

# LA SALUD DE LA SALUD



NELSON JAVIER DUARTE BUITRAGO  
JOHANA QUIJANO CORTES

Directora  
Dra. LUZ MERY GUEVARA

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO  
BOGOTÁ D.C.

2012

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA	1
CONTEXTO DE LA LEY 100 DE 1993	3
REGÍMENES DEL SISTEMA	6
¿POR QUÉ LA SALUD ES UN NEGOCIO?	9
CONCLUSIÓN	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Las 100 empresas más grandes de Colombia: periodo 2007-2008	12

## INTRODUCCIÓN

*“Art. 1.- Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía en sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.*

*Constitución Política de 1991”*

Interesante el precepto constitucional contenido en este primer artículo de nuestra *Carta Magna*, por decir lo menos y, sin tener en cuenta el preámbulo de la misma; de ahí que sea difícil de entender el que haya críticas, bueno, más que críticas, quejas al sistema de salud que impera en este país; este país otrora denominado por algunos del sagrado corazón, aunque la verdad sea dicha, es precisamente al Creador a quien se debe encomendar todo aquel que padezca el más mínimo asomo de malestar o detrimento en su salud. No podemos seguir endilgándole a la ley 100 de 1993 y, genéricamente, a las políticas neoliberales, esta problemática sin ver que la base de sustentación está en la Constitución Política de 1991, la que precedida por leyes de descentralización administrativa desde 1986, empezaba a dar vía libre al proceso de apertura económica consolidada en 1992. Este proceso cuyo propósito era privatizar el patrimonio de los colombianos para entregarlo al capital transnacional, en el que claro, la salud no podía estar ajena al proceso. Quizá por esto, como todo buen padre da obsequios sus hijos en la noche de Navidad, nuestros padres de la patria, tradúzcase legisladores, expedirían el 23 de diciembre de 1993 la Ley 100, *por la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.*

Si bien en el ensayo se contextualizan aspectos generales sobre el sistema organizado por Ley 100 de 1993, el cual comprende la oferta de

servicios de salud así como el manejo de pensiones, por entidades privadas principalmente, pagados en su gran mayoría con aportes de los trabajadores y por el Estado, su objetivo es evidenciar que la Ley 100 de 1993 se ha convertido en un negocio financiero, un negocio lucrativo para las EPS a costa de la salud de los colombianos, los cuales para poder acceder al servicio deben, ante todo, pagar sus aportes de manera oportuna, después de lo cual deben destinar todos sus esfuerzos a no enfermarse.

El problema quizá no está en la creación del sistema en sí mismo, sino, en esas otras disposiciones que han venido regulando la prestación del servicio de salud, al punto de volverlo uno de los más llamativos y lucrativos negocios cuando de desarrollar el preámbulo de la Ley 100 de 1993, se trata; tan llamativo que miembros de la familia del ponente de la Ley son de los mayores accionistas de una de las Entidades Prestadoras de Salud –EPS- más reconocidas del país, con todo y la problemática que en este momento le acompaña.

Para cumplir nuestro propósito inicialmente haremos un acercamiento al concepto de Estado de Derecho (Mohl, 1932) de la extinta constitución de 1886, según el cual el Estado *se rige por un sistema de leyes e instituciones ordenadas en torno de una constitución, que organiza y fija límites al gobierno y garantiza los derechos de las personas*, esto en lo que hace a fijar límites; para efectos de este documento, a las Entidades Prestadoras de Salud, en contraposición con el Estado Social de Derecho (Tapia, 2008), el cual hace énfasis en las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que este acorde con la *dignidad humana*, sí, la misma dignidad de que trata el artículo 1º de la carta, haciendo que parte del Sistema de Protección Social Integral en Salud junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social, sea una de las herramientas para alcanzar este fin, aunado a preceptos que rescatan para el pueblo derechos como el de tutela, petición, intimidad y libre desarrollo de la personalidad,

derecho a la libre empresa, descentralización con autonomía regional, etc., progresista y democrática; sí, pero estas *conquistas* poco a poco han sido borradas por los sectores que hoy controlan el capital financiero, que es lo mismo que decir los intermediadores privados que controlan el jugoso negocio de la salud.

En este orden de ideas, se estará tratando antecedentes del sistema de Salud en Colombia, conceptos relacionados con contenidos genéricos de la Ley 100 de 1993, como son la creación del Sistema de Seguridad, su composición, los niveles de complejidad, los beneficios y regímenes del Sistema para, finalmente abarcar la tesis de por qué *la salud es un negocio*, y su incidencia en la prestación del servicio y consecuente enriquecimiento, de algunas empresas prestadoras de salud, con la destinación de las utilidades a inversiones de carácter estrictamente personal y no orientadas a fortalecer el sistema, la inoperancia relativa de los organismos competentes para fiscalizar y hacer seguimiento a estas entidades, para finalmente concluir que el sistema sólo ha servido como fuente de enriquecimiento para unos pocos.

## ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA

Bajo el concepto de Estado Social de Derecho, ese que nos rige desde aquel 4 de julio de 1991, que por cosas del destino, coincide con la celebración de independencia de la unión americana, y con aquella famosa frase de “*Bien venidos al futuro*” (Presidencia de la República, 1991), pronunciada por el presidente de entonces, el concepto de Salud Pública, desapareció del futuro, desapareciendo así, casi de manera automática, la obligación del Estado de salvaguardar las fronteras sanitarias de la sociedad; de igual manera debilitó la seguridad nacional al hacer vulnerable a la población colombiana ante riesgos de epidemias, endemias y similares, al igual que aquellas provenientes de otras latitudes, por aquello de la apertura de fronteras, (las que el país abrió no las que nos cerraron), y claro, las relacionadas con las enfermedades laborales o profesionales, los accidentes de trabajo, los accidentes de tránsito, la violencia ciudadana y la protección de la Misión Médica en áreas de conflicto y zonas de desastre. Todos estos aspectos y muchos otros, soportados en el conocimiento científico en cabeza de los profesionales idóneos para planificar programas de salud pública y desarrollarlos con criterio científico-humanista que buscaban el provecho social y no el criterio político-rentista especulativo, para el lucro de entidades privadas.

Es importante tener claro que las políticas en Salud Pública son la herramienta fundamental para prevenir las enfermedades y minimizar su impacto social y económico, con el fin de garantizar y mejorar la productividad de todo un país; mientras que, el tratamiento de las enfermedades es un jugoso negocio para los intermediarios privados. Según el informe Overall Health System Attainment in all Member States, de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2000 entre 191 países, Colombia ocupaba el puesto 41 por

el desempeño del Sistema de Salud, lo cual evidencia que el sistema tiene bondad.

A grandes rasgos el sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas: La primera se da tras la promulgación de la Constitución de 1886, hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado «modelo higienista». Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud era financiada por los usuarios y por algunas instituciones de caridad. En 1950 se crean la Caja Nacional de Previsión encargada de atender la salud de los empleados públicos y, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales -después ISS- que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal (Africano, Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo colombiano, 2006).

La segunda etapa, abarca la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud que manejó el esquema de «subsidios a la oferta». Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país, lo cual no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.

La tercera y última etapa se inicia en 1990 con la expedición de la Ley 10 y se prolongó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991 (Africano, Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2006).



## **CONTEXTO DE LA LEY 100 DE 1993**

No se pretende hacer un estudio de la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993), la cual reglamenta el Sistema de Seguridad Social Integral, es, simplemente, referenciar algunos aspectos que permiten conocer algunas de las bondades del sistema, regulado por el Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social por mandato constitucional y delegado en parte al sector privado, según lo contempla el artículo 48 de la Constitución, debiéndose prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, orientada a evitar el monopolio del Estado sobre la salud y permitir la libre empresa y la competencia al incorporar al sistema Empresas Prestadoras de Salud –EPS. La creación de subsidios para la población con menores ingresos. Además, la ley contempla, en la prestación del servicio, la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad, tal como lo contempla el artículo 153 de la ley.

### **Algunas de las modificaciones a la Ley 100 de 1994,**

La **Ley 1122 de 2007** (Congreso de la República, 2007): cuyo objetivo según se señala en su artículo primero fue: "...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud."

De igual manera, la **Ley 1438 de 2011** (Congreso de la República, 2011): según lo señala su artículo primero: " ...tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera."

Como es claro, el fin primordial de las reformas instauradas a través de las leyes 1122/07 y 1438/11 es el de realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, soportado en el mejoramiento en la prestación de los servicios y, buscando la sostenibilidad financiera del sistema. Esta sostenibilidad va dirigida a hacer un uso racional de los recursos, pero claro, haciendo énfasis en el acceso a los servicios y en el tratamiento de enfermedades consideradas de alto costo. Esta sostenibilidad financiera a las claras sigue favoreciendo a las EPS, lo cual se evidencia, por ejemplo, para el caso de la ley 1122 de 2007, en haber retirado del proyecto de ley, la prohibición de la integración vertical de las EPS; esto es, realizar negocios con sus propios proveedores, para evitar que los recursos pasen de un bolsillo al otro y así aumenten sus ganancias, tal como acontece con el Grupo SaludCoop; esto aunado a la universalización y la unificación de planes que van de junio de 2013 a julio de 2014. Todo en función de la sostenibilidad financiera del sistema, respaldada además, en el aumento de los impuestos a la venta de cerveza, licores, cigarrillos y juegos de azar; más unos pocos de regalías, armas, municiones y explosivos, que seguirán siendo insuficientes ante los sobrecostos de un mercado difícil de controlar.

El sistema en salud está compuesto básicamente por tres entes el *Estado* que actúa como ente de coordinación, dirección y control por medio de sus organismos; Los *aseguradores*, EPS-ARP, son las empresas promotoras de salud que actúan como intermediarios y administradores de los recursos que provee el Estado en forma de prima; y, las *instituciones prestadoras de salud* – IPS- que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad (médicos, enfermeras/os, etc) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias). (Congreso de la República, 1993)

A su vez el sistema contempla tres niveles de complejidad para la prestación del servicio (Congreso de la República, 1993):

- a) *Baja complejidad*: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.
- b) *Mediana complejidad*: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.
- c) *Alta complejidad*: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología,

nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal, prestan servicios en el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

Los beneficios del Sistema se encuentran circunscritos dentro de: el plan de atención básica, denominado posteriormente *Plan Nacional de Salud Pública*; Plan Obligatorio de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado; planes adicionales de salud; seguro obligatorio de accidentes de tránsito -SOAT-; cobertura de riesgos profesionales; atención de eventos catastróficos; y otros planes de cobertura provistos a la población víctima de desplazamiento forzado y la población internada en establecimientos carcelarios que usualmente son suplementarios al POS. Aquí también se deben considerar las acciones de atención con tecnología en salud no cubierta por el POS y la atención de personas no afiliadas a un régimen de seguridad social en salud, que son provistas en la red pública a cargo de las entidades territoriales (distritos, departamentos y municipios) y financiadas con los denominados recursos de subsidio a la demanda.

## REGÍMENES DEL SISTEMA

Existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el solidario (Congreso de la República, 1993).

- a) **Régimen contributivo:** es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley

para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley 100, todos deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones. El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización, porcentaje que asume en su totalidad los trabajadores independientes, y en caso de los empleados éste asume el 4% y el empleador el 8,5%,

Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir los beneficios del POS, un subsidio en dinero, en caso de incapacidad por enfermedad y un subsidio en dinero, en caso de licencia de maternidad.

- b) **Régimen subsidiado:** destinado a la población en estado de vulnerabilidad, sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos; es decir, a quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes). Al ingresan al régimen, reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez se nutre con una contribución de 1.5 puntos de lo cotizado por los regímenes especiales y de excepción y hasta 1.5 puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo, y de aportes de la nación. Ingresan al régimen quienes son seleccionados por cada uno de los municipios o distritos, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, como recién nacidos, menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del ICBF, población del área rural y del área urbana de bajos recursos y población indígena a partir de la información de la base consolidada y certificada por el Departamento Nacional de

planeación (DNP) y los otros instrumentos de focalización que utiliza el respectivo programa, mediante la aplicación de la encuesta SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios a Programas Sociales).

- c) **Población vinculada:** refiere a aquellas personas a quienes se les ha realizado la encuesta SISBEN pero que aún no han obtenido un cupo para pertenecer al régimen subsidiado y tiene prelación para ser atendidos en la red pública de servicios de salud.

El SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios a Programas Sociales) es una herramienta que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular, ubicándolo en niveles 1 y 3 para acceder a programas de salud, subsidio de empleo, adulto mayor, vivienda, subsidios condicionados, créditos Educativos, desayunos Infantiles, etc.

- d) **Régimen de excepciones:** son los definidos por la Ley 100 de 1993: régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol, así como los servidores públicos de universidades públicas, todos los cuales tiene sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones que sólo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

## ***¿POR QUÉ LA SALUD ES UN NEGOCIO?***

Habría que volver a la Carta Política, la cual en su artículo 48 dice: *“La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantizará a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la **seguridad social.**”*

Aquí es válido preguntarse: ¿Se puede renunciar a algo que no se tiene?

Y continúa diciendo: *“El Estado, con la participación de los particulares, **ampliara progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprendera la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.** La seguridad social podra ser prestada por entidades públicas o **privadas**, de conformidad con la ley.”*

Interesante, las entidades públicas, hospitales y clínicas, y alguna que otra privada, al borde de la quiebra por el no pago que deben hacer las EPS por la utilización de los servicios hospitalarios, dejando a un lado el concepto de eficiencia; bueno, hay que darles crédito, han apropiado el concepto de eficiencia desde el punto de vista empresarial convirtiendo los servicios de salud en una mercancía y a sus usuarios en clientes, una verdadera optimización de variables para reproducir el capital.

No olvidemos lo que sigue del precitado artículo 48: *“No se podran destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.”*

Casi que sin palabras. Sin embargo para no quedar sin palabras, es pertinente hacer una breve reseña histórica de una de esas EPS que se constituyeron con el fin de, tres años después, darles la *bienvenida al futuro* a todos aquellos habitantes de los municipios apartados y zonas rurales, *donde las grandes empresas de salud no querían llegar.*

Según SaludCoop-EPS *“En 1994 se constituye Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo, iniciando en 1995 la afiliación formal de usuarios, con una clara estrategia social: hacer presencia en municipios apartados y zonas rurales, donde las grandes empresas de salud no querían llegar. En 1996 inicia una ardua labor de ampliación de cobertura incluyendo ciudades pequeñas y municipios, donde la población requería un apoyo en salud cercano y acorde con sus expectativas. Es así como en 1998 se inaugura la primera clínica Saludcoop de alta complejidad en Bogotá, con la cual la EPS inicia el desarrollo de proyectos similares en las principales ciudades del país, en alianza con prestigiosas instituciones. Fruto de esta ardua tarea, hay en servicio 36 clínicas al servicio, en las principales ciudades del país.”*  
(2012)

Hasta aquí todo dentro de lo normal, aunque... en un país en los que unos pocos imponen la cultura de la corrupción y la falta de respeto por los principios y valores tradicionalmente imperantes, pero si, digamos que dentro de lo normal, para no herir lo que algunos dan en llamar susceptibilidades.

Esta misma organización afirma que: *“En el año 2000 Saludcoop incursiona en el campo de la educación, al adquirir el Gimnasio Los Pinos con el ánimo de convertirlo en uno de los primeros colegios del país, tanto en su tecnología y recursos*



*académicos, como en su formación humanística, el cual ofrece un conservatorio único en Latinoamérica, aulas inteligentes, biblioteca virtual, software académico 100 por ciento multimedia e interactivo, enseñanza del inglés como segunda lengua, y formación deportiva para la alta competencia.” (SaludCoop-EPS).*


Y la joya de la corona el Resort Villa Valeria, en el cual tienen participación personalidades de la vida nacional, entre ellos el actual fiscal General de la Nación y, el gobernador del Meta Darío Vásquez Sánchez, quien construyó la carretera para proteger la inversión privada hecha por Saludcoop y la de su familia (Noticias Uno, 2011). Es claro que la inversión en el Resort no se hizo con dineros públicos, pero ¿y la carretera?

Para ir aclarando el por qué la *salud es un negocio*, hay que tener en cuenta algunos datos como el hecho de que para el 2008, en medio de la crisis económica que se vivía, entre las 100 más grandes empresas del país se encontraban seis EPS, superando ampliamente y en corto tiempo, a organizaciones empresariales con más de 100 años de vigencia, Saludcoop, Coomeva, Salud Total, Famisanar, Susalud y EPS Sánitas (Quintero, 2012). (Ver tabla 1.)

Retomando el caso Saludcoop, como grupo asociativo empresarial, valga aclarar; *¡Cooperativo!* concentra aproximadamente el 25% del negocio del aseguramiento en salud; esto a través de todo un holding empresarial con negocios de su propia red de servicios directos e indirectos entre los que se cuentan ópticas, lavandería, alimentación, apoyo diagnóstico, transporte, medicamentos y material quirúrgico, además de hotelería, entre otros (Resort Villa Valeria). En su oferta de servicios supera los \$3 billones, habiendo incrementado su patrimonio en 176 veces en 16 años, siendo además, una de las mayor empleadoras del país, ubicándose en el no despreciable puesto 18,

entre las 100 empresas más importantes de Colombia para el año 2008 (Revista Semana, 2009), Figura 1. Para el 9 de septiembre de 2009, un estudio de The Boston Consulting Group (BCG) señala que solamente cinco empresas colombianas figuran entre las 100 más grandes de Latinoamérica. Son ellas Avianca, Cementos Argos, Grupo Nacional de Chocolates (GNC), Organización Terpel y Saludcoop (Nullvalue, 2009).

Tabla 1. Las 100 empresas más grandes de Colombia: periodo 2007-2008.

							
PUESTO 2008	PUESTO 2007	EMPRESA	SECTOR	VENTAS 2008	VARIACIÓN VENTAS (%)	UTILIDAD OPERACIONAL 2008	VARIACIÓN UTILIDAD OPERACIONAL(%)
1	1	ECOPETROL (1)	PETRÓLEO Y GAS	33.896.669	51,8	12.418.368	41,3
2	2	ALMACENES ÉXITO (2)	COMERCIO AL POR MENOR	7.124.974	4,5	265.886	0,3
3	3	ORGANIZACIÓN TERPEL (3)	COMBUSTIBLES	6.355.623	16,0	222.195	34,2
4	4	COMCEL	TELECOMUNICACIONES	5.810.676	5,2	1.774.845	22,9
5	n.d.	REFINERÍA DE CARTAGENA	PETRÓLEO Y GAS	5.582.905	n.a.	-6.293	n.a.
6	22	CARBONES DEL CERREJÓN LIMITED (4)	CARBÓN	5.329.849	73,9	1.955.352	124,4
7	6	EXXONMOBIL	COMBUSTIBLES	5.328.936	7,0	89.565	39,2
8	5	BAVARIA (5)	BEBIDAS	5.228.390	4,3	1.453.289	12,3
9	7	TELFÓNICA COLOMBIA (6)	TELECOMUNICACIONES	4.306.757	2,4	131.767	9,1
10	10	GRUPO NACIONAL DE CHOCOLATES (7)	ALIMENTOS	4.009.727	16,2	465.886	7,6
11	11	EEPPM (8)	SERVICIOS PÚBLICOS	3.810.210	21,0	1.355.944	25,9
12	9	CEMENTOS ARGOS (9)	CEMENTO	3.805.007	0,5	254.157	-22,7
13	12	AVIANCA (10)	TRANSPORTE AÉREO	3.699.919	25,3	213.200	-45,6
14	14	CHEVRON PETROLEUM	COMBUSTIBLES	3.205.244	23,0	214.336	73,2
15	13	CARREFOUR	COMERCIO AL POR MENOR	3.169.285	19,0	1.707	-97,4
16	62	ISA (11)	SERVICIOS PÚBLICOS	3.165.041	12,2	1.716.148	33,4
17	18	DRUMMOND	CARBÓN	3.131.399	34,3	232.487	440,2
18	17	SALUDCOOP EPS (12)	SALUD	2.966.884	21,1	120.141	184,4
19	8	GENERAL MOTORS - COLMOTORES	VEHÍCULOS	2.890.535	-25,5	342.723	-42,2
20	19	CODENSA	SERVICIOS PÚBLICOS	2.537.338	16,8	724.238	19,2
21	15	OLÍMPICA (13)	COMERCIO AL POR MENOR	2.447.771	16,5	104.874	21,3
22	20	BP EXPLORATION COMPANY (14)	PETRÓLEO Y GAS	2.192.681	5,1	1.224.663	21,3
23	28	HOCOL	PETRÓLEO Y GAS	2.145.445	51,7	370.980	57,0
24	25	ELECTRICARIBE (15)	SERVICIOS PÚBLICOS	1.822.672	10,9	152.833	135,9
25	24	PETROBRAS (16)	PETRÓLEO Y GAS	1.693.598	4,3	533.128	6,6
26	38	OCCIDENTAL DE COLOMBIA INC.	PETRÓLEO Y GAS	1.650.143	38,3	1.126.141	35,8
27	23	ALKOSTO	COMERCIO	1.616.175	-3,8	-29.854	-382,3
28	40	UNE TELECOMUNICACIONES	TELECOMUNICACIONES	1.603.045	42,0	222.153	-26,8
29	26	POSTORÓN (17)	BEBIDAS	1.598.119	1,2	203.935	-18,0
30	31	COOMEVA EPS (18)	SALUD	1.528.147	15,2	9.149	77,9
31	16	SOFASA	VEHÍCULOS	1.515.672	-38,1	-23.924	-118,9
32	32	EMGESA	SERVICIOS PÚBLICOS	1.510.712	13,9	789.918	21,2
33	27	ETB (19)	TELECOMUNICACIONES	1.483.542	-1,2	216.172	-40,1
34	35	COLSUBSIDIO (20)	CAJAS DE COMPENSACIÓN	1.461.602	17,1	62.730	-7,1
35	34	COLANTA	ALIMENTOS	1.380.036	8,8	10.841	-62,6
36	37	EMCALI (21)	SERVICIOS PÚBLICOS	1.339.718	8,0	-20.547	-192,3

Fuente: Semana, 2009.

Aquí cabe preguntarse, si lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política., donde su objetivo aparente es el beneficio social, ha pasado a convertirse en uno particular, en un oligopolio cuyo objetivo básico financiero es el lucro, la maximización del valor para los accionistas, en el que los agentes económicos se ingenian todo tipo de prácticas non sanctas, barreras de acceso, dilación en flujos de recursos y controles que desbordan las normativas regulatorias, sobrecostos en el recobro de medicamentos y servicios; prácticas que dejan ver a las claras que el paciente, no es la prioridad.

Cambiando de tercio, como en la fiesta brava, aquella que se dejara, para dicha de unos y desgracia de otros, de celebrar en la otrora Atenas suramericana, otro aspecto ligado con el tema del negocio de la salud es el de la industria farmacéutica y la propiedad intelectual; aspectos que con la promulgación de la Ley 100 creara la posibilidad de que más personas tuvieran acceso a medicamentos esenciales, por medio de los genéricos, alentando la industria farmacéutica nacional para su producción. Esta producción no fue directamente proporcional con los mecanismos de control, por lo que la calidad de estos medicamentos no es la ideal, lo que ha facilitado que este renglón se haya constituido en un eficiente y lucrativo negocio para que algunos inescrupulosos laven dólares; permitiendo además, establecer bajísimos precios para competir en el mercado de aprovisionamiento de medicamentos al sistema, con la consecuente afectación para los pacientes, y la pérdida de credibilidad en las medicinas y en el acto médico; así como en la confianza que el sistema debe generar en la población. Además de esto, al momento de adquirir medicamentos impera la subasta inversa (Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, 2005) como factor adicional de deterioro de la calidad del sistema; los fracasos terapéuticos por consumo de drogas de mala calidad prolongan o empeoran la enfermedad y hasta precipitan la muerte de muchos enfermos, y con ella, acusaciones de parte y parte

respecto a calidad y precios, buscando cada una, ganar adeptos que tomen partido por una u otra.

En este aspecto los criterios a defender son: calidad, seguridad y accesibilidad de los medicamentos para todos los habitantes del territorio nacional, posible mediante el establecimiento de un verdadero y poderoso Sistema de Farmacovigilancia y de regulación de precios, con capacidad sancionatoria y condenatoria, tema que el gobierno se ha negado a implantar.

En cuanto a la propiedad intelectual, la política de patentes en Colombia otorga a las compañías farmacéuticas transnacionales el monopolio de elaboración y venta de sus productos durante un tiempo de veinte años y cinco años más para los llamados segundos usos de la misma droga, de acuerdo a los tratados firmados en la Organización Mundial del Comercio, periodo que las transnacionales buscan ampliar a 30 y 10 años respectivamente; esto tendría un costo social de US \$760'000.000 anuales y el TLC es el camino para lograrlo, como también lo es para la apropiación de la infraestructura hospitalaria pública nacional, del conocimiento vernáculo de las comunidades indígenas sobre flora, fauna y minerales medicinales, así como de la diversidad genética botánica, animal y humana del país mediante normas que preserven la exclusividad de dominio de ese conocimiento (Feredación Médica Colombiana, 2004). La consecuencia de ello no sería otra que ser ajenos a nosotros mismos y a nuestra riqueza; estaríamos remembrando a Eduardo Galeano por aquello de las venas abiertas de América Latina. (Galeno, 1971)

Desafortunadamente, este enriquecimiento que han ido obteniendo algunas entidades prestadoras de salud, se ve reflejado en el detrimento de la estabilidad financiera del sistema, especialmente de la red hospitalaria, de la cual las clínicas y hospitales más afectados son las del sector público ante la imposibilidad de negarse a prestar atención médica a quienes la requieran.

Esta crisis de la salud ha hecho que los secretarios de salud del país formen un frente común, cuya finalidad es exigir el pago de más de cuatro billones de pesos que adeudan las EPS. Además, en sus exigencias al Gobierno está el realizar cambios estructurales al sistema de salud *basado en el ánimo de lucro* e hicieron un llamado al Gobierno para que asuma el pago de las deudas de las EPS quebradas, insolventes o intervenidas y revoquen la operación, a las que presenten una cartera superior a 180 días. Para el mes de julio de 2012, el Gobierno Nacional tiene presupuestado girar \$450 mil millones del régimen subsidiado a los hospitales, según el Presidente Santos (ADN, 2012).

## CONCLUSIÓN

La intención en el momento de reformar la ley, fue generar una profunda reforma en el sector salud con propósitos de beneficio social, lograr la cobertura universal, estimular la competencia, mejorar los sistemas administrativos y la capacidad gerencial de los hospitales. Sin embargo, su implantación ha resultado un colapso real y una profunda crisis, desde todo punto de vista, en el sector salud. Si bien el espíritu de la ley 100 era crear un verdadero sistema de salud, ésta se transformó y creó un sistema de aseguramiento comercial, en el cual no se contempla la educación, capacitación ni, mucho menos la investigación. Los recursos que vayan a estos dos renglones deben ser considerados inversión y no un gasto, como lo ve el actual SGSSS. Los malos manejos, los intereses personales de algunos de nuestros gobernantes y la corrupción, tienen al borde del abismo el futuro de la salud en Colombia.

Difícilmente se podría decir si este o aquel modelo o sistemas de salud son mejor que otro; lo verdaderamente importante es aprender de las experiencias de manera que permitan comprender que se deben diseñar y

estructurar conforme a la cultura, condiciones geográficas, políticas y sociales. El sistema de seguridad social en salud, a pesar de sus irregularidades ha obtenido avances y reconocimientos, pero requiere de ajustes necesarios para el beneficio de todos los colombianos.

Teniendo en cuenta que lo que se debe buscar es el cerrar las brechas que afectan al sistema, es necesario considerar como factores claves de éxito: estructurar políticas de Estado claras en materia de salud, definidas con estudios técnicos y a largo plazo que permitan compilar la normatividad existentes y dejar una sola que cubra todo el sector salud; es imperativo además que un liderazgo real y permanente por parte de los Ministerio que tienen injerencia en el tema; en ese sentido la innovación en la prestación de los servicios de salud, soportada en sistemas de información para la toma de decisiones; es indispensable buscar la estabilidad financiera del sistema y la igualdad de planes de beneficios. Por otro lado, el mejoramiento de la inspección, vigilancia y control, articulación real del sector salud con los demás sectores y, generar compromiso de la sociedad con el sistema de salud de manera que repercuta en una mejor calidad de vida para los habitantes del territorio.

Esta problemática del control o vigilancia que se debe hacer al Sistema de Salud, se evidencia cuando por ejemplo la Superintendencia Nacional de Salud ha advertido que debe vigilar a unas 13.200 entidades para lo que dispone de sólo 303 empleados. Cabe recordar que en el 2011, ese organismo recibió 356.763 peticiones, quejas y reclamos y abrió 255 investigaciones administrativas, además de que impuso 193 sanciones, la mayoría contra EPS, pero también contra entes territoriales (El tiempo.com, 2012).

Finalmente, no se trata de desvirtuar las bondades que la Ley 100 de 1993 trajo para la población colombiana en cuanto a cobertura, tratamiento de

enfermedades de alto costo; aun teniendo que hacer exigible este derecho por medio de mecanismos constitucionales como la acción de tutela, como tampoco estar en contra de las utilidades que los diferentes actores, prestadores de los servicios de salud, deben percibir como resultado a su inversión, especialmente cuando ésta se hace, para atender todos aquellos habitantes de los municipios apartados y zonas rurales, donde las grandes empresas de salud no querían llegar; lo discutible y que invita a la reflexión, es el priorizar esa multiplicación del capital para beneficio particular. De qué puede servir tantos análisis y debates en espacios académicos, empresariales, gremiales, jurídicos e, incluso, en el Congreso, si no se toman medidas políticas orientadas a impedir que se siga vulnerando *el derecho fundamental a la salud*, en las que los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación coadyuven *en el respeto de la dignidad humana*, tal como lo establece el precepto constitucional en su artículo primero.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

Abu S, Laila y Fernández Carlos Francisco. *Actores del Sistema de Salud coinciden en que el sector toco fondo. 2012.* Disponible en [eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/crisis-en-el-sistema-de-salud](http://eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/crisis-en-el-sistema-de-salud).

(Consultado el 3 de julio de 2012).

Congreso de la República. *Ley 100, (23, Diciembre, 1993).* Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 1993.

Congreso de la República. *Ley 1122 de 2007, (9, Enero, 2007).* Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 2007.

Congreso de la República. *Ley 1438, (19, Enero, 2011).* Por medio de la cual de reforma el sistema general de la seguridad social y se dictan otras normas disposiciones. Bogotá: 2011.

EPS SalupCoop Colombia. *Historia de SaludCoop, Julio 2011.* Disponible en: EPSSalupcoop [on line] Bogotá, Colombia. Historia de Salupcoop, Julio 2011. (Consultado el 30 de junio de 2012).

Federación Médica Colombiana. *Declaración a los médicos colombianos. Disponible 2004.* en: <http://www.encolombia.com/medicina/fmc/fmc-saludencolombia3.htm> (Consultado en junio 2012).



Fundación KIOS. 2011. *Crisis de la salud toco fondo*. Disponible en: [www.latarde.com/](http://www.latarde.com/). (Consultado el 3 de julio de 2012)

Orozco A, Mario Julio. *Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo colombiano*. Cartagena: 2006. Disponible en: [www.eumed.net/libros/2008b/386/index.htm](http://www.eumed.net/libros/2008b/386/index.htm). (Consultado en junio de 2012).

Peláez Q, Jaime Alberto. *El negocio de la salud una ecuación desigual*. 2012. Disponible en [www.slideshare.net/.../libro-el-negocio-de-la-salud-una-ecuacion-](http://www.slideshare.net/.../libro-el-negocio-de-la-salud-una-ecuacion-) (Consultado el 3 de julio de 2011).

Presidencia de la República. *Constitución Política de Colombia*. (1991). Bogotá: 1993. Actualizado 2008.p 53.

Revista Semana. *Las 100 empresas más grandes de Colombia*. 2009. Disponible en: [www.semana.com/documents/Doc-1878\\_200952.pdf](http://www.semana.com/documents/Doc-1878_200952.pdf). (Consultado en junio de 2012).

Villar C., Luis Ángel. *La Ley 100: el fracaso estatal de la salud pública*. 2012. Disponible en: [www.deslinde.org.co/IMG/](http://www.deslinde.org.co/IMG/). (Consultado en junio 30 de 2012).