

¿Qué tipo de cambio necesita el sistema de salud en Colombia?

Óscar Bernal*

“Tendré la suerte de ser el mejor atendido de los enfermos.”

Marguerite Yourcenar — *Memorias de Adriano*.

Lo primero es regresar a la esencia de un sistema de prestación de servicios de salud, el cual debe garantizar que, al estar enferma, toda persona pueda *acceder* oportunamente a un servicio de salud con calidad y *confiar* en el médico que la atiende.

Para esto, el sistema de salud debe facilitar el contacto entre el paciente y el médico y ayudar a este último a cumplir su labor. Cada persona y cada familia debe contar con un médico de referencia, que conozca sus condiciones de vida, sus hábitos, sus factores de riesgo y sus problemas de salud.

El sistema debe tener grandes incentivos para reducir el riesgo de las enfermedades mediante la promoción de hábitos saludables y la implementación de campañas preventivas. Se debe trabajar en la detección temprana de las patologías, así como en mejorar la calidad del tratamiento que se les da a todos los enfermos y en reducir el impacto económico de las enfermedades en las familias y en la sociedad. En efecto, el manejo adecuado de enfermedades como la hipertensión y la diabetes —por citar solo un par de ejemplos— puede evitar infartos o daños renales, complicaciones que requieren de tratamientos costosos para las familias y para la sociedad, tales como trasplantes y diálisis.

Estas afirmaciones, que parecen tan obvias y con las cuales muy posiblemente los diferentes actores del sistema estarían de acuerdo, tienen desarrollos muy diferentes en los sistemas de prestación de salud en el mundo. Sin embargo, no existe un modelo ideal que sea aplicable en todos los países sin necesidad de ajustes permanentes.

La actual crisis debería motivar la reflexión sobre los cambios necesarios en el sistema de salud del país; sin embargo,

durante el proceso de esta crisis se ha generado un alto nivel de polarización, lo que impide un análisis adecuado de los avances logrados y de los problemas de fondo.

En los últimos 20 años ha habido un gran cambio con respecto a la manera como se concibe el sistema de salud. Anteriormente, el sistema era tratado como un servicio público, y se fundamentaba en un concepto principalmente caritativo de la atención en salud, de acuerdo con el cual el enfermo era definido como un paciente, que, como su nombre lo indica, pacientemente esperaba a que el médico le hiciera el favor de atenderle.

Hoy, en la constitución Colombiana se reconoce que la “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio [...] en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad [...]”. Por su parte, la

Sentencia T760 de la Corte Constitucional definió la salud como un derecho fundamental, y por lo tanto exigible. El señor presidente, en su anuncio de revolución al sistema de salud, ha dicho que la salud no es un negocio, sino un derecho. Al

mismo tiempo, el Gobierno ha insistido en que se debe tener en cuenta la capacidad real del sistema —sus recursos— para tener un equilibrio entre el derecho y la sostenibilidad, lo cual no es fácil de lograr.

Los ciudadanos, que hoy en día se definen como usuarios del sistema, han comenzado a apoderarse de este derecho y lo han venido exigiendo por la vía de las tutelas, cuyo número ha incrementado de manera exponencial en los últimos 10 años. Las tutelas —a las cuales algunos culpan por la crisis del sistema—, son más que todo un síntoma de las barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia.

* Director de la Maestría en Salud Pública de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo. Ph. D. en Salud Pública e Investigación Biomédica de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Los usuarios tienen muy poca información, a lo que se suma la falta de claridad con respecto a lo que está y lo que no está incluido en el sistema de prestación. Esta situación es consecuencia de una normativa poco clara, desactualizada y con falta de herramientas técnicas, legales y políticas que permitan definir con precisión en qué consiste el derecho a los servicios de salud.

Lo afiliados no ven a las EPS como aliados que les faciliten la atención y velen por un servicio de calidad, sino como entes que crean cada día más trámites y limitaciones al acceso a los servicios. Uno de los síntomas en esta relación de desconfianza es la saturación de los servicios de urgencias ante la demora en la asignación de citas.

El otro gran actor en esta problemática es el médico, quien no solo debe entender el problema de salud del paciente, sino que tiene que adaptar los exámenes y tratamientos al tipo de afiliación de este, y en algunos casos debe incluso recomendar la tutela como el único mecanismo para adquirir ciertos servicios. Por otro lado, muchos de los médicos trabajan en instituciones que son propiedad de las aseguradoras, las cuales les exigen el cumplimiento de las políticas de su empresa. Esto se une a una

El concepto inicial de EPS como Empresas Promotoras de Salud partía del supuesto de que estos entes tendrían mayores ganancias entre más sanos mantuvieran a sus afiliados.

presión importante de las casas farmacéuticas y productoras de insumos para prescribir su último y más costoso producto.

El personal de salud ha sido afectado en su posibilidad de tomar decisiones y en sus condiciones laborales. Algunas medidas, como impedir el contrato a través de cooperativas, son un buen inicio, pero falta mucho en términos de facilitar la toma de decisiones y de realizar los tratamientos sin múltiples trámites o varias visitas a diferentes centros.

La definición de autonomía médica que fue aprobada en la Ley 1438 no le da al médico la posibilidad de decidir sobre el mejor tratamiento a su paciente, sino tan solo el derecho a opinar sobre este: “Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión”.

Todo lo anterior lleva a plantear la pregunta acerca de si es necesario cambiar la estructura del sistema. Una opción sería implementar un sistema general de salud público; en otras palabras, que el estado administrara y prestara el servicio directamente. Aprendiendo de la experiencia internacional, la mayoría de los países le han apostado a un sistema de aseguramiento que ha permitido aumentar cobertura, incluso en los sectores más pobres de la población, así como reducir gastos de bolsillo en las familias.

La manera en que los países han organizado sus sistemas de aseguramiento ha sido muy variada. Algunos sistemas tienen administración y prestación principalmente pública, como España; otros tienen administración pública con prestación privada, como Canadá, y algunos tienen administración y prestación mixta, como Holanda, Chile y Colombia. El debate no puede quedarse en las afinidades ideológicas hacia el sector público o privado: debe centrarse en el arreglo institucional que mejor facilite la atención de los usuarios y que proporcione un incentivo real para la promoción y la prevención.

La pregunta más importante es cuánto se está invirtiendo en atender los afiliados y cuánto en administración. Al respecto, es importante resaltar que no hay claridad en las cifras del costo administrativo de las aseguradoras. Por una parte, el Gobierno definió como límite un costo de 10% en la Ley 1438 de Enero de 2011; por otra, las EPS reportan un costo de tan solo 7% y, finalmente, la Federación Médica Colombiana calcula un costo de 35%.

El otro debate ha sido si las EPS —en caso de que se mantengan— pueden tener ánimo de lucro o no, y cuál debe ser su margen de ganancia. Actualmente, casi todas las EPS privadas se definen por estatuto como entidades sin ánimo de lucro —por ejemplo, Saludcoop y Coomeva—, y las EPS de carácter público funcionan como entidades autónomas y manejan sus propios recursos —por ejemplo, Nueva EPS y Caprecom—.

El concepto inicial de EPS como Empresas Promotoras de Salud partía del supuesto de que estos entes tendrían mayores ganancias entre más sanos mantuvieran a sus afiliados, ya que recibían un monto fijo de dinero por cada persona. Esto implica planear a largo plazo y contar con afiliados por periodos prolongados.

La sentencia contra 14 EPS por un pacto de negociación de servicios, así como el hecho de que más del 70% de las tutelas fueran por servicios POS, muestran que las EPS tienen una planeación a corto plazo y buscan ahorrar dinero mediante la negociación de servicios o mediante trabas administrativas.

Algunas aseguradoras en el mundo —como por ejemplo Kaiser Permanente— y en Colombia le han apostado a un manejo del riesgo enfocado en la detección temprana y el manejo adecuado de pacientes con riesgo de hipertensión, diabetes y cáncer. Esta estrategia ha demostrado ser buena tanto para los pacientes como para reducir costos.

Cualquiera de los arreglos instituciones al que se apueste va a requerir un mayor control por parte del Gobierno, ya que muchos de los problemas de barreras de acceso o corrupción han respondido a una debilidad en los mecanismos de control, más que al arreglo mismo del sistema.

La apuesta por un sistema basado en atención primaria es muy válida; sin embargo, la actual estructura ha favorecido la fragmentación y no la atención integral. Asignar la responsabilidad de cada familia a una unidad de servicio —idealmente de un territorio geográfico— es un buen camino para garantizar una atención integral. Ahora bien, para que esta estrategia funcione es necesario que dichas unidades tengan mayor capacidad resolutoria, lo que implica que deben contar con algunas especialidades básicas como pediatría, ginecología, medicina familiar y medicina interna.

Para lograr una adecuada atención, el médico y el paciente deben tener claros sus derechos y saber con exactitud lo que puede —y debe— garantizar el sistema de prestación de servicios de salud y lo que no. La creación del organismo técnico científico es un buen paso en el aporte de evidencia sobre las tecnologías más adecuadas en el diagnóstico y tratamiento, pero requiere que haya un ente en el Gobierno con la capacidad y reconocimiento para tomar las decisiones de tipo político. Además, el sistema de salud debe contar con los recursos necesarios, lo que exige mecanismos de control en la calidad, los suministros y los precios, mecanismos que hasta el momento no han sido los adecuados.

Finalmente, los regímenes de afiliación deben desaparecer, pues, tal como lo estableció la sentencia T670, es necesario unificar los paquetes de servicios, y la vinculación al sistema de acuerdo al aporte económico es un factor de inequidad y diferenciación en los servicios. Lo ideal es que el sistema de salud responda a las necesidades de los usuarios y que la afiliación se realice con independencia de la manera en que las personas aportan a dicho sistema. **E**



Universidad de los Andes
Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

Ya se encuentra en circulación la publicación conjunta del CEDE y la Escuela

NOTAS DE POLÍTICA No. 9

Notas de Política

No. 9
Agosto 2011
www.cede.gov.co

La persistencia de la concentración de la tierra en Colombia: ¿Qué pasó entre 2000 y 2010?

Ana María Ibáñez y Juan Carlos Muñoz*

Principales Resultados

1. La estructura actual de la propiedad de la tierra está determinada por dinámicas históricas, por la rigidez de la legislación actual, por las nuevas inversiones y por el conflicto armado.
2. La concentración de la propiedad rural en Colombia aumentó en el período comprendido entre 2000 y 2010. En el año, el 29,7% de la tierra estaba en poder del 1,4% de los propietarios, mientras que pasó de ser una cifra cercana a 2,0% y 2,5%, respectivamente. Las regiones afectadas son Magdalena, Cauca y Nariño, pero existen zonas de concentración en otras regiones.
3. El crecimiento en la propiedad se presentó por un aumento en los cultivos de los pastos y por la adquisición de nuevas parcelas por parte de antiguos propietarios.
4. Se presenta un aumento considerable en el número de nuevas propiedades, principalmente por transacciones en el mercado de tierras, que la actualización catastral o por la construcción de nuevas propiedades, por el caso.
5. Existe una correlación entre la presencia de empresas agrícolas, por un lado, y el crecimiento en la concentración de la propiedad rural y el crecimiento de nuevas propiedades, por el otro.

Acerca de los autores

Ana María Ibáñez, Ph.D., es docente de Economía en la Universidad de los Andes y directora del CEDE. Juan Carlos Muñoz, Ph.D., es profesor de Economía en la Universidad de los Andes.



Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo



"La persistencia de la concentración de la tierra en Colombia: ¿Qué pasó entre 2000 y 2010?"

Ana María Ibáñez y Juan Carlos Muñoz

Mayores informes: [571] 339 4949, ext.: 2073

<http://gobierno.uniandes.edu.co>

revistaegob@uniandes.edu.co