

**UNIVERSIDAD MILITAR  
NUEVA GRANADA**



**SALUD EN COLOMBIA  
¿DERECHO CONSTITUCIONAL O NEGOCIO DE POCOS?**

Angela Bibiana Peña Rincon

Ensayo

Director Trabajo de Grado  
Doctora Faneth Serrano Ledesma

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
FACULTA DE CIENCIAS ECONOMICAS  
ESPECIALIZACION EN FINANZAS Y ADMINISTRACION PUBLICA  
BOGOTA  
2012**

# **CONTENIDO**

## **INTRODUCCIÓN**

## **OBJETIVOS**

### **CAPÍTULO I.**

- 1.1. Marco Jurídico
- 1.2. Marco Conceptual
- 1.3. Consideraciones para analizar las políticas públicas
- 1.4. Etapas de las Políticas Pública

### **CAPÍTULO II**

- 2.1. Origen de la Salud Pública en Colombia y el mundo
- 2.2. Seguridad Social en Salud en Colombia
- 2.3. Salud para la Población y Estado Sostenible

### **CAPÍTULO III**

- 3.1. Impacto y la efectividad de las políticas públicas formuladas en Colombia

## **CONCLUSIONES**

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **WEBGRAFÍA**

# INTRODUCCION

---

Este documento presenta una radiografía del estado actual del Sistema de Salud en Colombia, orientando su análisis a la coherencia del mismo con el principio de sostenibilidad del Estado y la protección de los Derechos Consagrados en la Constitución Política, partiendo del conocimiento del marco legal y conceptual, así como de las herramientas disponibles para la formulación y evaluación de las políticas públicas de la Nación.

En este sentido se profundiza en las competencias y responsabilidades asignadas por el legislador a los diferentes actores del Sistema, poniendo en evidencia sus principales debilidades, pero también estableciendo algunas alternativas que pueden resultar viables para mejorar la administración de los recursos destinados al sector salud en Colombia, por parte de las Entidades Nacionales, Departamental y Municipales, así como los organismos de control y vigilancia.

# CAPITULO I

---

## 1.1. Marco Juridico

Uno de los fines del Estado Colombiano consagrado en La Constitución Política de 1991 desde el concepto del “Estado Social de Derecho”, es garantizar a los ciudadanos la atención de salud y saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo de Estado para proporcionar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley 100 de 1993 mediante la cual se crea “El sistema general de seguridad social en salud”, reconoce la ampliación de derechos a los ciudadanos contenidos en la Constitución, a través de un modelo de Desarrollo sostenible, creando condiciones de acceso para toda la población, creando condiciones de protección integral al núcleo familiar a través de la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

## 1.2. Marco Conceptual

La administración pública ha desarrollado instrumentos a través de los cuales las Entidades del gobierno directamente o a través de particulares, desarrollan actividades cuyo propósito es influenciar la vida de los ciudadanos. Frances Pallares <sup>1</sup> considera pertinente agregar a esta definición que las mismas “son un proceso decisonal, es decir un conjunto de actividades que se llevan a cabo a lo largo de un periodo de tiempo”.

Es así, como las normas jurídicas, representan el recurso más apropiado para desarrollar las políticas públicas, de esta manera los poderes del Estado autorizan, delegan, controlan y supervisan, las actividades que han parte de

las políticas públicas y limitan su discrecionalidad en el hacer de los que las ejecutan.

Con el fin de profundizar adecuadamente en el análisis de las políticas públicas para el Sector Salud en Colombia, resulta pertinente realizar una consulta bibliográfica sobre los conceptos más relevantes desarrollados por diferentes autores referentes a las etapas de formulación, implementación y evaluación.

### **1.3. Consideraciones para analizar las políticas públicas**

El abordar las teorías desarrolladas globalmente nos sugiere el progreso de múltiples actividades ejecutadas desde el trabajo científico, a través del cual se plantean diferentes argumentos para que a través de demostraciones se intenten explicar fenómenos. En los últimos años ha emergido una nueva perspectiva sobre el análisis de las políticas públicas.

*“Refuta la Utilidad de las pruebas empíricas, presenta el modelo de construcción discursivo”*

Esta propuesta resalta la importancia de las ideas y el conocimiento técnico sobre los asuntos que deben reglamentar las políticas públicas, restando importancia a los intereses de los actores que intervienen en la formulación de de las mismas.

A nivel mundial, se han desarrollado cuatro enfoques para el análisis de las políticas públicas, el primero de ellos el de contenido que busca analizar y revelar el origen y desarrollo de la política, implica investigar cómo se origina, como se desarrolla y cuáles son los resultados alcanzados, el segundo enfoque corresponde al Proceso el cual se basa en el desarrollo de las diferentes etapas de las políticas e incorpora un componente adicional a través del análisis de la influencia en la vida de

los ciudadanos, el tercero es la evaluación que se basa específicamente en el impacto resultante de la puesta en marcha de una política y por último el de Soporte, el cual busca determinar si la política a través de la implementación mejora la naturaleza del sistema gubernamental lo cual puede generar la reubicación de áreas de trabajo, reasignación de funciones y fortalecimiento al interior de las instituciones de gobierno de los proceso de planeación.

El proceso de análisis comprende las diferentes metodologías, técnicas y estrategias y su interacción en el marco del Sistema Político Colombiano y la perspectiva de los actores que intervienen en las diferentes etapas del desarrollo.

#### **1.4. Etapas de la Política Pública**

Para autores como Parsons el proceso de las políticas públicas comprende tres grandes etapas: Formulación, implementación y evaluación, Howlett y Ramesh incorporan una fase adicional después de la formulación y es la Toma de Decisiones como elemento fundamental en el que se evidencia el accionar del gobierno al seleccionar varias alternativas, casi siempre basado en actividades de negociación y consenso entre diferentes instituciones públicas y privadas, por su parte Jones presenta cinco fases que interactúan en el proceso como son: identificación del problema, formulación de soluciones, toma de decisiones, implementación y solución. Gonzalez-Rossetti considera una fase adicional que corresponde a la legislación.

Con fundamento en los planteamientos de los citados autores a continuación se presentan las características más relevantes de cada etapa; iniciando con la formulación que surge de la necesidad de tomar decisiones para la comunidad en general, encaminada a solucionar un problema, en el cual

interviene factores políticos, administrativos, sociales, económicos, entre otros, cuyo propósito es influenciar la vida de los ciudadanos.

En esta etapa del proceso es pertinente realizar un diagnóstico que considere ampliamente los aspectos positivos y negativos, los recursos, así como los intereses del gobierno y los grupos interesados, con el fin de lograr el objetivo propuesta, esta actividad se desarrolla a través de los estudios de factibilidad o viabilidad.

En el análisis de la formulación y aplicando el principio de toma de decisiones, se puede concluir la necesidad de aplazar o desistir del proyecto, caso en el cual debe considerarse el impacto político que implica la decisión, el cual involucra la medición de la puesta en marcha de la medida tomada.

Continuando con el proceso, encontramos la etapa de implementación supone el surgimiento de transformaciones de carácter económico, político y social en una sociedad y combinan una serie de acciones, recursos y agentes que interrelacionados ponen en marcha procesos, cuyo grado de complejidad aumenta en la medida en que se consideren más variables e intereses asociados al proceso.

Hogwog y Gunn, establecen un acertado análisis de las condiciones necesarias para lograr la implementación de una política y garantizar que sea viable y sostenible para el estado, como son, apropiado conocimiento de los objetivos, control de las restricciones generadas por el entorno, disponibilidad de recursos jurídicos, administrativos, financieros y políticos, así como una comunicación clara para aquellas instituciones que deben ejecutar los lineamientos contenidos en las políticas.

Sin embargo en Colombia, el éxito o fracaso de la implementación de las políticas públicas se ve limitado principalmente por el manejo de las relaciones del gobierno Nacional, Departamental y/o municipal con el congreso, asambleas departamentales y/o consejos municipales

respectivamente. Por ello el planteamiento de Grindle y Thomas sobre los asuntos políticos como instrumento de las políticas públicas.

“Los recursos políticos en las políticas públicas se relacionan con dos asuntos del gobierno: legitimidad y autonomía”

Si un gobierno limita su accionar por la influencia de actores poderosos interesados en restringir la gestión gubernamental, pondrá en tela de juicio su capacidad para administrar adecuadamente los recursos.

Para asegurar mayor efectividad, es importante que quienes participaron en la etapa de formulación hagan parte de la implementación, con factor multiplicador de buenos resultados por cuanto se considera que la implementación es una versión complementaria de la política.

Para continuar el análisis de las políticas públicas, en su fase de evaluación resulta pertinente traer a colación la definición del consejo de evaluación científico de Francia de 1991, que define esta fase como

“La actividad a través de la cual se recolecta, analiza e interpreta la información genera en la implementación y el impacto de las medidas que influyen sobre una situación social”

Sin embargo la evaluación implica mucho más que analizar el logro de los objetivos alcanzados; se debe considerar la pertinencia, eficacia y efectividad de todas las actividades ejecutadas versus los recursos destinados, como un proceso administrativo liderado por entidades de gobierno de acuerdo a sus competencias a nivel nacional o territorial.

Para la evaluación existen diferentes estrategias de medición que tienen que ver básicamente con los momentos de la política que se desea analizar, la evaluación a priori, la cual se realiza antes de poner en ejecución la política, incluye análisis la realización de pronósticos que permiten anticipar los efectos que tendrá.



La evaluación continua, inicia a partir de la puesta en marcha y verifica principalmente el desempeño de los procedimientos y los recursos asignados, así también, los resultados obtenidos de la medición permiten la realización de ajustes oportunos. La evaluación post, se realiza una vez se culmina la ejecución de la política y su propósito es generar conocimiento a través de las lecciones aprendidas.

# CAPITULO II

---

## 2.1 Origen de la Salud Pública en Colombia y el mundo

El sistema de seguridad social en salud de nuestro país se remonta a los esfuerzos que se hacían desde la época de la colonia para generar asistencia a las personas necesitadas mediante distintas formas de ayuda mutua, para luego desarrollar las instituciones de beneficencia, actividades que resultan comunes a las ejercidas en los países en vía de desarrollo.

Sin embargo a nivel mundial los primeros ensayos sobre acceso a derechos de salud, se realiza en Francia con el “Reglamento de Colber” el cual estableció que del salario recibido por los trabajadores se realizaba un descuento para atender única y exclusivamente sus gastos médicos y de hospitalización, años más tarde se añadió otro descuento para cubrir las contingencias generadas por accidentes de trabajo, actividades estas, que hacían parte de un modelo de protección que se perfeccionó en Alemania vinculando al empleador para cubrir las necesidades de los trabajadores, registrando así la creación del concepto “Seguro Social” que se conoce hasta hoy, del cual se nacen las obligaciones y derechos del actual sistema de seguridad social.

Sin embargo Colombia, a pesar de retomar los modelos desarrollados en Europa, implementó la seguridad social en salud de manera segmentada, dando prioridad en cobertura y acceso a los servicios, a los grupos de mayor poder gremial de país, es decir, garantizando la obligatoriedad del servicio sólo para asalariados, financiando el servicio vía cotizaciones de trabajadores y empleadores reguladas por el Estado.

Y es que, bajo los preceptos de la constitución de 1886, el Estado orientó la seguridad social a mantener los servicios básicos de salud, generando un

sistema que injusto y desordenado que dividía lo privado y público de acuerdo a los ingresos generados por sus afiliados, es decir, quien tuviera mayor capacidad de pago garantizaría el acceso a los servicios médicos especializados, por el contrario el resto de la población recibía servicios de “caridad”.

En 1936 a través de una Reforma Constitucional, se estableció como función del estado la “asistencia pública” que debía prestarse a los ciudadanos que carecían de medios para subsistir y que por ende no tenían derecho a exigir atención básica en salud.

Durante la primera mitad del siglo XX, se crearon en el país la Caja Nacional de Previsión mediante ley sexta de 1945 para atención en salud y riesgos profesionales para servidores públicos, y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales mediante ley 90 de 1946 cuyo propósito era el cubrimiento de seguridad social a los trabajadores de sector privado y trabajadores independientes.

Con respecto a las fuentes de ingresos al sistema, las prestaciones eran financiadas con los aportes de empleadores y trabajadores dependientes e independientes.

Por otra parte, desde el ámbito internacional diferentes Organizaciones han conminado a los países a garantizar el acceso a los servicios de salud con calidad a todos los ciudadanos desde la percepción que la Salud es un derecho fundamental de ser humano.

“la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, establece que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Ha indicado que constituye aquello a conseguir para que todos los habitantes del mundo tengan el nivel de salud

suficiente y puedan trabajar productivamente como participar activamente en la vida social de la comunidad. Como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, ha señalado que en el Siglo XXI la salud es una *responsabilidad compartida* que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y a la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales”.

De conformidad con lo expuesto, el concepto de seguridad social desde la percepción internacional consiste en el deber del Estado de garantizar la protección al ciudadano y su familia, especialmente a aquellos grupos sociales en situación de vulnerabilidad, generando prestaciones que satisfagan satisfactoriamente las necesidades mínimas de subsistencias.

## **2.2 Seguridad Social en Salud en Colombia**

La “dignidad humana” como principio constitucional del Estado prohíbe que el ciudadano sea tratado con un objeto o que sea valorado en dinero, por ello la persona se configura en la razón de ser y el fin de poder político, ligado a una lista amplia de derechos constitucionales estrechamente relacionados a la seguridad social, como son protección de la familia, embarazo, parto, seguridad social para los niños y niñas, adolescentes y personas de la tercera edad entre otros, bajo el principio de universalidad, que significa, la cobertura en igualdad de condiciones frente a los riesgos derivados del aseguramiento en salud, así también el principio de eficiencia, que corresponde a la relación existente entre la utilización óptima de los recursos financieros asegurando la prestación con calidad de los servicios de salud.

Y es precisamente el principio de eficiencia, el que se vulnera en el sistema de salud colombiano, dado que los planes, proyectos y por ende los presupuestos de la Nación y sus entidades ejecutoras nacionales y

territoriales se quedan cortos para atender el gasto público social, el cual debe tener prioridad sobre cualquier otro gasto del Estado, de ahí los altos índices de necesidades básicas insatisfechas en salud en Departamentos como Choco y la Guajira, que presentan los índices más altos de mortalidad infantil, por cada 1000 niños nacidos fallecen en la Guajira el 38.5%, por debilidades en la prestación de los servicios de salud.

La ley 100 de 1993 “política pública”, que surgió para reglamentar el artículo 49 de la Constitución, estableció que para el financiamiento y administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud, existen en Colombia dos regímenes, el primero denominado contributivo y el segundo subsidiado, representado en las contribuciones realizadas a través del Fondo de Solidaridad y Garantías, los cuales deben garantizar al servicio público de la salud un flujo continuo de recursos que permita su sostenibilidad y financiación.

Resulta pertinente entonces establecer las diferencias existentes entre los regímenes contributivo y subsidiado, cuyas fuentes de ingresos provenientes de cotizaciones directas o subsidiados al Sistema, están directamente relacionados con el principio de sostenibilidad del Estado, el primero, se define como aquellas normas que delimitan la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de salud; la cual se efectúa a través de la cotización individual y personal o un aporte cuya financiación es responsabilidad del afiliado. Los afiliados obligatorios a este tipo de régimen son todas las personas vinculadas a través de contratos de trabajo con entidades públicas y/o privadas, pensionados y trabajadores independientes con capacidad de pago.

La prestación de servicios del régimen contributivo es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, servicio otorgado a través de la facultad de delegación del Estado, las cuales están autorizadas a contratar la atención

con Instituciones Prestadoras de Salud. Las EPS están revestidas por la facultad de realizar el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantías.

Los afiliados a éste régimen cotizan a través de una contribución obligatoria bajo el precepto que cuentan con una mayor capacidad económica. La totalidad de los ingresos del régimen contributivo está conformado por: los aportes de los afiliados con un 12% del salario base de cotización el cual no puede ser inferior al salario mínimo legal, de otra parte el cobro de las cuotas moderadoras y los aportes del presupuesto general de la nación.

Entre tanto, el régimen subsidiado hace referencia a la vinculación que se realiza a los ciudadanos (casi siempre población vulnerable como desplazados de la áreas rural y urbana, campesinos, indígenas, trabajadores independientes con limitaciones en la capacidad de pago como taxista, maestros de obra o simplemente desempleados), mediante el pago de una cotización total o parcialmente subsidiada con recursos públicos o de solidaridad administrados por los entes territoriales de salud, a través de la celebración de contratos con EPS del Régimen Subsidiado que pueden ser públicas o privadas, las cuales manejan los recursos y prestan los servicios del Plan Obligatorio de Salud, directa o indirectamente.

Los recursos de este régimen provienen del Estado vía el Sistema General de Participaciones derivados del Fondo de Solidaridad y Garantía y en menor proporción los recursos generados por la disciplina fiscal de los entes territoriales que destinan presupuesto al Sistema de Salud.

### **2.3 Salud para la Población y Estado Sostenible**

Las limitantes que se perciben en la aplicación del principio de razonabilidad en la distribución de los recursos y la priorización del tema salud en el presupuesto de la nación, hace suponer que el gobierno y sus entidades esmeradamente justifican la restricción de servicios, como una herramienta para vender la idea al común de la ciudadanía, que se vienen haciendo esfuerzos para determinar forma adecuada las prioridades de salud de la población y no evidencia el verdadero trasfondo “paulatinamente se viene reduciendo el Derecho de Salud para los Colombianos”.

Es así como garantizar el derecho a la salud pública, requiera la intervención del Ejecutivo a través de la implementación de decisiones bien estructuradas e importante inversión de los recursos, elementos estos con lo que hasta ahora no cuenta el Estado, entre otros factores, por la corrupción que día a día drena los fondos del Sistema de Salud a unos pocos y que limita que gradualmente se alcance el nivel de satisfacción de Salud de los Colombianos, que a través de soluciones integrales a fenómenos como el desempleo, generen mayor fuente de ingresos al sistema por las contribuciones generadas al régimen contributivo disminuyendo los afiliados al régimen subsidiado, generando por ende mayor inversión y menor gasto en Salud en los entes territoriales.

Sin embargo, el alcanzar gradualmente la satisfacción de los usuarios no es condición para que el Estado incumpla eternamente su deber constitucional por la restricción de recursos financieros, tecnológicos, humanos y de investigación, por el contrario está obligado de forma permanente a adoptar medidas de carácter político, administrativo, financiero y legislativo (políticas Públicas) para honrar el derecho a la Salud.

Es así, como toda incursión en mecanismos para ampliar los servicios, tiene el deber implícito de garantizar desde la etapa de planeación la sostenibilidad, entendida esta, como la asignación de recursos financieros por parte del Estado para su ejecución.

Actualmente en el país se viene percibiendo un fenómeno de retroceso en los niveles de protección alcanzados para los ciudadanos en temas de salud, relacionado directamente con la asignación de recursos desde la planeación del Presupuesto General de la Nación, es así como la Corte Constitucional se ha visto avocada a declarar la inexecutable de disposiciones que argumentadas vagamente en la situación fiscal del país, reducen sustancialmente los recursos destinados a inversión en el régimen subsidiado, dado que las justificaciones vulneran los principios constitucionales, máxime cuando el Estado no puede retroceder en los niveles de realización alcanzados.

Por ello, son destacables los continuos pronunciamientos en ejercicio del mandato constitucional que hace la rama legislativa del poder público, recordando al Ejecutivo que debe responder al precepto del “Estado Social de Derecho” y realizar sin restricciones sus fines esenciales, actividad esta, que en varias ocasiones generó el denominado “choque de trenes”. Pero la Rama Legislativa representada en el Congreso de la República tiene un reto no menos importante, le corresponde ejercer el control político y regular a través del análisis y aprobación de actos legislativos la ejecución del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A pesar de las medidas, pronunciamientos y regulaciones generados alrededor del Sistema de Salud, el ciudadano debe recurrir a las “medidas de otro carácter” representadas en los fallos judiciales o de tutela, que a propósito del principio de sostenibilidad, el Estado no conoce realmente los costos de los procesos judiciales en los que tiene que incurrir para terminar



accediendo a las pretensiones de un tercero o simplemente para cumplir con las obligaciones del Sistema de Salud.

De lo anterior, se desprende que los jueces de tutela se han convertido en los verdaderos garantes de los Derechos Fundamentales de los Colombianos, frente a la deuda que tiene el estado con el ciudadano, representada en la constante violación de la dignidad, igualdad y justicia social, a la luz de los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Resulta pertinente entonces ahondar en los criterios del fallo de la tutela No. 760 de 2008, que presenta una radiografía de las enfermedades que padece el Sistema de Seguridad Social en Salud. Así:

*(i) Que el sistema de salud no se limite a atender la enfermedad sino que también trate los factores subyacentes y determinantes de la salud, (ii) que el diseño y funcionamiento de dicho sistema respete ciertos principios básicos comunes a los derechos humanos, como el deber de transparencia, la participación, la rendición de cuentas y el respeto a las diferencias culturales y a los principios de igualdad y de no discriminación, (iii) que cuente con un sistema de información, de indicadores y metas, en perspectiva de derechos humanos, que permita evaluar con claridad los avances y retrocesos en la satisfacción del derecho a la salud, (iv) que el Estado promueva sistemas de financiación adecuados y equitativos que canalicen los recursos necesarios para lograr una satisfacción progresiva pero cada vez más plena e integral del derecho a la salud, y (v) que la política de salud satisfaga los contenidos básicos directamente exigibles del derecho a la salud”.*

Ahora bien, surge el cuestionamiento ¿cómo se financia adecuadamente la salud?, tristemente es una pregunta sin respuesta para un Estado como el Colombiano, pero realizando una aproximación a los mecanismos de

financiación para Salud en el mundo, se estima que la proporción más aproximada es la asignación de 30% del PIB, vía cotizaciones sociales, transferencias, impuestos y contribuciones.

Nace entonces la alternativa de crear fondos de reserva que garanticen en el largo plazo la financiación y permita superar los periodos de crisis en el recaudo de cotizaciones por fenómenos como el desempleo y la informalidad del trabajo, esto desde la óptica de identificar y monitorear los factores de riesgos, generando entidades sólidas que administren adecuadamente los recursos disponibles, mejorando las actividades de prevención.

En el Sistema de Salud actual, se han detectado algunos fenómenos que pueden profundizar el análisis de los riesgos asociados al sistema como son:

En primer lugar la denominada atención inversa, personas que acceden al Sistema sin la verdadera necesidad de los servicios, en cambio aquellos que requieren atención sanitaria básica y urgente no utilizan los servicios y cuando lo hacen por falta de atención primaria debe incurrirse en tratamientos complejos y costosos.

Por otro lado la interrupción o falta de continuidad en los tratamientos asistenciales, se presenta casi siempre en grupos vulnerables y se debe principalmente a la falta de recursos para atender adecuadamente las necesidades de la población.

Así también la denominada atención peligrosa, que evidencia la debilidad en los programa de asistencia y atención intra hospitalaria que no garantizan las condiciones mínimas de seguridad e higiene, generando la propagación de casos de infecciones en los establecimientos de Salud.

Por último la ineficiente prescripción y administración de medicamentos que generan en la mayoría de casos efectos adversos en las condiciones de

salud de los individuos. Así pues, el análisis de estos y muchos otros fenómenos, pueden constituir el punto de partida para mejorar la difícil situación del sistema de salud. No obstante hay que reconocer que Colombia ha consolidado progresos importantes relacionados con el nivel de cobertura alcanzado en personas afiliadas al sistema.

Los planteamientos anteriores permiten identificar en términos generales las limitantes que tiene el Estado para garantizar el Derecho a la Salud, pero también evidencia que el accionar de las entidades gubernamentales responsables de la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas en salud, no ha sido efectivo en tanto que la percepción de los usuarios del sistema es cada vez peor.

# CAPITULO III

---

## **3.1 Impacto y la efectividad de las políticas públicas formuladas en Colombia**

El análisis del impacto de las políticas públicas desde la perspectiva de los usuarios en Colombia, es lamentable, hay quienes consideran que las decisiones adoptadas en la ley 100 y general toda la jurisprudencia que regula el Regimen de Salud en Colombia, matan más colombianos, que el mismo conflicto armado. No solo por los costos que deben asumir los usuarios de los regimenes contributivo y subsidiado, sino por la inequidad en las relaciones laborales del sector salud. Y es que cuando se condiciona el salario de un medico al número de pacientes atención, se pone en riesgos la calidad del servicio.

Y esta problemática es la punta del aisberg, cuando al Estado pone en evidencia su incapacidad para controlar los “trucos o fraudes” de las EPS para negar derechos a los usuarios, entre los cuales se conocen como las más populares, restringir el tiempo para el diagnostico por paciente, dilatar escesivamente citas con especialistas, programación de procedimientos quirurgicos una vez se vence el tiempo de las ordenes de servicios, o cuando los exámenes previos deben repetirse porque para el momento de la intervención ya no sirven, y ni mencionar la oportunidad para suministrar los medicamentos formulados por los medicos que previamente tienen instrucciones claras sobre la prescripción de formulas que no pueden exceder el limite del top de medicamentos previamente acordados con los grandes laboratorios acetaminofen en todas sus presentaciones, loratadina, ranitida y si corrio con suerte el día un inyectable.

Ni hablar entonces de las cuotas moderadores o copagos que constituyen barreras para aquellos usuarios que no tienen la capacidad para cancelar los costos de estos valores, adicionando esto, la ubicación de las Instituciones Prestadoras de los Servicios, que en ciudades como Bogotá perjudican al paciente con desplazamientos tormentos en medio de los malestares de una enfermedad. Pero este panorama tan aterrador lo viven los usuarios del régimen contributivo, es decir, quienes pagan por el Derecho a la Salud. ¿Entonces cual será el viacrucis de los usuarios del Régimen Subsidiado?

Para los beneficiarios del SISBEN el panorama es verdaderamente extremo, porque allí la cobertura del POS se aproxima al 60% de la cobertura del POS del Régimen Contributivo; es decir que los usuarios del Sisben tienen una probabilidad del 40% más de enfermar o morir, por falta de atención médica.

De otra parte resulta pertinente, ahondar en la situación de los profesionales de la salud, quienes son supeditados a recibir sueldos de miseria, a cumplir jornadas que superan las horas de trabajo permitidas, soportando las sutiles presiones de las EPS por reducir al máximo los costos del servicio, llevándolos implícitamente a violar el juramento de Hipócrates, que les obliga a cumplir moral y éticamente el deber de salvar vidas.

Surge entonces, la pregunta obligada, ¿Por qué pasa esto en Colombia?, será entonces que el País es tan pobre, que no puede garantizar los niveles mínimos de atención a la población, no es así, la Ley aumentó considerablemente el gasto de los colombianos en salud, sumado esto, a las contribuciones de las empresas y los recursos provenientes del Estado. Hay estudios que concluyen que los recursos del sector son suficientes para atender al 100% de la población, es decir aplicar el principio de la universalidad y segundo garantizar la calidad del servicio.

Entonces en Colombia la salud no es un derecho, sino el negocio de unos pocos amparados por la ley, que se llevan las ganancias de lo que deberían ser medicamentos, buenos procedimientos quirúrgicos y pagos justos a los profesionales de la salud, entre otros.

Tan crítica es la situación del Sistema de Salud, que las EPS, incorporan dentro sus procesos internos, los denominados coordinadores médicos, quienes tienen a cargo la supervisión permanente de las ordenes expedidas por los médicos generales, las cuales no deben exceder los límites impuestos, para remisiones a especialistas, toma de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, cubiertas o no por el POS, dado que sobrepasar estos límites, va en contravía con el Sistema económico de la EPS, e inmediatamente ponen en riesgo la continuidad laboral del médico en la institución.

Por otra parte las auditorías médicas, no están orientadas a realizar el seguimiento a la calidad del servicio, sino que por el contrario, constituyen la perfecta herramienta de persecución a los profesionales de la salud, que se salgan de los parámetros impuestos por Entidades.

Ahora bien, con la idea de mejorar la calidad del servicio de salud y garantizar la sostenibilidad de un sistema a punto de colapsar, el gobierno del ex presidente Álvaro Uribe Vélez, aprovechando la declaratoria de la emergencia económica y social del año 2010 que le concedió la facultad de legislar, expidió una serie de Decretos, 14 para ser más exactos, para reformar el sistema de salud en Colombia. Uno de los propósitos de la Reforma era generar mayor flujo de recursos para al sistema, vía aumento de impuestos y control de manera muy estricta los llamados tratamientos no POS, así como fortalecer el control en la formulación de los medicamentos e insumos que no estén plenamente justificados en el sistema.

De aquí se desprenden varias interpretaciones, la primera de ellas, que el gobierno la única alternativa viable que identificó su momento fue ampliar los impuestos, es decir, que los colombianos de sus propios ingresos sigan financiando el sistema de salud y como si esto fuera poco, entrar a financiar los procedimientos incluidos en el POS, a su vez el gobierno haría un esfuerzo adicional por aumentar las restricciones ya existentes sobre los servicios, es decir, disminuir aun más la calidad del servicio, aumentando eso sí, las ganancias de las EPS

Pero el gobierno de ese entonces omitió el pequeño detalle de actualizar el listado de medicamentos y servicios del Plan Obligatorio de Salud, antes de expedir los Decretos mediante los cuales pretendía reformar el Sistema, lo cual generaba el incremento de los famosos recobros por medicamentos o servicios que imperiosamente se necesitan, pero que no fueron incluidos oportunamente.

Por esta y otras muchas razones, la corte constitucional declaró inexecutable Los Decretos expedidos a la luz de la Emergencia Económica y Social, es decir una evidencia más de la mala formulación de las políticas públicas para el Sector Salud.

Ahora bien, difícilmente el país conocerá cuánto le costó la asesoría de los estudios realizados para reformar el sistema de Salud, pero para dimensionar la problemática, a una sola persona, el gobierno le pagó 700 millones de pesos, Es esto coherente cuando se formulan políticas públicas para salvar a un sistema de salud de gastos excesivos que se generan?, sobre todo cuando dichos estudios concluyen que los médicos no deben permitir tantos gastos en la salud de la gente y lo peor es que dicha premisa quedó contenida en uno de los famosos decretos que se quisieron expedir, como es

el Decreto 131 de la Emergencia Social, el cual en su artículo noveno el cual contiene el siguiente texto:

*“En todo caso, prioriza la promoción de la salud, las atenciones de baja complejidad, la medicina y odontología general y admitirá el acceso al manejo especializado o de mediana y alta complejidad cuando se cuente con la evidencia científica y costo-efectividad que así lo aconseje”.*

Y que más podía esperarse, si quienes participaron en los estudios de la reforma a la salud eran miembros de juntas directivas de instituciones de salud, que serían las primeras beneficiadas con estas medidas, entonces aquí se configuraba un claro conflicto de intereses.

Pero aquí no termina la agonía de la Salud pública en Colombia, en 2011 el presidente Juan Manuel Santos informó al país, lo que en su momento se conoció como el “Carrusel de la Salud” desfalcos al sistema cuyos valores ascienden en algunos casos a 30.000 millones de pesos, solo en una de las modalidades de cobros autorizados a las Entidades Promotoras de Salud, el gobierno estima que el hueco fiscal generado por este fenómeno asciende a varios billones de pesos al año, y lo peor con la complacencia de funcionarios públicos del Ministerio de la Protección Social y el Fosyga y empleados de las EPS.

Es pertinente entonces, que nuestro país analice de fondo los aportes de entidades internacionales que tienen experiencia en la implementación exitosa de políticas públicas en Salud, como una referencia sobre la situación que han enfrentado algunos países de similares complejidades a la de Colombia, a pesar que internacionalmente se reconozcan los avances que ha tenido Colombia sobre número de afiliados al Sistema.



# CONCLUSIONES

---

1. Si bien la formulación de Políticas Públicas en Salud ha respetado a lineamientos conceptuales definidos históricamente, la identificación de necesidades y la posterior implementación han sido permeadas por los intereses corruptos de algunos actores del sistema como son las Entidades Promotoras de Salud.
2. A pesar de la consagración y promulgación de Derechos contenidos en la Constitución Nacional, el Estado Colombiano ha demostrado su incapacidad para garantizar el pleno acceso a la Salud, situación que ha causado la muerte a miles tal vez millones de Colombianos, sin que se vislumbre en el corto o mediano plazo una solución definitiva a esta problemática.
3. Los recursos destinados para la financiación del Sistema de Salud en Colombia, son suficientes si se administran bajo los principios rectores de la administración pública como son Transparencia, eficacia, economía, celeridad, por lo que es preciso que el Gobierno Nacional fortalezca las competencias y campo de acción de los organismos de vigilancia y control.
4. La corrupción de los funcionarios públicos y los prestadores de Salud le han drenado más del 35% del total de recursos asignados a la Salud de los colombianos.
5. Es preciso que en Colombia, se fortalezcan las condenas para aquellas personas que atentan contra los recursos públicos, sobre para los destinados a garantizar Derechos reconocidos por la Constitución Nacional.

# BIBLIOGRAFIA

---

Constitución Política de 1991. TITULO I De los Principios Fundamentales.  
Artículo 1.

Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral”

Pallares Frances. (1988). “Políticas Públicas en Acción ”

Consejo de evaluación científico Frances (1991) “Evaluación Políticas Públicas”

Wayne Parsons, (2007) “Reseña de Políticas Públicas”

Howlett y Ramesh (1995) “Análisis del Presupuesto Participativo bajo el enfoque de las Políticas Públicas”

Fallo de la tutela No. 760 de 2008