
EDITORIAL

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE NUESTRO SISTEMA DE SALUD?

Por: Comité Editorial

El sistema de salud colombiano sigue siendo objeto de continuas revisiones y reflexiones por parte de los diferentes actores del sistema; sin embargo, pareciera ser que en todo debate se olvida la importancia de retomar como fundamento de discusión, reflexión y análisis, el concepto de sistema de salud. Cuando vivimos la realidad cotidiana de las barreras de atención, los paseos de la muerte, la negación de servicios, nos tenemos que preguntar cuál es el verdadero propósito de nuestro sistema de salud.

Todo sistema de salud tiene como objetivo mantener y mejorar la salud de la población, y el eje de todas sus políticas, programas y acciones debe ser este. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define un sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud (1).

Hoy, hay acuerdo acerca de que la garantía de la salud de la población excede con mucho las acciones directas del sector salud y que es el Estado en su totalidad el que debe ser garante de la salud, a través de sus políticas integrales. Estas incluyen a todos los sectores, cada uno de los cuales debe explicitar los objetivos de salud de sus respectivas políticas y programas. Las diferentes conferencias de promoción de la salud han respaldado este concepto, especialmente la VIII Conferencia, realizada en el 2013, donde se estableció el compromiso de “Salud en todas las políticas” como parte de lograr un desarrollo sostenible donde se garantice el más alto nivel de salud posible para todos los ciudadanos

y la responsabilidad de los gobiernos con la equidad y la justicia social (2).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (3), ratificado por Colombia, dice explícitamente en su Artículo 12 que los Estados parte de ese pacto “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Por su parte, la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales consigna en su numeral 1:

Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.

Y en el numeral 3:

[...] el derecho a la salud está estrechamente ligado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación” (4).

La sentencia T-760 del 2008 de la Corte Constitucional (5), tomando como fundamento una serie de tutelas tipo y con base en el bloque de constitucionalidad, salió a la defensa del derecho fundamental a la salud. En tal sentido, le ordenó al Ministerio de Salud que cumpliera la ley que en quince años no había cumplido y estableció un cronograma y un mecanismo de seguimiento para garantizar su cumplimiento. Fueron alcances importantes de la sentencia el reconocimiento de la salud como derecho fundamental y el acceso a servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz. Dichos alcances se constituyen en obligaciones constitucionales que las autoridades competentes deben respetar y proteger, a fin de garantizar el derecho a la salud. En tal sentido, la sentencia hizo un importante despliegue en consideraciones sobre el acceso a la salud que hoy por hoy no se han materializado.

Estos debates sobre el derecho a la salud lograron legitimarse seis años más tarde en la Ley 1751 del 2015 (Estatutaria de Salud), la cual dice en su Artículo 2:

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

En seguimiento del Artículo 2 de la Observación General 14, la ley estatutaria incorpora en su Artículo 9 los determinantes sociales de salud y la obligación correspondiente del Estado con respecto a ellos (6). Es de esperarse que las políticas y los programas del Estado, en su totalidad, sean armónicos y coherentes. Sin embargo, a pesar de la claridad conceptual existente y de los múltiples compromisos internacionales del Estado

colombiano, después de veinte años de la reforma al sistema de salud colombiano, no ha sido posible que las políticas ni los programas prioricen lo que debe ser prioritario (la salud de las personas y las comunidades), en cambio, se siguen dirigiendo a proteger la salud financiera de las aseguradoras, en desmedro de la salud de la población.

Para ello basta con hacer un recorrido a través del ya denso acervo documental constituido por numerosos artículos y editoriales de prensa, innumerables caricaturas sobre la mala atención y el abuso de aseguradoras y prestadores, los sucesivos reportes de la Defensoría del Pueblo sobre las tutelas de salud y múltiples publicaciones académicas resultado de las investigaciones realizadas por académicos colombianos y extranjeros a lo largo del país.

Los reportes de la Defensoría del Pueblo,¹ antes mencionados, muestran una violación persistente y en aumento del derecho fundamental a la salud por parte de los principales actores del sistema, mientras que las acciones del Gobierno continúan priorizando la salud financiera de los actores sobre la salud de los colombianos, en propuestas de actos administrativos y en particular el proyecto de ley del Plan de Desarrollo 2014-2018, en especial en el Artículo 62, el cual da las bases de un manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), presentándolo como uno de los pilares para los cambios del Sistema, perpetuando así el marcado interés por proteger los beneficios de las instituciones y organizaciones y no los de la población.

Según la Defensoría del Pueblo, las tutelas de salud en el año 2013 representaron el 25,33% de todas las tutelas, con una ten-

1 Los varios informes de la Defensoría reiteran la gravedad de la violación del derecho a la salud por los distintos agentes. Ver informes de los años 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014.



dencia creciente entre 1999 y el 2013. Casi el 40% corresponden a cuatro EPS y a lo largo del tiempo alrededor de un 70% de ellas corresponden a negociación de servicios incluidos en el POS (7).

Pero además de los datos de la Defensoría, son numerosos los reportes de diferentes investigadores que documentan las múltiples barreras establecidas por las aseguradoras con el propósito de dificultar el acceso de la población al uso de los servicios de salud (8-10).

Estas evidencias contrastan con la casi inexistencia de sanciones efectivas a las entidades que violan en forma tan persistente el derecho fundamental de los colombianos a la salud y nos llevan a preguntarnos por el papel que desempeñan las entidades del Estado en la defensa de los intereses públicos.

Analistas del sistema ya han identificado problemas estructurales que ayudan a explicar el porqué de los hechos anotados. El predominio de los incentivos financieros que permean todo el funcionamiento del sistema, en ausencia de incentivos por resultados en salud y de la ausencia del Estado como garante del derecho a la salud, generan un ciclo perverso de mala calidad en donde el interés de unos actores comerciales se centra en maximizar sus ganancias, inclusive al costo de la salud de su población afiliada (10).

Cuando el legislador exigió al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en la Ley 1122 del 2007 (Artículo 2 del capítulo sobre dirección y regulación), y de nuevo en la Ley 1438 del 2011, la necesidad del diseño y puesta en operación de un sistema de indicadores de resultados para todos los actores del sistema, muy posiblemente tenía en mente la falencia anotada.

Sin embargo, hoy todavía estamos a la espera de que el MSPS cumpla con estos mandatos. Este durante veinte años ha mostrado su total desinterés o incapacidad por exigir, en forma efectiva, resultados de salud a los

operadores del sistema, siendo generoso y prolijo en la expedición de normas para garantizar su salud financiera.²

Ante estos hechos surge una pregunta: ¿cuáles son los reales objetivos del sistema de salud colombiano y cuál es la lectura que hacen las autoridades competentes de las orientaciones de la OMS y de los compromisos internacionales del país, finalmente reafirmados en la Ley 1751 del 2015?

Siendo así, son pocas las luces que se ven en el camino y muchas las sombras que aún persisten para allanar un camino que conduzca a lo deseado: que se garantice el derecho a la salud a todos los colombianos, sin discriminación.

¿Tendremos algún día un sistema de salud centrado en la salud de las personas, más allá de la salud de las finanzas?

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sistemas de salud [Internet] [acceso: 6 de mayo del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/health_systems/es/.
2. Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Helsinki, 10-14 de junio del 2013 [Internet] [acceso: 6 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2013/08/Octava-Helsinki.pdf>.
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) [Internet] [acceso: 6 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/sp/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
4. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14 [Internet] [acceso: 6 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>.
5. Corte Constitucional. Sentencia T 760 del 2008 [Internet] [acceso: 6 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
6. Corte Constitucional. Ley 1725 de 2015 [Internet] [acceso: 6 de mayo del 2015]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.

2 Véase como ejemplo el Decreto 2702 del 2014.



7. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. Bogotá, D.C. 2014.
8. Abadía C, Oviedo D. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A Theoretical and Methodological Tool to Assess Managed-Care Health Care Systems. *Social Science & Medicine* (Amsterdam). 2009; (68).
9. Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Universidad de Antioquia, Universidad Industrial de Santander, Procuraduría General de la Nación.
10. Yepes F, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez Marta L, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá: Assalud, Universidad del Rosario, Facultad de Economía, IDRC, Mayol Ediciones.

