

Economía del sistema de salud colombiano: sin médicos, sin medicinas, sin pacientes y sin servicios¹

Jahir Alexander Gutiérrez Ossa², Rubén Darío Restrepo Avendaño³

Resumen

Objetivo

Identificar los óptimos económicos del sistema de salud colombiano constituye el marco de interés del presente artículo.

Metodología

El análisis multicriterio funge como herramienta metodológica para analizar desde los datos y/o el bagaje teórico, la capacidad que se tiene para efectivamente desplegar las bases para la consolidación de un sistema de salud.

Resultados

Si bien, en Colombia los recursos públicos destinados a la salud siguen en aumento, aportes y recursos continúan en manos de agentes económicos que bajo captura pública, han hecho de ellos su principal fuente de financiación. Esta circunstancia ha puesto al sistema en una discusión directa frente a la prestación de los servicios de salud o ubicarse al lado de la administración de los recursos. La situación que acá se presenta, tiene dificultades claramente financieras que han terminado por desdibujar el carácter de cada uno de los agentes involucrados, para que el sistema efectivamente cumpla su propósito.

Conclusiones

El sistema de salud en Colombia no está articulado a ninguno de los agentes vinculados a éste. En esencia, la fragmentación en la que se encuentra el mismo, impide que haya coincidencia en los temas básicos y prioritarios de la salud en el país, y más aún, para que en términos generales, ninguno de ellos reconozca la prevalencia de un sistema de salud, que actualmente, los tiene por fuera del mismo. De allí que, ha hecho carrera el propósito de ajustar el sistema de salud, conforme a las condiciones de los departamentos del país.

Palabras clave: *agentes de la salud, economía de la salud, instituciones de salud, institucionalismo de la salud, sistema de salud (Fuente: DeCS, Bireme)*

Artículo recibido: enero 28 de 2014 **Aprobado:** septiembre 17 de 2014

1 Este artículo es producto de la investigación “Pluralismo estructurado en el sistema de salud colombiano”, realizada por el Grupo de Investigación en Perdurabilidad Empresarial (GIPE) de la Universidad del Rosario y por los grupos de investigación de la Universidad CES: Protección Social de la Facultad de Medicina y Gestión Empresarial de la Facultad de Administración de Empresas.

2 Economista, PHD en Administración Pública, Docente Facultad de Administración de Empresas, Universidad CES de Medellín y Universidad del Rosario en Bogotá. Correo electrónico: algutierrez@ces.edu.co

3 Médico Cirujano, Magister Salud Pública, Docente Universidad CES de Medellín. Correo electrónico: rrestrepo@ces.edu.co

Colombian health system economy: no doctors, no medicine, no patients and no services

Abstract

Objective

To identify the optimal economic Colombian health system constitutes the framework of interest of the current article.

Methodology

The Multi-criteria analysis serves as a methodological tool to analyze data and/or the theoretical baggage, the capacity that is possessed to effectively deploy the foundations to consolidate a health system.

Results

While in Colombia the public resources devoted to health are still increasing, contributions and resources continue in hands of economic agents that, under the public capture, have made them their main source of funding. This circumstance has put the system in a direct discussion with the health care providers, or in favor of the resources management. The situation that arises here has clearly financial difficulties, which have ended up blurring the character of each of the subjects involved, so that the system effectively meets its purpose.

Conclusions

The health system in Colombia is not articulated by any of the agents linked to this. In essence, the fragmentation in the system prevents congruence in the basic and priority issues of health in the country. None of the agents recognizes the prevalence of a health system, which currently has them out of it. For this reason, it has become a trend the purpose of adjusting the health care system according to the conditions of the country's states.

Key words: *health workers, health economics, health institutions, institutionalism of health, health system. (Source: DeCS, Bireme)*

Introducción

La evaluación estrictamente económica y financiera hecha al sistema de salud colombiano ha agotado los fines y principios en que se ha fundamentado. Si bien, el análisis efectuado respecto a los recursos constituye la válvula de irrigación del sistema, cuando únicamente es observado dicho parámetro, sus otros componentes son obviados. La margen económica, ha envilecido la composición del sistema, dejando por fuera a los médicos, los pacientes, la entrega de medicamentos y la prestación de los servicios integrales de salud.

Es relevante connotar el marco económico que estrecha el margen de acción de los demás componentes que abrigan los sistemas de salud. Independiente a la referencia del modelo a seguir, lo que es evidente es que el constante giro a las condiciones económicas del sistema, limitan cualquier observancia específica a ejemplos de modelos exitosos que son solo escenarios sobre los cuales la encrucijada económica debe tener alguna salida para los sistemas.

El enfocar los esfuerzos para lanzar salvavidas a la estructura económica y financiera del sistema de salud colombiano, ha dejado por fuera a todos los componentes y elementos del mismo. Tal es así que, la relación médico – paciente ha sido relegada por la taylorización del sistema en cuanto a la automatización de tiempos y la prestación; la disposición de los medicamentos y la atención ha pasado a la invisibilización del servicio cliente, confinado a los requerimientos de salud a la demanda y al margen de una llamada (call center).

La posibilidad de que pueda recuperarse cada uno de los elementos del sistema es mucho más aliciente que la propia dilación

económica sobre el cual hoy está situada la extasiante discusión sobre el porvenir del sistema de salud colombiano. El poder desarrollar un sistema paralelo, que a la par con los requerimientos económicos y financieros, identifique, destaque y profile la estructura de los usuarios del sistema de salud bajo una amplia reciprocidad, podría trascender en la viabilidad integral del sistema de salud con todo ello.

El análisis multicriterio permite ubicar las temáticas consideradas por encima de las explicaciones de forma mediática que se dispensan para contextualizar, más que para aclarar, los senderos que tiene éste y otros temas para superar las dificultades o tomar diferentes referencias para salir a flote. El análisis multicriterio sirve de torque para que con cada paso dado, puedan anticiparse dificultades o destrancarse obstáculos no previstos, para que el sistema además de funcionar y ejemplarizarse, plenamente sea pertinaz y eficiente.

El fundamento sobre el cual se pretenden desarrollar las temáticas estimadas en el marco de este escrito corresponden a los siguientes juicios: En primer lugar, a la revisión estrictamente económica y financiera del sistema de salud colombiano. En segunda instancia, respecto a la arremetida que ha traído hacia los demás componentes del sistema, el encasillar a éste bajo referencia exclusivamente económica y, finalmente, el poder establecer los criterios que podrían convertir al sistema en una estructura factible y viable completamente.

Estructura económica y financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia

La estructura económica y financiera de los sistemas de salud depende de las condiciones productivas y de desarrollo del

país en el que se encuentran prescritos. No obstante, al considerarse las condiciones de factibilidad y viabilidad de cualquiera de los sistemas, parece que el análisis obvia al comportamiento económico en general. De allí que no se entiende, cómo se acusa a la inviabilidad del sistema de salud colombiano, cuando es por cuenta de los flujos de recursos creados por la economía que éste termina viable.

En la mayoría de los países en “vías de desarrollo”, esta élite de pseudocientíficos economistas han hecho de la salud un sistema complicado a partir de la desarticulación o fragmentación de las partes de los modelos, generando un difícil desconcierto con resultados sociales ambiguos. Nunca han comprendido la visión dinámica de los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones; y jamás han hecho énfasis en que la noción importante es que los diversos grupos de la población presentan una serie de condiciones que constituyen las necesidades de salud, las que, a su vez, requieren de una respuesta social organizada por parte de las instituciones que deben configurar en forma armónica las cuatro funciones más importantes del sistema de salud: modulación, financiamiento, articulación y prestación (1).

La separación que se hace del sistema de salud colombiano de las condiciones económicas, presenta en igual sentido los elementos expresados. Independiente a las condiciones económicas o modelo productivo, el sistema de salud del país continúa en la sin salida de ser apreciado inviable. No han servido ninguno de las fastuosas reformas con las que se ha querido mediar un problema estructural que obedece a la relación que debe existir entre la economía y el sistema de salud,

con la sola mediación de remiendos jurídicos.

Es por ello que la primera premisa de la inaplazable reforma de la Ley 100 es la eliminación de la intermediación, porque, o hacemos salud o hacemos negocio. Hacer los dos: salud y negocio es incompatible con la moral social, más en un país pobre; es un despropósito económico que pretende dar cobertura con servicio de buena calidad y ganancia y lucro desmedido de terceros. En la práctica, el desarrollo de la Ley 100 es la negación de los principios y los valores, que en su parte teórica invoca, como son: la solidaridad, la universalidad, la eficiencia y la integralidad. Es una disociación patética entre la parte de los principios de la ley y la orgánica que privilegia el interés individual de rentabilidad económica en el “negocio de la salud”. Todo lo anterior nos permite afirmar que, el problema esencial que debe afrontar la reforma a la Ley 100, es el dilema entre la rentabilidad para unos pocos o la seguridad social de los colombianos (2).

El sistema de salud bajo cualquier denominación, mixta, privada o pública está sujeto al control y dirección del Estado, que en comunión con el desempeño económico real decanta las posibilidades para que el sistema avance, se expanda o rezague. Sin embargo, lo único que queda claro en el caso del sistema de salud colombiano, es que las cuentas del Estado en la materia continúan creciendo, pero el desbarajuste con respecto a la salud continúa y, la entrada de más actores en el proceso ha desvirtuado la razón de proveerla.

En el contexto latinoamericano, Colombia adolecía, antes de la reforma, de las mismas limitaciones señaladas por los estudios sobre los sistemas de salud en el mundo. Sin embargo, teniendo en cuenta

elementos teóricos sobre accesibilidad y seguros de salud, la evidencia nacional ha verificado que aún pasados varios años de la reforma al sistema de seguridad social, el principal limitante del acceso a los servicios de salud, parece seguir siendo el factor económico. Este determinante del acceso ha tenido ciertas mutaciones a lo largo del tiempo y al parecer ahora, limita el acceso no solamente vía la financiación de la prima del seguro sino copagos, cuotas moderadoras, costos de viajes, entre otros (3).

Las postulaciones que acusan a una desfinanciación del sistema no corren por cuenta de los recursos del Estado, sino por cuenta de los actores privados y de naturaleza similar, que al amparo de criterios jurídicos de libre competencia y mercado, han hecho de los recursos privados, generados por la economía y los propios empleados, fuente de utilidad para convertir al sistema de salud en un monopolio rentístico para los privados, con cargo a la capacidad financiera del Estado, quien por alentar un marco competitivo, ha dejado suelto al sistema.

De tal forma, se debe delimitar semántica, conceptual y metodológicamente el entendimiento, acerca de qué es un sistema de salud. A los efectos de las conferencias y debates efectuados, el tema de discusión se centró, principalmente, en las transformaciones institucionales, mediante las cuales los mecanismos financieros, organizativos y modelos de atención a la salud, permiten el avance hacia el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, personales y no personales, así como el rol rector en la conducción de procesos sectoriales e intersectoriales, que den cuenta de los determinantes sociales de la salud (4).

El actual marco de prestación de servicios de salud en Colombia, sobre el que la

cantidad de operadores intervienen para prestar en último término los servicios de salud, ha desvirtuado la naturaleza del SGSSS en el país y, prueba de ello lo constituye el número de procesos jurídicos a los que están siendo sometidos las empresas prestadoras de salud (EPS) y las Instituciones de Prestación de Salud (IPS), sobre las que el sistema ha encontrado limitaciones, que han restringido al incipiente sistema de salud colombiano.

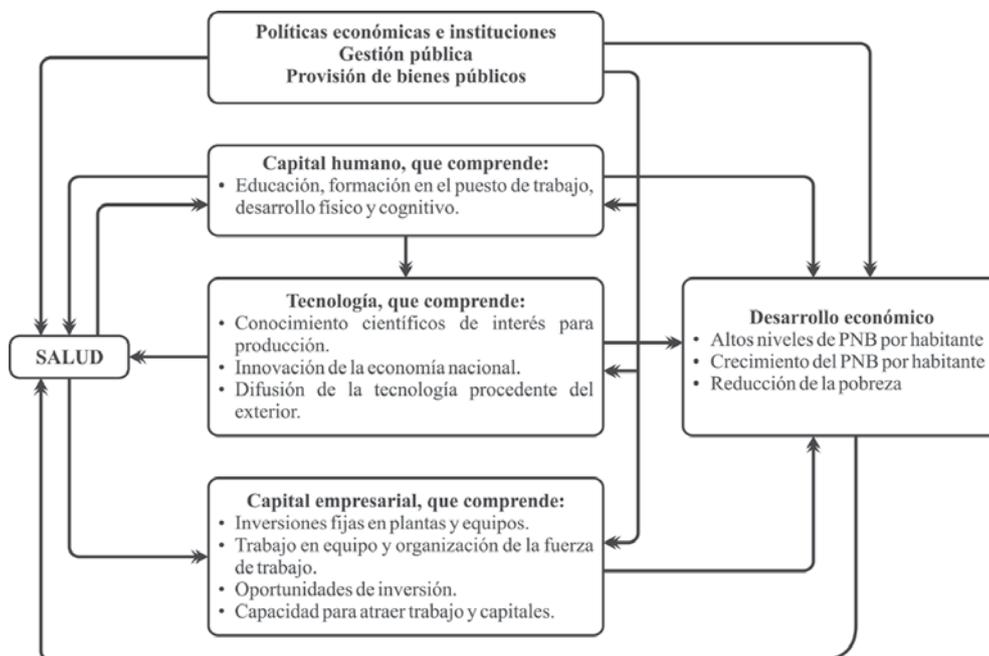
El sistema de salud de Colombia está conformado por tres subsistemas: la seguridad social, el subsistema público y el subsistema privado, que garantizan paquetes de servicios diferenciales, según el nivel de ingreso de los beneficiarios. El llamado Sistema General de Seguridad Social en Salud, fue implementado en 1995 luego de su reglamentación por Ley 100 de 1993, que transformó el viejo Sistema Nacional de Salud, de organización vertical y centralizada, en un sistema basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios y la redistribución solidaria a favor de los más desposeídos. El SGSSS cubre teóricamente a toda la población residente del país y se divide en tres regímenes con paquetes de servicios diferenciados según el ingreso de la población beneficiaria (5).

El deterioro de la condiciones o participación de cualquiera de los sujetos pertenecientes a la estructura del sistema han envilecido la presencia de los demás. En este sentido, se ha perdido el concepto de salud por el de prestación o asistencia; el de paciente por cliente o usuario; el de facultativo o médico por tomador de costos y/o tiempos, y la entrega de medicamentos en una interacción entre lo que dispone el sistema de salud y las condiciones económicas del cliente para acceder a un servicio mejor por cuenta propia.

Las diferencias entre niveles socioeconómicos confirma, que las condiciones de acceso son insuficientes e inequitativas, ya que la mayoría de las personas de bajos recursos que no accedieron al servicio de salud frente a una necesidad, no lo hacían por su incapacidad de cubrir los costos de los servicios, lo cual hace pensar que, si bien existen los mecanismos para llevar a cabo la atención médica para todas las personas sin importar su nivel socioeconómico, éstos en realidad son puramente formales (6).

El papel de subastadores a los que han sido confinados cada uno de los actores del sistema ha desvirtuado el propósito de ofrecer salud, aún en condiciones magras o protuberantes, en las que la salud no puede medirse por las condiciones financieras, sino por las condiciones que se tienen para que efectivamente pueda indicarse el alcance que debe prever el propio sistema, y que conforme a ello, debe establecer unos criterios que no giran solamente en la brecha económica y financiera para trasladarlos eficientemente al sistema. (Esquema 1).

Esquema 1. Salud como factor de desarrollo económico



Fuente: Sachs, 2001, p. 29

Fuente: Rodríguez (2010:4)

La condición de mecanismo de subastas sobre el cual está fincado el sistema de salud colombiano, impide cualquier posibilidad para que en principio pueda hablarse de sistema de salud, y segundo, que efectivamente los recursos lleguen a donde deben llegar, por cuanto lo que hacen cada uno de los participantes en dicho mecanismo, es tomar lo que más se pueda,

aunque para otros actores del sistema, esto termine perjudicando su posición desde el mercado y de las políticas que procure el Estado para afianzar al sistema (Tabla 1).

El mecanismo permite la entrada de otra suerte de elementos explicativos, como los vinculados a la restricción o imposibilidad de ofrecer servicios idóneos y propios, a

la par que crea marcos morales, a través de los cuales se intenta explicar, bajo las circunstancias indicadas, qué se puede ofrecer o suministrar. Es decir, que el sistema de salud colombiano no solamente dejó de serlo, sino que convirtió a todos sus actores en demandantes individuales y obstaculizadores para que efectivamente se hablase de un sistema de salud.

Después de una inversión de muchos millones de dólares en diseñar y poner

en marcha reformas neoliberales, los sistemas de salud de América Latina no son más equitativos, más eficientes ni de mejor calidad que antes de las reformas. Se hubieran obtenido mejores resultados si en lugar de imponer estrategias que no están basadas en la evidencia y que responden a una agenda ideológica, los promotores de las reformas se hubieran preocupado por evaluar y fortalecer algunas de las iniciativas generadas por los propios países (7).

Tabla 1. América Latina y el Caribe: interacción entre financiamiento público y cotizaciones de la seguridad social en el sector de la salud

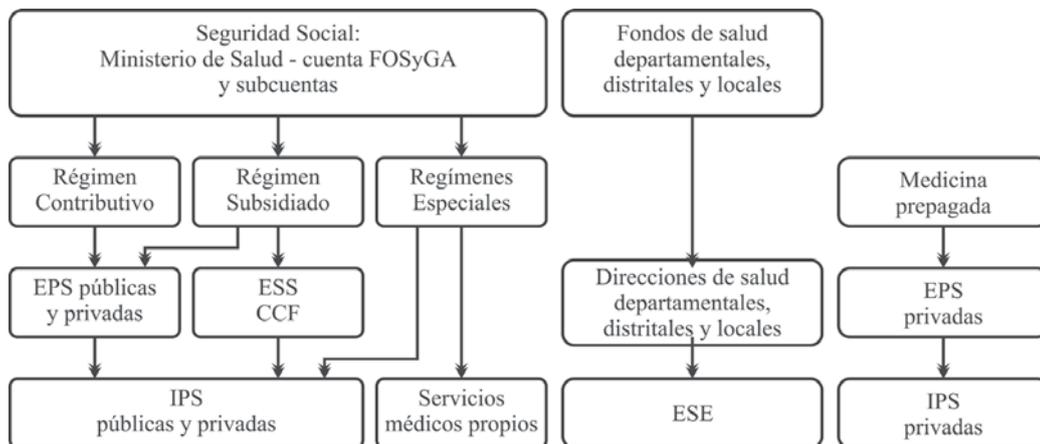
| Tipo 1 Financiamiento: rentas generales, sistemas integrados a partir de financiamiento no contributivo. | Tipo 2 Financiamiento: integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social. | Tipo 3 Financiamiento: baja o nula integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social. |
|---|---|---|
| <p><i>La estructura de la prestación es heterogénea entre prestadores públicos y privados.</i></p> <p><i>Prestación pública y privada:</i> Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guyana, Haití*, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, República Bolivariana de Venezuela**.</p> <p><i>Prestación solo a través del sistema público:</i> Cuba.</p> | <p><i>En todos los casos hay algún grado de separación explícita de funciones de financiamiento y prestación. También varía el nivel de integración del financiamiento.</i></p> <p>Tipo 2A: Integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social: Costa Rica.</p> <p>Tipo 2B: Integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo: Colombia, Antigua y Barbuda***, República Dominicana***.</p> <p>Tipo 2C: Modelo dual con integración parcial: Chile.</p> | <p><i>La estructura de la prestación pública es heterogénea y existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado.</i></p> <p>Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay.</p> |
| <p>Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Nota: En todos los países, con la excepción de Cuba, existe un subsector privado que también presta servicios de salud. * En Haití no existe prácticamente el seguro social y la prestación y el financiamiento provienen fundamentalmente del sector público y de organizaciones no gubernamentales. ** Las reformas de los últimos años han fomentado una mayor participación y cobertura del sistema público. *** Tanto Antigua y Barbuda como República Dominicana se encuentran en un período de transición, aplicando reformas de salud con vistas a una mayor integración del financiamiento.</p> | | |

Tomado de: Cruces (2006:90).

La situación planteada no sólo sobrepasa cualquier evaluación económica referente a los grados de verticalización en que se encuentra atomizado el efímero sistema de salud, sino que permite que cualquiera que cumpla con los requisitos se ubique en cualquier proceso de la subasta, con la posibilidad de no operar directamente los servicios de salud, sino que incluso, puedan ser ofertados por terceros que, con o sin conocimiento, hacen las veces de prestadores de última instancia, sin garantías, ni muchos menos vigilancia. (Esquema 2).

Si la posición de subastadores tuviese algún asidero real, se entendería igualmente que quienes aportan conforme a sus ingresos, recibirían respecto al monto, una prestación y servicios de salud acordes a dicho desembolso de recursos, sobre los cuales son establecidos los montos girados a las entidades encargadas de disponer y prestar dichos servicios; pero ello tampoco sucede. Lo que ha sucedido con el sistema de salud, es que han sido creados una serie de precios sombra, sobre los que cada quien define su equilibrio económico.

Esquema 2. Estructura del Sistema de Salud Colombiano



Fuente: Elaboración propia
Tomado de: Maceira (2007:32)

Además, la observación de los diferentes escenarios que muestran la situación en que se encuentran los sistemas de salud latinoamericanos, nos lleva a formularnos una serie de interrogantes tales como: ¿qué hacer para solucionar tantos problemas que enfrentan los sistemas de salud en América Latina?; ¿hacia dónde se deben orientar las políticas y los programas de salud de la región?; ¿qué estrategias permitirán a los diferentes gobiernos elevar su gobernabilidad sobre los sistemas de salud? Cada país latinoamericano deberá dar una respuesta particular a cada una de estas preguntas y buscar la solución a sus problemas en el Estado y en la sociedad

civil que se están perfilando, impactados ambos por toda una serie de reformas y transformaciones, que si bien afectan el funcionamiento de la sociedad en general, se expresan y evidencian con crudeza en un sector tan importante y vulnerable como lo es el de la salud (8).

Es evidente que el sistema de salud colombiano no responde a las condiciones del mercado y lo que se ha estimulado para el mismo, es la aparición de diversos agentes que tratan de ubicarse en un tramo de la telaraña de aspectos que componen al sistema, pero que en ningún momento intentan ubicarse en

una posición de eficiencia o de prestación coherente conforme a los recursos que manejan. Al contrario, tratan de optimar las condiciones de las entidades a las que responden, y por ende, el sistema como tal se agota, pasando al esquema de carteles, como efectivamente se ha hecho visible en el país.

El sistema de salud colombiano frente a la inclusión médica, los medicamentos, los pacientes y los servicios

Es improcedente indicar la contemplación de un sistema de salud cuando este tiene por fuera a sus principales actores, explicando y sustentando el sistema bajo fraccionamiento o relaciones factoriales, que terminan por agotar cualquier principio humano sobre el cual se crean los sistemas de salud, para pasar al estrecho margen operativo establecido por la relación de datos y cifras para indicar sobre la calidad operativa del sistema; de allí que no esté lejos la separación entre los médicos, los medicamentos, los pacientes y los servicios.

El aspecto de mayor impacto en la intervención que mediante la Ley 1122 del 2007 se hace del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud de nuestro país, es el de dirección y regulación. Sin embargo, su intervención no es compartida por diferentes actores del sistema y diferentes analistas. Se advierte que podrían reflejar una tendencia centralista y que se pierden espacios importantes de concertación y participación social. A pesar del poder de la Ley, se presenta frente a lo aquí dispuesto, una discusión académica frente a la utilización y redefinición de asuntos vitales, como los de universalidad y salud pública, asumiendo conceptos aquí, claramente regresivos, no solo de los avances ya hechos en el país, sino respecto del concierto internacional, por lo menos en el ámbito académico (9).

La capacidad de actuación, operatividad y reacción por parte del médico, aún se mide en estas latitudes como el indicador que permite evaluar, además de la acertada prestación del servicio, las condiciones que tiene la estructura del sistema de salud para responder ante cualquier situación. Sin embargo, la cantidad de elementos que hoy acompañan el quehacer médico, incide para que este termine siendo un actor más de la cadena del sistema. La posición del galeno referente al comportamiento del sistema, es sumamente compleja.

En el país existe una reglamentación contradictoria; por una parte existe una normatividad que promueve la libre competencia en el mercado, entre los actores (regulado por la Superintendencia de Industria y Comercio) y, en contraste, existe un mercado regulado con una exigencia de contratación mínima con el sector público, que no se cumple en muchos de los municipios y departamentos, por la falta de rectoría de los entes territoriales y por las debilidades en inspección, vigilancia y control de la autoridad competente. Lo anterior genera grandes interrogantes sobre la posibilidad de la implementación de redes integradas, a pesar de lo expedido recientemente en la Ley 1438 de 2011. Por otra parte, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) cada vez cuentan con mayor integración vertical, lo que se convierte en un gran reto para el Sistema General de Seguridad Social colombiano (10).

El ejercicio laboral de los médicos ha pasado del interés por la salud del paciente, a evaluar las condiciones del sistema para que efectivamente pueda desarrollar su profesión. Esta situación ambigua, lo ha puesto en el papel de elemento restrictivo para el propio paciente o usuario, que no encuentra en el sistema el sujeto sobre el cual respaldar su situación, más allá de la determinación e identificación de valores

cuantitativos, que bien podrían obtenerse por otros medios, ajenos a la estructura del sistema de salud.

Hay contradicciones e incompatibilidades muy grandes entre los valores que inspiran el paradigma médico, basado en principios humanistas para beneficio del paciente y los valores que inspiran el modelo comercial de la práctica de la medicina, basados en el lucro económico de los empresarios de las compañías aseguradoras privadas. Estas contradicciones e incompatibilidades parecen muy difícilmente superables, si se tiene en cuenta que dependen del modelo de desarrollo económico inspirado en la supremacía del mercado predominante hoy en el mundo (neoliberalismo, globalización, “religión del mercado”). Sin embargo, las grandes contradicciones y desequilibrios latentes de ese modelo económico basado en la injusticia, permiten vislumbrar un cambio que aún no está cercano, que redima a la humanidad de la miseria (11).

La condición del médico pasa por múltiples facetas que, en la medida de las circunstancias, el especialista y profesional del área no alcanza a contemplar plenamente. Sin embargo, los elementos básicos sobre los cuales debe extender su quehacer se han visto menoscabados por la posición financiera, jurídica y operativa, que a través de distintos entes, han echado mano de los principios y fundamentos sobre los que hace poco se entendía que correspondía el sistema de salud, al amparo de la ley, sin revisión de otros temas.

Uno de los principales problemas de la industria de la salud, es la información asimétrica que se da entre el proveedor y el consumidor del servicio. El consumidor desconoce la complejidad de su enfermedad y los tratamientos disponibles y no dispone del tiempo necesario para analizar la información antes de tomar sus decisiones de consumo, por lo que debe

confiar en la veracidad del informe médico, que puede ser dictado estratégicamente. La información asimétrica le otorga al médico poder de mercado y de negociación, en tanto éste tiene libertad en la fijación del precio, mientras que el individuo tiene poca capacidad y tiempo para elegir. La ineficiencia de este resultado se agrava teniendo en cuenta la incertidumbre financiera a la que están sujetos los individuos ante la imposibilidad de determinar cuánto será su gasto en salud (12).

El progresivo desmantelamiento del sistema de salud ha dado por sentado que, aún sin presencia de sus principales actores, este podría subsistir. Sin médicos, sin medicinas sin pacientes y mucho menos sin servicios de salud, el sistema puede responder incluso a cualquier modelo que se pretenda aplicar. En este sentido, la discusión ha pasado de tecnicismos y posiciones tecnócratas, a un claro afán de salvar un sistema que no responde a sus principios básicos, a expensas de los subastadores que han hecho de éste una fuente de recursos.

Un factor básico del nuevo modelo de atención planteado por la Ley 100 es la existencia del aseguramiento como tercer actor entre el proveedor y el demandante de servicios. Esta condición transforma la relación entre el usuario del servicio y la persona u organización que se lo brinda. La mayor parte de los cambios son dados por las restricciones propias de un paquete de servicios que busca racionalizar el uso de los recursos humanos y por ende, su costo ante los requerimientos de los usuarios, que al estar asegurados, tienden a demandar más servicios de los necesarios. Lo mismo sucede con los prestadores de servicios, que al estar amparados por un contrato de provisión de los mismos, facturan al asegurador la mayor cantidad de servicios para asegurar su equilibrio económico. (13).

En el caso de la dispensa de medicamentos y de la clara ausencia de suministros de los mismos para atención a los pacientes, es otra muestra del desajuste en que se encuentra el SGSSS en Colombia, tras del cual se entregan los mismos medicamentos para distintos síntomas y el logro de un tratamiento se considera un triunfo, para quien logra pasar de la etapa de constantes revisiones y procedimientos, a intervención directa sobre la situación de enfermedad o molestia del usuario-paciente que asiste a las citas médicas.

En consecuencia, uno de los principales argumentos en los que se sustentó la necesidad de reformar el sistema de salud, fue la necesidad de buscar un sistema más equitativo, tanto en el financiamiento como en la prestación de los servicios de salud; en este sentido, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 100 de 1993. Hoy, seis años después, algunos sectores de la opinión nacional están cuestionando profundamente los beneficios obtenidos por la reforma y se habla de una crisis general del sector, lo que contrasta con la reciente calificación de la Organización Mundial de la Salud sobre el sistema colombiano, como el de mejores resultados en Latinoamérica (WHO, 2000).

Es pertinente aclarar que dentro de los tres componentes del indicador global de desempeño utilizado por la OMS, el sistema colombiano fue clasificado como el número uno en imparcialidad en el financiamiento (lo cual se midió fundamentalmente en función del gasto de los hogares en salud); en los otros dos componentes, Colombia se ubicó en la posición 74 (logro en salud) y 82 (sensibilidad a las expectativas de las personas); esto implica que el componente de financiamiento tuvo un peso importante sobre el resultado global del indicador. (14).

El acceso a los medicamentos y la financiación de los mismos corre por cuenta de un sistema que a tientas, indica su incapacidad para atender enfermedades de mayor nivel o requerimientos, acusando con ello, que no cuenta con los mecanismos para atender eficazmente las necesidades de los usuarios, que conforme a las enfermedades requieren tratamientos especiales. En este sentido, la improvisación en temas de políticas de salud, rebosan las probabilidades de contar con un sistema que responde en cualquier materia.

Una observación recurrente es que el sistema ha puesto mucho énfasis en instrumentos de financiamiento al punto que, a pesar del avance en la cobertura de afiliación al SGSSS, incluso se ha detectado estancamiento en ciertos indicadores de salud, en particular en los relacionados con la prevención. El fortalecimiento de la práctica de la salud pública, la información completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, aparece como un reto mayor, sin el cual será difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención. Debe prestarse especial atención a la mortalidad materno infantil, a la población desplazada y al embarazo en los adolescentes (15).

En cuanto a la condición usuario-paciente, que ha elevado la categoría del requirente de los servicios de salud, pero que contrario a ello, ha servido para disminuir su categoría en cuanto al valor que podría tener referente al sistema, además de ubicar a éste en una posición de sin salida, con respecto a la dualidad de tener que aportar a un sistema que no lo atiende o cubre las necesidades de salud, escenario sobre el cual, valdría la pena dirigir a un esquema de pago directo e individual, sin presencia de EPS e IPS, entre otros.

Aunque muchos países están adoptando estrategias de exportación y algunos

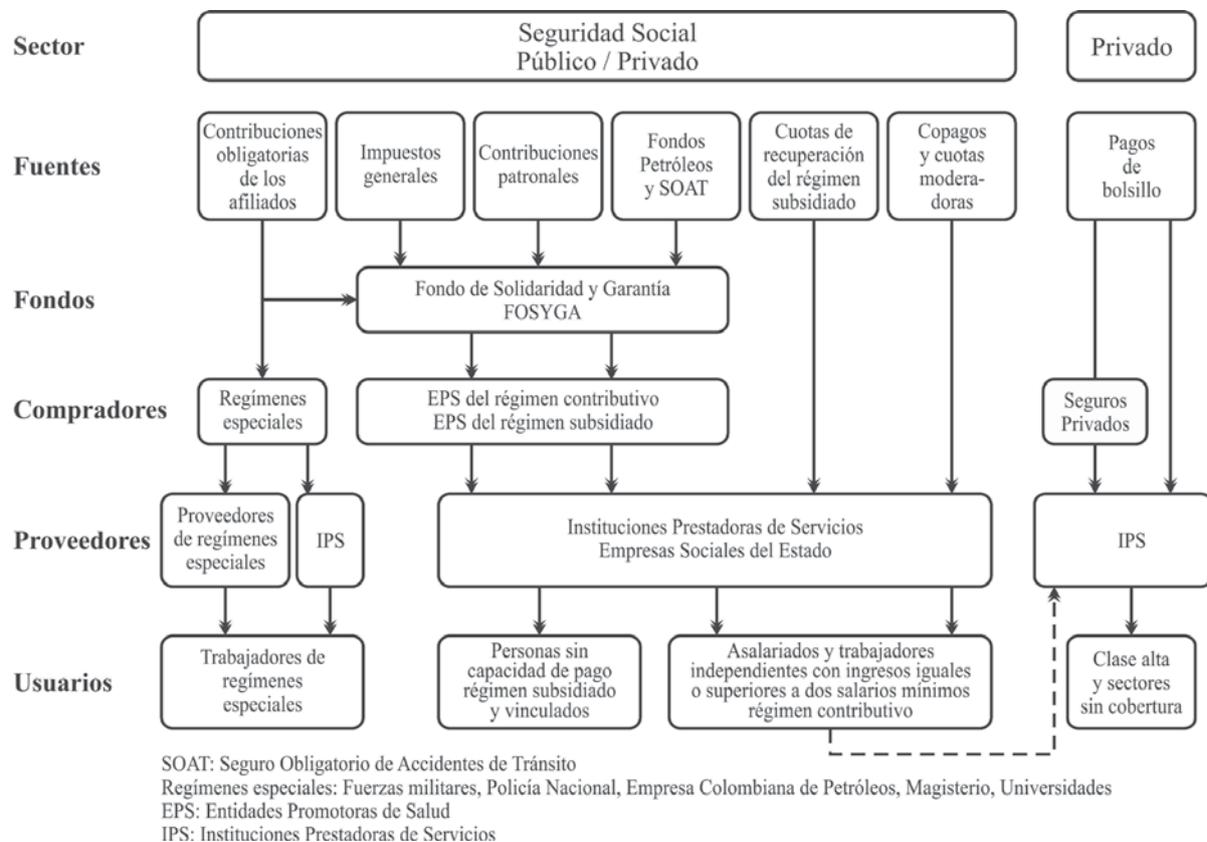
liberalizan el acceso a sus mercados, las limitaciones a la competencia basadas en consideraciones sociales, culturales y de desarrollo, que se observan en muchos sectores de servicios, son más intensas en el sector de servicios de salud. Por esta razón, resulta necesario promover una reglamentación consistente con la inserción de las economías en los mercados externos y con la canalización del crecimiento del comercio en función del bienestar general de la población (12).

El caos en que está sumido el sistema de salud colombiano, conlleva el planteamiento de formulas un poco descabelladas, a la hora de replantear la realidad sobre la que se ha querido atender o beneficiar más a éste que a sus propios usuarios. Hasta ahora, no se entiende que se logró con los cambios hechos al sistema

de salud en cuanto a la abrumadora cobertura, pero que ante la real prestación quedan empañadas por la precariedad en que se presta y se suministra el servicio en el país (Esquema 3).

El estimar la conveniencia de un sistema totalmente individual en el que los usuarios-pacientes respondan por su salud, implica que a la par de ellos el Estado igualmente destine los recursos que, por consecución pública de recursos, gira para que los colombianos, independiente a su estrato, reciban efectivamente atención médica y servicios conexos en materia de salud. Abandonar la discusión técnica y tecnócrata, por una posición más procedente y realista, pondría a los subastadores del sistema a repensar su mal quehacer.

Esquema 3. Sistema de Salud de Colombia



Tomado de: Guerrero y otros (2011:145).

Al analizar resultados de diversos estudios y las propuestas de reforma presentadas en los últimos años, podría decirse que los problemas más socorridos son: 1) Falta de universalidad en la cobertura de aseguramiento; 2) La intermediación, 3) Los problemas de accesibilidad, 4) La crisis hospitalaria, 5) El exceso de normatividad, 6) El manejo del alto costo, 7) Las deficiencias de la vigilancia y el control, 8) La corrupción, 9) El derecho a la salud, 10) El deterioro de la salud pública y 11) La inequidad. (9).

La cantidad de individuos que están por fuera de los servicios de salud y la disminución paulatina de los servicios prestados a través del sistema, no solo han puesto en jaque a éste, sino que alienta el deseo por recuperar el protagonismo del paciente y de la relación directa con el profesional de la salud. Al parecer, el llamado a un sistema de mercado y competitivo no corresponde a lo concebido y finalmente establecido en el país, en donde cada quien asume un papel individual e indiferente frente a la condición de los actores del sistema.

El modelo de financiamiento mixto del SGSSS es quizás el más difundido en el mundo, en especial en los países en desarrollo o de ingresos bajos y medios. En cada país este modelo se ubica en alguna combinación de recursos de seguridad social, obtenidos por medio de cotizaciones y recursos fiscales, originados en los impuestos. Adicionalmente, en cada país el sistema de salud adopta una estructura, una organización y unos arreglos institucionales específicos. En Colombia, los recursos financieros que se obtienen por medio de cotizaciones y aportes representan cerca del 70% del total, mientras que más del 50% de los afiliados se encuentran en el régimen subsidiado (16).

El sistema de salud colombiano ha fracasado en toda su extensión, y desde dicha aseveración, lo que resta más allá de una insinuante y atractiva reforma, es repensar el quehacer de cada uno de los actores en el sistema, uno a uno, para que a través de ellos, pueda constituirse un sistema más colombiano que arraigado a los fastuosos ejemplos internacionales que ostentan igual o peores dificultades que el propio, no se ha avanzado, en la medida que la evaluación del sistema responda a copias internacionales con poco estudio de lo nacional.

Análisis multicriterio del sistema de salud: sin médicos, medicamentos, pacientes ni servicios

La financiación de la Salud ha sido el foco de orientación que ha guiado a la providencia legislativa para aprobar las leyes que apuntan a que el sistema no termine en desbalance o quebrado. Por un lado, la frecuente irrupción de organismos internacionales que proclaman que la sostenibilidad de éste no depende del Estado sino de la libertad del mercado, y en otro lugar, la constante des-financiación que acusan las mismas entidades, privadas y públicas, hacen pensar que en definitiva la salud en Colombia no está enferma, es imprestable, por cuanto se encuentra en estado catatónico y agonizando.

El modelo de competencia regulada que caracteriza el SGSSS de Colombia ha sido sometido a prueba por cerca de 20 años. Ha afrontado múltiples problemas, dos reformas y numerosos ajustes. Lejos de ser un fracaso rotundo, como sugieren algunos analistas, el SGSSS puede ser considerado, por sus resultados, un modelo relativamente exitoso en términos de cobertura y financiamiento pro-equidad (16).

Es impensable que luego de proclamar públicamente que el sistema de salud colombiano estaba asegurado con la entrada de los nuevos regímenes de prestación, en la actualidad, se está debatiendo el alcance que podría tener, cuando indefectiblemente la salud presenta costos crecientes a escala, que no

pueden ser atendidos por el mercado, por el margen de ganancia que estos esperan, particularmente inmediata, cuando irrumpen en cualquier tipo de actividad pública o privada. En esta dirección, no pueden resolverse las dificultades del sistema, demostrando que los costos pueden promediarse (Esquema 4).

Esquema 4. Visión bidimensional de los sistemas de financiación

| Amplitud de incentivos | Unidad de pago | Riesgos: 100% Prestador | 100% Financiador | | | |
|------------------------|--------------------|--|-------------------------|-----------------|------------|-----------|
| | | Tarifas: 1..... 2..... 3..... | | | | n |
| Limitados | Servicio | | M ISAPRE Chile | M Alemania | M Canadá | M Francia |
| | Salario | MH España MA Chile MH Chile | MA Finlandia | | | |
| | Día / estancia | | | | H Alemania | |
| | Ingreso | | | H Suecia GDR | | PAD Chile |
| | Capacitación | “GP fundholders” MUFACE España M Estocolmo | MA España M Medicare | Seguros Holanda | | |
| Amplios | Presupuesto global | | H Holanda | | H Canadá | H Francia |

M: Médicos; H: Hospitales; MA: Médicos de Atención Ambulatoria; MH: médicos de Atención Hospitalaria; PAD: Pagos Asociados a Diagnóstico; GDR: Grupo de Diagnóstico Relacionados; MUFACE: Mutualidad de Funcionarios de la Administración Central

Tomado de: Begoña y otros (2000:69)

El mostrar curvas de ganancia o excedentes al productor, por cuenta del mal atinado interés de definir costos promedios en la salud, para cualquiera no entendido, despierta suspicacia a la hora de analizar la manera genérica, como los regentes de la salud deben atender a los pacientes. De dicha vinculación, la intermediación que se presenta entre estos últimos para acceder a los medicamentos, sobre los que se advierte debe ofrecer el sistema de salud, que por defecto para eso, entre otras, fue creado. De lo contrario, qué eficiencia puede tener un sistema que no ofrece atención, prestación y servicios básicos.

En raras ocasiones se analiza la relación circular entre la salud y el desarrollo, para decidir la forma en que se suministran los servicios de salud a la población, de tal manera que contribuyan al desarrollo y al bienestar de la población. Aquí sólo se

mencionarán algunos aspectos esenciales de dicha relación, mientras se analizan los cambios que en las últimas décadas han determinado un nuevo y nocivo paradigma en la producción y suministro de los servicios de salud (17).

Es de comprender que las economías de escala representan elevados e ingentes esfuerzos para quienes deciden incursionar en áreas de trabajo en los que las ganancias no saltan rápidamente. Al desvirtuar las condiciones de escala por cuenta del interés sembrado en los excedentes, no existe manera de establecer que efectivamente, aún bajo dicho escenario, los productos o servicios enmarcados bajo dicha característica se prestan a toda cabalidad, por cuanto, la inversión que debería destinarse a aumentar el capital de trabajo termina destinado a la provisión de excedentes para economías rentísticas (Esquema 5).

Esquema 5. Fallas de mercado, efectos y posibles soluciones

| Fallas de mercado | Efectos | Soluciones | Resultados |
|---------------------------------|--|--|--|
| Selección adversa | Problemas con la agregación de riesgos; en el límite no hay seguros | <ul style="list-style-type: none"> - Educación - Subsidio - Contribución obligatoria - Cobertura universal | <ul style="list-style-type: none"> - No efectivo - No efectivo - Eficiente - Eficiente |
| Riesgo moral | Sobreconsumo de seguros, sobreuso de servicios médicos | <ul style="list-style-type: none"> - Regulación y supervisión - Copagos - Deducibles | Moderadamente eficiente |
| Selección de riesgos | No hay seguro para discapacitados, enfermedades crónicas, pobres y adultos mayores | <ul style="list-style-type: none"> - Regulación y supervisión - Riesgo comunitario - Prima ajustada por riesgo individual | Moderadamente eficiente, pero técnicamente difícil de poner en práctica |
| Monopolio o cartel | Exceso de beneficios, subproducción | Regulación antimonopólica | Poco efectivo debido a tendencia a la concentración |
| “Polizonte” en seguros públicos | Aumento de necesidad de financiamiento por uso de servicios y por incentivo a no cotizar | Regulación y supervisión | Moderadamente eficiente |

Fuente: W.C. Hsiao. “Abnormal economics in the health sector”. *Health Policy Review*, Vol. 32, Nº 1/3, junio de 1995; Daniel Titelman y Andras Uthoff. “El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud”. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*. D. Titelman y A. Uthoff (comps.), Fondo de Cultura Económica.

Tomado de: Cruces (2006:105)

La problemática que se extiende en el sistema de salud no es su des-financiación, sino la conversión de éste en una economía rentística de orden vertical, muy característica en estructuras de mercado, cuyo comportamiento es monopolístico u oligopólico. Estructuras sobre las que el comportamiento tiende a mostrar empresas interesadas en maximizar beneficios o excedentes, sin cubrir necesariamente la demanda. Es decir, que son estructuras cuya oferta de mercado se ubica conforme a las expectativas de los ingresos, de allí, que si estos son contrarios a sus expectativas, recortan cobertura y la oferta.

Como reflexión final diría que si se pretende lograr sistemas de salud más equitativos, es obvio que se tiene que luchar para evitar la fragmentación, igualar las coberturas y, como se explicó, difícilmente se alcancen logros significativos al respecto, si no se aumenta de manera sustantiva el nivel de carga tributaria. Los desafíos que aquí hemos señalado, que no son los únicos ni necesariamente los más importantes, difícilmente pueden ser enfrentados de manera rápida e instantánea. No creo que existan soluciones mágicas para problemas que requieren un importante debate y reconstrucción institucional.

En cambio, prefiero pensar en modificaciones paulatinas que sigan un sendero de reformas orientado hacia la construcción de sistemas más igualitarios. Ese sendero, por otra parte no es único y de validez universal. Cada país tiene un punto de partida diferente y deberá discutir la mejor manera de encarar las reformas necesarias (18).

El sistema de salud tiene la dificultad de disponer el balance general de los recursos que se requieren para asegurar y hacer sostenible el sistema. En este sentido, es prioridad para los agentes involucrados en cada una de las etapas del sistema, disponer de las herramientas e instrumentos crasos para establecer el equilibrio económico necesario para su manutención. Sin embargo, las distorsiones que presentan cada uno de ellos en cuanto a recursos y sostenibilidad, implica, que no está plenamente identificado el esfuerzo económico requerido, o que las fugas del sistema prevalecen.

El problema no es el mercado pues el mercado es neutro. El problema es cómo lo usan los mercaderes. Si lo que los mueve es la codicia, la avaricia, la envidia o el afán de lucro, sin importar de dónde viene, existe un gravísimo problema social. Pero si al mercader lo mueve un interés de lucro justo y equitativo y el deseo de prosperar, él junto con los demás (cooperación), existe entonces una alternativa de solución razonable frente a los altos costos de los servicios de salud modernos. Las instituciones que mejor encarnan esta alternativa son los organismos no gubernamentales, que operan sin fines de lucro. En resumen, el imperativo de hoy no es económico: es ético. (17).

La situación de la salud en Colombia ha puesto a las empresas prestadoras (EPS) en el centro del debate, puesto que continúan recibiendo y utilizando recursos de la salud, que ellas mismas declaran insuficientes, para responder a

los requerimientos de los pacientes y de la infraestructura, que un sector como estos, caracterizado por costos crecientes provenientes de economías de escala, y que no necesariamente, terminan arrojando efectivo a favor o resultados económicos para las administradoras e instituciones prestadoras de salud. (Esquema 6).

La generación de recursos provenientes del sistema de salud depende de la reducción de las fugas que actualmente este presenta. Más que una discusión centrada en la urgencia de más recursos o el recorte de los mismos, debe ser establecido el óptimo de agentes administradores y prestadores de salud que el sistema efectivamente requiere. Sin embargo, es importante también que se advierta claramente la posición que en materia económica tiene cada uno de ellos, en cuanto, al ánimo de generar recursos excedentarios desde el mercado o, generarlos como fuente de sostenimiento desde la economía de la salud.

Las reformas en el sector de la salud reconocen que los sectores público y privado tienen roles independientes – aunque complementarios– y apuntan a aprovechar al máximo las ventajas comparativas entre ambos. Existen diversas fuentes viables, tanto públicas como privadas, de financiación para la salud: impuestos generales, impuestos sobre los salarios para destinarlos a seguros sociales de salud, contribuciones a seguros comunitarios o privados y pagos directos en efectivo de los clientes a los proveedores. La mayoría de los países utilizan una combinación de fuentes públicas y privadas que luego se destinan al pago de servicios de salud brindados por diversos proveedores públicos y privados, tales como el ministerio de salud, organizaciones no gubernamentales (ONG), médicos particulares y profesionales tradicionales de la salud (19).

Esquema 6. América Latina (países seleccionados): evolución histórica de la descentralización de la salud

| | Hitos de la descentralización |
|-----------|--|
| ARGENTINA | Hasta 1945: Modelo descentralizado anárquico 1955-1978: Descentralización de un sistema desarticulado Desde 1978: Descentralización orientada por las relaciones financieras entre nación y provincias |
| BOLIVIA | 1994: Delegación de responsabilidades nivel municipal 1995: Delegación de responsabilidades nivel departamental 1996: Nuevo modelo sanitario |
| BRASIL | 1978-1983: Primeras iniciativas de integración (AIS). Movimientos sociales exigen cambios institucionales en la política de salud 1984-1991: Creación del sistema unificado y descentralizado de salud (SUS). Paso decisivo con la democratización del país. En 1988 se consagra constitucionalmente el SUS (pero con competencias ambiguas), el cual es reglamentado en 1990 1992-1996: Aumento y aceleración de la municipalización |
| CHILE | 1981-1982: Traspaso en forma experimental de función ejecutiva (responsabilidades de atención primaria de salud e infraestructura) al nivel municipal. Suspendido durante la crisis y reiniciado en 1987 |
| COLOMBIA | 1968: Establecimiento del situado fiscal, considerado como un acto de desconcentración de recursos fiscales 1986: Descentralización de la inversión en infraestructura de las instituciones prestatarias de servicios de primer nivel en los municipios 1990: Descentralización de la prestación de los servicios. Se profundiza el proceso con la descentralización de parte de la dirección y control sobre los servicios de salud. A los municipios se les asigna la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención en salud, y a los departamentos los del segundo y tercer nivel Constitución de 1991: Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de atención y con participación comunitaria, y se establece el carácter obligatorio de la seguridad social 1993: Se reglamentan los dos elementos establecidos en la constitución de gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el sistema descentralizado de seguridad social en salud |
| MÉXICO | 1983-1987: Primera etapa de la descentralización de la salud. Se trató de un modelo de coordinación más que de descentralización, pues no se transfirió autoridad 1988-1994: Fortalecimiento del modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Se intentó fortalecer la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones descentralizadas, dando origen a una desconcentración administrativa (se desconcentró la contratación de los mandos medios y, en 1994, el pago del personal) 1996: Nuevo modelo de descentralización. Se traspasan a los estados recursos y competencias |
| NICARAGUA | 1982: Proceso de regionalización del Ministerio de Salud a/. Unificación de servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del Ministerio de Salud, bajo el sistema unificado de salud 1987-1989: Proceso de descentralización presupuestaria b/ 1990: Recentralización presupuestaria 1992: Creación de los sistemas locales de atención integral (SILAIS) |

Di Gropello, E. y R. Cominetti (comps.), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana* (LC/L.1132/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1998

Tomado de: Cruces (2011:111)

El sistema de salud por sí solo no resuelve los costos de transacción, impedimentos o restricciones que cada uno de los agentes del sistema generan. No obstante, al corregirse una a una estas distorsiones que provocan finalmente la fuga de esfuerzos y recursos, el sistema al igual que sus agentes podría concentrarse realmente en la salud y no en el proceso administrativo

en que se encuentra éste para prestarse. Mientras, el cuello de botella está ubicado en la prestación del servicio o la disposición de los mismos, el problema de la salud supera hasta los mismos costos de financiación del sistema, mostrando con ello claramente, que el problema está en la gestión. (Esquema 7).

Esquema 7. Ventajas y desventajas de ciertas iniciativas para reformas en el sector salud

| Iniciativa de reforma | Ventajas | Desventajas |
|---|--|--|
| Enfoques alternativos para financiamiento (tarifas al usuario, planes de seguro, reformas en el pago a proveedores) | Crea una base financiera más amplia, reduce la dependencia en donantes y depende más de la voluntad de pagar de los consumidores | Puede privar a grupos pobres o vulnerables de servicios esenciales y anteponer cuestiones económicas a las necesidades de salud de la población |
| Descentralización | Los recursos se asignan según las necesidades locales y no de acuerdo a dictámenes gubernamentales | Puede agravar problemas relacionados con falta de capacidad, mala administración, decisiones politizadas y corrupción |
| Mayor participación del sector privado | Fomenta un uso más eficiente de los recursos y permite mayor flexibilidad e innovación | La calidad, innovación y eficiencia no están garantizados por el sector privado; no hay obligación de ayudar a los pobres |
| Servicios integrados | Elimina los gastos innecesarios, las duplicaciones y la falta de coordinación que surge de los servicios autónomos | Puede reducir la atención en el financiamiento y supervisión técnica para programas prioritarios; impone más exigencias a directores y empleados |

Fuente: Adaptado de *Reproductive health and health sector reform: challenges and opportunities* (2002) por T. Merrick

En: Dmytraczenk y otros (2003:8).

La salud es un bien público y como tal, no alcanza a ser dividido por el total de la población para estimar beneficios o costos promedios. Al consagrar el derecho a la vida, la salud de una persona no es rival para la existencia de otra, independiente de la disparidad de la enfermedad o limitación que pueda tenerse para acceder a la prestación y los servicios. Y no puede ser adquirida como producto de mercado, aún en presencia de abultados recursos, porque es un bien, cuyo balance entre

los esfuerzos de obtener ganancias frente a los resultados económicos que pueden brindar, no se encuentran linealmente.

La tendencia plasmada en el país gira en torno a la discusión sobre la viabilidad del sistema, o sí la responsabilidad directa cae en las EPS e IPS, el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) o las propias autoridades de salud, que entre juicios de valor, proposición de reformas y ajustes puntuales al sistema, lo único

que han generado es mostrar abiertamente la improvisación a la que ha sido sometido el tema, y que los elementos puntuales que debe contener cualquier sistema no hacen parte del debate. El sistema no tiene herramientas ni elementos para disponerse como tal en un país como Colombia.

En el diseño institucional actual han proliferado un sinnúmero de actores e instituciones que han incrementado los canales de comunicación, de administración de recursos, de prestación y de aseguramiento en salud. Es necesario simplificar el número de actores involucrados en el sistema y pensar en las lecciones que arroja el sistema de salud chileno: unos prestadores públicos (no por la naturaleza fiscal, sino porque todos pueden acceder a él) y unos prestadores privados que aseguren a la población que tenga mayor capacidad de pago (20).

El mercado no es quien tiene la palabra a la hora de plantear los esquemas alternativos, que podrían brindarse para atenuar los desbarajustes en los sistemas de salud. Es el Estado, quien debe repensar el quehacer con el sistema, por fuera de los intereses privados y de las causas particulares que encasillan la capacidad de éste para ordenar plenamente una tarea que le corresponde exclusivamente a él. Así como se extiende la idea de seguridad para otros ámbitos, no se entiende porque la salud no cuenta con dicho argot, que en el peor de los casos sacaría a los privados, pero encausaría al sistema.

La sentencia T-760 de 2008 emanada de la Corte Constitucional, obliga al Estado a unificar la provisión de servicios de salud a través de todas las capas sociales. En dicho sentido, estamos ad portas de un segundo intento de resolución de esta crisis. En tal contexto, gobierno, sectores académicos y diversos gremios de profesionales,

prestadores y usuarios, intentan elaborar fórmulas que llevarán a la contención, paliación o solución de este innegable problema. Para alimentar el debate desde nuestro punto de vista, haremos un examen al proceso de desarrollo y al contexto de nuestro sistema de salud, hasta llegar a nuestros días (21).

La demora en las citas, la asimetría entre los requerimientos del paciente y la oferta de medicamentos, la parálisis en la prestación y la oferta de servicios que caracterizan el actual sistema de salud colombiano, a la par con el principio de congestión, que se trata de eliminar dejando éste en manos de los privados, sirve de base para indicar que la salvedad del sistema de salud no está en los campos en los cuales se debe dar mayor peso para que este sea viable. Es todo el sistema que requiere entrar en una mecánica de salvamento continuo, pero que dejando por fuera a sus actores naturales, no tiene lógica (22).

Conclusiones

El presupuesto público ha tenido siempre una posición inelástica con respecto a los recursos destinados a la salud. Más allá de alertar sobre el creciente o demandante esfuerzo fiscal para responder ante los requerimientos en la materia, el arresto con respecto a ello debe responder a los procesos de racionalización pública de recursos, más que alentar directrices dirigidas a disminuir o sobrecargar diversos sectores para que ellos asuman directamente la financiación de la prestación de los servicios de salud o del sistema en pleno.

La financiación del Sistema General de Salud y Seguridad Social en Colombia ha tomado el carácter económico y financiero por el porcentaje de participación adquirida en cada vigencia presupuestal,

sin que halla más revisión que el evocar con el paso del tiempo la des-financiación del sistema, aseveración que no consulta profundamente acerca de los elementos que han aparecido para motivar dicha exigencia de recursos. Esta circunstancia ha tenido como contravención el descargar dicho esfuerzo en el usuario de salud.

El proceso de recomendaciones, desde las que han sido sustentadas las modificaciones y cambios en la legislación referente al sistema de salud, ha derivado no solo en acelerar el llamado a recuperar, además de la financiación del sistema, a la evaluación de lo que implica el poder estructurar una sólida estructura de salud con solvencia propia, más allá, del origen de los aportes presupuestales. Estos elementos constituyen los puntos extremos del análisis y no necesariamente la razón de ser para que se presente una u otra realidad.

Referencias

1. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. [Internet] 1997 [Consultado 30 de julio de 2014] Disponible en: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf>.
2. Luján A. ¿Quiénes se tiraron al sector salud en Colombia? [Internet] [Consultado 30 de julio de 2014] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/221869503/Quienes-Se-Tiraron-Al-Sector-Salud-en-Colombia>.
3. Contreras M J. ¿Rentabilidad o seguridad social? El verdadero dilema de la salud en Colombia. Rev. Colomb Cir. 2004, 19 (4):198-200.
4. Rodríguez S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. [Trabajo de Investigación] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; [Internet] 2010 [Consultado 28 de marzo de 2014] Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/SRodriguez.pdf>.
5. Granados TR. Contribuyendo al financiamiento sostenible de sistemas de salud de cobertura universal. Memorias de la I Conferencia Internacional Aseguramiento Universal en Salud. [Internet] 2010 [Consultado 28 de marzo de 2014] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/sistemasfinanciamiento.pdf>.
6. Maceira D. Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa; 2007.[Internet] [Consultado 28 de marzo de 2014] Disponible en: <http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Salud5.pdf>.
7. Mejía A, Sánchez GAF, Tamayo RJC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev. Salud Pública.2007, 9 (1): 26-38.
8. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. Pan Am J Public Health.2005; 17(3), 202-209.
9. Pérez LJE. La necesaria reforma de los sistemas de salud en América Latina. Universidad de Zulia. Revista Gaceta Laboral.2007, 13 (1):43-57.
10. Restrepo VRA. A propósito de la Ley 1122 del 2007 Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. Rev. Fac Nac Salud Pública. 2007, 25(1):90-105.
11. Artaza BO, Méndez CA, Holder MR, Suárez JM. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2011.
12. Serpa FR. El ejercicio humanista de la medicina en un sistema de salud comercializado. Salud UIS.2006;38:153-158.
13. Rangel AM. Restricciones al comercio de servicios de salud. Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Estudios Económicos. [Internet] 2004[Consultado 28 de marzo de 2014] Disponible en: <https://www.>

- dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/267.pdf.
14. Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex). Los recursos humanos de la salud en Colombia: Balance, competencias y prospectiva. 2° ed. Bogotá: MPS; 2007.
15. Castaño RA, Arbeláez J, Giedion Ú, Morales LG. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Santiago de Chile: CEPAL, ECLAC, Unidad de Estudios Especiales. [Internet] 2001[Consultado 28 de marzo de 2014] Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/7092/lcl1526e.pdf>.
16. Guerrero R, Gallego AI, Becerril MV, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud pública de México.2011; 53, (suplemento 2):144-155.
17. Agudelo CA, Cardona BJ, Ortega BJ, Robledo MR. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6):2817-2828.
18. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev. Panam Salud Publica*.2008, 24(3):210-216.
19. Cetrángolo O. Protección social, solidaridad y equidad. memorias de la I Conferencia Internacional Aseguramiento Universal en Salud. Lima: OPS:50-57 [Internet] 2010 [Consultado 28 de marzo de 2014] Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/sistemas_financiamiento.pdf.
20. Dmytraczenko T, Rao V, Ashford L. Las reformas en el sector de la salud y sus efectos en la salud reproductiva. [Internet] 2003 [Consultado 28 de marzo de 2014] Disponible en: http://www.prb.org/pdf/HealthSectorReform_Sp.pdf.
21. Tobón SA. Relatoría del foro ¿Para dónde va el sistema de salud en Colombia? Un análisis al sistema de salud en Colombia. *Revista Soluciones de Postgrado EIA*.2009;(4):7-18.
22. Centro de Estudios del Trabajo (Cedetrabajo), Grupo de Salud. Nuestro Sistema de salud: Anatomía de una malformación congénita
- incorregible.[Internet] 2010 [Consultado 28 de marzo de 2014] Disponible en: <http://deslinde.org.co/IMG/pdf/4-Salud.pdf>.