

**MEDIDAS ADMINISTRATIVAS QUE PERMITAN CONTRARRESTAR LA
PROBLEMÁTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO SGSSS
ENSAYO**

**DARIO ALFONSO BALETA SALINA
CÓD. 4401728**

**ASESOR DE INVESTIGACIÓN
DAVID MENDOZA BELTRÁN**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
BOGOTÁ, D.C.
2016**

Resumen

La actual situación en la prestación de servicio de los servicios de sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), se muestra ineficiente gracias a la corrupción generalizada, desigualdad social económica y política, lo peor es que se ubica la prestación del servicio de salud como un negocio que genera ingresos y ganancias para algunos particulares.

Esta problemática resulta como consecuencia de las malas decisiones administrativas que han sido aplicadas en el sistema. Para entenderlo es necesario realizar un recorrido por los antecedentes del sistema y las reformas que ha sufrido el mismo. Debemos recordar entonces que históricamente existen 3 periodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud. El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció lo que se puede denominar como el “modelo higienista.

El sistema de salud lleva varios años en crisis. Repetidos intentos para ponerle orden han resultado infructuosos. Es evidente que el sistema tiene muchos aseguradores que no merecen ese nombre. Pocos están protegiendo a sus afiliados con ética y responsabilidad. Pero de ellos no se aprende.

Las soluciones que se han puesto sobre la mesa parecen ofrecer un salto al vacío, con incalculables consecuencias para la protección de la salud de las familias colombianas. Médicos y hospitales independientes deben reflexionar sobre las implicaciones de los sistemas públicos centralizados, de los cuales todos los países del mundo se han apartado por insostenibles, malos pagadores y por los racionamientos de servicios a la población.

No podemos negar que el congreso de la república ha pretendido redefinir el SGSSS a través de ley; estableciendo principios del sistema, en el marco a partir del cual se

regulan beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera

Sin embargo; la prestación del servicio continúa generando descontento en la población y las cifras de muertos van en crecimiento; la extensas colas para adquirir una cita o lograr ser atendidos por un médico son de las principales quejas de los usuarios.

Palabras clave

Salud, prestación de servicio, sistema general de seguridad social de salud, crisis, problemática, ley 100, política social.

Summary

The current situation in the provision of service services general social security health (SGSSS), shown inefficient due to widespread corruption, economic, social and political inequality, the worst is that the provision of health services is located as a business that generates revenue and profits for some individuals.

This problem is due to bad management decisions that have been implemented in the system. To understand it is necessary to take a tour of the history of the system and the reforms that have suffered the same. We must remember then that there historically 3 periods in which you can see the most important changes has presented the service of health. The first begins with the promulgation of the Constitution of 1886 until mid-1950 and which prevailed in what can be termed as the "hygienist model.

The health system has spent several years in crisis. Repeated attempts to put order have been unsuccessful. Clearly the system has many insurers do not deserve that name. Few are protecting their members with ethics and responsibility. But they do not learn.

The solutions that have been put on the table seem to offer a leap, with incalculable consequences for the health protection of Colombian families. Independent physicians and hospitals must reflect on the implications of centralized public systems, which all countries of the world have departed unsustainable, bad payers and rationing of services to the population.

We can not deny that the Congress has sought to redefine the SGSSS by law; establishing principles of the system, within the framework from which health benefits are regulated, operation, management and administration of the provision of services, the unified management of health resources through the creation of a financial management unit

But nevertheless; the service continues to generate discontent among the population and the numbers of dead are growing; the huge queues to acquire or obtain an appointment to be seen by a doctor are the main complaints of users.

Keywords

Health service delivery, general social security health, crisis, problems, Law 100, social policy.

Introducción

La actual situación en la prestación de servicio de los servicios de sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), se muestra ineficiente gracias a la corrupción generalizada, desigualdad social económica y política, lo peor es que se ubica la prestación del servicio de salud, como un negocio que genera ingresos y ganancias, para algunos particulares, mientras que los usuarios no reciben la adecuada prestación de una prioridad en salud: la atención médica y medicamentos a tiempo.

En la actualidad son incalculables el número de quejas y reclamos que ingresan al sistema por parte de los usuarios, quienes difieren por la mala prestación de los servicios. Expertos de diferentes entidades del sector, sociedades, universidades públicas y privadas e incluso entes de control (procuraduría – contraloría), han evaluado el sistema; dando como resultado que la intermediación y corrupción, han sido nefastas para el manejo de la salud en Colombia, imposibilitando que se cumpla a cabalidad con lo dictaminado por la ley en donde se establece la salud como un bien y un derecho fundamental, no una mercancía o un objeto (Constitución política de Colombia, 1991).

Antecedentes

Esta problemática resulta como consecuencia de las malas decisiones administrativas, que han sido aplicadas en el sistema. Para entenderlo es necesario realizar un recorrido por los antecedentes del sistema y las reformas que ha sufrido el mismo. Debemos recordar entonces que históricamente existen 3 periodos, en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud. El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció, lo que se puede denominar como el “modelo higienista”(Minsalud y DNP, 1990).

Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud, tenía que

ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (hoy Instituto de Seguros Sociales liquidado) que atendía a los empleados del sector privado formal (PNUD, 1998).

El segundo periodo, que va desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud, eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. En este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se crea un esquema tripartito (estado - empleadores - empleados), de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal (PNUD, 1998); sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos.

El tercer periodo arranca desde 1990, con la expedición de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86, que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad. En este período hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991). De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste), en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental.

Algunos autores como Garay (Orozco Africano, 2010), interpretan el cambio constitucional como una transición de un Estado de bienestar o benefactor a un Estado social o post-benefactor, menos paternalista pero más preocupado por garantizar derechos civiles, sociales y políticos. Bajo este marco, la Constitución de 1991 eleva a la

Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio” (Art.48), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Art.49).

La segunda fuerza es el conjunto de reformas estructurales emprendido con gran ímpetu a partir de 1990 y que siguió los lineamientos del Consenso de Washington. Las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993. Vale decir, que Chile fue el país pionero en Latinoamérica en introducir este tipo de incentivos de mercado para la prestación de servicios de salud, a comienzos de los años ochenta. La característica distintiva del modelo chileno y la versión correspondiente del mismo para el caso colombiano, es la creación de un Sistema de aseguramiento para la provisión de servicios a través de una red privada de instituciones (Berman y Bossert, 2000, Mencionado en Orozco Africano, 2010).

Como resultado de la interacción de las dos fuerzas mencionadas, la Ley 100 de 1993 promovió la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres. Como se mencionó en la introducción, la Ley 100 determinó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano quedara dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y las familias de estos grupos; la financiación de la atención en salud para este régimen se realiza por medio contribuciones obligatorias efectuadas por los empleadores y los empleados o pensionados.

El segundo régimen, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con recursos de ingresos corrientes de la nación que se transfieren a los entes territoriales (Sistema

General de Participaciones), el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley. Las reformas conducentes a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 de 1993 han estado acompañadas de un proceso de descentralización administrativa en la gestión de los recursos y de una apertura para la participación de los agentes privados en la provisión del servicio público de salud. (Orozco Africano, 2010).

El sistema de salud lleva varios años en crisis. Repetidos intentos para ponerle orden han resultado infructuosos. Es evidente que el sistema tiene muchos aseguradores que no merecen ese nombre. Pocos están protegiendo a sus afiliados con ética y responsabilidad. Pero de ellos no se aprende.

Las soluciones que se han puesto sobre la mesa parecen ofrecer un salto al vacío, con incalculables consecuencias para la protección de la salud de las familias colombianas. Médicos y hospitales independientes deben reflexionar sobre las implicaciones de los sistemas públicos centralizados, de los cuales todos los países del mundo se han apartado por insostenibles, malos pagadores y por los racionamientos de servicios a la población.

Ley 100

La Ley 100 de 1993 ha sido la única en el mundo que ha movido dos controles simultáneamente: el aseguramiento de toda la población y la transformación completa del sistema hospitalario. Se esperaba que, usando eficientemente los recursos existentes, se lograría que todos los colombianos accedieran a los servicios, justificado en el objetivo final de generar equidad en salud, en un país tan desigual como Colombia.

Problemática

Antes de 1993, el sistema era muy inequitativo: cubría el 74,3% de las necesidades de atención médica de los más ricos. En contraste, solamente el 16% de los más pobres

accedía a servicios médicos. De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida 2010, la cobertura actual de servicios médicos es 71% y 83%, respectivamente. El esfuerzo valió la pena.

Lo anterior también explica un primer gran problema del sistema vigente: la demanda desbordó completamente a la oferta. De un 20% de asegurados en 1990, pasamos al 92% en 2012. La tasa de hospitalización es más parecida a la de un país europeo que a nuestros vecinos latinoamericanos, y es prácticamente igual entre ricos y pobres. La provisión de medicinas creció del 53% de las fórmulas en 2003, al 79% en 2010. La diferencia se llama régimen subsidiado, o “el Sisbén”, como coloquialmente lo conoce la población.

El segundo problema es que el sistema está gravemente desfinanciado. El Gobierno cuenta solamente con \$28 billones para financiar la salud; \$600.000 por colombiano al año. El resto es gasto de la población, por fuera del sistema.

El tercero es el problema más grave: al interior del Estado colombiano y entre los gremios del sector, se ha enquistado una prolongada y profunda divergencia de objetivos. Esto ha ocasionado, a través de los años, un profundo daño a su aceptación por parte de la población y la incredulidad sobre la capacidad de los gobiernos para regularlo. La respuesta del Estado ha sido catastrófica y se ha orientado a incentivar el sobreconsumo a través de decisiones judiciales y normas anti técnicas que conducen a lo que los expertos en seguros denominan “abuso moral” el de servicios de salud es un mercado único, donde el Gobierno, como comprador de aseguramiento, impone el precio (UPC), define las características del producto (POS) y transfiere el riesgo.

El Gobierno y todos los colombianos deben reflexionar sobre lo que significaría el colapso del sistema de salud. La población colombiana tiene una alta carga de enfermedad, especialmente concentrada en los más pobres y los residentes de las regiones del país, que no se han integrado al desarrollo, en donde los indicadores de desnutrición y mortalidad infantil triplican los promedios nacionales. www.minsalud.com

Es tan grave la situación que entre julio de 2012 y septiembre de 2013 solo en Bogotá la personería denunció la negligencia en 22 hospitales; y lo peor es que la cifra sigue aumentando. Solo por nombrar algún caso, se mencionarán los siguientes ejemplos de pacientes, que han tenido que enfrentar la cruda realidad de SGSSS.

La cruda realidad

El pasado 14 de octubre El Espectador informó sobre el caso de **cielo Peláez y su hijo David** de siete años que padece de cinco enfermedades mentales, y quienes se enfrentaron jurídicamente a la EPS Saludcoop ganando el pleito que autorizaba proporcionar todo lo que David necesitara para tratar su discapacidad, como pañales desechables, pañitos húmedos, crema de benjuí, colchón anti escaras (costras) y un servicio de transporte para las terapias, entre otros requerimientos. Sin embargo recibió una negativa de la EPS, por lo que interpuso un recurso de desacato el cual también ganó. Se ordenó el arresto de Guillermo Enrique Grosso Sandoval, representante legal de la EPS, por 20 días en cárcel La Picota, así mismo determinó una multa de 10 salarios mínimos mensuales legales vigentes y mantuvo el fallo de suplir las necesidades del menor. Además puso el caso en conocimiento de la Fiscalía “para que investigue la posible conducta de fraude a resolución judicial” y solicitó a la Superintendencia de Salud que “realice investigaciones administrativas y, de ser posible, tomen los correspondientes correctivos contra Saludcoop EPS”.

A Jonathan Peña Echeverría le diagnosticaron en 2011 leucemia linfocítica aguda a sus 16 años. El joven cartagenero estaba afiliado como beneficiario a Coosalud EPS y estuvo hospitalizado en el Nuevo Hospital Bocagrande. Su padre José Peña Martínez informó que Jonathan tuvo una recaída en su cáncer debido a que la EPS no le suministró oportunamente los medicamentos que necesitaba. Peña Echeverría debía recibir un trasplante de médula, operación que se llevaría a cabo en Medellín. En julio de 2012 denunciaron que Coosalud dilató la autorización de la intervención de distintas maneras

“para eludir la responsabilidad, porque para ellos es más fácil que mi hijo se muera, nos están ‘bailando el indio’”, comentó el padre a El Universal en 2012.

José Peña agregó en ese entonces que junto con Jonathan están en la misma sala otros menores enfermos de leucemia, como una niña llamada Gina, de 12 años, “de quienes yo me hago vocero para denunciar esta situación”.

Paseo de la muerte en Bogotá

Cobró la vida de un niño de 22 meses de edad, hecho que sucedió en octubre de 2014. La Defensoría del Pueblo investiga si hubo negligencia por parte de la EPS Sánitas, al negarle al menor la remisión a una clínica debido a su delicado estado de salud. Su tragedia empezó el pasado 15 de septiembre cuando estuvo hospitalizado en la Clínica Calambeo en Ibagué, en la cual se ordenó una remisión a un centro médico de mayor complejidad. Hayde Peñuela, tía de la víctima, afirmó que la EPS tardó en responder porque “No había camas”. La Defensoría del Pueblo aseguró que la atención médica “no le fue otorgada de manera expedita”. Los padres del menor interpusieron una tutela la cual fue respondida con una medida provisional dirigida a la EPS Sanitas para que protegiera la vida del niño. Peñuela indicó que gracias a la acogida mediática y por la intervención de la Defensoría su sobrino fue trasladado a la Clínica Colombia, en la cual falleció por muerte cerebral (Norbery. Falla, 2014).

Qué se está haciendo por la salud

No podemos negar que el congreso de la república ha pretendido redefinir el SGSSS a través de ley; estableciendo principios del sistema, en el marco a partir del cual se regulan beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera. (www.minsalud.com)

Sin embargo, la prestación del servicio continúa generando descontento en la población y las cifras de muertos van en crecimiento; la extensas colas para adquirir una cita o lograr ser atendidos por un médico son de las principales quejas de los usuarios, sin agregar que en algunas EPS, todavía hay que esperar más de tres meses para una cita con especialista y cuando se logra llegar, los resultados de laboratorio ya no sirven por estar vencidos, o mejor dicho ya tienen mucho tiempo los resultados.



Figura 1. Protesta por seguridad social Fuente: www.elespectador.com



Figura 2. Marcha por una buena atención en la salud. Fuente: www.elespectador.com



Figura 3. Lucha: la salud es un derecho. Fuente: www.elespectador.com



Figura 4. Muerte a la corrupción de la seguridad social en salud. Fuente: www.elespectador.com

El Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para Colombia (SOGC), es producto de un trabajo mancomunado del Ministerio de Salud (actual Ministerio de la

Protección Social) y el Consorcio internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED, como resultado del concurso internacional de méritos 06 de 1999, llevado a cabo por el Ministerio con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El objetivo del proyecto ha sido "Desarrollar y fortalecer el Sistema de garantía de calidad, que integra aspectos de evaluación de la calidad e información al usuario, así como los mecanismos para implementarlo en las entidades aseguradoras y los prestado-res, con el fin de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta satisfacción de los usuarios, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector. (kerguelen botero).

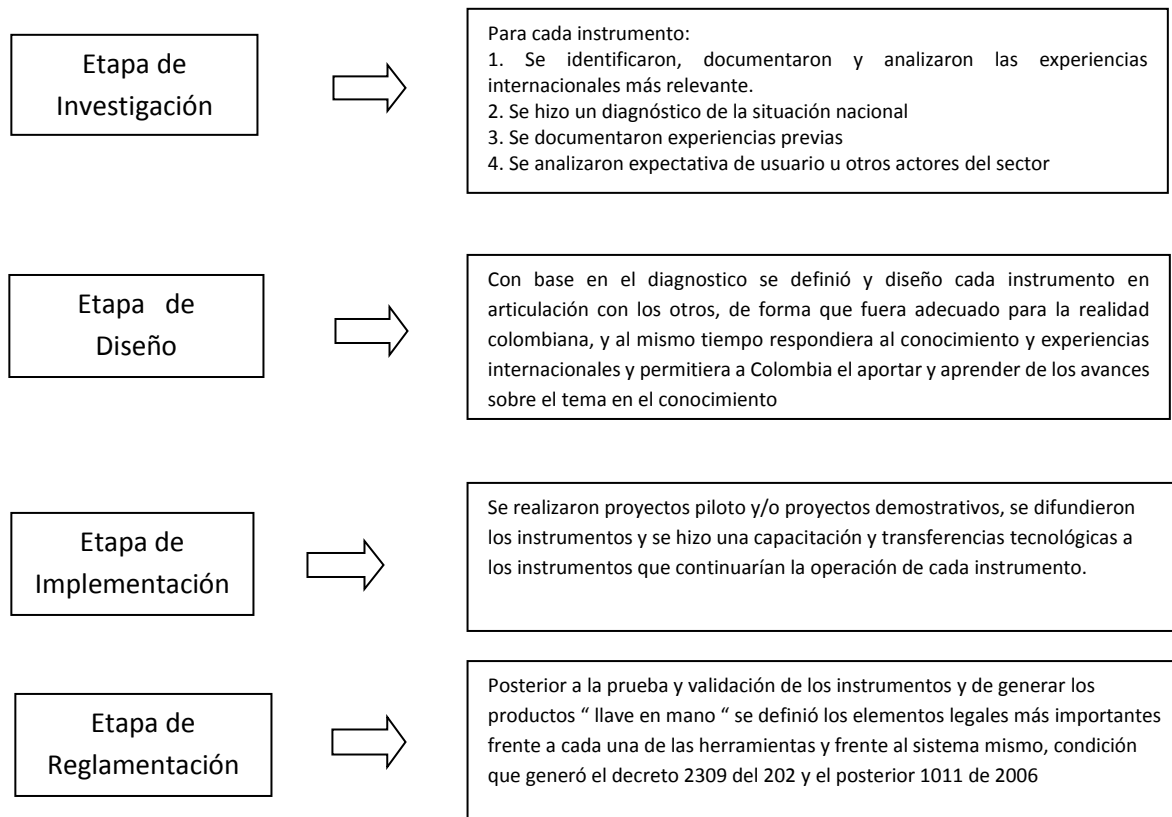


Figura 5. Etapas del proceso. Fuente. kerguelen botero

El desarrollo de cada instrumento o componente tuvo, de manera genérica, cuatro fases, que se explican en el gráfico. Para desarrollar cada una de estas áreas fue necesario reclutar un Grupo de profesionales en los países miembros del proyecto, que trabajaran, no sólo al interior de cada componente sino dándole un orden coherente que garantizara su posterior coordinación y sinergia. (Kerguelen Botero)

Aunque el congreso a través de leyes y reformas de las mismas ha pretendido redefinir el sistema; podemos concluir que la salud en nuestro país necesita mucho más que pañitos de agua tibia, con los que se da solución a los caos que genera controversia, mientras se crea un monstruo a nivel interno del sistema que va destruyendo a pasos agigantados.

Conclusiones

Más que remodelaciones en infraestructuras o cambios en las razones sociales de las empresas prestadoras del servicio de salud; lo que el SGSSS necesita es adoptar modelos de prestación de servicios internacionales donde se les da prioridad a los programas de promoción y prevención de enfermedades que cuando tocan al usuario desangran el sistema con medicamentos extensos.

Desde el punto de vista de la aplicación de un modelo de prevención se podría utilizar recursos de salud en tratamientos urgentes (de vida o muerte) y/o, la dotación de medicamentos costosos y en la ampliación de la cobertura a nivel nacional.

Para todo esto se hace necesario se requiere que el gobierno nacional, departamental, municipal, local y ciudadanía en general se comprometan con el sistema y dejen de lado los intereses particulares (económico) que ha sido de las principales problemáticas del SGSSS en Colombia.

Referencias

Constitución Política de Colombia (1991). Art. 11, Art. 48, Art. 49.

Palacio Betancourt, Diego

Kerguelen Botero, Carlos Alfonso. Calidad de salud en Colombia, los principios

Ministerio de la Protección Social – MPS

Minsalud y DNP. (1990)

Orozco Africano, Julio Mario (2010). Caracterización del Mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia.

PNUD. (1998)

Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS (2008)

Quevedo H. Norbery. Falla, María Mónica. (2014, 4 noviembre) El Espectador. Top 10 casos polémicos en las EPS en Colombia. Recuperado el 20 septiembre, 2016.

Disponible en: www.elespectador.com

www.minsalud.com