
El sistema de salud colombiano frente a la pandemia de Covid-19

Manuel Vega Vargas

El sistema de salud colombiano frente a la pandemia de Covid-19

Manuel Vega Vargas*

El 6 de marzo de 2020 fue reportado el primer caso de Covid-19 en Colombia. Se trataba de una mujer de 19 años procedente de Milán, Italia, a quien el Instituto Nacional de Salud (INS) le realizó pruebas de Reacción en Cadena de la Polimerasa¹ (PCR) que confirmaron una infección activa por Coronavirus SARS-CoV-2. Ocho semanas antes, el Comité Nacional de

Emergencias de Colombia ya había asumido la tarea de enfrentar la pandemia desplegando una campaña de autocuidado basada en el lavado de manos y convocando reuniones con actores centrales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para estudiar los escenarios posibles de la pandemia.

Como lo anunció el Ministerio de Salud y Protección Social, ese 6 de marzo el país terminaba su fase de preparación frente a la Covid-19 e iniciaba la fase activa de contención. Desde esa fecha hasta el 18 de mayo, Colombia ha contabilizado 16.295 personas infectadas, 592 personas fallecidas y 3.903 recuperadas, registrando una tasa de letalidad del 3,7% y un porcentaje de positividad del 9,5%. Sin embargo, estas cifras oficiales, suministradas por el INS, no permiten saber si el manejo que le ha dado el gobierno a la pandemia es el adecuado.

Portada: Trochando Sin Fronteras, Caravana Humanitaria 21, 22, 23 de mayo en Ciudad Bolívar, Bogotá, Colombia.

* Médico cirujano, magíster en historia, candidato a doctor en historia de la Universidad Nacional de Colombia. Docente investigador y profesor titular de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia. Director de la Maestría en Dinámicas Rurales y Globalización. Docente de la Maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Miembro de Health System Global.

1 La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es una técnica de laboratorio que permite amplificar pequeños fragmentos de ADN para identificar gérmenes microscópicos que causan enfermedades, como el coronavirus.

La razón es, como en muchos países, el subregistro, un problema que se evidencia en el bajo número de pruebas realizadas en todo el territorio nacional. Al 18 de mayo de 2020, en Colombia solo se han llevado a cabo 201.808 pruebas de PCR, que equivalen a 3.900 por cada millón de habitantes, un número muy inferior al de pruebas realizadas en países como Perú, Chile, Uruguay o Ecuador, pero superior al de Brasil, Argentina o Paraguay.

Este subregistro inicialmente fue producto de la baja remisión de muestras de los municipios al INS, así como de la baja calidad de las que se habían recibido. Posteriormente, los reactivos para estos estudios de laboratorio comenzaron a escasear, pues el país no los produce, y una de las máquinas (termociclador) empleadas por el INS se dañó, mostrando la insuficiencia de la entidad insignia de salud pública en el país para gestionar la pandemia. Luego vino un retraso en el procesamiento de las muestras, que deja al país con una sensación de desconfianza respecto a los datos oficiales. Ante esta situación, en la actualidad funcionan 56 laboratorios, entre públicos y privados, con el fin de incrementar el número de pruebas de PCR. Lo más grave es que este subregistro implica que las decisiones para el manejo de la pandemia se están tomando sobre la base de supuestos, lo que puede ser muy serio cuando llegue el momento de decidir el levantamiento progresivo del aislamiento obligatorio para reactivar la economía y la vida social.

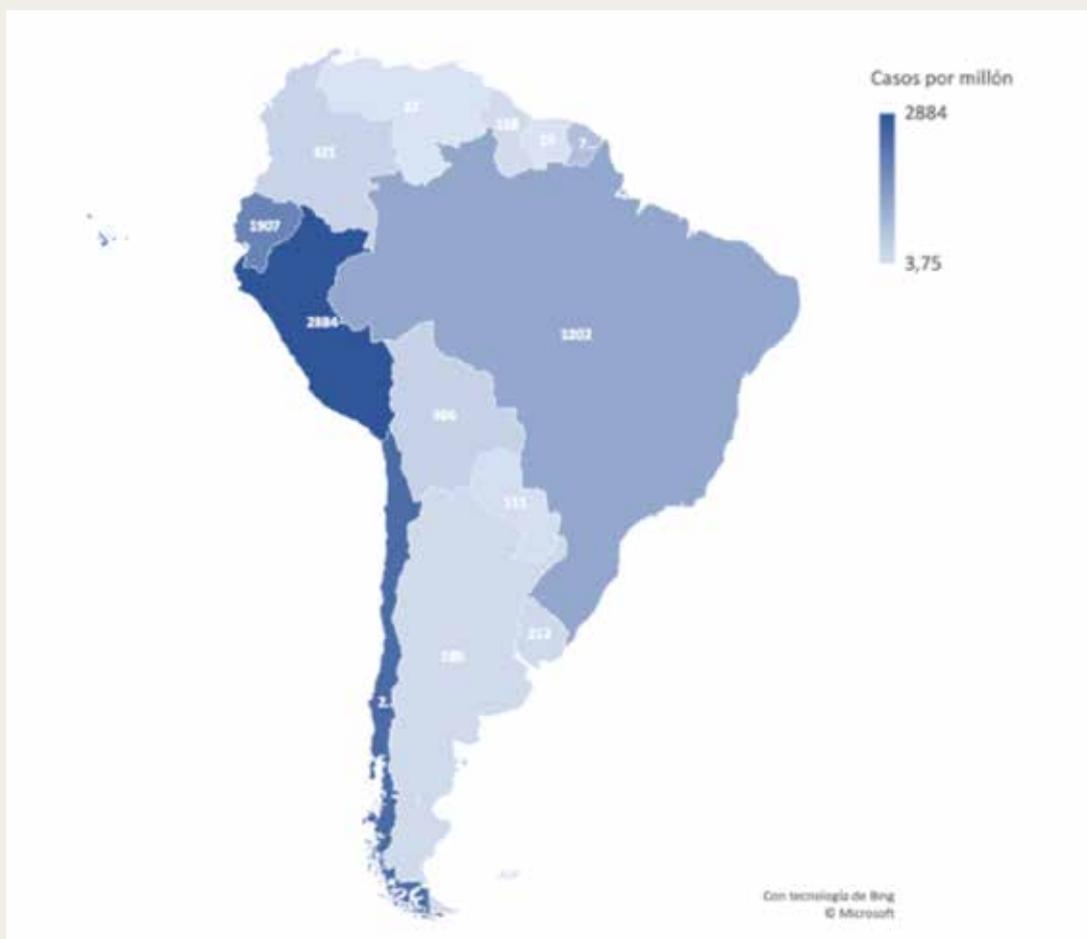
Aun con la limitación de las cifras, estas revelan que, hasta hoy, Colombia se ha

mantenido en una posición intermedia dentro del conjunto de los países de América del Sur, no solo en materia de pruebas realizadas, sino en cuanto al número de casos nuevos y de muertos. Al 18 de mayo, el país presentaba 321 casos por millón y 12 muertes por millón, ubicándose justo en el medio de una lista de países en cuyos dos extremos están Ecuador o Perú —los países con el peor comportamiento en los dos indicadores— y Suriname o Paraguay —con los mejores indicadores. Ahora bien, aunque estos datos parecen sugerir que el país va por buen camino y que las medidas adoptadas permitirán un aplanamiento de la curva, el sistema de salud colombiano padece problemas estructurales que se expresarán de manera dramática en las siguientes semanas, cuando la epidemia de Covid-19 se acerque al pico de los contagios. Estos problemas pueden agravar el impacto de la pandemia en departamentos y municipios, y afectar profundamente el bienestar y la economía de los colombianos, por lo que es preciso detenerse en ellos.

País	Casos por millón	Muertes por millón
Perú	2.884	85
Chile	2.412	25
Ecuador	1.907	159
Brasil	1.202	79
Guayana Francesa	705	3
Bolivia	366	15
Colombia	321	12
Uruguay	212	6
Argentina	185	8
Guyana	158	13
Paraguay	111	2
Venezuela	22	0,4
Surinam	19	2

País	Pruebas por millón	Total de pruebas
Venezuela	20.428	581.082
Perú	20.085	661.132
Chile	19.952	381.011
Uruguay	9.902	34.384
Ecuador	5.482	96.536
Colombia	3.971	201.808
Brasil	3.462	735.224
Paraguay	2.826	20.124
Argentina	2.344	105.829
Guyana	1.481	1,164
Surinam	689	404
Islas Malvinas	115,95	402
Bolivia	1,27	14.803

Casos de Covid-19 por millón (18 de mayo de 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos de Covid-19 Dashboard, Center for Systems Science and Engineering (CSSE), de Johns Hopkins University; y datos de Worldometer.

Sin embargo, en medio de esa precariedad, el viejo SNS contaba con un aspecto positivo: el desarrollo de programas nacionales de salud pública concentrados en la vacunación, el control de enfermedades infectocontagiosas (como el Servicio de Erradicación de la Malaria–SEM) y el saneamiento básico. Estos programas, financiados y dirigidos desde el nivel central, mejoraron las condiciones de vida de la población y crearon estructuras de salud pública vitales para enfrentar situaciones críticas como los brotes epidémicos o incluso una pandemia.

A la postre, las deficiencias generales del SNS en materia de organización, coordinación y asistencia pesaron más que su fortaleza en salud pública, y ese hecho, sumado a la coyuntura de la Asamblea Constituyente de 1991, así como a las reformas de ajuste estructural promovidas por el Banco Mundial en Latinoamérica —de perspectiva neoliberal—, dieron lugar a una reforma en salud que se materializó en la Ley 100 de 1993. El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) dividió las funciones del sistema dejando el aseguramiento y la gestión del riesgo a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), mientras encargaba la prestación de servicios a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Entre estos dos actores se establecerían contratos por paquetes, por eventos, entre otros, para cubrir a la población asegurada. El objetivo era crear un mercado del aseguramiento y de la prestación que estaría regulado por el Estado, con la rectoría del Ministerio de Salud y con un fondo que administraría

la bolsa de recursos bajo una lógica financiera. Inicialmente, este se llamó Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), y recientemente se transformó en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).

Con el paso de los años, el mecanismo de pago por capitación (UPC) con el que el Fosyga le entregaba los recursos a las EPS desestimuló la competencia por calidad entre ellas, pues les aseguró un flujo de recursos permanente. Esto generó formas de integración vertical y horizontal que, aunque reguladas por la ley, produjeron monopolios entre las EPS, acaparamiento y desviación de recursos y prácticas indebidas en la ejecución de contratos con las IPS. Una primera consecuencia de ello fue la distribución desigual de los aseguradores y prestadores en el territorio nacional. La mayoría de ellos se concentraron en las ciudades más pobladas, mientras en las regiones apartadas y con poca densidad demográfica, las personas se vieron forzadas a afiliarse a la única EPS existente y recibir atención de las únicas IPS o Empresas Sociales del Estado (ESE) disponibles, casi siempre de baja complejidad. En el marco de la pandemia actual esto significa que la atención de enfermos en muchos territorios del país que se encuentren en la fase crítica estará en manos de pocas instituciones de primer o segundo nivel, sin los implementos, la infraestructura o el personal adecuados para asistir los casos complicados.

El enfoque neoliberal que orienta al sistema de salud, y que después de 1993 fraguó en el término “pluralismo estructurado”,

es vital para entender hoy la lógica de la respuesta del gobierno frente a la pandemia. Este término se fundamenta en teorías neoclásicas y neoinstitucionalistas que distinguen entre los bienes privados, es decir los servicios de atención de enfermedades (servicios personales), y los bienes públicos, o las acciones en salud pública frente a altas externalidades como las epidemias o las pandemias. Los bienes privados se prestarían en el mercado regulado del aseguramiento, con un subsidio a la demanda focalizado para los más pobres (el régimen subsidiado), y los bienes públicos quedarían en manos del Estado, pero de forma descentralizada, es decir, a cargo de las secretarías departamentales y municipales de salud. Si se observa con atención esta lógica, es muy problemática frente a la Covid-19, pues refuerza el predominio de un modelo biomédico y de asistencia individual para la enfermedad. Al ser lo que mejor se puede facturar, se deja las funciones de salud pública que son requeridas con urgencia en esta pandemia a instituciones territoriales frágiles, carentes de infraestructura y recurso humano, desfinanciadas, sin capacidades locales y atravesadas por dinámicas de corrupción y captura por parte de grupos ilegales. Todo ello en el marco del conflicto armado que lamentablemente persiste en el país, pese al reciente proceso de paz con las Farc-EP.

Aunque en el papel la Ley 100 estableció como objetivo del sistema garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida y salud, el modelo de mercado que lo sostiene define a las EPS e IPS como actores

económicos a los que la responsabilidad para administrar los recursos públicos no les impide generar ganancias. Justamente allí surge el primer problema estructural del país para enfrentar la pandemia: esta no se puede gestionar desde la lógica de mercado y entendiendo la salud como una mercancía.

La afiliación universal no es cobertura

La lógica estructural de mercado ha hecho que el objetivo del sistema de salud se oriente menos al derecho y más al ánimo de lucro de todos los actores del sistema, a la eficiencia y a la sostenibilidad financiera. Todo ello en medio de un imperfecto mercado del aseguramiento que avanzó en la afiliación del 94,66% de la población en 2019 (sobre un total estimado de 50 millones). Este cuasiuniversalismo, que podría ser visto como una fortaleza para enfrentar la crisis por la Covid-19, esconde varias fragilidades. En primer lugar, el aumento de la cobertura en el régimen contributivo, que en 2019 llegó a cerca de 22'214.348 de personas, deriva de la obligatoriedad de aseguramiento de los trabajadores; no obstante, casi la mitad de ellos (50,1% de los ocupados) son informales, como lo sugieren los datos del Departamento Nacional de Estadística (DANE) para diciembre de 2019. Esta informalidad supone irregularidad en los aportes de la seguridad social, periodos de desafiliación y condiciones precarias de bienestar que impiden a esos trabajadores enfrentar no solo la crisis actual sino las medidas de confinamiento y cierre de la economía. En otras palabras, si la Covid-19 pone en riesgo la salud de los informales, las medidas adoptadas por el gobierno para

enfrentarla comprometen sus ingresos, su trabajo y su bienestar.

La situación del régimen subsidiado tampoco es sencilla. Para 2019 el país contaba con 22'800.485 afiliados. El aumento de la afiliación de personas al régimen subsidiado en los últimos años está relacionado, por una parte, con el interés de las EPS por obtener los recursos de aseguramiento, que son fundamentalmente recursos públicos del Sistema General de Participaciones (SGP) y de solidaridad del contributivo; y por otra, con el interés de políticos regionales en obtener votos a cambio de la afiliación de personas, sobre todo en las zonas rurales.

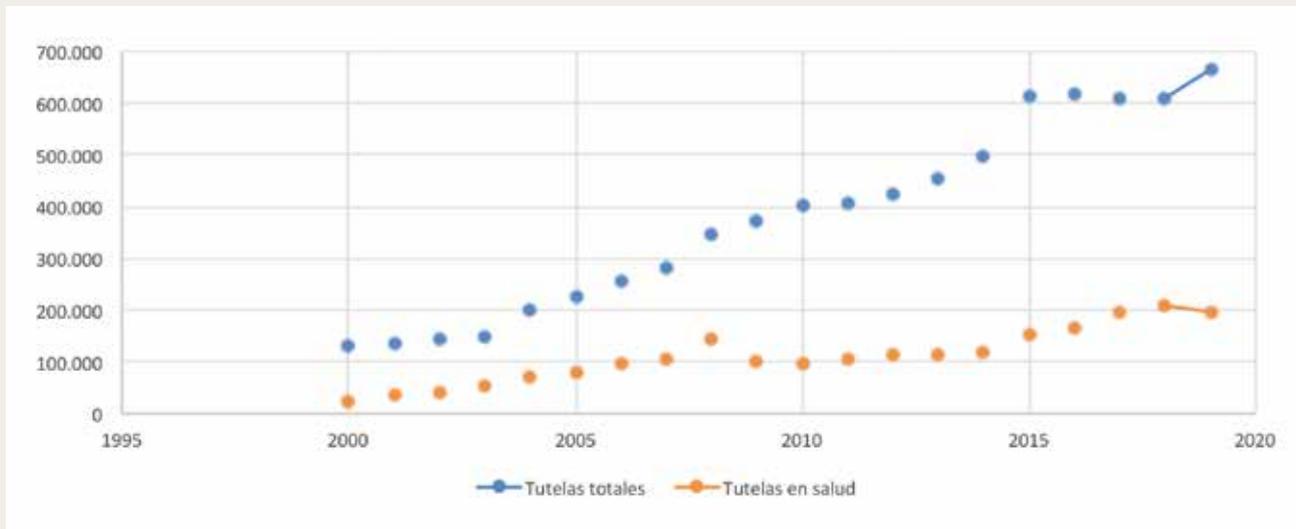
Pero el punto más crítico es que ni en el régimen contributivo ni en el subsidiado las altas cifras de afiliación significan necesariamente acceso efectivo de los beneficiarios a la atención médica en condiciones de calidad, oportunidad e integralidad. Es decir, más que cobertura real, hay afiliación. La evidencia de esta afirmación proviene de publicaciones como el *Estudio histórico* de la Comisión de Salud Global de *Lancet* sobre Sistemas de Salud de Alta Calidad (2018), el cual estima que más de 22.000 colombianos mueren cada año por causa de la mala calidad de la atención, y cerca de 12.000 más mueren debido a barreras en el acceso y utilización de los servicios. El mismo estudio encontró que la tasa de mortalidad materna en Colombia es más alta que en todos los demás países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Lo mismo sucede con los años de vida perdidos debido a la neumonía, una condición

clínica relativamente fácil de tratar. En otros indicadores clave, los resultados son peores en áreas rurales, hospitales públicos y regiones con ingresos más bajos.

El otro indicador importante es el crecimiento en el número de acciones de tutela² que los ciudadanos interponen diariamente debido a una negación de servicios de salud, lo que implica la vulneración de este derecho. Entre 2000 y 2017 las tutelas en salud pasaron de 24.843 anuales a 197.655, siendo el derecho más reclamado según la Defensoría del Pueblo. Entre enero y noviembre de 2019 estas acciones aumentaron, alcanzando una cifra de 198.087. Si bien el ministro de salud anterior, Juan Pablo Uribe, afirmó en 2019 que la tutela no era el mayor mecanismo de acceso al sistema, de los 25 millones de personas que buscaron servicios de salud en 2018, el 99,23% accedió sin la necesidad de recurrir a ella, así que queda un gran interrogante sobre la calidad y oportunidad de la atención recibida por quienes usaron los servicios. Tampoco hay que olvidar otros dos aspectos: primero, el hecho de que los pacientes resuelven la negación de algunos procedimientos o medicamentos con el gasto de bolsillo, sin acceder a la tutela; y segundo, las inequidades entre departamentos en materia de acceso a la atención y exigibilidad del derecho a la salud vía tutela son profundas.

2 La acción de tutela es el mecanismo previsto en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia vigente que busca proteger los derechos constitucionales de los individuos “cuando cualquiera de estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”.

Comportamiento de las tutelas (2000-2020)



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de los informes de la Defensoría del Pueblo sobre tutelas en Colombia, 2018, 2020. (El dato de 2019 de tutelas en salud solo cubre el periodo enero-noviembre).

Es claro que, en el marco de la pandemia, estar afiliado no es ninguna garantía de acceso efectivo a la atención médica. Si en tiempos “normales” son frecuentes la negación de procedimientos y medicamentos, la demora en la asignación de citas, e incluso el incumplimientos de fallos y desacatos emitidos por la Corte para garantizar el derecho a la salud, en tiempos de excepcionalidad no será distinto. También existe el riesgo de que se cobre por la atención de pacientes inexistentes, o que se produzca un sobre costo en las atenciones efectivas, modalidades muy comunes de corrupción en el país. Entre marzo y mayo de 2020, la Defensoría ha recogido diversas denuncias sobre la negación o demora en la prestación de servicios a personas con sintomatología de la Covid-19 y se han registrado las primeras denuncias de corrupción, así como las primeras tutelas exigiendo la realización de pruebas diagnósticas a las EPS y a las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), pues han sido negadas.

¿Por qué puede haber problemas de acceso durante la pandemia de Covid-19?

En su potestad de administrar el riesgo y con la mira puesta en la producción de rentabilidad, las EPS han desarrollado la estrategia de negar, de manera sistemática y hasta coordinada, las autorizaciones de citas a especialidades, procedimientos y medicamentos, presionando a los médicos para que no las formulen so pena de sanciones. Esto ha sido documentado en fallos de tutelas y sentencias de la Corte Constitucional. Aunque la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), entidad que agremia a las EPS, justifica estas prácticas argumentando la insostenibilidad financiera del sistema resultante del excesivo número de tutelas, un estudio de la Procuraduría General de la Nación de 2012 encontró que en el sistema de salud colombiano circulan anualmente

entre 43 y 50 billones de pesos³ producto de recursos parafiscales y fiscales, más algunos del Presupuesto General de la Nación y los que provienen de impuestos aplicados a las armas y municiones, juegos de azar, loterías, licores, entre otros.

Esta cuantía es importante para mantener el sistema pero insuficiente en términos de las crecientes necesidades de salud de los colombianos año a año. En comparación con los países de la OCDE, que destinan, en promedio, el 8,8% de su Producto Interno Bruto (PIB) para temas de salud, Colombia, que ya hace parte de esta organización, solo llegó al 7,2% en 2017. Ese mismo año, su gasto en salud per cápita en dólares, sin ser de los más altos, llegó a 723 dólares y el gasto total en salud como porcentaje del PIB alcanzó el 6,83%, con lo que el país se ubica en el puesto ocho dentro de los 18 países de América Latina. Lo interesante es que, teniendo un modelo de mercado regulado, el gasto público, como porcentaje del gasto total en salud, fue del 75,78% en 2017. Esto solo se puede explicar porque en el sistema de salud colombiano los actores privados, como agentes económicos, no generan servicios en una competencia de mercado guiada por las leyes de oferta y demanda, al estilo estadounidense. Ellos solo deben esperar la transferencia de recursos públicos, con los que se lucran, a costa de negar el derecho a la salud.

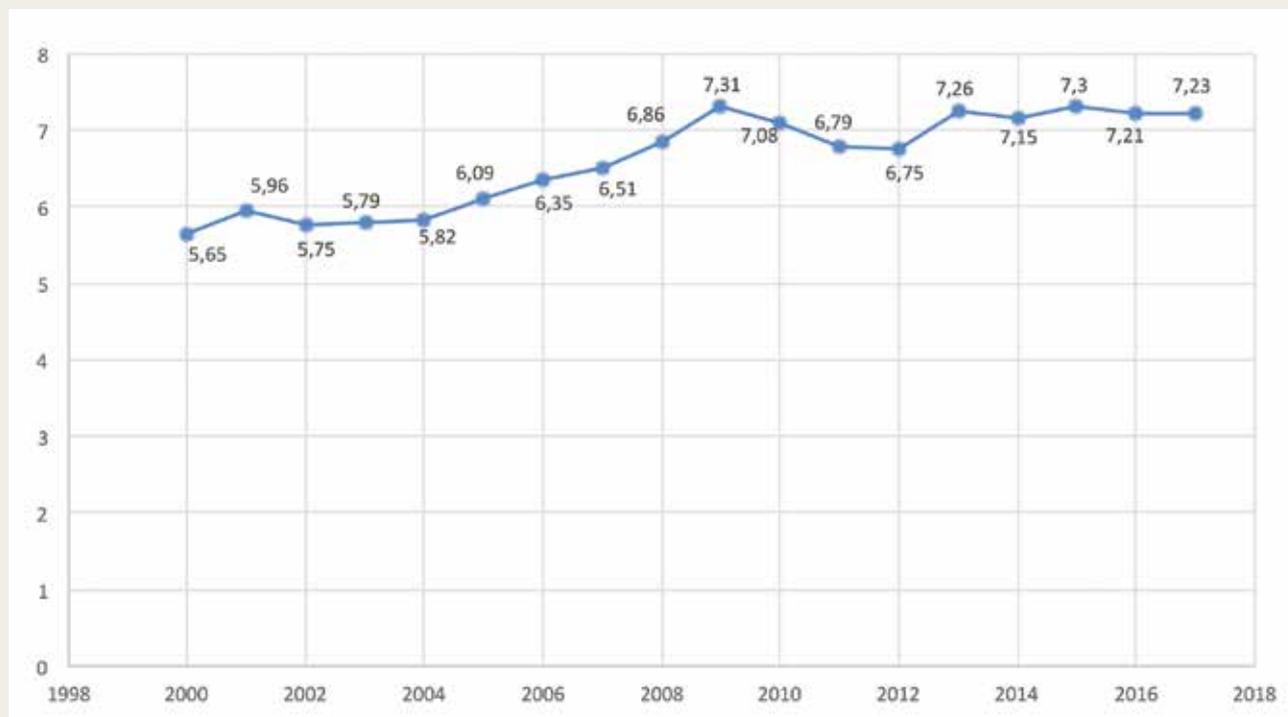
El otro elemento importante es el pobre crecimiento del gasto en salud en Colombia en los últimos 20 años. En términos

generales, entre 2000 y 2009 el gasto total en salud como porcentaje del PIB creció del 5,65 al 7,31%, con un punto de inflexión entre 2011 y 2012, cuando este valor cayó por debajo del 7%. Desde 2013, el gasto no ha crecido y ello indica poco compromiso de los gobiernos con el sector, aunque suficiente como para alimentar el negocio que se esconde detrás del sistema. Para 2020, el presupuesto del sector es de 31,8 billones de pesos, es decir 2,3 billones más que el año anterior; no obstante, el esfuerzo público sigue siendo insuficiente para las necesidades en salud. La mayor parte de los recursos totales de salud se concentra en el negocio asistencial con cargo al aseguramiento (75%), mientras que la salud pública recibe menos del 1%.

Como lo afirmó la Procuraduría en su momento, en el sistema de salud no hay escasez de recursos, sino desviación y corrupción. Este organismo ha estimado que, por cuenta de esto último, entre 2012 y 2018 se han perdido cerca de 2,1 billones de pesos del presupuesto para salud (556'742.550 dólares). Recientemente, la Contraloría ha confirmado un desfaldo a nivel nacional de los recursos provenientes del SGP, por más de 85.445 millones de pesos. Si bien es cierto que la corrupción siempre ha estado presente en este sector, el reciente crecimiento en el número de casos, la sistematicidad, la magnitud de recursos comprometidos y su práctica por parte de todos los actores del sistema están en relación directa tanto con los incentivos que introdujo el modelo de mercado regulado como con la masa de recursos públicos que este reúne sin un adecuado control. Así, el

³ Entre 11.399'966.500 y 13.255'775.000 dólares al cambio del 18 de mayo de 2020.

Gasto en salud como % del PIB en Colombia (2000-2017)



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de la OCDE, 2019.

riesgo de corrupción es uno de los problemas más serios que reconocen los colombianos para enfrentar esta pandemia.

Una estructura hospitalaria en crisis para atender la pandemia

La implementación del SGSSS en 1993 exigió que los hospitales públicos del viejo SNS se convirtieran en instituciones rentables o desaparecerían. Muchos de los que sobrevivieron se transformaron en ESE y hoy intentan competir con IPS privadas robustas, a condición de reducir costos en equipos, dismantelar servicios y especialidades poco rentables —pero vitales para enfrentar esta pandemia—, disminuir servicios de alta complejidad y flexibilizar la contratación del recurso humano. Su meta es facturar, pero ello no es fácil. Uno de los mecanismos de las EPS para aprovechar los recursos de

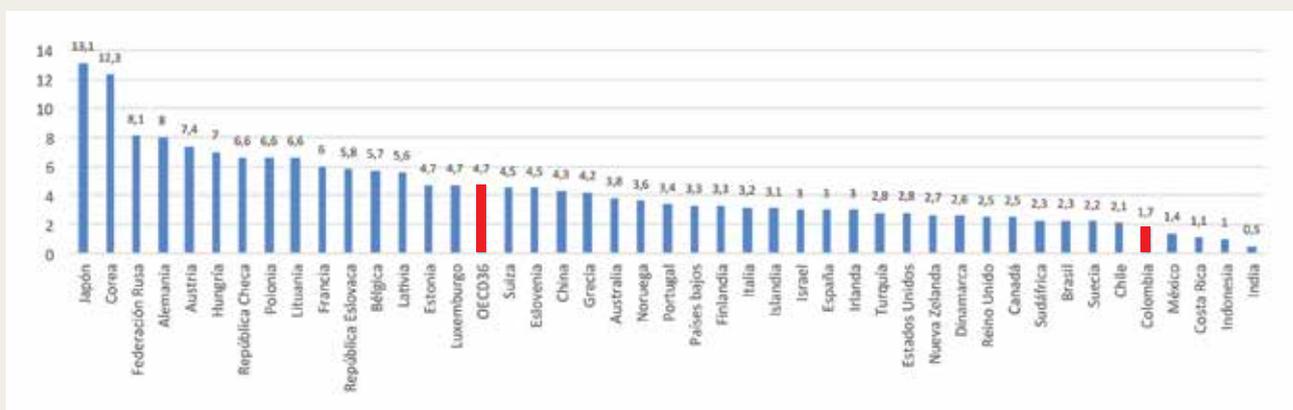
la salud y desviarlos a otras actividades, o simplemente ganar rendimientos financieros, ha sido glosar los pagos o simplemente no girarlos oportunamente a los hospitales y prestadores por los servicios brindados a la población. Ello ha producido un desfinanciamiento crónico de las ESE e IPS, el cual ha deteriorado su dotación e infraestructura y ha generado retrasos en el pago de los sueldos del personal de salud. Estos dos aspectos son muy preocupantes en la coyuntura actual.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha calculado que a 2019 se adeudaban cerca de 5,2 billones de pesos asociados a los servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen contributivo. En el subsidiado, el saneamiento implicará pagos por aproximadamente 1,5 billones de pesos.

Para el Ministerio de Hacienda, la cifra para saldar las deudas pendientes asciende a 5,9 billones de pesos y para las EPS e IPS, a 6,7 billones. Pero el dato más alarmante es el de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, que afirma que los pagos pendientes con unas 5.000 IPS, entre centros ambulatorios, laboratorios y prestadores pequeños, podrían llegar a 34 billones de pesos. La consecuencia de este endeudamiento crónico del sistema, y en particular con los prestadores de servicios de salud en el marco de la pandemia, es la falta de condiciones de infraestructura, equipos, insumos, medidas de seguridad, recursos humanos y flujo de caja para el pago de salarios y provisiones. Esta situación es más grave en las regiones apartadas y en el contexto de la pandemia se expresa de manera crítica en el número de camas hospitalarias disponibles.

El país cuenta con 87.500 camas hospitalarias, es decir menos de dos (1,7) por cada 1.000 habitantes, uno de los promedios más bajos dentro de los países en desarrollo según la OCDE. De acuerdo con el Registro Público de Prestadores de Servicios de la Salud, el país tiene 5.346 camas en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con un promedio de 11,1 camas por cada 100.000 habitantes, superior al de varios países de América Latina, pero inferior al de Italia (12,7), uno de los países que vio colapsar dramáticamente su sistema de salud. Las camas de cuidados intermedios son 3.161, según la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, y las camas pediátricas son 563 de UCI y 896 de cuidado intermedio. Esta Asociación advierte que menos del 10% de las UCI tienen infraestructura biosegura (aislamientos) y menos del 2% cuenta con presión negativa, por lo que no es recomendable atender a pacientes infectados con Covid-19 allí.

Camas de hospital por millón de habitantes (2017)



Fuente: Informe de la OCDE, 2017.

Para el 18 de mayo, según el visualizador de datos de la capacidad de UCI del Ministerio, Colombia contaba ya con 6.275 camas, de las cuales 2.997 están disponibles para pacientes con Covid-19, lo que corresponde al 47,7% de todas las disponibles en el país. De estas 2.997 camas hay 170 ocupadas ya por casos confirmados, 451 son pacientes sospechosos y 2.657 están ocupadas por pacientes sin Covid-19. El Plan de expansión del gobierno espera completar entre 8.000 y 9.000 UCI para el pico de la pandemia. Según las proyecciones del gobierno, el país podría llegar a tener 550.000 pacientes severos que requerirían atención en una UCI, de modo que, a todas luces, la capacidad de respuesta de nivel complejo del sistema de salud es insuficiente. Otro problema es que estas camas están distribuidas de manera inequitativa territorialmente. Mientras algunos departamentos como Amazonas, Vaupés, Vichada y Guainía no cuentan con camas UCI, o cuentan con una sola, otros como Caquetá, Arauca, Chocó y Putumayo apenas alcanzan 0,5 camas por cada 10.000 habitantes.

La cuarentena que ha sido impuesta por el gobierno desde el 20 de marzo de 2020 ha producido un efecto paradójico para muchas IPS y ESE. Si bien les ha dado un tiempo muy valioso en su preparación para el momento crítico de la pandemia, también les ha impedido facturar como lo hacían regularmente, debido a la disminución en la prestación de otros servicios. Mientras esperan el pico de los contagios, los hospitales se endeudan comprando respiradores que multiplicaron su precio

por siete (de 7.000 a 50.000 dólares) en el mercado internacional, o tapabocas que subieron de 80 pesos a 1.800, o kits de protección básica de 25.000 pesos para el personal que sigue laborando; pero sus ingresos mensuales disminuyen en un 90% debido al cierre establecido de otros servicios asistenciales regulares. El caso de los hospitales universitarios, a los que el Estado les debe más de 880.000 millones de pesos, es preocupante, pues a estos lugares llegarían los casos más complejos de Covid-19.

En respuesta a esta encrucijada, muchos directores de los centros asistenciales de todo el país le han pedido al gobierno recursos para seguir funcionando, así como el pago de las deudas pendientes, de lo contrario tendrían que despedir personal y, en ese caso, el esfuerzo de preparación para el pico de la pandemia se iría al traste. El gobierno, sin embargo, tiene otras prioridades: salvar aerolíneas como Avianca, comprar camionetas blindadas por 10.000 millones de pesos para el presidente, adquirir más armamento para el Escuadrón Móvil Antidisturbios (Esmad) por nueve mil millones, o invertir 3.000 millones, destinados originalmente a la implementación de los acuerdos de paz, en una campaña para mejorar la imagen presidencial.

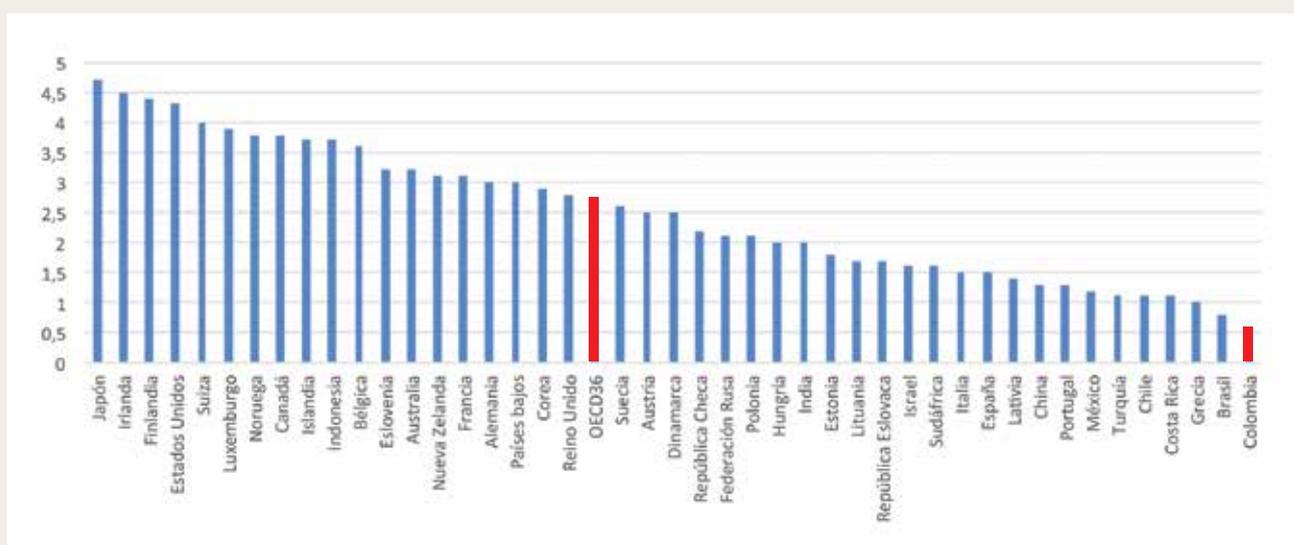
Retos del recurso humano en salud frente a la pandemia de Covid-19

Otro efecto indeseado del SGSSS ha sido el proceso conocido como la “proletarización” de los médicos colombianos, quienes se convirtieron en empleados de las IPS, mal

pagos, obligados a trabajar en distintas instituciones para ajustar su salario y con una competencia creciente —al menos en la medicina general—, producto de las reformas neoliberales en educación que introdujo la Ley 30 de 1992. Estas reformas permitieron un aumento en la apertura de programas de medicina en el país, llegando a 54 en la actualidad. Dicha competencia, sin embargo, no ha llevado a que el país cuente con el número de médicos estimado como óptimo para la atención de la población. Colombia ocupa uno de los últimos lugares en cuanto al número de médicos y enfermeros en la clasificación elaborada entre los 45 países miembros de la OCDE. Para 2017, el país solo tenía 1,8 médicos y 1,1 enfermeros por cada 1.000 habitantes, cuando la mayoría de los países de este grupo tienen más de dos. Para marzo

de 2020, según el Ministerio de Educación, el país contaba con 73.092 graduados, de los cuales el 26% estaba especializado, eso equivaldría a cerca de 1,5 médicos por cada 1.000 habitantes. Este número de médicos totales es ya precario para dar respuesta a las necesidades de la pandemia y la situación se torna más crítica cuando se identifica que hay solo 19.382 especialistas, es decir, 0,4 por cada 1.000 habitantes. Además, el número de internistas que podrían estar al frente de las UCI no supera los 3.500 y cerca del 70% de ellos laboran en más de una institución, lo cual dejaría muchas UCI sin el recurso humano suficiente para su pleno funcionamiento. Como ocurre con los hospitales, la mayor parte de los médicos generales y especialistas se concentran en las grandes ciudades, con muy poca presencia en las regiones más apartadas del país.

Baja proporción de enfermeros con respecto a médicos (2017)



Fuente: Informe de la OCDE, 2017.

Durante la pandemia de Covid-19 ha habido pocos aplausos para los galenos en Colombia y muchas demostraciones de discriminación, intimidaciones de sus empleadores, amenazas de muerte e incluso atentados. La mayoría sigue trabajando sin recibir salarios hace 12 o 24 meses⁴, en los casos más críticos, con contratos por prestación de servicios, o han sido despedidos por exigir elementos de protección. Quienes persisten no cuentan con elementos de bioseguridad y hasta la Policía les impone injustos comparendos por circular en la ciudad. Más que héroes son víctimas de la pandemia. Para el 18 de mayo, 760 trabajadores del sector salud estaban contagiados y nueve habían muerto. De todos ellos, 557 adquirieron el virus en el ejercicio profesional. Los más afectados han sido los auxiliares de enfermería (252), los médicos (132) y los enfermeros (94).

Una salud pública desvencijada y un modelo de atención de papel

El desmonte de los programas nacionales de salud pública del antiguo SNS y su reducción a un Plan de Atención Básica (PAB) en el nuevo SGSSS, definido por el ministerio de Salud e implementado por los entes territoriales a principios de los años noventa, generó pobres resultados en materia de coberturas de vacunación, control del cáncer, enfermedades transmisibles y cardiovasculares, de tal modo que en los primeros 10 años del SGSSS se advertía un deterioro de varios

indicadores de salud pública. En particular, se produjo un aumento de la tuberculosis, el SIDA y la mortalidad materno-infantil, triplicando los niveles de países como Argentina y Costa Rica. Estas deficiencias intentaron ser corregidas con el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que introdujo el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), con acciones de promoción de la salud y prevención a cargo de las entidades territoriales y articulado a los Planes Territoriales de Salud y luego al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Estos esfuerzos han sido insuficientes pues carecen de una articulación real entre la salud pública y la atención individual, así como de una adecuada financiación. La salud pública cuenta con muy pocos recursos: 1,15 billones de pesos anuales en promedio entre 2007 y 2013, con un crecimiento de apenas el 2,1% real anual. En 2020, esta inversión llega apenas a 1,5 billones de pesos, lo que representa un 0,06-0,1% del PIB y es un valor muy reducido en comparación con el 2 o 3% que destinan otros países a este rubro.

Los cambios más recientes en el sector han intentado resolver la poca integración de la salud pública y el aseguramiento individual, pero ello no se ha logrado porque, en el fondo, la lógica de mercado del sistema no se ha modificado, ni se ha producido una integración efectiva. Eso nos deja con modelos de atención primaria en papel⁵ y una salud pública desvencijada y desfinanciada para enfrentar una pandemia

4 Como sucede en el Hospital de Sincelejo. Allí los médicos se sostienen con su trabajo adicional en instituciones privadas. No renuncian porque podrían perder lo adeudado y en ocasiones cuentan con ello como un ahorro obligado.

5 El desarrollo de la Atención Primaria en Salud, reafirmado con la ley estatutaria en salud, ha sido un fracaso tanto en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que no se implementó en los cuatro años que debía hacerlo, como en el nuevo Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que solo existe en papel.

que requeriría, precisamente, mayor institucionalidad y robustez en este campo.

La inconveniencia de la respuesta del gobierno

En este escenario problemático del sistema de salud colombiano, una de las primeras acciones del gobierno de Iván Duque —del partido de derecha Centro Democrático— para enfrentar la pandemia ha sido la entrega de 2,7 billones de pesos a hospitales, aseguradores y demás proveedores del sector salud. El viernes 3 de abril, la administradora de los recursos del sistema Adres giró 1,93 billones de pesos para garantizar la atención médica de los usuarios en esta época de cuarentena. De ellos, 1,32 billones se giraron directamente a 2.008 prestadores de carácter privado, a 972 públicos y a siete mixtos, pero aún faltan muchos. Estos giros dan continuidad a la ley de punto final de febrero de 2020, dirigida a sanear las deudas históricas entre los agentes del sector. No obstante, destinar esa masa de recursos en tiempos de excepcionalidad, laxitud en los controles, concentración del poder y funcionamiento anómalo de la institucionalidad producto de la pandemia, se está configurando como la oportunidad perfecta para nuevos casos de desviación de recursos y corrupción.

La segunda decisión del gobierno fue declarar una primera emergencia económica y social, apelando al capítulo 215 de la Constitución Política de Colombia. En menos de dos meses esta se ha declarado por segunda vez y se han producido más de 100 decretos estableciendo una respuesta

fragmentada para atender la pandemia, sin abandonar el guion del modelo neoliberal. Este conjunto de decretos puede agruparse en tres temas: el sanitario, el social y el económico. El primero de ellos está basado en una estrategia de contención-mitigación de la pandemia con medidas de distanciamiento social, aislamiento obligatorio y lavado de manos, respuestas básicas pero insuficientes ante las deficiencias del SGSSS; de hecho, ni siquiera hay una estructura de salud pública para gestionarlas de tal manera que vayan más allá del control punitivo.

El resto de las medidas sanitarias están atrapadas en la lógica neoliberal de mercado, comenzando por el nombramiento de un “gerente” de la pandemia, Luis Guillermo Plata, otro miembro del Centro Democrático. Estas medidas se dirigen a garantizar el sostenimiento financiero de las EPS para la atención individual (aseguramiento), a establecer un giro directo de recursos a IPS y ESE territoriales —que aún no se hace efectivo en muchos lugares—, a delegar la función de salud pública a entes territoriales con apoyo de algunos recursos fiscales, y a manejar el contagio de los trabajadores del sector salud como enfermedad profesional en un sistema de riesgos laborales que siempre intenta contener gastos. Estas medidas han quedado contenidas en el Decreto 538, que establece otros elementos prácticos: autoriza transitoriamente a todos los prestadores de servicios a atender la pandemia sin tantos trámites, elimina la autorización previa para la contratación de IPS, flexibiliza la contratación de los

PIC en salud pública, centraliza la gestión de las UCI en los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE), y elimina requisitos para los proyectos de infraestructura, dotación y adquisición de equipos biomédicos.

En términos de la respuesta asistencial, el decreto propone el uso de la telemedicina, llama al talento humano en salud a estar disponible para atender el pico de la pandemia y establece una exigua compensación económica temporal para los afiliados al Régimen Subsidiado. También se autoriza a la Adres a continuar con el giro de recursos a las EPS para la atención de trabajadores que han quedado cesantes debido a la pandemia. Finalmente, se regulan las tarifas de servicios e insumos, se establece una canasta de servicios y tecnologías destinadas a la atención de la Covid-19, se autoriza el uso de los saldos de las cuentas maestras de la Adres, así como los saldos de la cuenta de salud pública colectiva, los excedentes de rentas cedidas, los excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado para adelantar acciones de salud pública, y se elimina el cobro de tarifas para protocolos de investigación. El fondo de toda la respuesta consiste en mantener el flujo de recursos a actores privados y financieros del aseguramiento, como las EPS, las ARL y los fondos de pensiones, sin perder la oportunidad de beneficiar a los bancos con la gestión de estos recursos. Todas estas medidas establecen una protección real del capital sin amenazarlo con impuestos, así como una protección ficticia y frágil del trabajo, el ingreso y el consumo de las familias colombianas. Sin

una repuesta contundente del gobierno, solo resta construir propuestas desde la autonomía, la organización, la solidaridad y la movilización.

El momento de las propuestas

Ante las limitaciones en las medidas actuales, los movimientos sociales y la academia le han propuesto al gobierno varias alternativas en materia sanitaria, alimentaria y social, que se pueden resumir de la siguiente forma:

1. Medidas en el plano internacional: Favorecer la transparencia en la información y el intercambio solidario en materia de conocimientos sobre vacunas, medicamentos, medidas de salud pública y respuestas sociales a la Covid-19.
2. Medidas en relación con el sistema de salud: Reconvertirlo hacia lo público, declarando todos los recursos de las instituciones de salud, públicas y privadas, al servicio prioritario de la atención de la epidemia, garantizando el acceso universal, intensificado y gratuito a las pruebas diagnósticas, así como a la asistencia en salud, con un modelo de territorialización de la oferta de servicios asistenciales y en salud pública, sostenido por un fondo de emergencia en salud, con recursos del presupuesto nacional y del SGP, un porcentaje significativo de la UPC y organizado en una red de atención de la Covid-19 de primer nivel por equipos de atención domiciliaria, segundo y tercer nivel (salas con asistencia mecánica respiratoria). Esta respuesta debería ser coordinada por Consejos

Territoriales de Seguridad Social en Salud ampliados, en departamentos y distritos, con el fin de contar con apoyos de sectores académicos y sociales y el compromiso de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). El gobierno debe garantizar estabilidad laboral, pago de salarios atrasados, medidas de bioseguridad óptimas, aplicación de pruebas recurrentes y coberturas de riesgos laborales para el personal de salud.

3. Medidas sociales generales: El gobierno debe garantizar un ingreso mínimo de subsistencia y emergencia para el sostenimiento de los colombianos, en condiciones de equidad. Se debe declarar una moratoria en el pago de arriendos, servicios públicos y deudas, y se debe destinar recursos para solventar la situación de trabajadores independientes, informales, artistas y sobre todo campesinos y pequeños productores de alimentos.

4. Es necesario declarar la seguridad alimentaria como asunto prioritario de salud pública y adoptar medidas efectivas para garantizar el acceso a los bienes de la canasta familiar y nutricional para toda la población. Organizaciones y movimientos sociales como la Cumbre agraria promueven actualmente esta declaratoria y ya están fortaleciendo los procesos y proyectos de producción agrícola y gestión local de la salud, en los Territorios Campesinos Agroalimentarios. Lo mismo sucede en las Zonas de Reserva Campesina.

5. Es preciso garantizar la vigilancia y control de los recursos invertidos de manera regular y extraordinaria en la respuesta a

la pandemia, con una veeduría activa de la sociedad. La vigilancia en el uso de estos recursos por parte de las organizaciones sociales es vital.

6. Las organizaciones y movimientos sociales deben conformar equipos, en lo local, regional y nacional, así como redes populares de salud destinados a construir capacidades autónomas de respuesta en salud, articulando el conocimiento de personal de salud disponible con los saberes y medicinas propias o tradicionales y el uso de otros recursos populares de la salud. Ellos deben ser la primera línea de identificación de casos y contactos, manejo primario de casos leves y canalización de posibles infectados para el manejo del sistema de salud.

7. Es tarea del movimiento social colombiano luchar contra la Covid-19 y, al mismo tiempo, defender la vida de los líderes sociales, el derecho a la protesta y la denuncia, la movilización creativa en contexto de aislamiento, y la construcción de alternativas a este neoliberalismo que nuevamente demuestra sus efectos nefastos, esta vez en el campo de la salud.

Título: El sistema de salud colombiano frente a la pandemia de Covid-19

Autor: Manuel Vega Vargas

Publicado por: Fundación Rosa Luxemburg Oficina Región Andina

Miravalle N24-728 y Zaldumbide

Teléfonos: (593-2) 2553771 / 6046945 / 6046946

info.andina@rosalux.org / www.rosalux.org.ec

Quito · Ecuador

Diseño: Freddy Coello

Foto de la portada: Trochando Sin Fronteras, Caravana Humanitaria 21, 22, 23 de mayo en Ciudad Bolívar, Bogotá, Colombia.

Esta publicación es financiada con recursos de la FRL con fondos del BMZ (Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económico de la República Federal de Alemania). Esta publicación o algunas secciones de ella pueden ser utilizadas por otros de manera gratuita, siempre y cuando se proporcione una referencia apropiada de la publicación original.



Esta publicación opera bajo Licencia Creative Commons Atribución No Comercial, sin Modificaciones 3.0. Todos los contenidos pueden ser usados y distribuidos libremente siempre que las fuentes sean citadas.