

CORRUPCIÓN Y FALLAS EN LA REGULACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

ALBERTO TARAZONA ANGEL



ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA

Bogotá, D.C., julio de 2013

**CORRUPCIÓN Y FALLAS EN LA REGULACIÓN DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA**

ALBERTO TARAZONA ANGEL

**TRABAJO PRESENTADO A:
FANETH SERRANO LEDESMA**



ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA

Bogotá, D.C., julio de 2013

1. INTRODUCCIÓN

El presente ensayo tiene como finalidad hacer un análisis de los principales vacíos normativos que presenta el Sistema General de Seguridad Social en salud en Colombia desde las bases que le dan su fundamento. Quiero dejar en evidencia la vulnerabilidad del principio fundamental de la constitución política de Colombia y cómo la falta de humanización hacen que el sistema de salud actual se encuentre en crisis.

Al mismo tiempo y sin ningún tipo de pretensión, quiero dejar plasmado mi pensamiento de cómo podría ser un modelo en pocos pasos de un Sistema de Seguridad Social en Salud.

Es de conocimiento público que la falta de una adecuada regulación y fragilidad de los organismos de control y vigilancia en el área de la salud permiten que el gran número de intermediarios que participan en la administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS) tengan la oportunidad de hacer una inadecuada utilización de los recursos públicos. Llegando a ser no una solución al problema de la atención de la salud, sino un problema más de salud.

Para evitar y terminar con lo que se ha denominado la peor crisis de la salud, es necesario implementar los mecanismos de control necesarios que le permita al estado regular de una forma eficiente el SGSSS creando un modelo de salud que garantice la prestación del servicio de salud a todos los colombianos de forma oportuna de carácter humanitario sin que se convierta en un negocio más pero que sea viable económicamente

CAPITULO I

SOBRE LA LEY 100

Es de conocimiento público que la falta de una adecuada regulación y fragilidad de los organismos de control y vigilancia en el área de la salud permiten que el gran número de intermediarios que participan en la administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS) tengan la oportunidad de hacer una inadecuada utilización de los recursos públicos. Se convierte esta situación no en una solución al problema de la atención de la salud, sino en un problema más de salud.

Los artículos 44 y 48 de la constitución política de Colombia consagran el Derecho a la Salud como uno de los Derechos Fundamentales de los colombianos; esta premisa adoptada hace mas de 20 años obliga tanto al gobierno de este país como a la Sociedad, a brindar a todos los ciudadanos, sin distinción, una seguridad social Adecuada

Para evitar y terminar con lo que se ha denominado la peor crisis de la salud, es el gobierno nacional debe implementar los mecanismos de control necesarios que le permita al estado regular de una forma eficiente el SGSSS. Es preciso crear un modelo de salud que garantice la prestación del servicio de salud a todos los colombianos de forma oportuna de carácter humanitario sin que se convierta en un negocio más. Este debe ser viable

económicamente y que reemplace o modifique lo planteado en la ley 100 de 1993.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993 se pretendió entre otras cosas, transformar el sistema de seguridad social en salud en Colombia; pasó de ser un sistema manejado por el Estado, que brindaba cobertura para aquellos habitantes que poseían un trabajo formal y estaban afiliados al ya extinto Instituto de Seguros Sociales, a darle cabida a la prestación del servicio por parte de operadores privados.

A comienzos de la década de los 90 la cobertura solo era el 17 % de la población; el sistema no contaba con cobertura familiar, o sea que el Seguro sólo cubría al trabajador. Con él hacían excluyentes los servicios de salud a las personas que presentaran alguna preexistencia, es decir que el afiliado debía renunciar a las prestaciones de salud para aquellas enfermedades existentes al momento de afiliarse. El espíritu de esa norma en esta materia, es el de buscar una mayor cobertura en salud para todos los Colombianos, bajo los principios de igualdad, equidad, solidaridad y eficiencia.

La reforma a la salud planteada en Colombia a comienzos de la década de los 90, estaba dirigida en tres direcciones: dar fin al monopolio del Gobierno sobre la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado, al brindarle el derecho de elegir la entidad que les preste el servicio de salud. Consolidarse con la presencia del sector privado mediante la creación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS). Brinda aseguramiento a la población pobre del país con la creación del sector subsidiado

La Ley 100 de 1993 establece una normatividad nueva sobre Seguridad Social para los Colombianos, haciendo énfasis en:

(...) El Sistema General de Pensiones en el Libro Primero, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto(...).

En el desarrollo de este escrito se hará un análisis muy general de la Ley 100 en lo relacionado exclusivamente con lo tratado en su libro número dos, el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los principios generales de la Ley 100, expresados en el Capítulo 1, Artículo 2, establecen “el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación” Además, en el Artículo 153 establece los fundamentos del servicio público de salud, y define que “los patrones rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud son equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad”.

Para lograr estos patrones rectores, se empezaron a manejar entidades privadas como las EPS (Entidades Promotoras de Salud), IPS (Instituciones Prestadoras de salud) y ARP (Administradoras de Riesgos Profesionales) ahora ARL (Administradoras de Riesgos laborales); con esto se pretendía mayor eficiencia en estas entidades mejoraría la atención a los pacientes y la calidad pues al ser privado no se presentaría problemas como la corrupción que tanto debilitaron el sistema de salud en el país.

Al analizar no muy profundamente los patrones rectores que fundamentan el servicio de salud pública en Colombia, nos damos cuenta que desde sus cimientos, de la ley 100 de 1993 presenta serios vacíos en normatividad. A continuación se hace mención y reflexión de los patrones rectores del sistema:

Equidad: El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.

Como primera medida se establece la “equidad”. Las desigualdades e inequidades sanitarias entre los distintos grupos sociales son notables en Colombia y requieren especial atención, pues surgen de las diferencias en las oportunidades que tienen las personas para alcanzar un desarrollo social y personal integral.

Desde mi punto de vista el modelo de salud vigente en Colombia no es para nada equitativo; las brechas existentes tanto sociales como económicas se ven reflejadas en la prestación de los servicios de salud, si tenemos en cuenta que fue el mismo Estado el que estableció que los servicios incluidos en el POS (Plan obligatorio de Salud) no es el mismo para el régimen contributivo que para el subsidiado. Esto sumado con las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud originadas exclusivamente por las Entidades promotoras de Salud hacen el sistema menos equitativo.

El trabajo que a desarrollarse debe estar dirigido a la cobertura de la prestación de los servicios de salud de los grupos minoritarios y no estacionales. Esto es refiriéndose a los grupos de las comunidades como es el caso de la comunidad LGBT, comunidades indígenas, comunidades afro descendiente, el alto número de personas reinsertadas de los grupos armados, comunidades de artistas y desplazados. En la actualidad son los grupos poblacionales más discriminados.

Obligatoriedad: La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

En este principio siguen presentándose los mismos vacíos observados en el principio rector de equidad, sobre todo en el tema de inclusión de los diferentes grupos minoritarios. Creo que el Estado ha realizado un muy buen trabajo al incrementar los índices de personas cubiertas por el (SGSSS). Bien sea desde el aseguramiento obligatorio de los empleados al régimen contributivo de salud, como la cobertura del servicio a los afiliados del régimen subsidiado y vinculados al Sistema.

Unos de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son: el de regular el servicio público esencial de salud y de crear las condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención. La afiliación al (SGSSS) se puede hacer a través del régimen contributivo, del subsidiado y otros lo hacen en forma temporal como participantes vinculados. Con esto el Estado trata de cumplir con el principio de obligatoriedad de afiliar a todos los habitantes al sistema de salud.

Los afiliados al Sistema, mediante el Régimen Contributivo son las personas vinculadas laboralmente a través de un contrato de trabajo, funcionarios públicos, privados, pensionados o jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago. Según el tipo de vinculación laboral, los afiliados a este régimen están obligados a realizar el pago un aporte total o parcial al Sistema. Sí es trabajador bajo la modalidad de contrato de trabajo el aporte es el 4% de su ingreso básico y sí es independiente el aporte es del 12%.

Con la aparición del SGSSS aparecen las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Su función básica es la de organizar y garantizar de forma directa o indirecta a través de las IPS públicas o privadas, la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a los afiliados y a su núcleo familiar, brindar mayor cobertura y el pago de prestaciones económicas por enfermedades generales o comunes.

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son aquellas personas más pobres y vulnerables del país en las áreas rural y urbana. Las afiliaciones se realizan a través de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) y la cotización al sistema se hace de acuerdo a la clasificación alcanzada a través de la encuesta del SISBEN. La atención de salud es prestada bajo la modalidad de contratos de Capitación o Evento por las IPS públicas y privadas con las que se tenga contrato.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de la atención de salud que prestan las Estado. La prestación del servicio de salud a este grupo de participantes se debe de manera obligatoria por cualquier IPS pública o privada con cargo a la secretaria de salud correspondiente.

Debido a que cada régimen tiene una forma diferente de financiación, los planes obligatorios de salud (POS) de cada uno es distinto, con diferentes coberturas, prestaciones y diversidad de corrupción.

Por una parte los afiliados al régimen contributivo le pagan a su EPS, que cubre casi todas las enfermedades y problema. Ésta actúa como intermediaria, ingresa el dinero en una cuenta del FOSYGA, (entidad adscrita

al Ministerio de Salud), que tras descontar una parte para licencias de maternidad, accidentes y otras eventualidades les devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado (Unidad de Pago por Capitación, cuya cuantía se fija anualmente). En este punto se producen importantes desvíos de fondos que suponen en la práctica una capitalización de estas empresas.

En el subsidiado se deja fuera un gran número de patologías. Tampoco tienen flexibilidad para hacer frente a las diferencias regionales. Los intermediarios son las EPS-S, que reciben fondos de las diferentes fuentes de financiación establecidas para su funcionamiento: la mencionada cuenta del FOSYGA, la financiación con recursos propios de los municipios y el sistema general de participaciones. Todas estas fuentes son foco de corrupción, clientelismo y desvío de fondos, (las regalías se pierden, los recursos de los municipios se despilfarran, etc.)

Por otra parte, los hospitales, centros de salud, etc. que de acuerdo a este sistema funcionan por demanda no disponen de un presupuesto previo sino que las les pagan cuando prestan los servicios y los facturan (normalmente con bastante retraso, en ocasiones incluso de 1 ó 2 años). Por eso, las IPS tratan de evitar la atención a personas pobres que no puedan garantizar el pago, por lo que los vinculados quedan por fuera del sistema (o se les atiende previo pago del servicio).

El paciente se convierte en cliente y los centros de salud no tienen presupuesto para comprar medicamentos ni pagar salarios, cirugía, etc. Además, los afiliados al contributivo pueden ir a cualquier IPS pública o privada, mientras los del subsidiado sólo pueden acudir a los antiguos hospitales públicos.

En ocasiones, debido a los problemas de financiación que tienen las IPS gracias a este incumplimiento del pago por parte de las EPS Y EPS-S, sin hacer distinción alguna, las IPS colocan barreras de acceso que impiden que la atención del usuario se preste de una forma oportuna y eficiente. Y mientras los usuarios encuentran donde los pueden atender (aún si están afiliados a cualquier régimen en muchos casos) empiezan una carrera contra reloj denominado “paseo de la muerte” donde entra en juego la vida de las personas.

La salud resulta del bienestar individual y de la población, así como de unas óptimas condiciones de vida (biológicas, sociales, económicas y políticas), es decir, de una vida con calidad.

Protección Integral: El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

En cuanto al principio de protección integral, la educación para la salud es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. En este sentido es importante resaltar los enormes esfuerzos realizados por el Estado

La participación del Estado – comunidad es esencial para sostener la acción en materia de promoción y educación para de la salud. De este modo, lo que produce salud son las buenas condiciones de vida. Se puede concretar en que si hay bienestar y riqueza habrá salud, y si hay malestar o pobreza, habrá enfermedad.

Libre Escogencia: El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.

Sobre la libre elección: “en virtud del cual se establece como obligación de las EPS definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y su grupo familiar, a las instituciones prestadoras con las cuales hayan establecido convenios sea en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional”

Al parecer deja de ser tan cierto ya que se ha demostrado que desde las mismas EPS, no solo al colocar trabas para la libre movilidad están violando el derecho a la libre elección. También lo hace al no permitir escoger la institución Prestadora de Salud que más le conviene al afiliado en el entendido que con dicha prerrogativa se busca preservar la vida y la salud del afiliado en condiciones dignas y justas. Así como lo garantiza el mismo artículo 49 de la Constitución Política al señalar que toda persona tendrá el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Autonomía de Instituciones: Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el Gobierno, personería

jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente Ley.

Al hablar de la autonomía de las instituciones necesariamente tendremos que hablar del poder otorgado a las Entidades Promotoras de Salud que a lo largo de su existencia a tomado la salud no como una función social sino como uno de los negocios más lucrativos y corruptos de los que ha tenido conocimiento. Poder que les ha permitido permear todas más esferas de la sociedad, incluyendo lavado de activos del narcotráfico, el despilfarro y desvió de dineros de la salud a temas privados de los dueños de las EPS

Descentralización Administrativa: La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

En este sentido, el gobierno nacional delegó a las alcaldías y Direcciones Locales de Salud como las encargadas de garantizar los servicios de salud del primer nivel de atención (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S), organizar y financiar los planes de atención básica, seleccionar de forma focalizada a los beneficiarios del régimen subsidiado y ejecutar la contratación con las EPS.S para la prestación de servicios a estos últimos.

El alcalde es el máximo responsable de la salud, junto con la Dirección Local de Salud. Pero los municipios, en muchos casos, tampoco cumplen. Se han dado casos de desvío de los fondos hacia otros fines (se financian campañas electorales, se asignan los subsidios en base al clientelismo o bien se

contrata a personas sin capacitación). A veces, simplemente, el dinero desaparece.

Este mecanismo se ha convertido en un arma de doble filo; por una parte se le está dando autonomía a los gobernantes locales para que adopten un modelo de salud acorde a las necesidades de su región y por otra se le están dando los recursos de asignación nacional y las herramientas de financiación local para que los administre. Pero no ejerce los mecanismos adecuados de control y vigilancia, lo que generalmente se traduce en corrupción.

Participación Social: El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

La participación comunitaria constituye un medio esencial en el ejercicio de la democracia a través de la cual los ciudadanos expresan sus opiniones, deseos o prioridades y se hacen partícipes en la toma de decisiones. En el ámbito de la salud, la participación comunitaria es un derecho de los ciudadanos y usuarios del sistema de salud reconocido y regulado por la ley 1122 de 2007 en su capítulo IV.

(...) Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.(...)

La participación permite que los individuos y las organizaciones ofrezcan apoyo social en materia de salud. Se abordan los conflictos dentro de la comunidad y se adquiere una mayor influencia y control sobre los determinantes de salud de su comunidad. En este contexto, cobra sentido el concepto de empoderamiento para la salud ya que vincula la acción comunitaria dirigida a que los individuos y organizaciones apliquen sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas.

Calidad: El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

El ejercicio de profesionales de la salud, solamente pueden ser prestados por personas con título otorgado por instituciones educativas autorizadas por el Gobierno Nacional. Las profesiones se regulan mediante la existencia de normas que fomentan la actualización de los profesionales y certificaciones de éstas para llegar a habilitarse como tales.

Ahora bien, en cuanto a la calidad, la Ley contempla aspectos de calidad en la prestación de los servicios. Aspectos que hasta ahora algunas entidades de salud han considerado tangencialmente pero que implican inversiones en equipos al obligar a la modernización, sí como a la adecuación de las instalaciones y a la capacitación y educación continúa del personal. Con esto el estado garantiza una prestación del servicio de salud adecuada, digna y de mejor calidad.

Ahora, saliéndonos del análisis de los vacíos que presentan los principios rectores de que fundamentan el Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) nos damos cuenta que la realidad socioeconómica de Colombia ha influido en el fracaso del sistema. Un Sistema diseñado más para las condiciones de un país desarrollado que para uno con altos niveles de desempleo y exclusión.

En él también influyen otros factores como el clientelismo, la corrupción y la compra de votos: dentro del subsidiado se calcula que hay entre 3 y 4 millones de afiliados “colados”, no pobres, que quitan recursos que sí deberían ir destinados a los más pobres. Además, con el complejo proceso de financiación del sistema establecido en la ley, se multiplican los filtros, los “desvíos de dineros” y la corrupción.

Así, los beneficiados del Sistema de salud serán entonces únicamente las personas que tienen capacidad de compra de planes complementarios al POS. Estos podrán exigir mejores condiciones de atención y los profesionales buscarán atender en forma preferencial esta población por el hecho de lograr mejores ingresos a través de estos planes.

Luego de este breve análisis de los aspectos más relevantes que dieron origen y razón de ser a la ley 100 de 2001, queda la sensación que aunque el gobierno nacional trabaja por mejorar las condiciones de salud de los colombianos, le hace falta mucho para lograr el objetivo. Hace falta una reforma estructural que permita eliminar todas las barreras de acceso. Y ¿Por qué no? Cambiar a un modelo de seguridad social en salud que brinde más garantías, sea incluyente y no clientelista.

CAPITULO II

PROPOSICIÓN DE UN NUEVO MOLELO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Para poder hacer una propuesta de un nuevo modelo de SGSSS, se debe tener en cuenta que hay tres problemas centrales en el sistema de salud: el primero se refiere a la baja cobertura del régimen contributivo, ligada al entorno económico vigente que no permite expandir el empleo formal asalariado, sino que por el contrario lo precariza e impone deterioro salarial a los trabajadores.

Como ejemplo de lo anterior, se puede citar al trabajador independiente que presta sus servicios profesionales mediante la modalidad de Prestación de Servicios en varias empresas (un medico, un docente, etc.). Esta condición no solo lo obliga a cotizar el 100% del valor del aporte a salud, sino que también lo obliga a hacerlo por cada uno de los contratos. Responsabilidad que por lo general termina evadiendo por considerarlo como un detrimento a sus finanzas personales.

El segundo hace referencia a la financiación del sistema. En la actualidad aún persisten problemas tanto estructurales como coyunturales que afectan y ponen en riesgo las finanzas del sistema de salud. Ya que Los recursos para salud se fijan en el conjunto de prioridades asignadas al presupuesto, estos se ven afectados por una serie de decisiones de tinte político que los ponen a competir con otros componentes importante del gasto estatal es el destinado al conflicto armado y el sostenimiento del orden público.

Además de las restricciones presupuestales de política económica, el flujo de recursos en el caso del Régimen Subsidiado impacta la prestación y calidad de los servicios de salud. Aunque En la actualidad El Ministerio de Salud se puso al frente de los pagos que se debían hacer a las EPS para que estas a su vez le realizaran los giros a las IPS. Son los mismos municipios que al no girar oportunamente los recursos que les corresponde, ponen en riesgo la sostenibilidad financiera que requieren especialmente la red de hospitales públicos.

Por ejemplo: la deuda morosa en el Hospital Federico Lleras ascendía a 92.000 millones; en el Hospital Universitario Fernando Troconis, de Santa Marta, a 28.000 millones; en Bogotá, ocho EPS le debían a la red pública 250.000 millones, el 60 por ciento con cartera morosa de más de 365 días. Según ACESI, el monto de la deuda pública del Régimen Contributivo con las instituciones agrupadas en este gremio era de 380.000 millones (El Tiempo, edición del 7 de agosto de 2011). Una dificultad del sistema es la falta de liquidez de los hospitales públicos. La cartera total de las IPS ascendió a 3,5 billones de pesos, con un crecimiento promedio del 9 por ciento en el lapso 2008-2011.

Con relación al tercer determinante, Clientelización, corrupción y regulación del sistema se enumeran los escándalos de corrupción en el sistema de salud. Por una parte, los recobros al Fosyga por parte de las EPS Y EPS-S de servicios medico y medicamentos POS sobre facturados y recobrados como NO POS. La manipulación de la información por parte de las EPS para fijar el valor de la UPC que sirvió a la postre para un enriquecimiento ilícito, a costa de la salud de la gente por parte de algunas aseguradoras.

De igual manera a lo largo de estas dos últimas décadas se han logrado evidenciar casos de corrupción en todas las esferas de la sociedad que

atentan directamente con la sostenibilidad del sistema de salud. Alcaldes, Gobernadores, Senadores, EPS, IPS, etc., son los principales involucrados en estos escándalos de corrupción. Escándalos que han llevado al cierre de varias EPS, otras en proceso de liquidación y miles de colombianos en la incertidumbre.

Como resultado de estos tres determinantes, el SGSSS se encuentra en crisis y no saldrá de allí sino reformula o se adopta un nuevo modelo de salud. Que este acorde a la realidad social, económica, política, demográfica y geográfica de nuestro país.

Para mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS) el gobierno nacional debe centrar su atención a los requerimientos propios de las condiciones tanto demográficas como geográficas del país. Cada nación cuenta con diferentes soluciones a las necesidades básicas en salud y estas no pueden ser un modelo estándar que se pueda adoptar e implementar en todo los países. Ni siquiera las soluciones implementadas por los países vecinos más cercanos se pueden servir de modelo para basar nuestro sistema de salud.

Ahora bien, como no es posible que ningún país del mundo esté en capacidad de sostener planes ilimitados de salud para toda su población. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, además de garantizar una juiciosa y periódica actualización técnica del POS. Deberá diseñar mecanismos adicionales para permitir el acceso justo, equitativo y coherente a las prestaciones que han de quedar por fuera del plan de beneficios en centros especializados que funcionen ceñidos a la normatividad vigente.

El modelo que propongo es un sistema de salud que elimine todas las barreras de acceso en la prestación del servicio de salud. Para esto se deben reducir o eliminar las EPS para facilitar la vigilancia y control de las del sistema. De esta forma se evita la proliferación de la corrupción ya que aquí donde es donde se presenta el mayor foco de oportunidades que se genere.

Por consiguiente, el gobierno nacional estará encargado de la elaboración y normalización de guías de manejo en la atención en salud. Puesto que debe estar acorde a la evidencia científica actual y acoplada a la epidemiología de nuestro país. Actualización y nivelar progresiva del plan de beneficios, con la participación de todos los actores del sector que permita el fortalecimiento de canales de participación ciudadana en el sector, como por ejemplo las convocatorias regionales para participación de la población en información y modificaciones al sistema.

Creo que debe quitársele la administración de los recursos económicos al sector privado delegándole funciones puramente administrativas de afiliación, y de organización de las redes prestadoras de salud. Estas deben tener cobertura local y regional y mucho menos nacional, como se está presentando actualmente. Se deben mantener las mismas fuentes de financiación pero con una mayor regulación y el pago a las prestadoras de salud debe estar a cargo del Ministerio de Salud mediante el giro directo.

Al mismo tiempo se debe haber una armonización de las políticas económicas con el sector salud, a fin de buscar el equilibrio entre los afiliados al régimen contributivo y subsidiado que ayudaría al saneamiento financiero del sistema. Cerrando de esta manera las brechas de desigualdad, inequidad, ampliando la cobertura tanto regional como generacional.

No se debe dejar de lado el tema del fortalecimiento de la vigilancia, control y regulación de los actores, en búsqueda de la transparencia, el adecuado flujo de información dentro del sistema y una importante participación ciudadana. Con este fortalecimiento se le cierran las puertas a todas las oportunidades para la corrupción. Siendo así, este se consolidaría como un sistema auto sostenible, más justo y digno para todos los colombianos.

GLOSARIO

Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud: se aplica a las personas que se afilian mediante pago de una cotización previa, la cual es financiada directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Régimen Subsidiado: se aplicará a aquellas personas (y su núcleo familiar) sin capacidad de pago, que se afilien a través de una Unidad de Pago por Capitación, UPC, subsidiada total o parcialmente con recursos del Estado.

Vinculados: serán vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, transitoriamente, las personas que no tienen capacidad de pago y pertenecen al estrato 1, 2, ó 3, mientras logran ser afiliadas al régimen subsidiado.

SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios, de responsabilidad municipal; es una encuesta que clasifica a las familias según una serie de parámetros en seis niveles. Las personas incluidas en los niveles 1 y 2 serían los beneficiarios del régimen subsidiado, y a partir del nivel 3 del régimen contributivo.

POS: Plan Obligatorio de Salud, paquete de servicios básicos de salud al que tienen derecho las personas afiliadas al régimen contributivo.

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, para los afiliados a dicho régimen.

EPS: Empresas Promotoras de Salud que actúan como intermediarias entre los pacientes del régimen contributivo y las instituciones que prestan servicios de salud.

EPS-S: Empresas Promotoras de Salud que actúan como intermediarias entre los pacientes del régimen contributivo y las instituciones que prestan servicios de salud.

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; son los centros de salud, hospitales, consultorios, etc., que ofrecen dichos servicios.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

UPC: Unidad de Pago por Capitación, es un valor que se reconoce y revisa anualmente por afiliado a las EPS y da derecho a un paquete básico de servicios de salud.

CONCLUSIONES

- Hay que reconocer que el Sistema General de Seguridad Social en Salud instituido por la ley 100, no ha podido resolver sus vacios normativos que aún persisten. Problemas tanto estructurales como coyunturales que afectan y amenazan la adecuada prestación del servicio de salud y las finanzas del sector de la salud. Es un sistema que cada día es más inoperante, corrupto y decadente.
- Para mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, el gobierno nacional debe centrar su atención a los requerimientos propios de las condiciones tanto demográficas como geográficas del país. Identificando las diferentes necesidades básicas en salud, darles solución y establecer un sistema que sea integro, equitativo, universal y obligatorio que este bajo su administración, vigilancia y control. Consolidándolo como un sistema auto sostenible, más justo y digno para todos los colombianos.

BIBLIOGRAFIA Y CIBERGRAFIA

1. Bitácora. Cifras Presupuestales 2000-2012
2. Constitución Política De Colombia 1991
3. El Tiempo, edición del 7 de agosto de 2011
4. Ley 100 de 1993
5. Ley 725 del 2001
6. Ley 1122 De 2007
7. <http://www.encolombia.com/medicima>
8. <http://www.asivamosensalud.org>
9. <http://www.eldiplo.info/portal/index.php/component/k2/item/227-colombia-la-crisis-del-sistema-de-salud>
10. <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
11. <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
12. <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/supersalud.pdf>