

**LA SALUD EN COLOMBIA:
¿UN PROBLEMA SIN SOLUCIÓN?**

HENRY RAMÍREZ MONTES

Introducción

Todos los días, en Colombia los medios de comunicación registran noticias donde se habla sobre los problemas que en materia de atención en salud tiene el país. No pasa día sin que se registre una información donde se diga que un ciudadano falleció víctima de la pésima atención que prestan las EPS. Los juzgados se encuentran congestionados por el estudio de los miles de tutelas que diariamente se interponen para acceder a un procedimiento quirúrgico o simplemente para que se les entregue los medicamentos formulados para la atención de su enfermedad. Además, los tiempos de espera para que se asignen consultas con especialistas desborda la capacidad de resistencia de los colombianos toda vez que, cuando van a solicitar citas, lo único que las empleadas responsables de la atención al usuario responden es: “No hay agenda. Vuelva el próximo mes”. El ciudadano debe entonces resignarse a esperar y esperar mientras se le asigna la cita correspondiente. En estos casos, ni siquiera se tiene en cuenta la urgencia manifiesta. Es decir, las EPS son insensibles frente a la necesidad del usuario de recibir una atención médica oportuna.

¿A qué obedece este desamparo en que se encuentran los ciudadanos frente a las empresas de salud? Aunque es mucha la tinta que sobre este tema ha corrido en las páginas de los periódicos nacionales, los colombianos todavía no hemos podido entender por qué se presenten este tipo de fallas en la prestación del servicio de salud. Lo cierto es que cada día crece el descontento de los usuarios con las EPS que están en la obligación de garantizarles una atención oportuna en salud. No es sino ver las colas que se forman en las dependencias donde se atiende al público para darse cuenta de que estas entidades no hacen nada por agilizar la atención. Es común ver en estas dependencias ciudadanos que protestan levantando la voz para hacerse oír porque están cansados de tanta espera, o de que no se

solucionen a tiempo sus problemas. El descontento de los usuarios es mayor cuando se visita una sede de dispensación de medicamentos. Allí se escuchan voces airadas que exigen respeto por parte de la entidad. Todo porque llevan esperando hasta seis meses para que se les entregue la droga formulada por los médicos.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo mostrar el problema que afecta a millones de colombianos en relación con la atención a sus dolencias físicas. Es una denuncia que se intenta hacer para que las empresas responsables de la atención en salud, que son reguladas por el Estado, entiendan la necesidad que tienen de mejorar sus procedimientos administrativos para garantizarles a los usuarios una atención oportuna a sus requerimientos. Sobre todo cuando los colombianos sabemos que la tercerización en la prestación de los servicios asistenciales es lo que ha llevado a este caos que vive el país. Y cuando se sabe, por informaciones periódicas, de los inmensos recursos que a través del Fosyga el Estado les entrega a estas empresas. Dineros que, en la mayoría de los casos, los utilizan las EPS para su fortalecimiento económico invirtiéndolos en rubros que no cumplen con su objetivo social, como es garantizarles a los colombianos una buena atención en salud. El recobro por los servicios a los usuarios se ha prestado para que las EPS se enriquezcan debido a los sobrepagos con que facturan al Fosyga los medicamentos entregados. En este sentido, hay que decir que es preocupante la información revelada hace poco por la Contraloría General de la Nación donde se afirmaba que había sobrefacturación por una suma superior a los cincuenta mil millones de pesos en las cuentas pasadas por las EPS. Es decir, la corrupción está presente en un sector donde debería primar la transparencia.

La ley 100 de 1993

Antes de entrar a hacer el análisis de las circunstancias que rodean el pésimo servicio que las EPS prestan a sus usuarios, es necesario hablar sobre el contenido de la Ley 100 de 1993 por medio de la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, aprobada por el Congreso de la República, que entró en vigencia el 23 de diciembre de ese año luego de ser sancionada por el Presidente de la República, publicada en la edición 41.148 del Diario Oficial. Miremos, primero que todo, lo que dice el preámbulo:

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (1993)

Desde este primer párrafo se advierte el interés del Estado por garantizar la atención en salud de la población, sin restricciones por motivo de credo o filiación política. Como se sabe, la Constitución de 1991 establece en su artículo 11, sobre el derecho a la vida, que la salud está en conexidad con este derecho, según lo establece la Corte Constitucional. Por lo tanto, es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado.

Por medio de la Sentencia T-161/13, emanada de la Corte Constitucional, se establece que la salud es un derecho fundamental autónomo. En estas circunstancias, sostiene que:

Al definirse los contenidos precisos del derecho a la salud, se genera un derecho subjetivo a favor de los beneficiarios del sistema de salud. Por lo tanto, cuando las entidades prestadoras de los

servicios de salud, se niegan a suministrar tratamientos, medicamentos o procedimientos incluidos en el POS o POS-S, vulneran el derecho a la salud, el cual como se ha reiterado adquiere la condición de derecho fundamental autónomo y éste puede ser protegido por la acción de tutela.

(2013)

La corporación específica que la atención en salud debe brindarse con sujeción a la igualdad y a la dignidad humana y, por lo tanto, estos derechos no deben ser vulnerados. Se aclara en esta sentencia que la Acción de Tutela es procedente cuando el ciudadano se da cuenta de que no es atendido por una entidad prestadora de servicio. Los jueces están en la obligación de atender estas acciones cuando se vulneran los derechos de los usuarios. Recordemos, en este sentido, que la Organización de Naciones Unidas, a través de la Organización Mundial de la Salud, establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social”(1946) . Dice también que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”(sf). Así las cosas, debe entenderse la preocupación del Estado por el mejoramiento de los servicios de atención en salud como un compromiso para construir un país mejor.

El artículo 1º de la Ley 100 de 1993 establece que el Sistema de Seguridad Social Integral “tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”(1993 sp) . Y señala luego que el sistema “comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios”(1993, sp), Lo anterior quiere decir, en lenguaje llano, que es el

Estado el que está obligado a velar por la prestación de un buen servicio por parte de las EPS. Y es quien debe responsabilizar a esas entidades para que cumplan a cabalidad con su obligación de prestar una atención oportuna a los usuarios. Aquí es donde uno se pregunta por qué es tan malo el servicio en estas empresas si están obligadas a cumplir con su objetivo social. Sobre todo cuando se sabe que los recobros al Fosyga por los servicios prestados los hacen poniéndole unos precios exorbitantes a los medicamentos para alzarse con unos dineros que son para garantizar la salud de los ciudadanos. El caso de la empresa Saludcoop, que analizaremos más adelante, es demostrativo de cómo unos funcionarios disponen de estos recursos para invertirlos en obras que nada tienen que ver con la salud de sus usuarios.

La Ley 100 establece unos principios que deben enarbolar las entidades prestadoras de servicio: ellos son eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. La eficiencia la considera como la buena administración de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. La universalidad es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. La solidaridad es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, buscando que los beneficios de la salud lleguen a las poblaciones más vulnerables. La integralidad es lograr la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y, en general, las condiciones de vida de toda la población. La unidad es lograr la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social. Finalmente, la participación es la

intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

El caso Saludcoop

Según los principios arriba esbozados, los servicios de atención en salud deberían prestarse con sujeción a la ley, es decir, priorizando las necesidades de los usuarios y, además, garantizando una atención que cumpla con parámetros de eficiencia y calidad. Desafortunadamente, en la práctica esto no se cumple. ¿Quién puede ser el responsable de que esto ocurra? Digamos que el Estado, porque no está vigilando como se debe para que las EPS cumplan su objetivo social, permitiéndoles en muchos casos jugar con la salud de los colombianos. Pongamos un ejemplo: la intervención de Saludcoop. No obstante las inmensas cantidades de dinero que la empresa le esquilmo al Estado a través de los recobros al Fosyga, donde le facturaba una droga de cinco mil pesos por diez veces su valor en el comercio, es poco lo que la Superintendencia del ramo ha hecho para recuperar esos recursos. En primer lugar, la intervención que se decretó no fue suficiente para recuperar la situación financiera toda vez que fue necesario sacarla del mercado, pasando sus usuarios a otra entidad de la misma empresa, Cafesalud. En segundo lugar, no haberse iniciado un juicio de responsabilidades contra el presidente de la entidad intervenida, Carlos Palacino, por haber desviado recursos de la salud.

Saludcoop fue liquidada a finales del año 2015. Los malos manejos financieros llevaron al Ministro de Salud de la época, Alejandro Gaviria, a decretar su liquidación debido a que en ese momento la EPS ya era inviable debido a su altísima deuda con entidades

hospitalarias y proveedores. Los cuatro millones seiscientos mil afiliados que entonces tenía pasaron a Cafesalud, empresa del mismo conglomerado, que no tenía la capacidad operativa para atender este número de nuevos usuarios. El diario El Espectador registró así la noticia:

Hoy el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en compañía del superintendente de Salud, Norman Muñoz, hará uno de los anuncios más importantes de su cartera en 2015 y que seguramente desencadenará más de una polémica: la liquidación de Saludcoop, esa enorme EPS que con sus 4'600.000 afiliados está en el ojo del huracán desde 2011, luego de que salieran a la luz los malos manejos financieros que sus dueños (entre ellos Carlos Palacino) habían hecho por años y que los tiene en la mira de la Fiscalía, que hasta ahora apenas los llamó a interrogatorio. (Silva, 2015)

Saludcoop no era sólo una EPS. Era todo un conglomerado empresarial que en algún momento se convirtió en un representativo empleador en el país. De la empresa hacían parte unas 40 compañías que incluían desde empresas de software hasta lavanderías. Y en sus cuentas tenía tres EPS: la liquidada Saludcoop, que es la más grande; Cafesalud, con 1'824.000 usuarios, y Cruz Blanca, con 573.000. De estas tres, la que cumplía con las mejores condiciones, por estar en la mayoría de municipios donde estaba Saludcoop, era Cafesalud. Por eso el Ministerio la eligió para atender a los cuatro millones seiscientos mil usuarios que fueron trasladados. Para hacerlo requería de una importante inversión. La cifra estaba por el orden de los \$200.000 millones, dinero que saldría de la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), y que se creó justamente para salvar a las empresas prestadoras de salud que estén en problemas. Este dinero no era un subsidio. Era un crédito que Cafesalud tendría que pagarle al Estado.

Saludcoop fue una empresa que se creció económicamente aprovechando los recursos del Estado que debían ser destinados a la salud. Debido a las dificultades financieras que enfrentaba, fue intervenida por el gobierno el 11 de mayo de 2011. La Superintendencia de salud ordenó la toma inmediata de todos los bienes, haberes y negocios de la empresa, y su intervención forzosa para administrarla, debido a las graves fallas que presentaba en materia de atención a los afiliados y a sus riesgos financieros, que amenazaban su sostenibilidad y, por extensión, la del sistema de salud. Una deuda de 3.6 billones de pesos hizo que el gobierno tomara su administración para garantizar que continuara prestando servicios. En el momento de su intervención, la empresa tenía encima una sanción por 1.7 billones de pesos, impuesta por la Contraloría, que correspondía a recursos de la salud que fueron desviados. Y una multa de la Superintendencia Nacional de Salud. Para esa fecha, contaba con 110 centros de atención, entre clínicas, centrales de urgencias y centros de especialistas en varias ciudades. Sin embargo, las medidas tomadas por el gobierno para lograr su salvación no dieron resultado. Así que se procedió a su liquidación. Carlos Palacino alegó muchas veces que el problema era solo de caja, debido a que el Fosyगतardaba demasiado en pagarles a las EPS el dinero por los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. La Procuraduría le abrió cargos por “utilizar los recursos parafiscales del Sistema General de Seguridad Social en Salud para fines distintos a los permitidos en la Constitución y la ley, en beneficio de Saludcoop, entidad que presidía y de la cual era su representante legal”(2011). Su conducta fue calificada como falta gravísima. Fue sancionado con 18 años de inhabilidad tanto para ejercer cargos públicos, como para contratar con el Estado. La Procuraduría lo halló responsable de dos faltas que también son delito: estafa e incremento injustificado de patrimonio.

¿Qué buscaba el gobierno tendiéndole la mano a Cafesalud a través de un empréstito de doscientos mil millones de pesos? En primer lugar, garantizar la atención de los usuarios de la empresa liquidada. En segundo lugar, buscar el fortalecimiento financiero para que, una vez saneada, pudiera proyectarse como sociedad anónima, y no como una nueva empresa del Estado. Pero todo parece indicar que nada de eso se logró. Hoy Cafesalud tiene los mismos problemas que en su momento tuvo Saludcoop. Y el propio gobierno está buscando la fórmula para liquidarla. Protestas de los usuarios contra el mal servicio se presentan cada día. Cafesalud ha llegado al extremo de llevar hasta seis meses sin poderle entregar a pacientes de alto riesgo los medicamentos requeridos. Todo porque no se encuentra al día en sus pagos a los proveedores. El caso llegó hasta el propio Congreso de la República, que por estos días proyecta abrir un debate para determinar la situación de la empresa. Lo que es grave es que, como en su momento reveló la Revista Semana, en pocos años Saludcoop pasó a convertirse en un conglomerado. La revista dice que inició operaciones con un capital de dosmil setecientos millones de pesos. Y agrega que en quince años contaba con un capital superior a quinientos mil millones de pesos.

Veamos parte del informe de la revista:

Lo que muchos no entienden es cómo una empresa que nació con un capital de 2.700 millones de pesos aportado por varias cooperativas, que en 2009 llegó a ser considerada por el Boston ConsultingGroup una de las cinco multinacionales colombianas que hacían parte de las cien empresas más grandes de Latinoamérica, y que tuvo tanto dinero hasta para comprar un colegio y adecuar un campo de golf, perdió su rumbo y pasó de ser ejemplo de desarrollo a poner en jaque a todo el sistema de salud en Colombia. ¿Qué hizo Carlos Palacino para pasar de héroe a villano? (Revista Semana,

2011)

Luego agrega:

Como el esquema cooperativo no permite repartir los excedentes, la estrategia de SaludCoop a partir de 2001 fue usar esos recursos para crear empresas alrededor de la salud. Inicialmente aparecieron cooperativas y compañías de confección de ropa hospitalaria, de servicios de lavandería, de seguridad, de informática y de comercialización, entre otras. De esta manera, SaludCoop garantizaba el suministro y autoabastecimiento de bienes y servicios, supuestamente a precios razonables. Sin embargo, estas causas se fueron degradando en una maquillada integración vertical, que le permitió a la EPS ejercer una posición dominante, tanto en usuarios como en control de precios, que ahora son materia de investigación y análisis de la Superintendencia de Sociedades, para determinar si SaludCoop es un grupo económico. (Revista Semana, 2011).

El pésimo servicio de las EPS

Al principio de este trabajo dijimos que el pésimo servicio que prestan las EPS a sus usuarios ha sido la causa del descontento de la ciudadanía y, además, de que la Superintendencia de Salud ponga sus ojos en estas entidades. Para darle solidez a este argumento, me permito transcribir aquí una columna publicada en El Tiempo por José Miguel Alzate, donde se hace un descarnado análisis de la situación que viven los usuarios cuando llegan a los dispensarios de estas empresas, o cuando van a solicitar autorizaciones. Dice el periodista en su artículo “¿A qué se debe el pésimo servicio en las EPS?” A continuación se cita parte del texto:

El problema no es tanto las colas que el usuario está obligado a hacer para ser atendido. El problema grave es la entrega de medicamentos y la dificultad para que le asignen una cita con especialista. En el primer caso, es recurrente que cuando los usuarios van a reclamar medicamentos de alto costo les digan que no hay existencia. Después de hacer una larga cola, los empleados se limitan a decirle que vuelva a

la semana siguiente porque apenas van a solicitar la droga. Es esta la razón por la cual muchos usuarios salen vociferando de esas dependencias. ¿Es esto justo con personas que pagan cumplidamente sus aportes? Lo más grave es que eso pasa con usuarios que necesitan la droga para tener controlada la enfermedad.

[...] La Corte Constitucional consideró la salud como un derecho humano fundamental. Por lo tanto, las EPS están obligadas a prestar un oportuno servicio a los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud. La sentencia T-760 conminó al Estado a “generar acciones concretas” para garantizar un buen servicio. Por su parte, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1328 de 2016. Con ella eliminó la autorización previa del Comité Técnico Científico para que un paciente acceda a tratamientos que no estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Pero ha sido letra muerta. La medida entraba en vigencia el primero de junio para el régimen contributivo. Pero a la fecha no ha sido implementada por las EPS. Así las cosas, los usuarios siguen sufriendo porque no les entregan a tiempo sus medicamentos. (Alzate, 2016)

Este artículo retrata con exactitud lo que se ve en las dependencias de las EPS. La denuncia del pésimo servicio a los usuarios lleva implícita una llamada de atención a las autoridades para que pongan orden en un servicio que a esas empresas se les salió de las manos. Pero la realidad es que no se ven correctivos por ningún lado. Ya hasta se ha llegado al colmo de que estas empresas ni siquiera acatan las acciones de tutela que en su contra fallan los Jueces de la República. Los administradores de la EPS no le temen ni siquiera a los incidentes de desacato. Así las cosas, los usuarios siguen sufriendo las largas horas de espera en las dependencias para ser atendidos. ¿No pueden hacer nada las autoridades de la salud para que el servicio mejore? Todo parece indicar que no. Porque no obstante las reiteradas críticas que contra estas empresas se hacen, todo sigue lo mismo.

El recurso de la acción de tutela

Cuando la Asamblea Nacional Constituyente introdujo en la Carta Magna este mecanismo como instrumento para que los ciudadanos pudieran reclamar sus derechos si sentían que les eran vulnerados, lo hizo pensando en que era una medida que permitía la equidad. Las estadísticas que se manejan en la rama judicial indican que este recurso ante la justicia es utilizado principalmente para poder acceder a los servicios de salud. Según un informe periodístico del diario El Tiempo, en Colombia cada cuatro minutos se interpone una Acción de Tutela para buscar atención en salud. Para el diario, la salud sigue siendo uno de los derechos más violados en Colombia. Según la Defensoría del Pueblo, en el año 2014 las acciones interpuestas para reclamar servicios de salud aumentaron 1,82 por ciento en relación con el 2013. Las solicitudes más frecuentes fueron por tratamientos, con el 23,90 por ciento; medicamentos, el 16,11 por ciento; citas médicas especializadas, 12,4 por ciento; prótesis, órtesis e insumos médicos, 10,24 por ciento, y cirugías, 9,55 por ciento. Pese a las advertencias hechas por la Defensoría, y a las denuncias de los pacientes, la gente tiene que reclamar por esta vía servicios a los que tiene derecho, por estar contenidos en el plan de salud.

Según el informe revelado por la defensoría, seis de cada diez tutelas interpuestas por usuarios del régimen contributivo y siete de cada diez del subsidiado son para poder acceder a cosas que no deberían ser negadas en ningún caso. Del contributivo se destaca que 95 de cada 100 citas con especialistas buscadas por la gente vía tutela estaban cubiertas por el POS, seguidas por los exámenes de laboratorio (85 por ciento estaban cubiertos). En cuanto a lo no POS, las solicitudes más frecuentes en este régimen fueron prótesis, órtesis e insumos médicos, seguidos de medicamentos, procedimientos e imágenes diagnósticas,

cirugías y tratamientos. El informe señala que, en términos absolutos, el número de tutelas, la Nueva EPS tuvo el mayor número de acciones en su contra dentro de las aseguradoras, con 13.476 tutelas, seguida por Coomeva (13.041), SaludCoop (12.374), Caprecom (10.397) y Cafesalud (5.285). Estas cifras indican que en Colombia para que una EPS cumpla en atención en salud, debe estar de por medio una Acción de Tutela.

Se debe tener en cuenta que, desde la creación de la Organización Mundial de la Salud en abril de 1948 como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el Sistema de las Naciones Unidas se estableció como principio internacional fundamental “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” (1948), de acuerdo al nivel de desarrollo económico, político y social de cada país, como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición social o económica. Un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo muestra las cifras que en materia de tutelas se han registrado en Colombia desde que se estableció en la Constitución este instrumento como herramienta para que los ciudadanos hagan valer sus derechos. Hasta el 2014, los colombianos habían interpuesto 4.598.597 Acciones de Tutela por violaciones a algún derecho fundamental. De ese total, el 29,36% correspondieron a solicitudes por necesidades de atención en salud. En el 83,2% de estas acciones, los jueces de la república accedieron a las peticiones de los usuarios de salud. Esto indica el alto nivel de pertinencia y la procedibilidad de la misma para que por esta vía se atienda a los usuarios de las EPS.

El informe de la defensoría revela datos que demuestran cómo para que un colombiano pueda ser atendido debe recurrir a la Acción de Tutela. En el año 2014, 118.281 tutelas fueron interpuestas para reclamar violaciones al derecho a la salud. La pregunta que surge

frente a estas cifras es: ¿Qué ha hecho el gobierno para que no se tenga que recurrir a un procedimiento que está causando congestión en los juzgados debido a la alta demanda? Ya lo dijo Alzate (2016):

La sentencia T-760 conminó al Estado a “generar acciones concretas” para garantizar un buen servicio. Por su parte, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1328 de 2016. Con ella eliminó la autorización previa del Comité Técnico Científico para que un paciente acceda a tratamientos que no estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Lo grave aquí es que toda esta reglamentación se ha convertido en letra muerta porque las EPS se han demorado en implementar esta medida. En el caso de la autorización de medicamentos de alto costo, ahora la responsabilidad cae sobre el médico que formula. Si el profesional no puede explicar bien por qué formula un medicamento de esta categoría, él asume la responsabilidad.

Jorge Armando Ordoñez, anterior Defensor del Pueblo, es optimista frente a lo que puede pasar para mejorar la atención al usuario por parte de las EPS. Sostiene que con la sanción de la Ley 1751 de 2015, “primera Ley Estatutaria para reglamentar un derecho fundamental cuyo objetivo es el de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”, el sistema de atención en salud puede mejorar si se definen ampliamente “su núcleo esencial, sus alcances y límites, sus elementos esenciales y los principios que subordinan cualquier otra norma legal que en el pasado o en el futuro regule o reglamente el Sistema de Salud”(2015). Se espera que con la expedición de la Ley Estatutaria, su reglamentación y puesta en práctica, se materialice el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de tal forma que los resultados futuros en

la calidad y la oportunidad de la prestación de los servicios de salud reflejen la mejoría en la respuesta del sistema de salud frente a las necesidades de la población.

Interpretaciones de la ley

Si queremos conocer lo que dice la ley sobre el derecho fundamental a la salud debemos volver, necesariamente, a la Ley 100 de 1993. Esta estableció que quienes se encuentran afiliados al régimen contributivo, además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, pueden contratar Planes Adicionales de Salud. Como se sabe, estos son un conjunto de beneficios opcionales contratados de manera voluntaria, que garantizan la atención de actividades, procedimientos o intervenciones no incluidas en el POS. Desde luego, como estos servicios son privados, de responsabilidad de particulares y financiados con recursos adicionales a las cotizaciones obligatorias, no le corresponde prestarlos al Estado, aunque este pueda ejercer funciones de vigilancia y control sobre las empresas constituidas para prestar este servicio. .

La Sentencia T-392/143 señala que los contratos de medicina prepagada son

[...] contratos bilaterales, de adhesión, de ejecución sucesiva, consensual, principales, aleatorios, que requieren, previo a su celebración, la exigencia por parte de la empresa de la realización de exámenes completos y rigurosos al solicitante, que deben permitir establecer las denominadas preexistencias y exclusiones respecto de las cuales no se dará cubrimiento médico, con la finalidad de que el usuario decida si quiere o no celebrar el contrato.

(2014)

Pero la verdad es que a este tipo de servicios no tienen acceso las clases pobres. El régimen subsidiado no es para quienes no tienen capacidad económica para asumir las erogaciones que un contrato de medicina prepagada demanda. Y el contributivo está diseñado para ciudadanos que puedan pagar a las EPS una mensualidad. En este orden de ideas, hay que decir que el problema financiero de las EPS no está solamente en el régimen subsidiado. También está en el contributivo.

¿Hasta dónde la demora en el desembolso del Fosyga a las EPS por recobros afecta el buen servicio que deben prestar estas empresas? Es difícil determinarlo. Pero la verdad es que si una EPS tiene músculo financiero puede asumir los compromisos adquiridos con el sistema hospitalario sin necesidad de esperar a que el Fosyga le desembolse recursos. La prueba está en el caso Saludccop, que llevo a su liquidación. Donde la Junta Directiva de esta EPS no hubiera desviado los recursos hacia operaciones que nada tenían que ver con la salud su situación sería otra. Carlos Palacino metió dineros de esta EPS en un proyecto recreacional en los llanos orientales. Pensó de pronto que la Superintendencia de Salud no se daría cuenta. Fue por esta razón que Saludcoop empezó a quedar mal en los pagos a proveedores y a la red hospitalaria que les prestaba servicios de atención a sus usuarios. En el momento de la intervención le adeudaba a la banca comercial más de doscientos sesenta mil millones de pesos. Para poder mostrar un balance positivo, los directivos recurrieron a girar cheques a proveedores sin entregarlos: los investigadores encontraron en las oficinas un total de 8.103 cheques sin cobrar.

¿Hay salidas a la crisis de la salud?

Muchos concedores de la crisis de la salud en el país proponen a cada rato fórmulas para alcanzar el equilibrio en la prestación de este servicio, evitando que la operación de las EPS presente pérdidas operacionales. El diario económico Portafolio hizo hace algunos meses un análisis de la situación que vive la salud en Colombia como consecuencia de cesación de pagos por parte de las EPS al sistema hospitalario. Propuso algunas ideas interesantes que, sin embargo, no encontraron eco en las autoridades que vigilan y regulan este sector de nuestra economía. Una de las propuestas para defender el aseguramiento público como lo concibe la Ley 100 de 1993 es mantener la participación del sector privado, pero de una manera radicalmente distinta. Partiendo de que “La esencia de mal del sistema de la salud actual está en el contrato establecido por el Estado y el sector privado”(Portafolio, 2012), donde el primero pone los recursos, pero en su concepto sin modularlo, ni regularlo, ni controlarlo, permitiéndole al segundo el manejo de recursos públicos a su leal saber y entender, “con las consecuencias que todos conocen”(Portafolio, 2012)

El informe del diario económico Portafolio señala que por carecer de sistemas propios de información “el Estado ha quedado en manos de lo que el sector privado le quiera informar”(2012) . A renglón seguido que es imposible una peor relación entre el sector público y el privado. Leamos lo que al respecto dice el periódico:

El sector público no entendió que su papel cambió de proveedor de salud a regulador del sistema y, por consiguiente, 19 años después de creado se da cuenta de que sus mecanismos de vigilancia y control en este campo son una pulga frente a los elefantes de las EPS, sobre todo, del sector contributivo (2012).

El segundo error consiste, según Portafolio, en que tanto el Estado como el sector privado “ignoraron que ahora este último pasaba a jugar el nuevo rol de prestador de servicios sociales, no con sus propios recursos, sino con dineros públicos” (2012). Aquí anota que ellos, los administradores de las EPS, no podía hacer con ellos lo que le diera la gana, y menos, “asignar estos recursos a sectores distintos a los de la salud de los colombianos” (Portafolio, 2012)

Todos los analistas del problema de la salud en Colombia coinciden en afirmar que a la operación de la Ley 100 de 1993 “*le cayó la plaga del populismo*”. Todo, en su concepto, porque desde el año 2002 el régimen subsidiado se amplió rápidamente, bajo la premisa loable de universalizar la salud, “pero nadie sumó ni midió sus repercusiones financieras”. Portafolio (2012) sostiene que “las premisas sobre las cuales se estructuró el sistema de salud en 1993 no se cumplieron” porque la economía no creció al ritmo que se había previsto, que era el 5 por ciento durante los primeros cuatro años. El crecimiento fue del 3.3 por ciento. A esto se suma que el empleo formal, que estaba llamado a sostener el régimen subsidiado, se vino a pique “con una informalidad laboral superior al 50 por ciento.

El otro fenómeno que ayudó a producir la crisis en la salud fue el clientelismo que abrió sus fauces ante la posibilidad de enriquecimiento que presagiaba la Ley 100. En este sentido, algunos analistas aseguran que miembros del Congreso de la República, en contubernio con el Ministerio de Salud (citado en Portafolio, 2012), metieron sus manos en estas empresas, “y empezaron a legislar en su favor y no en beneficio de la salud de los colombianos”. Problema que se agravó cuando el mismo Gobierno Nacional disminuyó los ingresos del régimen subsidiado manteniendo sus gastos. Fue ahí cuando los hospitales públicos quedaron desfinanciados. En este sentido, la exministra Cecilia López Montaña

(autora en Portafolio 2012) se atrevió a decir que “El mercado no reguló el sistema de la salud, y la terquedad de los autores de la Ley 100 permitió que surgieran oligopolios en el aseguramiento y las integraciones verticales entre aseguradoras y prestadoras del servicio, absolutamente perversas”. Para la columnista de El Tiempo el abandono de la salud pública por parte del Gobierno y la errónea delegación de la prevención a las EPS convirtió el modelo de la salud en un sistema de enfermos, muchos, mal atendidos. En su concepto, la Ley 100 acabó con los hospitales universitarios, exprimió a los médicos y no permitió que los especialistas entraran al sistema. En resumen, con esta ley la profesión pasó de la gloria al infierno.

Conclusiones

En opinión de cientos de colombianos que sufren las consecuencias de la tercerización de la salud al entregársele al sector privado su manejo, la Ley 100 de 1993 debe ser reformada a profundidad si se quiere pasar la página de un problema que afecta a todo un país. Pero para hacerlo se necesita voluntad política. Y esa parece que entre los miembros del Congreso no existe, porque hasta el momento no han hecho nada en esta dirección. Mientras tanto, los usuarios seguirán siendo las víctimas de un modelo que según las informaciones de prensa ha causado más muertes que las producidas por la propia violencia que durante cincuenta años ha vivido el país. En las épocas en que la salud la manejaba directamente el Gobierno Nacional no se vivieron crisis como la de ahora. El situado fiscal, que llegaba directamente del presupuesto nacional a los hospitales públicos, permitía una atención sin los problemas de ahora. Habrá que seguir insistiendo para que la clase dirigente entienda que es urgente cambiar el sistema.

Referencias bibliográficas

Alzate, J (2016) *¿A qué se debe el pésimo servicio en las EPS?* El Tiempo. Obtenido de: <http://www.eltiempo.com/opinion/columnistas/a-que-se-debe-el-pesimo-servicio-en-las-eps-jose-miguel-alzate-columna-el-tiempo/16643197>

Congreso de la República (1993) *ley 100 de 1993*. Obtenido en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%200100%20de%201993.Pdf

Corte Constitucional (2013) Sentencia T-161/13 Obtenido de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-161-13.htm>

Corte Constitucional (2014) La Sentencia T-392/143. Obtenido de: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf>

Corte Constitucional (2015) *Ley Estatutaria de salud 1751*. Obtenido de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=60733>

Diario Oficial (1993) *Ley 100. Ed. 41.148* Obtenido de: <http://corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/C-408-94.htm>

Organización Mundial de la Salud. (1946) *Preguntas frecuentes*. Obtenido de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Revista Portafolio (2012) *Verdades sobre la crisis del sistema de salud*. Obtenido de:
<http://www.portafolio.co/opinion/redaccion-portafolio/verdades-crisis-sistema-salud-99454>

Revista Semana (2011) *SaludCoop, la caída de un imperio*. Obtenido de:
<http://www.semana.com/nacion/articulo/saludcoop-caida-imperio/239794-3>

Silva, N (2015) *Así será la liquidación de Saludcoop*. El Espectador. Obtenido de:
<http://www.elespectador.com/noticias/salud/asi-sera-liquidacion-de-saludcoop-articulo-601346>