

## **Ni emergencia, ni salud de la población**

---

## **Neither an emergency, nor populace wellbeing**

---

## **Nem emergência, nem saúde da população**

Francisco José Yepes Luján\*

---

---

\* Médico, magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia; Master of Sciences y Doctor of Public Health, Universidad de Harvard; director de los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana.  
Correo electrónico: fyepes@javeriana.edu.co



Esta presentación es el resultado del trabajo colectivo del grupo de profesores de planta del Posgrado de Administración de Salud. Dada la limitación del tiempo disponible, presentaremos una visión de vuelo de pájaro dividida en cinco capítulos que buscan presentar un cuadro integral:

1. Sobre las justificaciones de la emergencia social.
2. La emergencia social y los problemas centrales del sector.
3. Consecuencias de la emergencia social.
4. Algunas preguntas.
5. Una propuesta.

### **Sobre las justificaciones de la emergencia social**

En realidad los hechos sobrevinientes aducidos por el Gobierno no son tales. No se trata de una situación inusitada o abrupta, sino que se ha venido presentando hace muchos años y obedece a problemas estructurales y crónicos, sobre los cuales el Gobierno debería haber actuado para buscar una solución, hace mucho tiempo.

El aumento en los recobros por tutelas había tenido un primer crecimiento notable entre 2005 y 2006 cuando se pasó de 15 a 35 tutelas por cada 10.000 afiliados (ver gráfica 1), con el consiguiente aumento en el número total de recobros. Entre 2006 y 2008 el nivel de tutelas por cada 10.000 no superó 39.

Es importante analizar las posibles causas del aumento per cápita y total. Este aumento era de esperarse en la medida que la población se familiarizara con el sistema y aprendiera a utilizarlo, por una parte, y por otra debido a la negativa de servicios por parte de las aseguradoras. Pero sobre todo es necesario entender que desde el inicio de la reforma se

ha venido dando un incremento progresivo en la brecha de servicios no cubiertos por el POS, debido a tres razones fundamentales (ver diagrama 1): la falta de actualización del POS, el aumento de la población afiliada (ver gráfica 2) y los cambios demográficos (envejecimiento) y tecnológicos no tenidos en cuenta en un POS prácticamente estacionario.

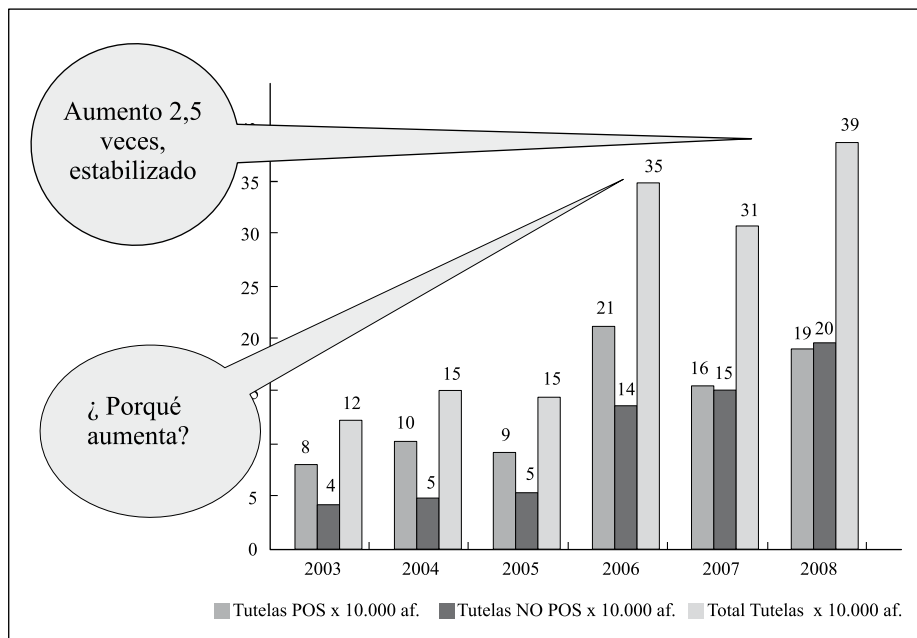
En los 17 años de la reforma las actualizaciones del POS han sido escasas y no reflejan los avances tecnológicos. Al aumentar la población afiliada, en particular la subsidiada a partir de 2003, era de esperarse que aumentara la demanda de servicios no cubiertos en el POS. Igualmente, la población ha envejecido con el consiguiente aumento en la demanda de servicios y en su costo.

Si se comparan las gráficas 1 y 2 se puede observar que hay un paralelismo entre el crecimiento de la población afiliada y el aumento de las tutelas. Indudablemente, este último tiene otras causales, pero el crecimiento de la población afiliada es una de ellas.

Por otra parte, frente a las declaraciones hechas por varios funcionarios del Gobierno, es importante aclarar que la población no acude a las tutelas para eventos exóticos, salvo casos excepcionales. Como lo muestra la gráfica 3, el grueso de las mismas corresponde a patologías que representan el 28% de la carga de enfermedad estimada para el país en 2005.

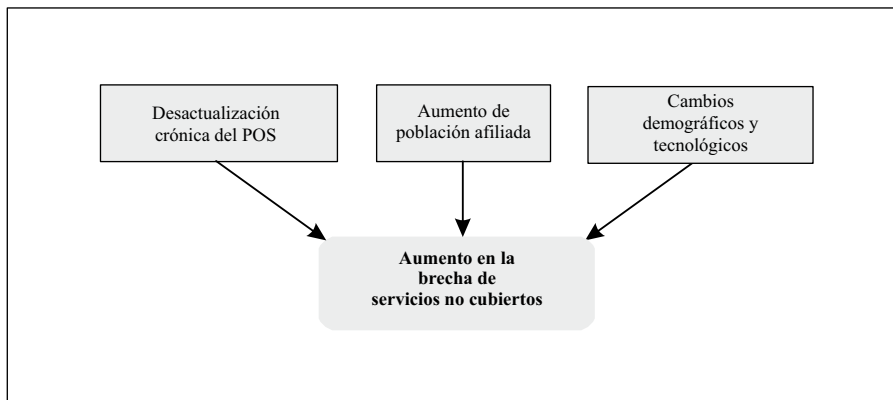
Además, y esto es muy importante, la mayoría de las tutelas presentadas (53,4%) en el período 2006-2008 correspondió a servicios cubiertos en el POS (ver gráfica 4) y el 74,8% de las cirugías y de las citas médicas tuteladas estaban cubiertas en el POS (ver gráfica 5); es decir, que ya habían sido pagadas por la UPC, y a pesar de eso las aseguradoras las negaron. Es nuestra interpretación que la

**GRÁFICA 1**  
**TUTELAS INTERPUESTAS (NÚMERO X 10.000 AFILIADOS) SEGÚN AÑO Y TIPO DE ATENCIÓN DEMANDADA**



Fuente: Defensoría del Pueblo (2007, 2009); Informes del Ministerio de la Protección Social al Congreso de la República. Años 2003-2008.

**DIAGRAMA 1**  
**CRECIMIENTO DE RECLAMOS PREDECIBLE**

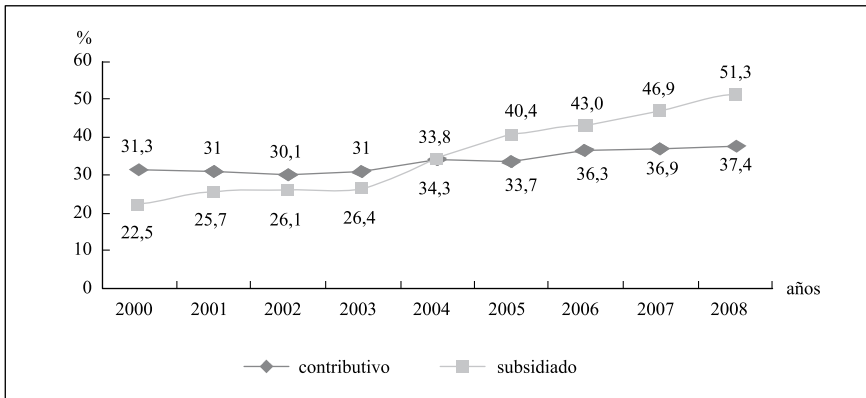


no entrega por parte de las aseguradoras de servicios que ya habían sido pagados constituye una apropiación indebida de recursos que debería haber sido denunciada por los

organismos competentes en su debido momento. Más grave aún cuando el recobro del costo de esos servicios a través del Fosyga implicaría un doble pago fraudulento.

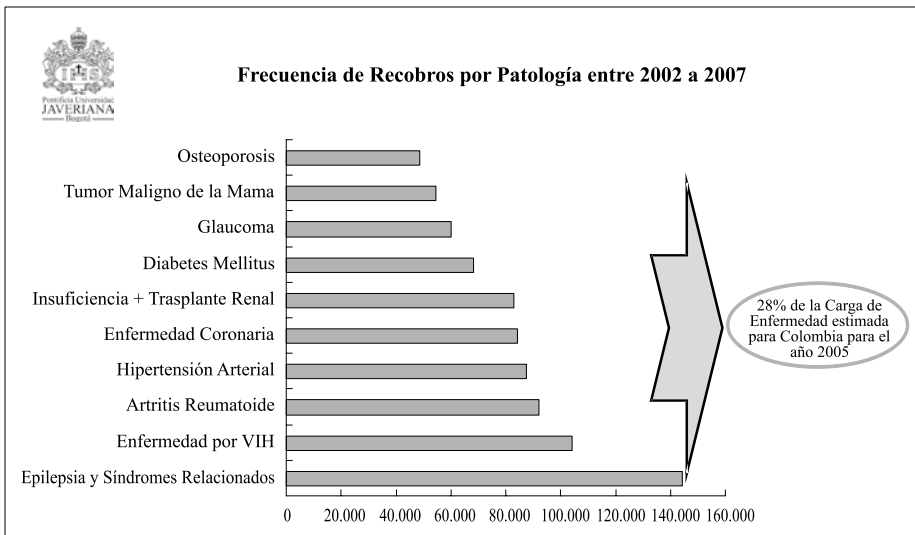


**GRÁFICA 2**  
EVOLUCIÓN DE LA AFILIACIÓN A LOS RÉGIMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO 2000 - 2008



**Fuente:** Jaime Ramírez, con base en datos de Ministerio de la Protección Social, informes al Congreso y datos de población del DANE.

**GRÁFICA 3**  
NO SON PATOLOGÍAS EXÓTICAS

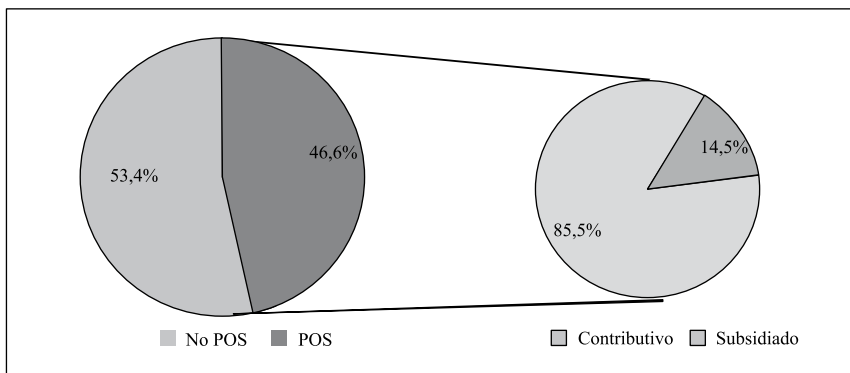


**Fuentes:** Ferro (2007); Centro de Proyectos para el Desarrollo (2009).

Es útil dar una mirada desde otra perspectiva, cual es la presentada en la gráfica 6. Cuando se observa el total de los recursos del sector, los recobros por tutelas no suman más del 5% de los mismos, en tanto que las contribuciones hechas por los usuarios

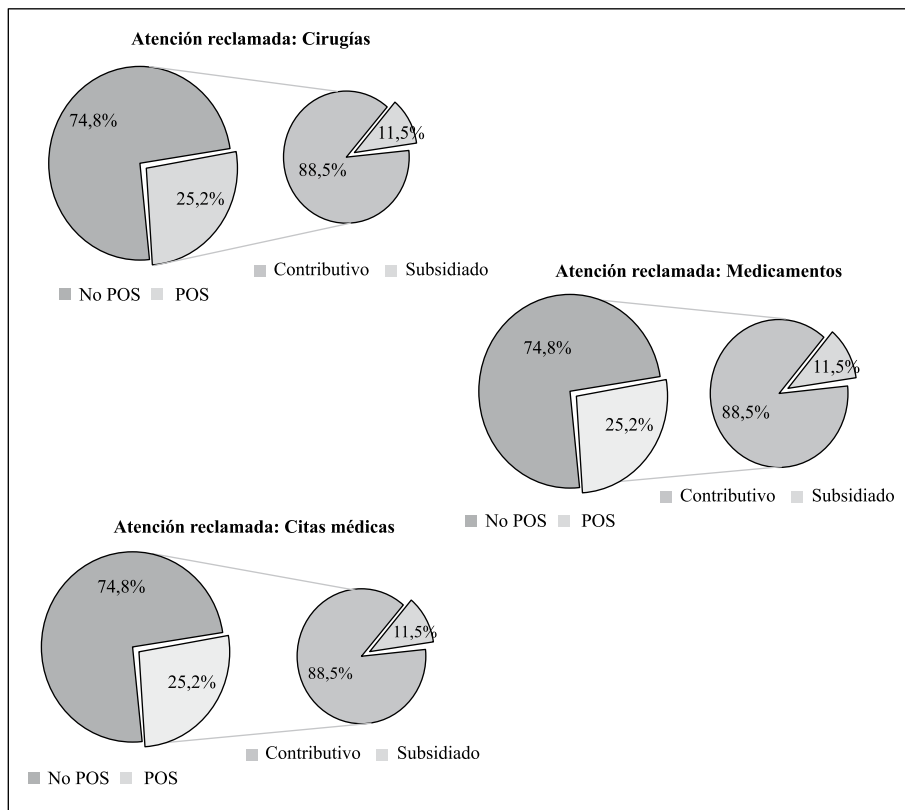
del sistema representan el 25% (6). Aquí es válido preguntarse: ¿Por qué el motivo argumentado para declarar la emergencia fue el monto inusitado de los recobros y no el monto inusitado del gasto de bolsillo de los colombianos, que además es adicional a

**GRÁFICA 4**  
**LA MAYOR PARTE DE LAS TUTELAS ES POR SERVICIOS POS Y POR RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**



Fuente: Defensoría del Pueblo (2007).

**GRÁFICA 5**  
**TUTELAS INTERPUESTAS (%) SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN DEMANDADA Y RÉGIMEN DE AFILIACIÓN**



Fuente: Defensoría del Pueblo (2007).

las contribuciones que ya éstos han hecho a la seguridad social? ¿Y por qué, cuando ya el 25% de los ingresos del sector corresponde al gasto en bolsillo de los colombianos, se pretende ahora incrementarlo?

### La emergencia social y los problemas centrales del sector

El sector salud tiene grandes problemas que se pueden clasificar en tres tipos: estructurales, de operación, y de resultados.

#### Los problemas estructurales

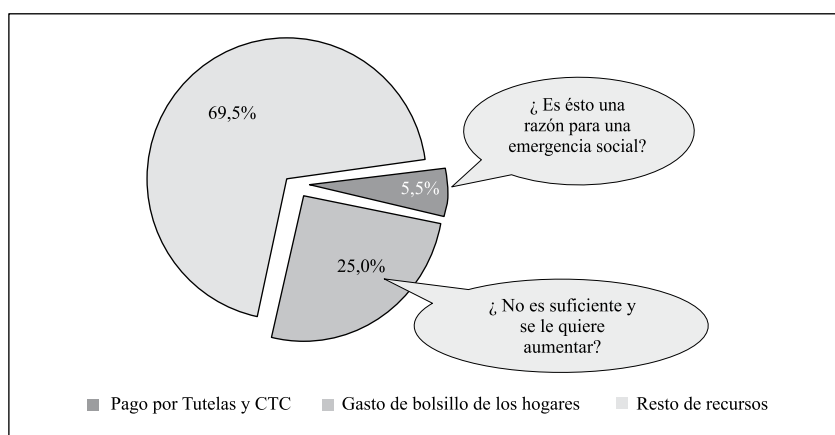
La literatura publicada ha identificado cuatro grandes problemas estructurales en el sistema colombiano: una política de salud de visión limitada, inequidad en beneficios, ineficiencia estructural, y desbalance entre incentivos financieros e incentivos por resultados de salud (8).

*Una política de salud de visión limitada.* No se ha formulado en el país una política de

salud moderna que contemple los determinantes sociales de la salud enfermedad y que promueva explícitamente la definición de objetivos de salud desde los diferentes sectores de la economía. Por el contrario, el quehacer del Gobierno ha privilegiado el aseguramiento y centrado sus acciones en buscar aumentos de cobertura y garantizar el desempeño financiero de sus agentes en desmedro de la calidad de los servicios de salud personal y colectiva. El Gobierno implícitamente ha asumido en su accionar que si asegura a toda la población cumple su tarea, sin cuestionarse las barreras de acceso existentes y la pobre calidad de los servicios que se ofrecen.

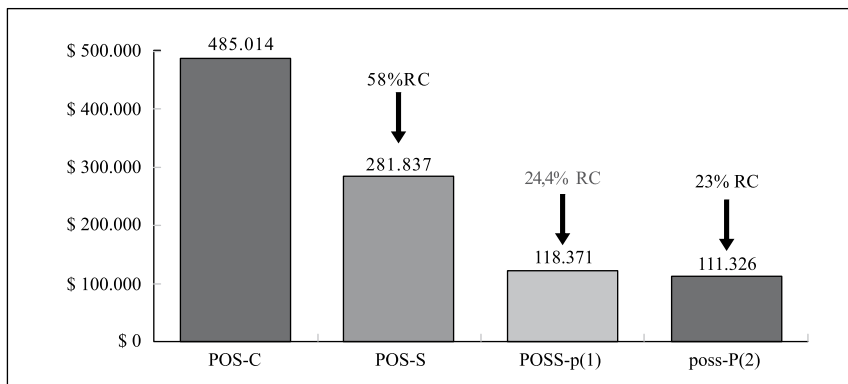
*Inequidad en beneficios.* En la actualidad existen 10 planes de beneficios, con diferentes coberturas y per cápitas, lo cual aunado a la menor cobertura de servicios del régimen subsidiado, determina una inequidad estructural, mayor en cuanto a la población más pobre se le ofrece un paquete de servicios más reducido (ver gráfica 7).

**GRÁFICA 6**  
PARTICIPACIÓN DE LAS TUTELAS Y GASTOS DE BOLSILLO DE HOGARES  
SOBRE EL TOTAL DE RECURSOS DISPONIBLES. AÑO 2009



Fuente: Ramírez (2009).

**GRÁFICA 7**  
**DIFERENCIALES VALOR UPC PLANES DE BENEFICIOS**  
**SEGÚN RÉGIMEN 2010**



**Fuente:** Comisión de Regulación en Salud (2009).

*Ineficiencia estructural.* Son múltiples los factores de ineficiencia. Por una parte, la excesiva *complejidad normativa* dificulta la comprensión del sistema y su operación y facilita la multiplicidad de interpretaciones que pueden ser lesivas para los afiliados. Esta situación va de la mano con la *complejidad de procedimientos*, que obliga tanto a los profesionales de la salud como a los administradores y a los pacientes a tramitar numerosos formatos y realizar múltiples diligencias. La *multiplicidad de regímenes y de contratos* y la *mala formulación de los POS* se añaden a la confusión existente, que termina confluyendo en detrimento de la calidad de la atención.

*Desbalance entre incentivos financieros e incentivos por resultados de salud.* El sistema, a lo largo de los 17 años de su operación, ha privilegiado unos incentivos financieros muy fuertes sin el debido contrapeso de incentivos por resultados en salud. Esto ha llevado a que sólo se hace lo que se puede facturar, a la realización de procedimientos innecesarios con la finalidad de facturar (p. ej., uso indebido de UCIs, realización de

baciloscopias innecesarias), a la creación de barreras geográficas y administrativas, y a la aplicación de controles extremos de costos que inducen, en muchas ocasiones, comportamientos no éticos de los administradores y de los profesionales de la salud (10), al negar servicios que los pacientes requieren. Todo lo anterior conduce a una mala calidad de la atención que no garantiza oportunidad ni continuidad y que necesariamente se refleja en malos indicadores de salud (ver diagrama 2).

La Ley 1122 de 2007 le ordenó al Ministerio de la Protección Social el diseño del sistema de incentivos por desempeño en salud, sin que éste lo haya desarrollado hasta la fecha.

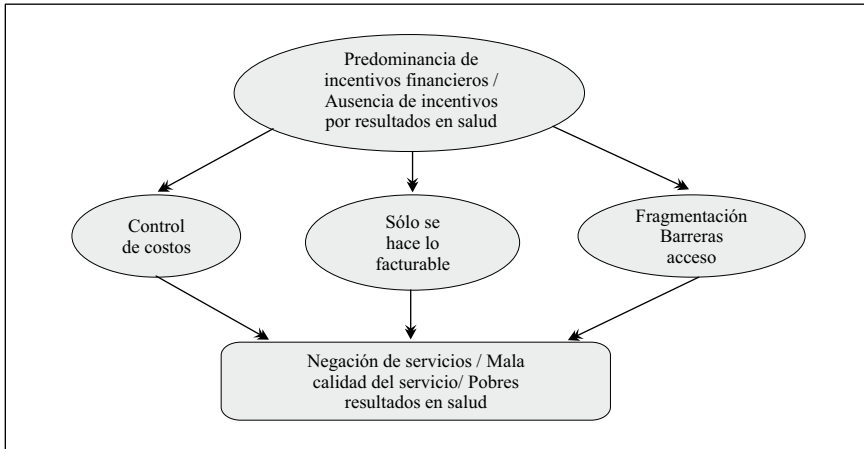
### Los problemas de operación del sistema

En tercer lugar, el sistema ha mostrado serios problemas en su operación a lo largo de estos 17 años.

La *rectoría* en manos del Ministerio de la Salud y luego del de la Protección Social y



DIAGRAMA 2  
CICLO DE LA MALA CALIDAD



Fuente: Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez y Jaramillo (2010).

del Consejo Nacional de la Seguridad Social en Salud ha sido deficiente, en muchas ocasiones ausente y peor aún, como ha salido a la luz pública en estos días, capturada por intereses privados. Estas deficiencias en la rectoría están ampliamente documentadas por múltiples estudios.

La *inoperancia de un sistema de información* confiable ha conducido a serios problemas con las bases de datos de afiliados que permiten casos de doble afiliación, cobros indebidos por parte de las aseguradoras, rechazo de servicios a la población por inoportunidad en la actualización de las bases de datos, y de mayor gravedad, una seria tendencia a la privatización de información que debe ser de dominio público. Esta inoperancia del sistema de información es directamente atribuible a la deficiente rectoría que se demoró hasta muy recientemente para desarrollar un sistema integral y que aún no logra ponerlo en funcionamiento razonable.

La *extrema fragmentación* del sistema, tanto la estructural, condicionada por las restricciones del POS subsidiado y de los POS

parciales, como la oportunista, establecida por las aseguradoras para reducir costos y generar barreras de acceso, no sólo tiene consecuencias sobre la eficiencia del sistema, sino también sobre la calidad de los servicios, al afectar la oportunidad y la continuidad de los mismos.

Además, la *complejidad normativa* hace muy difícil el entendimiento del sistema y se presta a múltiples interpretaciones y a manipulaciones contrarias a los intereses de los afiliados.

### Los pobres resultados del sistema

*Resultados en equidad en salud.* Los resultados en equidad en salud son fundamentales para disminuir las brechas existentes entre diferentes grupos poblacionales, tanto por niveles socioeconómicos como por sitio de residencia, etnia o sexo. Sin embargo, la información disponible nos muestra que después de 17 años de la reforma de la salud y del aumento sin precedentes en el gasto en salud, persisten graves inequidades en los resultados en salud.



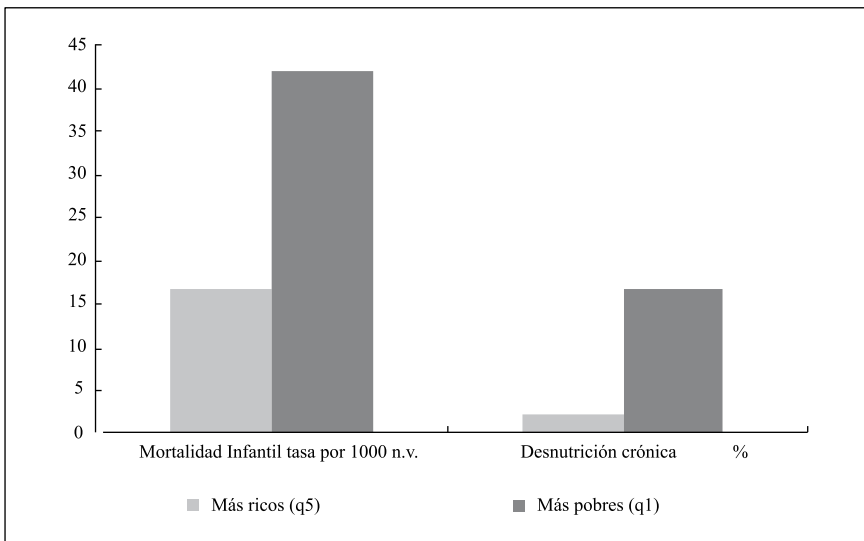
La gráfica 8 muestra, a manera de ejemplo, las inmensas diferencias en dos indicadores clave como son la mortalidad infantil y la desnutrición crónica, entre la población de menos y de más ingresos. Este tipo de diferencias se repiten en numerosos indicadores de salud y se dan entre regiones del país, entre las zonas urbanas y las rurales, entre la población con mayor y menor nivel educativo, y entre los diferentes grupos étnicos. Es poco realmente lo que se puede esperar de un sistema de salud que se centra en el aseguramiento de la enfermedad y que desconoce los condicionantes sociales de la salud-enfermedad.

*Resultados en indicadores de mortalidad y morbilidad prevenibles.* En este aspecto existe un estudio muy importante realizado por el Dr. Rubén Darío Gómez de la Facultad Nacional de Salud Pública, quien analiza la mortalidad prevenible de los colombianos entre 1980 y 2002. El autor documenta, en

numerosas causas, el estancamiento o el deterioro de las tasas ajustadas de mortalidad prevenible hacia los principios de la década de los 90, muy coincidente con el inicio de la reforma (12). Aún teniendo en cuenta la multifactorialidad de la enfermedad, esperaríamos que ante un aumento de los recursos destinados a la salud de la magnitud observada entre 1991 y 1997, se pudiese observar algún efecto en las tendencias seculares de los indicadores de salud, lo cual no ha sucedido.

Los resultados en calidad de la atención son muy pobres y están ampliamente documentados a través de numerosos estudios (8). Las múltiples barreras de acceso establecidas por aseguradores y prestadores afectan la oportunidad y la continuidad de la atención, las que no son garantizadas por el sistema (1,10,13), y llevan inclusive al establecimiento de prácticas no éticas en el ejercicio profesional (10).

**GRÁFICA 8**  
**INEQUIDAD EN RESULTADOS**



Fuente: Flórez (2007).

## Consecuencias de la emergencia social

Creemos que los decretos agravan los problemas existentes y crean nuevos. Aumentan la fragmentación y las barreras, la complejidad y el gasto de bolsillo, afectan la estabilidad financiera de las familias y deterioran la calidad. Por otra parte, afectan la red pública de hospitales al fomentar la externalización indiscriminada de servicios y condenan a los hospitales públicos como tales a su desaparición. Igualmente, limitan la autonomía médica sometiendo a los profesionales médicos al uso obligatorio, bajo sanción, de guías de diagnóstico y tratamiento.

La creación del Organismo Técnico Científico para la Salud, que de por sí sería interesante, es demeritada totalmente al conformarlo como un organismo político constituido exclusivamente por funcionarios nombrados por el presidente de la República y sin ninguna autonomía académica y científica.

En conclusión: no hay hechos inusitados, los decretos no responden a los problemas centrales del sistema, y por el contrario, agravan los existentes y crean nuevos.

Nos preguntamos: ¿En dónde queda una política de salud que tenga como objetivo mantener y mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud? ¿En dónde se formula una política de calidad que valore la oportunidad y continuidad de la atención? ¿En dónde está una concepción que coloque al ser humano en el centro del sistema? ¿Por qué se debería aceptar una regulación burocrática del método científico? ¿Por qué prestaciones que son “indispensables para preservar o recuperar la salud y representan un riesgo inminente o peligro irresistible para la vida si no se suministran” se consideran excepcionales?

Proponemos convocar a un gran debate nacional, democrático, sobre el sistema de salud que necesitamos y queremos los colombianos y las colombianas.

## Referencias bibliográficas

1. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. Periodo 2003-2005. Año 2007.
2. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. Periodo 2006-2008. Año 2009.
3. Informes del Ministerio de la Protección Social al Congreso de la República. Años 2003-2008.
4. Ferro E. Análisis médico y epidemiológico descriptivo de los recobros por tutelas y medicamentos no POS presentados al Fosyga entre los años 2002 a 2007. Colombia: Ministerio de Protección Social; 2007.
5. Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex). Carga de enfermedad Colombia 2005. Año 2009.
6. Ramírez Moreno J. Evolución de la afiliación a los regímenes subsidiado y contributivo 2000 - 2008 Documento de trabajo 2010 Unidad de Posgrados en Administración en Salud, Facultad de Ciencias Económicas, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 2010.
7. Ramírez J. La emergencia social en la salud: De las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
8. Yepes FJ, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma colombiana de la salud. Ley 100 de 1993. Bogotá: Assalud, Facultad de Economía, Universidad del Rosario, IDRC, Mayol Ediciones; 2010.
9. Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 009 de diciembre 30 de 2009.
10. Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, deberes y derechos constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Colombia: Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Universidad Industrial de Santander, Colciencias; 2009.
11. Flórez Carmen Elisa; Soto Victoria Eugenia; Acosta Olga Lucia; Karl Claudio; Misas Juan Diego; Forero Nohora; Lopera Carolina. (2007). Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá. Fundación Corona.

12. Gómez RD. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-200. Medellín: Universidad de Antioquia, Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 2006. *Falta un número: 1985-200 ¿?*
13. Abadía C, Oviedo D. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system. Social Science & Medicine. 2009; (68): 1163-1160. Revisar. Debe haber un error.

