

4^{to} Foro

EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud

Presentación

El presente documento, base para el desarrollo del Foro, ha sido preparado por uno de los integrantes de la Mesa encargada de organizar el evento, Doctor Luis Alberto Tafur Calderón, docente de la Facultad de Salud.

El material ofrece un completo panorama descriptivo de las características del Sistema de Salud de Colombia, acompañado de datos y referencias a normas, que le dan respaldo.

De esta manera se constituye en base fundamental para el debate del Foro, en tanto que sintetiza las características del sistema de salud colombiano, sirviendo de marco de referencia para las presentaciones de los ponentes invitados, y posibilitando un diálogo informado entre éstos y el público, para la construcción de reflexiones y análisis sobre el tema del foro: los desafíos y las oportunidades que ese sistema ofrece para la formación del talento humano en salud en Colombia.

El Cuarto Foro del proceso de Diseño del Plan de Desarrollo de la Facultad de Salud 2011-2030, se une a otras estrategias como consulta a expertos, revisión documental y entrevistas, para acopiar información sobre asuntos estratégicos de la Facultad de Salud, para el diseño de su plan.

Mesa de trabajo en Salud
Proceso de Diseño del Plan Estratégico de Desarrollo

Integrantes de la Mesa de trabajo (En orden alfabético según sus nombres)

- Dr. Carlos Augusto Hernández A.; Docente Escuela de Salud Pública; Universidad del Valle.
- Dra. Elsa Patricia Muñoz; Docente Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle.
- Dr. Fabián Méndez P., Director Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle.
- Dr. Gerardo Campo Cabal, Director Departamento de Psiquiatría Universidad del Valle.
- Dr. Luis Alberto Tafur C., Profesor Titular, Facultad de Salud, Universidad del Valle.
- CS. Manuel V. Llanos C.; Coordinador Grupo de Comunicaciones, Facultad de Salud.
- Dr. Oscar Echeverri C.; Consultor internacional.
- Dr. Sigifredo Muñoz Sánchez, Director Escuela de Medicina, Universidad del Valle.

El sistema de salud de Colombia

Luis Alberto Tafur Calderón, MD

Documento base de discusión del Foro de Salud del proceso de Diseño del Plan de Desarrollo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

A partir de la Constitución Nacional de 1991, en el Artículo 48 se definió la Seguridad Social en la siguiente forma: “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”.

Posteriormente, la Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social Integral con los componentes de Pensiones, Riesgos Profesionales y Salud. El concepto de aseguramiento se puede definir en la forma siguiente

Aseguramiento: Es un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, o mediante subsidios del Estado, que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo. (Salud, Pensiones, Riesgos profesionales)

Estos seguros:

- a) Buscan cubrir a toda la población, y no solamente a quienes tienen una relación laboral ya sea por contrato de trabajo formal o por prestación de servicios.
- b) Pueden ser provistos por instituciones públicas o privadas, bajo la coordinación y regulación del Estado.
- c) Los de salud y Riesgos pueden incorporar actividades de prevención

El análisis del sector salud, muestra que la rectoría del sistema (modulación) está a cargo del Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que fue reemplazado por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) por la Ley 1122 de 2007.

Antes de la expedición de la Ley 100, en Colombia existían tres sistemas: el de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos, con la participación del sistema de subsidio familiar a través de las Cajas de Compensación las cuales atendían a las familias de los trabajadores del sector privado inicialmente y posteriormente incluyó a los del sector público, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud; el sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados el cual atendía a la población con capacidad de pago de las pólizas de medicina prepagada o la consulta privada; y el sistema nacional de salud, que brindaba los servicios de salud para el resto de colombianos, con accesibilidad restringida. Las cifras de cobertura de los subsistemas no son uniformes y según las fuentes consultadas hay diferentes porcentajes. Sin embargo, se estima entre el 15 y 18% la cobertura del ISS en el total de la población, 4% las Cajas de Previsión, 14% las Cajas de Compensación, 5% la medicina privada y accesibilidad (no cobertura) a las instituciones públicas entre el 25 y 35%. No tenían accesibilidad, entre el 25 y 35%, principalmente de la población pobre.

La financiación del sistema incluye el pago de cotizaciones por la población con ingresos y capacidad de pago, principalmente concentrando a la población de la economía formal, en el régimen contributivo. El régimen subsidiado afilia a la población identificada mediante la aplicación del SISBEN por focalización, clasificada en los niveles 1 y 2, y a la identificada

mediante listados censales. Se financia mediante aportes de solidaridad de los cotizantes contributivos, recursos de las cajas de compensación familiar, el Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales (SGP) creado por la Ley 715 de 2001 y recursos de los entes territoriales procedentes de rentas cedidas o impuestos a las loterías, licores y rifas y juegos. La administración de los recursos está centralizada principalmente en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuenta fiduciaria administrada por la Dirección Financiera del Ministerio de la Protección Social.

La administración de los seguros está delegada en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y en las del Régimen Subsidiado (EPS-S), que pueden ser públicas o privadas. El Sistema reconoce como “prima” de aseguramiento la denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC) que en el régimen contributivo toma en cuenta edad, sexo y sitio de residencia de la población afiliada mientras que en el régimen subsidiado es única y equivale al 66% de la del régimen contributivo. El plan de beneficios del Régimen Contributivo (POS) incluye actividades, procedimientos e intervenciones (API) definidos por el Acuerdo 08 de la CRES para eventos que requieran atención en los diferentes niveles de complejidad y medicamentos según lista definida por la misma Comisión. El POS del Régimen Subsidiado es inferior e incluye API de nivel básico de atención, alto costo y en el nivel de mediana complejidad está limitado a cirugías abdominales, oftalmología y optometría para menores de 20 y mayores de 60 años y atención ambulatoria de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. En 2004 se creó el Régimen de Subsidios Parciales para entes territoriales de más de 100.000 habitantes o municipios vecinos con fácil acceso a una entidad de alta complejidad, con un plan de beneficios restringido a eventos de alto costo, procedimientos de ortopedia y traumatología y atención de embarazo, parto y puerperio, con una UPC equivalente al 42% de la correspondiente al régimen de subsidios totales. La población afiliada a este plan de beneficios es prioritaria para afiliarla al de Subsidios totales, aunque tiene una proporción de población clasificada por el Sisbén como nivel 3, la cual no tendría afiliación. Por orden la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, los menores de 18 años tienen un solo plan de beneficios, el cual corresponde al definido para el Régimen Contributivo. El diseño del Sistema incluye la prohibición de la selección adversa, sin embargo, se observan obstáculos para la afiliación en las EPS de personas con enfermedades de alto costo o con avanzada edad, quienes se ven obligados a recurrir a la tutela para lograr su afiliación.

Prestadores de Servicios de salud.

Los prestadores se constituyen legalmente en IPS públicas o privadas algunas de las cuales son propiedad de las aseguradoras en integración vertical. Pueden ser desde médicos individuales hasta grandes hospitales o clínicas. El Decreto 1011 de abril 3 de 2006, estableció el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPSS) en el marco del Sistema de Garantía de Calidad, obligatorio para los prestadores de servicios de salud definidos por el Artículo 2° del Decreto 2309 de 2002 que estableció como tales a las IPS las cuales son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud.

De acuerdo con la clasificación de los niveles de atención (I, II y III) o de baja, mediana y alta complejidad establecido por el Acuerdo 08 de la CRES que reemplazó el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (Resolución 5261 de 1994), en 2010 el sistema de salud colombiano estaba compuesto por alrededor de 56 597 sedes de prestación de servicios. De éstas, 4 162 eran públicas; 3 362 son nivel I, 490 del nivel II y 45 del nivel III. Hay 265 sedes sin clasificar En 2010 el sistema de salud colombiano tenía

registrados 1 219 prestadores de servicios con naturaleza jurídica pública. Entre ellos había 964 empresas sociales del Estado (ESE) con 3 584 sedes, 27 140 camas, 1 743 salas y 1 504 ambulancias. Del total de sedes, 79.4% eran de nivel I, 10.9% de nivel II y sólo 2.5% del nivel III (además de 7.2% que no están definidas).

Hay un subconjunto de prestadores que cumple los estándares más altos del sistema de garantía de la calidad y se denominan IPS acreditadas. En julio de 2010 se contaba con 19 de estos prestadores.

Los hospitales públicos se debieron convertir en ESE y su financiación, que se realizaba a través del subsidio a la oferta, se debe hacer mediante la venta de servicios, llevándolas a buscar la autosuficiencia. En el Régimen Subsidiado, las EPS deben contratar el 60% de la UPC-S con las ESE, obligación que se considera no favorece la gestión adecuada. Las ESE al tener financiación de los entes territoriales según lo definido en la Ley 10 de 1990, según su nivel de complejidad, y presencia en las Juntas Directivas de los alcaldes o gobernadores, tienen una gran influencia política lo cual ha convertido muchas instituciones en fortines de los políticos con corrupción y manejo inadecuado de las instituciones.

La disminución del tamaño del Estado como consecuencia de la crisis financiera de 1997 – 1998 llevó a la supresión de cargos en las ESE y tercerización de la contratación del personal a través de cooperativas de trabajo asociado (CTA), las cuales, siendo algunas de ellas propiedad de partidos políticos, son utilizadas para vincular al personal con pagos de compensación inferiores a los equivalentes a los salarios de los mismos cargos en el personal nombrado en las instituciones. Las Leyes 1429 y 1438 de 2011 establecen la prohibición de continuar con la tercerización del personal misional a partir de julio de 2013. El decreto 2025 de 2011 estableció la prohibición de contratar a través de las CTA a partir de la vigencia de la Ley 1450 de 2011.

La salud pública

Antes de la vigencia de la Ley 100 de 1993, en Colombia el Sistema Nacional de Salud incluía en la estructura del Ministerio de Salud, una Dirección de Campañas Directas, responsable de los programas de control y erradicación de la malaria, dengue y otras enfermedades; una Dirección de Epidemiología, responsable del estudio y vigilancia de las enfermedades y de las actividades de promoción y prevención; una Dirección de Salud Ambiental responsable de las actividades de prevención y control de los factores ambientales y de alimentos y medicamentos y una Dirección Médica, con responsabilidad en los programas de Atención en Salud, Materno Infantil, Vacunación, Crónicas, etc. La Ley 100 de 1993 y los decretos Reglamentarios modificaron completamente la estructura y como resultado desaparecieron los responsables de las campañas directas incluyendo vacunación, control de malaria y dengue, control de enfermedades de transmisión sexual.

Como Plan de Beneficios se creó el Plan de Atención Básica (PAB) que fue reemplazado por el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) y este por el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSIC) creado por la Ley 1122 de 2007. En este último, las entidades territoriales deben elaborar su propio plan siguiendo los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social constituidos por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, medidas para el control de factores de riesgo para la salud, etc. Los PSIC locales se desarrollan siguiendo lineamientos trazados para ello por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y atendiendo a las prioridades en salud pública del PNSP, que para el período 2008-2010 fueron:

- a. La salud infantil
- b. La salud sexual y reproductiva;
- c. La salud oral;
- d. La salud mental y las lesiones violentas evitables;
- e. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis;
- f. Las enfermedades crónicas no transmisibles;
- g. La nutrición;
- h. La seguridad sanitaria y del ambiente.

La Ley 1438 de 2011 creó el Plan Decenal de Salud Pública que debe definir las prioridades, metas, responsabilidades y actividades a realizar por el gobierno nacional y los entes territoriales entre 2012 y 2021. Se encuentra en elaboración y debe ser expedido antes de finalizar 2011. Los nuevos alcaldes y gobernadores deberán incluir en su plan de gobierno los planes de salud pública, teniendo como base lo definido en el Plan Decenal.

Acciones colectivas

En relación con las competencias territoriales en salud pública, estas están organizadas de modo que el PSIC municipal enfatice su quehacer en las acciones de promoción y prevención de su competencia, mientras que el departamento enfoque su esfuerzo en el desarrollo de la vigilancia en salud pública, el laboratorio de salud pública, la inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente, el control de vectores y zoonosis y particularmente el control de gestión de los recursos de salud pública en el ámbito de su jurisdicción y el control de las acciones de promoción y prevención del POS. Se busca que haya sinergias y complementariedad entre el quehacer departamental y municipal en esta materia.

Acciones individuales de salud pública

El SGSSS estableció por norma que las EPS tanto del RC como del RS tienen la obligación de realizar un conjunto de acciones individuales de salud pública, dentro de los límites establecidos por el POS. Estas incluyen actividades de promoción de la salud (ej. consulta niño sano), de prevención de la enfermedad (ej. tamizaje cáncer cuello uterino) e intervenciones para el manejo de enfermedades consideradas de interés en salud pública por tener externalidades y por consiguiente un potencial impacto en la salud colectiva, tales como enfermedades infecciosas (ej. Tuberculosis) y transmitidas por vectores (malaria) y enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad (ej. Hipertensión arterial). Para este efecto se estableció una UPC aparte, la cual estaba destinada a financiar las acciones de Promoción y Prevención (P y P) del POS del RC. En el RS, estas acciones están incluidas en el plan de beneficios y su financiación se da con la misma UPC correspondiente para dicho plan. En la evaluación realizada por el Ministerio de la Protección Social en 2006 mostró que las EPS no cumplían en más del 10% con las metas establecidas en actividades de P y P.

Estas acciones individuales también deben ser ejercidas por los entes territoriales para las poblaciones no aseguradas, y para ello cuentan con los recursos SGP. Existen matrices de cumplimiento de las acciones P y P que son diligenciadas por los responsables de estas acciones y evaluadas por el Ministerio, pero realmente no hay incentivos claros, diferentes a

posibles sanciones, para que se ejecuten acciones de P y P. Se ha observado que los entes territoriales contratan directamente la ejecución de las actividades de P y P en muchas ocasiones mediante contratos con personas no idóneas, con altos visos de corrupción y participación de los funcionarios de distinto nivel, tanto del ente municipal como de las ESE responsables.

Una evidencia de la falta de actividades en salud pública a raíz de la puesta en marcha del Sistema de Seguridad Social en Salud entre 1994 y 2000, es la presencia de la epidemia de sarampión entre la población de 10 a 19 años de edad, observada en Barranquilla.

Recursos Humanos

Un factor básico dentro del nuevo modelo de atención planteado por la Ley 100 es la existencia del aseguramiento como intermediario 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 la está brindando. La mayor parte de los cambios son dados por las restricciones propias de un paquete de servicios definido previamente (POS o POS-S) que busca racionalizar el costo de la prestación de los servicios mediante restricción del 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 servicios facturan al asegurador la mayor cantidad de servicios para asegurar su equilibrio económico. Esta situación es mediada por el asegurador mediante el establecimiento de protocolos administrativos de control de entrada y restricciones a los pacientes o por esquemas de cuotas moderadoras o copagos, que actúan como desincentivos para el uso, especialmente el no justificado. En esta interrelación el ejercicio de los recursos humanos se transforma y entra a ser mediado por una serie de protocolos administrativos y económicos que van más allá de los límites propios del ejercicio profesional. Otra característica del modelo de servicios colombiano es que segmenta los pacientes según capacidad de pago y los organiza de acuerdo con un contrato.

El Plan de beneficios definido en el Sistema, o Plan Obligatorio de Salud, se elaboró inicialmente con base en el existente en el ISS definido por el Decreto 1650 de 1977 y adiciones posteriores reflejadas en la Resolución 5274 de 1994 o MAPIPOS la cual tuvo posteriormente la inclusión de medicamentos y procedimientos convirtiéndose en el Acuerdo 08 de la CRES. El Sistema establece la obligatoriedad de la prestación de los servicios incluidos en el POS, procedimientos, actividades e intervenciones (API) que no consultan ni reflejan adecuadamente los avances tecnológicos. El recurso humano que atiende los demandantes de servicios de salud mediado por el aseguramiento, debe limitarse a las API contenidas en los protocolos de atención definidos en los POS contributivo o Subsidiado, API generalmente correspondientes a primer nivel de atención, generalmente no aceptadas en los ámbitos docentes de las Facultades y programas de educación en salud, los cuales priorizan la medicina basada en la evidencia y los avances tecnológicos, muchos de los cuales no están incluidos en los protocolos del Sistema.

Por otra parte, en el modelo de empresa que abordaron tanto instituciones públicas como privadas, los recursos humanos enfrentan una mayor demanda de productividad de las instituciones ambulatorias y hospitalarias donde trabajan, para lo cual no fueron formados en sus instituciones educativas. Esta situación ha implicado cambios en el trabajo y determina la necesidad del recién egresado a adaptarse a un sistema para lo cual no fue preparado.

Característica importante en el actual mercado laboral en Colombia es el cambio en la participación relativa de nuevos tipos de organizaciones y agencias dentro del mercado: con

la política de descentralización del sector (Ley 10 de 1990), se ha extendido al nivel municipal la operación descentralizada del sistema y la organización de los servicios.

De acuerdo con proyecciones del CENDEX, en 2010 había en Colombia alrededor de 226 600 profesionales del sector salud. De este total, 77 000 son médicos, lo que arroja una razón de 1.7 médicos por 1 000 habitantes. Le siguen en importancia numérica las enfermeras (42 000), los terapeutas (40 000) y los odontólogos (40 000).

El Ministerio de Educación Nacional se encarga de definir y mantener actualizados los criterios de calidad para el registro calificado y la acreditación de los programas de formación en el campo de la salud teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. Hasta septiembre de 2010 este ministerio tenía registrados 1 513 programas de salud, 58 técnicas profesionales, 78 tecnológicas, 349 universitarias de pregrado, 937 especializaciones, 76 maestrías y 15 doctorados.

Las llamadas medicinas alternativas y complementarias pueden ser practicadas por los profesionales autorizados para ejercer en el área de la salud siempre y cuando acrediten la certificación académica de su competencia por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado.

Se ha observado un aumento en la oferta de programas en las diversas áreas. Según Cendex, en relación con los programas de odontología, medicina y enfermería el crecimiento en la meta a nivel nacional ha sido ascendente, con incremento desde el año 1993. Enfermería pasó de tener 12 programas en el año 1974 a un total de 38 en 2006 con un crecimiento del 30%; medicina pasó de 11 programas a 41 con un crecimiento del 26,8%; odontología pasó de 4 programas a 18 con el 22,2%. En los últimos años se ha observado la creación de más Facultades de Medicina en distintas regiones del país llevando a superar los 2500 egresados por año en el país. Un aspecto a tener en cuenta y que no ha sido estudiado adecuadamente es el relacionado con la calidad de los egresados, encontrándose una gama muy amplia en los resultados de los exámenes Saber-Pro (ECAES).

LA EDUCACIÓN MÉDICA

El modelo vigente en el mundo occidental de educación médica está poderosamente influenciado por el informe *Medical Education in the United States and Canada*, realizado por Abraham Flexner en 1910. Los principales aportes de Flexner fueron la introducción de dos ciclos de formación en los currículos, uno de ciencias básicas y otro de clínicas, la vinculación de las escuelas de medicina a las universidades, el aprendizaje basado en problemas y la integración a la práctica profesional del aprendizaje continuo como mecanismo de actualización. Flexner también introdujo una visión integrada entre la clínica y la investigación, lo cual contribuyó a la consolidación de la institucionalidad actual de las escuelas de medicina. Los postulados del informe, y su posterior aplicación, condujeron a la integración de la medicina con la tecnología, impulsando la dinámica de desarrollo tecnológico que hoy caracteriza la terapéutica en los servicios de salud.

En Colombia, con un Sistema de Salud orientado al aseguramiento de los eventos asociados a enfermedad, con poco o ningún contenido preventivo, la educación en salud enfatiza en las API dirigidos al tratamiento de las patologías especialmente en los niveles de mediana y alta complejidad.

La mayoría de los programas ignoran las características del Sistema, el funcionamiento del mismo, la dinámica interna que determina una disminución al máximo de los costos y la aplicación de tecnología de baja complejidad así como de limitantes al profesional en la aplicación de la medicina o la salud pública basada en la evidencia y de la tecnología

moderna, incluyendo en ésta la atención primaria de salud, los adelantos tecnológicos en estudios de laboratorio y de imágenes y los procedimientos de punta.

El estudiante se ve enfrentado a docentes de alta formación tecnológica y con conocimientos de punta en medicina basada en la evidencia, pero con poco o ningún conocimiento del Sistema, ni de su organización ni actitud hacia la práctica de la atención de baja complejidad y la prevención y promoción de la salud. Los sitios de docencia están concentrados principalmente en instituciones hospitalarias de mediana o alta complejidad, con pocos programas académicos que permitan a los estudiantes adquirir las habilidades para el diagnóstico correcto y oportuno del nivel de baja complejidad. Los egresados de muchas instituciones universitarias no han tenido la oportunidad de atender un parto normal, no han tenido experiencia en programas comunitarios, desconocen los programas de crecimiento y desarrollo o de salud materna, no saben tomar una citología vaginal lo cual determina que al llegar al año social obligatorio deban “reentrenarse” para dar respuesta a las necesidades de la población demandante de los servicios de las instituciones, con las consiguientes consecuencias para la salud de muchos pacientes expuestos a mala práctica por desconocimiento de las API por los recién egresados.

BIBLIOGRAFÍA

- Pinto D, Muñoz AL. Colombia Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011 – 2014. BID Nota Técnica IDB-TN-246. Junio 2010
- Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S144-S155.
- Guerrero R. El Concepto de la Protección Social Viceministerio Técnico. Ministerio de la Protección Social. 2010
- Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. Recursos Humanos de la Salud en Colombia – 2008. Balance, competencias y prospectiva. Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana, Cendex. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas Bogotá Tercera Edición 2009