de lo que no era regulador, sino un agente económico activo de la compra. Esto explica porque no surgieron instituciones de regulación independientes; la CRES no puede regular una actuación en donde el agente que determina fundamentalmente las condiciones de esa actuación es el mismo Estado; por lo tanto, su independencia como organismo regulador independiente es vano, así como lo es toda literatura sobre la competencia regulada y competencia gerenciada. Eso fue una intención que no estuvo basada en un análisis concreto de las reglas, sino que se confundió con la idea de que Colombia era el mercado de las 'HMO' de los Estados Unidos. Se les olvidó que éstas establecen una relación de mercado directa con los afiliados a través de primas basadas en riesgos donde la regulación requiere otras características: la regulación de las primas, la calidad de los planes y la elección individual. La libertad de elección consiste en que cada usuario define cuanta riqueza debe sacrificar en relación con cuanta cobertura desea tener; eso es lo que se llama libertad de elegir en los mercados de seguros pero en Colombia no había decisión en el consumidor porque no hay consumidores de la Seguridad Social, dado que no puede determinar voluntariamente cuanta riqueza sacrifican, ni cuanta cobertura desean, esto debido a que el POS se determina exógenamente a la relación entre el afiliado y la EPS. Esa institución no es un mercado en tal sentido, fue una adopción de un término que los organismos multilaterales, con base en una interpretación muy rápida, asimilaron del concepto de las EPS a las HMO, olvidando la condición tácita de la economía, de cómo son las relaciones entre los agentes económicos y la relación entre los afiliados y las EPS (no es una relación de intercambio).

Esto llevo entonces a que en el Plan Maestro para la implementación propuesto por la Universidad de Harvard, el Estado se viera a sí mismo como un regulador de un mercado administrado, totalmente inexistente, en donde producto de esa ideología se crearon condiciones para transformar la forma de autogobierno corporativo (que era el Consejo) en una comisión de regulación independiente; pero dicha comisión ni siquiera alcanzó el proceso de legitimización de su conformación.

Luego, está la discusión de cómo estamos aplicando el concepto de intermediario, ganancia e inversión; todo se ha transformado en rentismo y extractivismo. Lo que se debe hacer es un análisis, donde mi hipótesis es que el Estado reproduce las desigualdades en función de los intereses corporativos y no de los intereses nacionales. Es muy probable que si el mercado actuara, también reproduciría desigualdades, pero aquí estamos hablando de reproducción de desigualdades a través de una gestión pública.

En el año 2008, cuando se decía que al sistema le faltaban 9 billones de pesos, se hizo el ejercicio de transformar el subsidio existente en un subsidio a la cotización (pagando sobre la base un salario mínimo). La conclusión fue que al régimen subsidiado le sobraba un billón de pesos para pagar la afiliación al régimen contributivo

con todas las reglas de éste, es decir, prestaciones económicas, pago de licencias de incapacidad, de enfermedad general y licencias de maternidad. La pregunta es entonces ¿por qué no se hace así? y la respuesta es porque al hacerlo el ingreso *per cápita* disponible del régimen contributivo bajaba y cuando cada grupo se concentra sobre sí mismo, lo cierto en su lógica, era echar a los demás. Entonces, quienes más presionaron a la Ley 100 para que el subsidio no se aplicara a la cotización fueron las mismas organizaciones del Seguro Social, incluidos los sindicatos que presionaban considerando que eso era una conquista laboral y que no podían compartirla con los pobres; una conquista del mercado laboral más allá de la propia justificación del Estado que era peor, era decir: como son pobres y vulnerables adquieren la condición de beneficiarios o asistidos y no la condición de ciudadanos; de esta manera, todo lo que se refiera a la gente pobre debe ser visto como una beneficencia, de manera tal que no tendrían por qué rechazarla o por qué querer más que lo que el Estado naturalmente les podía dar.

6. Pregunta: otro tema constante en las tres presentaciones, es uno sobre el cual en Colombia hemos hablado mucho y no hemos avanzado, el cual resumiría en la necesidad de cambiar el modelo de atención en salud. Hemos hablado de prevención, la promoción y la Atención Primaria en Salud. Podríamos decir que la Ley 1122 se estructuró en torno a la Atención Primaria, y a pesar de ello, esto no se cumple. Entonces quisiera preguntarle el concepto de ustedes. Lo que uno puede observar en las presentaciones es que éste ha sido o es una base esencial para un mejoramiento en la organización de servicios, para una búsqueda de mayor equidad en el acceso a los servicios, etc.

La pregunta es: ¿en el caso Colombiano, dónde ven que han existido las dificultades para que esa transformación ocurra, para que ese cambio de un modelo curativo, en el que estamos centrados, se oriente más hacia un modelo preventivo?

Respuesta Dr. Echeverri: ese tema tiene que ver con ese "mar de ambigüedades" al que yo me he referido. Algo muy claro es que siempre a los servicios de salud se les ha 'disfrazado' de servicios médicos, y son dos cosas totalmente diferentes. Los servicios de la salud son:

Servicios de protección de la salud: se refieren a la disposición de agua potable, disposición de las excretas, la higiene de alimentos, la conservación del aire puro, etc.

Servicios de promoción de la salud: en este caso un grupo está dentro de las recomendaciones de comer bien, hacer ejercicio, etc. Estos son de manera individual y lo debe hacer el médico en la consulta. Luego vienen los de promoción de la salud, donde se requiere que el sector llamado salud tenga que hacer abogacía, que tenga que llevar sus iniciativas a nivel de política pública. Por ejemplo: es necesario hacer más parques para que la gente haga más ejercicio, que haya menos polución y que haya mejores andenes para que la gente pueda salir a caminar, es decir, una serie de intervenciones que rebasan lo que nosotros llamamos el sector salud, pero que son promoción típica de la salud.

La salud no tiene que ver con la enfermedad, estos son dos entes muy diferentes. En Colombia se pasó de un Ministerio de Higiene a un Ministerio de Salud en 1948. Se llamaba Ministerio de Higiene y esa era la verdadera labor del Ministerio; pero en ese año, cuando los ingleses definen su sistema de salud (que todo el mundo admiraba), en la definición de su sistema comenten un error gravísimo al decir que el sistema es para curar la enfermedad de los individuos: esto es un típico sistema de servicios médicos y desde este momento estamos 'disfrazando' a los sistemas médicos como si fueran servicios de salud, que en realidad, no lo son.

Recordemos que los sistemas médicos son para tratar la enfermedad, para rehabilitar, paliar y ayudar a morir bien, pero poco tienen que ver con la salud, y además por más esfuerzos que se hagan, es muy poco lo que mejoran la salud cuando los médicos intervienen; se ha visto que todos los progresos en el estado de salud del mundo en el siglo pasado se dieron a las intervenciones en salud, no en medicina ni servicios médicos. Este es un problema serio, debemos deslindar los dos y aprender a distinguirlos. Mientras no se haga, vamos a seguir equivocándonos en financiar el 94% de servicios médicos y sólo un 6% de servicios de salud. Por esto, a pesar de gastar muchísimos millones la sífilis, la tuberculosis y el VIH siguen creciendo sin control; son problemas de salud que no están relacionados con la medicina.

Se debe planificar mejor, poner más atención a los servicios de salud y hacer cada vez más presión para ser muy concretos en la Atención Primaria seamos y tener presente que el paciente es la comunidad, no un paciente individual. Si bien cabe el paciente individual dentro de la atención primaria, no es lo más importante. Para concluir, estamos en ese "mar de ambigüedades" para tratar los temas que hacen que nos equivoquemos en las decisiones, en la planificación, en la organización y en la gestión, tanto en los servicios médicos como en los servicios pobres, escasos y precarios de los sistemas de salud.

**7. Pregunta:** después de revisar y con ese diagnóstico que el Dr. Echeverri ha planteado, la inquietud que queda es ¿porqué no hemos hecho la transición? ¿la manera como hemos definido las políticas constituye un problema? ¿son los grupos de interés o como los asignamos?

**Respuesta Dr. Guerrero:** cuando nace la Ley 100, el mercado de servicios de salud y de cuidado médico se concentra en las ciudades, creando desigualdades. Por otro lado, se van cerrando centros y puestos de salud, es decir, la periferia fue cerrando porque tenía un costo variable no sostenible y por lo tanto no había que mantener costos indexados. El dinero se fue concentrando en el centro y se puede observar como Colombia fue perdiendo a los promotores, "comadronas", y gente que trabaja en la parte comunitaria y que recibía un pago. Los primeros 10 años fueron una pérdida, y hay estudios que muestran esta pérdida del personal en las periferias de las ciudades y en las zonas rurales.

El segundo punto está relacionado con las normas de habilitación dirigidas por especialistas y por intereses específicos anclados en el Ministerio que llevaron con la teoría

de la calidad a una habilitación que privilegiaba a la especialización y el uso de tecnología. Hoy un médico general no puede hacer una sutura en una parte periférica, sino que se requiere de un especialista. De esta manera, podemos concluir que las normas de habilitación llevaron hacia una especialización.

Un tercer punto es que el aseguramiento perdió la noción de territorio. La Atención Primaria en Salud, la prevención y la promoción de la salud requiere de necesidades y territorios concretos; con gente, colectivos, ciudadanos y población; así mismo se necesita que se piense más en la necesidad. El sistema que tenemos es un sistema de clientes, para atender o desatender, que no se interesa por saber donde viven, trabajan o comen. El modelo que se implementó es uno al que no le preocupan las necesidades de la población, sino su demanda de enfermedad para resolverse, perdimos la territorialidad que es una base de la Atención Primaria en Salud.

Como cuarto elemento esta la formación de recursos humanos, también dirigida a la especialidad. Colombia no tiene una política de formación en función del modelo de atención. La discusión que el Ministro estableció sobre la falta de especialistas, lo lleva a él y al Ministerio de Salud a cometer un error junto con el Ministerio de Educación, formando una comisión de alto nivel para médico especialista, cuando deberíamos tener una para los profesionales de la salud en un modelo de atención. Inclusive, Colombia debe redefinir cuál es el modelo de atención. Así se está resolviendo sólo una pequeña parte de la expresión que es el tema de los especialistas y no se mira el conjunto relacionado a las necesidades de la población.

Por último, la ciudadanía en todo este proceso no comprende lo que nosotros hablamos sobre el modelo de atención. Un ciudadano común lo que busca es que le atiendan la enfermedad, pero no tiene todavía la comprensión de lo que significa la prevención y lo que significa ciudadanía, simplemente porque se acabaron las secretarías de salud. Hoy no hay un planteamiento serio de trabajo con la ciudadanía para decirle lo que como ciudadano debe hacer. Hay avisos, propagandas y anuncios, pero no hay un ejercicio consiente donde se trabaje culturalmente con las poblaciones para que sepan que significan los determinantes sociales ni la promoción de la salud. De esta manera, el ciudadano no logra comprender aún esa modificación del modelo de atención.

Todos esos factores están en contra, y en el fondo, también hay una decisión política de no hacerlo. Se dio el intento de la Ley 1438 y avanzó, pero la pregunta es ¿porqué no se reglamentó? Hoy tenemos que decir cuáles son esos actores que le impiden a este Ministerio de Salud, a pesar de tener todos los documentos, avanzar en la reglamentación de dicha ley.

**Respuesta Dr. Ramírez:** yo he venido planteando que no hay un sistema único. La Reforma de 1975 evidenció la imposibilidad de hacer un sistema nacional, entonces se entiende que éste es la suma de los subsistemas, y al definirlo así, pierde su naturaleza nacional.

El principal modelo de atención del Instituto del Seguro Social se llamó “modelo de Agua Limpia” y fue un modelo de atención interdisciplinaria, domiciliaria, con énfasis en medicina familiar, énfasis poblacional y con un plan de inversiones muy grande. Agua Limpia desarrolló este modelo dentro del Instituto de Seguros Sociales, diseñó el primer plan de salud, y la primera concepción del POS estuvo inspirada un poco en el modelo de Agua Limpia; sin embargo quedó en la mitad del camino porque con los recursos de las cotizaciones que estaba destinada para los servicios quería invertir en una red domiciliaria, quería invertir en una red propia y tener unas personas. El dinero sólo alcanzó para tener a las personas, las construcciones no se realizaron y fue necesario establecer una red de proveedores privados distintos a las instituciones hospitalarias que había intentado construir. Sólo las capitales de departamentos lograron construir algunas instituciones (aparte del San Juan de Dios) y entonces a partir de 1982 o 1983 el Instituto de Seguros Sociales tenía más proveedores privados que proveedores de red propia. Esto es lo que da origen en ese esquema a otro modelo que es el del Manual de Actividades, Procedimientos y Tarifas, demostrando así un modelo de cómo contratar servicios asistenciales con las redes privadas y en algunos departamentos con la red pública.

El segundo ejemplo que quiero citar es el concepto del Plan de Atención Básica (PAB) del sistema de salud colombiano y la resolución 412 de los eventos de demanda inducida y atención obligatoria. En primer lugar, el PAB toma la misma unidad de análisis del POS, que es el individuo y el riesgo, cuando era parte de un capítulo distinto en la Ley 100 que se llamaba servicios sociales complementarios. En ese sentido el plan encontró unas medidas de P. y P. que posteriormente se incorporaron como obligaciones en el POS. La resolución contempla que no se necesita un plan de actividades individuales y colectivas de P. y P. sino que se necesita una política que obligue a incluir estas metas en el POS. Es así como su financiación quedó referida a lo que pudiera estar contra la Unidad de Pago por Capitación. A su vez, los sujetos de cumplimiento de las metas fueron el principio de las EPS del régimen contributivo y, muy al final, las EPS del régimen subsidiado, por lo cual, frente al cumplimiento de las metas estaban muy por debajo dado que el POS fue creado para cubrir riesgo de enfermedad en el sentido estricto y no para cubrir riesgos sociales sistémicos, o un poco más interrelacionado entre un individuo y otro.

El resultado al final es el mismo, y es que en la Ley 1122, la especulación ideológica fue incluir un artículo que le diera viabilidad a la Ley, y este artículo era el Plan de Salud Pública. El problema no es incluir el Plan, sino incluirlos sin los recursos correspondientes porque nunca se pueden obtener. Como resultado, el plan queda establecido como una obligación de la Ley y así el Estado incumple las obligaciones legales dado que no es consistente entre su responsabilidad política y la naturaleza de los recursos. Los congresistas utilizan siempre un artículo para negociar con el Estado la viabilidad política a cada reforma, y en la Ley 1122 lo que le da esa viabilidad se llamó el Plan de Salud Pública. En términos económicos y financieros: cero pesos incrementales para el plan de salud pública. Entonces, el plan estaba condenado al fracaso.

Posteriormente viene la Ley 1438 donde ya no es la Salud Pública sino la Atención Primaria en Salud. La atención primaria en salud va a ser una suerte que se financia con la UPC y con algunos recursos de la población pobre no afiliada que está siendo usada para sostener la capacidad de los hospitales en su funcionamiento corriente, sin atención primaria. Luego, retirar los recursos que ya están siendo usados a la UPC o a los hospitales públicos para transferirla a atención primaria se convirtió en una misión imposible. Es así como opera el concepto de que quien se apropia de un recurso, no lo va a soltar a fuerza de una reglamentación etérea sin poder de fuerzas sobre la apropiación de los recursos.

En este sentido, concluyo que no tenemos ningún modelo de atención (ni en 1975, ni en 1977 con el modelo de Agua Limpia, ni en el año 1993), lo que hemos tenido es numerosas formas de atender los servicios individuales de salud y al final lo que hemos visto es que el modelo de seguro le da preferencia a la protección financiera de los hogares. Esas preferencias, por encima de otras en los resultados del perfil de las personas es lo que yo he denominado “el seguro de reembolso” donde la función principal y dominante es la protección financiera; el individuo pagaba y existía una caja que le reembolsaba, independientemente de si se relacionara con el prestador, observando así una situación donde se trata de reponer el individuo a través de un seguro, la financiación de los recursos financiados y prestados por los hospitales y clínicas privadas.

Lo que ha sucedido con el modelo colombiano es que, en la medida que haya un fondo público que reembolsa, se fomenta las alianzas comerciales o integraciones entre aseguradores y prestadores; hay una unidad de intereses para acabar el fondo público y en esas alianzas se permite la facturación sin ningún tipo de auditoría. Así se configura un sistema que finalmente reembolsa todos los gastos, sin ningún incentivo hacia el control de los costos, hacia el logro de otros resultados que estén asociados por ejemplo a aumentar la esperanza de vida o los años ajustados por calidad de vida.

### Texto sobre la intervención del Ministro de Salud, Dr. Alejandro Gaviria:

En ese sentido la primera reflexión es sobre cómo reformar nuestro sistema de salud y yo lo llamaría de complejidad en un triple sentido, no sólo porque es difícil entender todos los elementos del sistema, es decir que implica un desafío cognitivo, sino en dos dimensiones adicionales que no siempre se tienen en cuenta en el debate: en el sentido en que estamos hablando de un sistema complejo y abierto, donde cualquier cosa que hagamos puede tener consecuencias inesperadas, y a veces el debate se simplifica en demasía; y en otro sentido que yo llamaría ‘político’. No nos hemos dado cuenta como sociedad, ni siquiera en este debate, que cualquier reforma implica escoger entre principios que son independientemente benéficos y que en el fondo resultan contradictorios; entonces es complejo en el sentido en que todas las decisiones que se tomen van a ser imperfectas y no van a dejar contentas a todas las partes involucradas. Cada escogencia implica de alguna manera una renuncia y con todos los espacios que hemos

tenido desde el mes de marzo cuando se presentó este proyecto, hoy podemos decir que éste es un debate a veces frustrante, porque la complejidad no se asume en la mente.

Este debate lo podemos plantear de la siguiente manera:

• *Si debe existir algún tipo de articulación o pagador.* Todavía se dice no a la intermediación, y sobre eso quiero llamar la atención ya que Colombia, con un gasto de bolsillo tan bajo (20% del gasto total en salud), tendrá unos fondos públicos que conectará con los prestadores de alguna manera. Yo creo que pensar en un sistema sin ningún tipo de articulación es casi imposible, pero siempre se dice 'no articulación'. Cuando se plantea que debe existir de alguna manera, entonces se presentan tres debates:

- Que sea pública plenamente: creo que si es pública es más fácil legitimarla ante la sociedad, pero en ese contexto de economía política surge la inquietud sobre cómo justificar esa preferencia por lo público dada la experiencia que tenemos en nuestro país en los últimos 20 años con las EPS públicas. Cómo hacer consistente su carácter de pública cuando decimos que los prestadores deberían estar en cabeza de las entidades territoriales y queremos de alguna manera revertir un poco la doble descentralización, y dado que las contingencias fiscales están en cabeza del departamento o en cabeza del municipio y le tendremos que dar algún poder al mandatario territorial para que nombre a los gerentes de los hospitales. Cuando se hace esta propuesta, surge una gran desconfianza por lo público, por la democracia local como protagonista del cambio social en las regiones.
- Al mismo tiempo se proponen EPS públicas, articuladores, gestores o pagadores públicos y no se tiene en cuenta esa economía política tan compleja.
- Que sean con ánimo o sin ánimo de lucro: la pregunta siempre es la misma (de naturaleza jurídica) pero si uno ve el comportamiento de los articuladores sin o con ánimo de lucro, cada uno se comporta como si estuviera maximizando utilidades y es cuando nos damos cuenta de que su comportamiento no depende necesariamente de su naturaleza jurídica.

Hemos planteado una aproximación distinta basada en cuáles son los incentivos y los controles, cómo vamos a manejar los recursos y asumir con respecto a estos temas una posición un poco más ecléctica que se justifique empíricamente. Por ejemplo, si vemos el *ranking* que hacemos con la Superintendencia de Salud y con la Defensoría del Pueblo, no son precisamente las entidades públicas las que aparecen en las mejores posiciones, mientras que algunas privadas aparecen en un lugar alto en la lista con una gran satisfacción de los usuarios.

Yo entiendo el dilema, si se quiere ético, de tener en la articulación del sistema un aseguramiento privado. No es una discusión que se da solamente en Colombia, sino que se da en todos los países del mundo, pero este dilema ético lo quisiera plantear en el contexto de las experiencias de nuestro país que muestran que necesariamente lo público no es la solución. Debemos tener en cuenta el contexto de economía política de las regiones y lo fácilmente capturables que son estos recursos, de subsidio o de demanda, mucho más fáciles que subsidios de oferta.

• *Otro tema es la descentralización.* Aprovecho este tema para conectarlo a la pregunta que motivó este foro ¿a cuál sistema nos queremos parecer? Es una pregunta interesante que no podemos contestar en el vacío; y para responderla debemos tener una serie de elementos: qué es lo tenemos y dónde están acumuladas las capacidades de la sociedad.

El desarrollo no es otra cosa que unas capacidades, es una forma, un aprendizaje colectivo y hoy no lo tenemos necesariamente en lo público. Uno de los grandes desafíos de la Salud Pública que no va a resolver ninguna ley, es precisamente cómo vamos a acumular esas capacidades territoriales que no hemos podido acumular de alguna manera. Hay que visitar la experiencia de nuestro país, la Ley 715 trató de dar a las regiones un papel protagónico en la Promoción y Prevención. Hoy el balance es claramente negativo, lo cual me lleva a hacerme la pregunta ¿queremos entregarle todo a las entidades territoriales? ¿queremos que ellos hagan la salud pública, la prestación, la promoción y la prevención y también el aseguramiento?

• *Atención Primaria en Salud.* Lo que estamos haciendo en las leyes es todo hacia el futuro. El modelo que está en Barranquilla se debe tener en cuenta: la atención primaria como un brazo del primer nivel de atención, asociada al prestador que tiene como labor principal la inducción de demanda y que se podría decir actúa de manera constreñida sobre algunos determinantes. En términos generales sobre atención primaria en salud es necesario evaluar los diferentes modelos que se están ejecutando hoy en el país y contagiarnos de las experiencias exitosas.

No creo que el sistema de atención primaria en salud lo vaya a definir una ley. Una ley puede definir un proceso y enunciar unos objetivos generales, pero ese es un tema de construcción de capacidades territoriales donde necesariamente los resultados van a ser heterogéneos.

• *En el tema de rectoría.* Es necesario conocer lo que ha venido haciendo la Superintendencia de Salud: la reestructuración, ya es una realidad institucional, que ahora tiene que plasmarse una realidad en el territorio.

Con respecto a la reestructuración, el Dr. Gustavo Morales, Superintendente Nacional de Salud, comparte los siguientes aspectos como los principales hitos:

- Está orientada a la agilidad en los procesos sancionatorios a través de un paso a la vía oral.
- Una distinción más clara para superar las medidas sancionatorias propiamente dichas de la Superintendencia y las que se llaman técnicamente "medidas especiales", es decir, intervenciones para administrar y liquidar.

Con respecto al contenido del decreto de reestructuración, lo que estamos haciendo es:

- Se está fortaleciendo la capacidad de atender las peticiones, quejas y reclamos creando una delegada que se va a ocupar únicamente de eso.

- Centralizando la labor sancionatoria que hasta ahora estaba dispersa en todas las delegadas de la Superintendencia, se dejará una sola delegada con el poder sancionatorio, lo que va a superar discrepancias, disfunciones jurídicas sobre cómo y cuándo sancionar.
- Se está creando una delegatura que va a hacer vigilancia por la vía de sistemas de administración de riesgos. Ya existen algunas normas que hablan del tema de riesgos en salud, pero hay que vigilarlo más directamente.
- La vigilancia que se he hecho hasta ahora, es por chequeo de cumplimiento de normas. Se seguirá haciendo, pero concentrada en una sola delegada donde se van a mirar las entidades de manera integral desde el tema financiero y de la salud, acabando así con esta segmentación entre estas dos visiones.

El Ministro de Salud hace unas reflexiones finales: creo que es paradójico esta reacción que se ha tenido frente a la propuesta de reforma a la salud, teniendo en cuenta lo que la reforma contiene. No creo en el diseño inteligente, sino en una evolución. No creo que se pueda hacer una arquitectura institucional y creo que necesariamente debemos construir sobre lo que tenemos, y por lo tanto, la pregunta planteada de esa manera *¿a qué sistema nos queremos parecer?* es una pregunta compleja porque 20 años después lo que tenemos que hacer es mejorar nuestro sistema, no en cualquier momento, sino cuando tenemos grandes dificultades en un sistema, donde casi estamos experimentando la quiebra sectorial; un sistema que si se mira el patrimonio en conjunto de las EPS es casi negativo. Lo que estamos planteando en la reforma es una recuperación, una transición hacia una consolidación de unas instituciones (que no todas han estado consolidadas). Podemos hablar de una consolidación estatal, en esta reforma hay una apuesta estatal, una apuesta arriesgada.

La reforma ha tenido 4 ejes principales que tampoco creo que hayan sido reconocidos de manera clara en la controversia pública de las últimas semanas:

1. El primer conjunto de medidas apuntan hacia la recuperación, es decir hacia el fortalecimiento patrimonial de algunas de las EPS (que nosotros creemos que en cualquier escenario tienen que continuar), hacia el reconocimiento de algunas de las deudas históricas que se acumularon por el crecimiento desordenado en los últimos años y hacia el saneamiento de esas deudas críticas cuando tenemos grandes problemas contables, un desencuentro entre lo que nos dicen unos agentes y lo que nos dicen los otros del otro lado.

Se pueden hacer esto sin reforma pero es necesario que todos conozcan las leyes que se han definido, normas que han sido construidas con la Superintendencia de Salud y que nos ayudan decididamente a romper una coyuntura muy difícil.

2. Hay un segundo conjunto de normas más complejas, porque de alguna manera involucran un contrato social pero que nos van a permitir hacia el futuro tener una ampliación más ordenada del Plan de Beneficios. Retoman lo que se hizo en la Ley Estatutaria, donde se trató de definir el contenido del derecho fundamental que no había hecho la Corte Constitucional.

Según algunos expertos, la Sentencia T-760 de 2008 nunca fue capaz de decir cuál es el contenido del derecho, da algunos indicios pero no lo define plenamente. Entonces, esa tarea debía ser realizada por el Congreso, mediante una ley Estatutaria y nosotros lo hicimos de una manera razonable. Lo que hicimos fue definir unas exclusiones explícitas, y en el fondo lo que está diciendo es lo experimental, lo que no tiene registro sanitario, que tiene que ser prestado por fuera del país, que no tiene ninguna evidencia sobre su eficacia y efectividad no debería ser parte de ese contenido del derecho. La ley ordinaria simplemente crea un mecanismo colectivo, como tiene que ser, para construir legítimamente ese 'no' o ese 'sí'. Esto es para que estas restricciones explícitas que hacen parte de la Ley Estatutaria se materialicen en decisiones concretas.

Después, hace una promesa de que en los próximos tres años se va a evaluar de manera concienzuda el universo del no-POS y se van a incorporar la gran mayoría de medicamentos (en ese universo del no-POS, el 80% son medicamentos). Para que no nos vuelva a pasar lo que nos pasó y que quebró el sistema, se va a definir un mecanismo de priorización que no excluye, pero sí prioriza, y no incorpora necesariamente a todas las tecnologías de una vez por todas, como lo hacen todos los países. Pero los mismos que nos critican el énfasis curativo, critican que estamos tratando de imponer algunos límites razonables para la incorporación de algunas tecnologías, sabiendo que aquí hay una paradoja de la innovación, que no necesariamente lo último es lo más efectivo y más eficaz, sino que muchas veces cuesta 20 o 25 veces más y que cualquier sistema de salud que tiene que lidiar con la presión tecnológica de una manera ordenada, eso sí, legítima ante los ojos de la gente. Por lo tanto, nosotros proponemos mecanismos de decisión, no colectiva, pero sí de participación colectiva porque alguien tiene que tomar la última decisión, lo cual ha sido también satanizado, y lo tengo que decir de manera clara, satanizado muchas veces por intereses específicos y pecunianos.

También hemos mencionado que tiene que existir control de precios de medicamentos como una política de Estado y que la información sobre precios y sus medicamentos debe ser de interés público y que, tal vez, el Ministerio de Salud tiene algo que decir a la hora de examinar las patentes médicas. Sabemos que muchas veces hay patentes artificiales que lo único que están haciendo es tratando de mantener un poder monopólico sobre medicamentos esenciales.

3. Otra razón por la cual tal vez el mensaje ha sido equivocado, es porque pusimos el énfasis en los especialistas. No queriendo decir con esto que allí está el problema mayor, porque puede estar en otra parte, pero uno como reformista, cuando está tramitando una ley, tiene que ser capaz de discernir cuáles son las cosas que resuelven las leyes y cuáles no. Seguramente, para el país es un desafío mucho más importante aumentar la capacidad resolutoria de los médicos generales, que aumentar la oferta de especialistas, pero en una ley se puede resolver más fácil lo segundo que lo primero. El otro asunto es un desafío para todos, para las universidades y para nosotros como comunidad. Además, existen unos obstáculos que se pueden vencer más fácilmente con una norma; es más susceptible entonces a que haga parte de un proyecto como el que estamos tratando de promover.

Este tema tampoco fue caprichoso, sino que surgió de las audiencias públicas cuando de estaba discutiendo la ley en el Senado. La ausencia de un capítulo de talento humano fue señalada y quisimos de buena voluntad sustraer algunos artículos y propiciar el debate necesario. Las encuestas que está haciendo el Departamento Nacional de Planeación nos dicen que las quejas más frecuente de los colombianos es la falta de oportunidad de citas con los especialistas. Sí tenemos (no en todo el país, pero en algunas regiones) algún déficit de especialistas que es casi obvio. Sin embargo, este debate ha generado una reacción paradójica cuando se dice que se va a aumentar el cupo de especialidades, cuando se dice por primera vez que se va a romper con una injusticia histórica, porque los médicos residentes no tenían una remuneración. Lo vamos a hacer de manera clara y transparente, si se quiere enmendando el error de la Ley 1438 que planteó el objetivo pero no definió los medios propicios para hacerlo.

Estamos diciendo en este capítulo de talento humano que necesitamos romper con la informalidad histórica del sector, pero introducir en la misma norma el régimen laboral de los trabajadores de las empresas sociales del Estado que no funcionó porque esa discusión iba a tener bastante pugnas en el Congreso de la República. Por lo tanto se ha buscado una manera alternativa: pidiendo algunas facultades extraordinarias y sentándonos con los trabajadores del sector a definir una cuestión fundamental porque involucra la formalización de aproximadamente 50.000 trabajadores. Tenemos claro que hay que hacerlo ya. Existe una sentencia de la Corte y unas multas que le están imponiendo a los hospitales todos los días.

4. El último eje de la reforma es la reorganización del sistema. Nosotros no quisimos decir que esto tiene que ser público, tiene que ser sin ánimo de lucro porque no quisimos apegarnos a ninguna visión que fuera más ideológica que empírica (y esto lo digo con mucho respeto).

Examinamos lo que ha pasado en el país, cual es el comportamiento de cada uno de los agentes, y eso no nos lleva necesariamente a pensar que los agentes públicos o sin ánimo de lucro son mejores que los otros. Nos hemos centrado más bien en los incentivos que son distintos a producir resultados: incentivos a comprometerse con la salud de la población en un territorio específico. Quisimos entonces hacer esta apuesta estatal con Salud Mía, centralizar el recaudo y centralizar la afiliación; sólo el tema de centralizar la afiliación cambia completamente el sistema de salud, revive la competencia regulada (que nunca funcionó porque la selección del riesgo de las EPS es muy complicada) y vamos a tener un mayor control de los grupos de recursos y de información haciendo una apuesta arriesgada, con un periodo de transición de dos o tres años que seguramente va a ser mayor.

Nos podemos preguntar por qué no se hace el paso de una vez y se acaba con toda la intermediación, pero la respuesta es que no somos capaces, no podemos dar saltos al vacío. Antes tenemos que demostrarnos como sociedad como Estado, como gobierno y como lo que queramos, que somos capaces de dar ese paso en esa dirección. Yo defiendo el modelo de aseguramiento porque hay cosas que pueden rescatarse, que son positivas y que nos permite una mejor aplicación del derecho fundamental, lo otro va a ser mucho más heterogéneo.

Se han tenido cosas buenas que no se reconocen plenamente. Es necesario resaltar que cuando se acude a un hospital grande de la ciudad de Bogotá se va a encontrar equidad y personas

de todos los estratos sociales, eso no pasa en otros sectores, como en la educación, las universidades, la cultura, el estadio, ni en el supermercado; pasa en la salud y pasa por cuenta del modelo, eso hay que resaltarlo y rescatarlo. Cualquier reformista debe tener la capacidad para identificar lo bueno, lo malo, sumar donde hay que sumar, restar donde hay que restar, pero construir sobre lo construido y eso fue lo que tratamos de hacer: una reforma de recuperación y transición, teniendo una apuesta estatal.

Se nos vino el mundo encima ¿porque? Por muchas razones complejas, porque aquí hay una económica compleja y unos intereses duros, no tenemos un acuerdo ideológico sobre lo que queremos hacer con nuestro sistema de salud y tenemos una inercia de la crítica. Todos aquí nos ponemos de acuerdo para decir no a cualquier cosa, para decir sí a una propuesta. No vamos a poner de acuerdo a nadie y entonces cuando uno mira las críticas de todos los días, por ejemplo, una crítica a los agentes privados, pero que también se refieren a la Salud Mía como un monstruo porque va a ser público, entonces no sirve lo privado ni lo público, no sirve lo centralizado ni lo descentralizado, no sirve lo preventivo pero tampoco lo curativo; si vamos a salvar las EPS, nos preguntan ¿como así? El rescate es malo, pero van a dejar caer los hospitales, entonces es posible que estas observaciones de forma aislada puedan ser lógicas, pero en su conjunto son contradictorias, y yo eso lo he llamado '*crimen de la lógica*'.

Finalmente, la invitación que yo hago no es a que apoyen la reforma, pero sí que no supongan de entrada la mala fe, y tal vez a desprendernos un poco de ese exceso de suspicacia que no nos está dejando siquiera tener una conversación racional. Probablemente, muchas de las cosas que hemos propuesto puedan mejorarse, pero tenemos que ser capaces como sector de sentarnos a conversar, vencer la inercia de la crítica, poner el dedo en la llaga, pero también tener la capacidad para avanzar, porque no puede ser que todo el mundo odie el sistema pero nadie quiere cambiarlo.

### Texto sobre las reflexiones del superintendente de salud, Dr. Gustavo Morales:

De cada una de las presentaciones destaco los siguientes puntos de reflexión:

- La reflexión sobre la segmentación del sistema: la padecemos diariamente en la labor de inspección, vigilancia y control en la Superintendencia. Además, la relación que la segmentación tiene sobre la legitimidad del sistema es muy importante.
- Comparto la ambigüedad con respecto a la llamada atención en salud y la confusión que se presenta cuando queremos hablar de atención en salud y de lo que realmente se quiere hablar es de atención médica. Esa confusión pasa también en la Superintendencia de Salud y por eso estamos trabajando para cambiar esa concepción. Esto hace parte de la reestructuración que estamos haciendo en esta institución.
- Con respeto al tema del gobierno corporativo, desde la Superintendencia se propuso al Ministro que los gestores o la figura de entidades de intermediación fueran entidades comer-

ciales. Eso se debe revisar desde la correlación de *ranking* de prestación de servicios, entre ser sociedad comercial y la buena percepción; y por otro lado, el derecho comercial ya se inventó el término de la transparencia en la información, las reglas de gobierno corporativo y las juntas independientes; entonces las sociedades comerciales ya tiene inventado el tema de gobierno corporativo y eso nos sirve para analizar cuál debe ser el gobierno corporativo de estas entidades.

