



Las App y su posible solución a la crisis de la salud en Colombia

The App and its possible solution to the health crisis in Colombia

Jorge Eduardo Orozco Álvarez* - Estela Rojas Figueroa**
Deicy Lucia Vallejo Jiménez***

Resumen: Las APP en Colombia, funcionan como formas de alianza estratégica a largo plazo, para que tanto el sector público como privado compartan la responsabilidad en el diseño, planeación, financiación, construcción y operación de proyectos cuyo objetivo sea garantizar los servicios de la salud pública. En ese sentido, el presente estudio busca como primera medida, generar un aporte académico a partir de la conceptualización de la importancia de las Asociaciones Público-Privadas en el sector salud, frente al conocimiento de la realidad y crisis actual de la salud en Colombia, para de esta manera convertirse en una propuesta de formulación de estrategias, orientadas a apoyar al sector de la salud a nivel nacional y local, en una mejor gestión y aplicación de los recursos asignados para la misma.

Palabras clave: Asociaciones público-privadas, Sistema de salud, Crisis.

Abstract: APPs in Colombia function as forms of long-term strategic alliance, so that both the public and private sectors share responsibility for the design, planning, financing, construction and operation of projects whose objective is to guarantee public health services. In this sense, the present study seeks, as a first measure, to generate an academic contribution based on the conceptualization of the importance of Public Private Associations in the health sector; in the face of knowledge of the reality and current health crisis in Colombia, for in this way, it becomes a proposal for the formulation of strategies, aimed at supporting the health sector at the national and local levels, in better management and application of the resources assigned to it.

Keywords: Public-private associations, Health system, Crisis.

* Contador Público. Magister en Administración Financiera en la Universidad EAFIT. Docente en la Corporación Universitaria Comfacauca.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7592-430X> - jeoa69@gmail.com

** Contadora Pública de la Corporación Universitaria Comfacauca Unicomfacauca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3576-9453> - rosidsyrosjas@unicomfacauca.edu.co

*** Contadora Pública de la Corporación Universitaria Comfacauca Unicomfacauca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3576-9453> - deicyvallejo@unicomfacauca.edu.co

Artículo de investigación científica y tecnológica. **Sección:** TIC'S y ciencias de la comunicación.

Recibido: 08/10/2019 **Aceptado:** 01/04/2020 **JEL:** I14.

Licensed under a:



Citación: Orozco, J. E., Rojas, E. & Vallejo, D. L. (2020). Las App y su posible solución a la crisis de la salud en Colombia. *Revista Colombiana de Contabilidad*, 8(15), 141-160.

*Dolor y Poder, Medicina y Dinero, conceptos eternamente vinculados,
en los que se lee nuestro porvenir invariable y trastornado.*
(ATTALI, Jacques)

Introducción

El término salud se remonta al origen de la humanidad, es un concepto que a través de las diferentes etapas de la civilización ha generado distintas prácticas, pero que lleva en su definición la misma esencia: bienestar tanto físico como mental de los seres humanos. A través de la historia de la humanidad, el concepto de salud ha variado de acuerdo a las concepciones de las épocas, tal como lo vemos con los griegos, pues de acuerdo con (Malaga, 2001), los griegos centraban el cuidado de su salud a los dioses Panacea conocida como la diosa de la “curación” e Hygea, de la “salud”, quien dio origen a la palabra “Higiene”, se consideraba que estar saludable era un don concedido por ellos. Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza.

Con los romanos nace un concepto mucho más realista de lo que hoy en día enmarca la salud ya que se incorpora la idea de “mente sana, cuerpo sano”. En la edad media, con el cristianismo, el bienestar se centra en el espíritu, este es el principal elemento de la salud, por ello es necesario los bautismos pues se creía que el alma era más importante y duradera que el cuerpo. En el siglo XIV surgen las epidemias de la peste o muerte negra que enmarcan al mundo y de las cuales nace el término cuarentena, que hasta la fecha es aplicada para evitar expansión de virus. (Restrepo H. E., 2001)

Con el pasar del tiempo el término salud ha sufrido diferentes cambios, los cuales según las necesidades de la sociedad fueron relacionándolo con el concepto enfermedad, por lo cual se consideró que este proceso necesitaba de aplicaciones médicas que ayudaran a obtener un buen estado del ser humano y control de enfermedades, Henry E. Sigerist, afirma: “la historia de la medicina, nos enseña de dónde venimos, en donde nos encontramos y hacia donde nos dirigimos” (Rojas, 2014, p. 9).

El siglo XVII registra importantes avances en la Medicina, siendo quizás el descubrimiento más trascendental el del microscopio y con este, el reconocimiento de seres vivos como causantes de las enfermedades. En este periodo se cimientan las bases de la bacteriología y la microbiología

que dominaron por mucho tiempo los enfoques de la medicina. (Restrepo H. E., p. 19). Por su parte, el siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología, y medicina preventiva. Es a mediados de este siglo cuando surgen con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores incluyendo mujeres y niños, que trajo como consecuencia una gran mortalidad prematura y por consiguiente pérdidas grandes en capital humano. (Restrepo H. E., p. 20)

Chadwick Edwin (sanmarti, 1985), abarca la salud pública como filosofía social, como práctica administrativa y como política de gobierno, dice que la salud y la fuerza física se ven perjudicadas por la influencia negativa del medio ambiente exterior; se considera que la salud depende en gran medida de las condiciones socioeconómicas y del saneamiento.

Louis Rene Villarme & Federico Engels fueron personajes que escribieron obras donde se denunciaba las condiciones sanitarias de los trabajadores; hubo grandes hallazgos en este tema como enfermedades ocupacionales, infecciosas, etc. Lo que permitió que el concepto de salud se expandiera y como tal necesitara de nuevos procesos. “Rudolf Virchow, considerado padre de la medicina social y que no es posible desconocer en la historia de la promoción de la salud, es muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas” (Malaga, 2001, p. 21).

En 1802 Mutis con su discípulo Miguel de Isla un médico fraile, inician un plan de formación médica completo, que incluía conceptos y práctica hospitalaria; en esta se formaban médicos y cirujanos. Se enseña también la aplicación de la vacuna de una manera más sistemática en Colombia.

En las prácticas de medicina surgen importantes cambios, ya que la guerra de independencia deja miles de muertos, aparecen entonces los procedimientos de cirugía que inician con la autopsia. El colegio del Rosario presentó una situación económica difícil, por lo que le fue imposible mantener los honorarios de los profesores, que en su momento dejaron de asistir y como consecuencia los estudiantes también, se da entonces el primer cierre de la universidad del Rosario en 1865 la cual era legado de Mutis; se inicia entonces la medicina francesa con el Dr. Antonio Vargas Reyes graduado en la universidad Central y la del Rosario, Vargas viaja a

especializarse en Francia y se encuentra con una medicina diferente que se basa en la anatomía, donde para el mejoramiento del ser, debe practicarse cirugía de los órganos afectados, con esta ideología y nueva partica medica fundo la Escuela Privada de Medicina (Naranjo, 2002, págs. 211-217).

Se crea la clínica Marly en 1904 que en sus inicios era un centro de atención a personas con discapacidad mental que contaban con capacidad de pago en la prestación de los servicios.

Alfredo Jácome Roca: “En 1936 se reforma la Constitución de 1886 y se empieza a hablar abiertamente de asistencia pública. La salud es entonces un deber del Estado, pero en el tercer milenio la concepción economicista lo considera un negocio del sector asegurador” (Roca, p. 12).

En 1946 con la ley 90 se crea el instituto colombiano de seguridad social (ISS) modelo copiado de Europa, por medio del cual se prestaba servicio de salud a los trabajadores privados afiliados a él. Inicialmente el ISS sería financiado en partes iguales por empleadores, trabajadores y el estado, pero el último jamás cumplió con su parte, lo que provocó grandes cifras porcentuales en la falta de atención y cubrimiento a la población colombiana, para ser más exactos solo alcanzaba a abrigar el 22%. En esta entidad los trabajadores cotizaban con un 7% de su salario, aporte que cubría totalmente su atención y en cierta medida la de su conyugue e hijos. (Velez, 2016, p. 25). En 1951 se crea la universidad del valle basada en un modelo norteamericano, lo cual impulsa a que las demás facultades existentes en el país cambien su metodología e inicie a basarse la salud y la medicina en la ciencia, la investigación y los laboratorios.

En 1970 se estructura un mecanismo para que todos los centros médicos operen un mismo proceso y sea más viable el manejo de los pacientes. Colombia enfrenta un sistema nacional de salud centralizado (1973), donde el gobierno de turno, toma las decisiones y maneja a su antojo el asunto, sin tener en cuenta derechos, necesidades y opiniones de la sociedad, que en últimas es la más afectada.

A comienzos de los 90 el sector salud mostraba una fragmentación en el sector privado, en el público, y la población sin recursos. Los trabajadores privados como anteriormente se nombró cotizaban cierto % de su salario en el instituto colombiano de seguridad social (ISS) creado mediante el artículo 80 de la Ley 90 de 1946, como un establecimiento público, con autonomía administrativa, personería jurídica y patrimonio propio,

encargado de la dirección y vigilancia de los seguros sociales. (Ministerio de protección social y salud, 2012) estos trabajadores representaban un 10 % de la población, los trabajadores públicos cotizaban en las cajas de compensación el 5% para salud y pensión, mientras que un porcentaje de la población sin recursos era atendido de manera semigratuita en instituciones de salud pública, o simplemente carecía de acceso a la atención, significando un estimado del 20% de los habitantes. En Colombia el sector salud empezó a reformarse y descentralizarse con la ley de 10 de municipalización; la cual les dio a los municipios la competencia de construcción, dotación y mantenimientos de puestos, centros de salud y hospitales locales que asignó todas las competencias de funcionamiento de primer nivel de atención a los municipios, de segundo y tercer nivel a los departamentos. Esta ley, en conjunto con la constitución política de 1991 generó el inicio de lo que sería la división en dos partes de la historia de la salud colombiana (Francisco J. Yepes, 2010, p. 14).

La ley 100 de 1993 denominada sistema de seguridad social integral tenía por objetivo garantizar los derechos que se supone son irrenunciables para la población, derechos que evidentemente se vulneran en repetidas ocasiones y bajo distintas circunstancias, en el negocio del cual la salud se hizo partícipe y por el cual prima por encima del bienestar de la comunidad, el botín del particular. Esta ley se enmarca en 6 principios: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; se establece entre otras cosas, que se debe garantizar el acceso a los servicios de salud, contemplados en el plan obligatorio de salud (POS) y que todo ciudadano debe participar en el SGSSS, principios que no se cumplen a cabalidad. (Congreso de la República de Colombia, 1993).

El nuevo sistema de seguridad social en salud incluyó nuevos métodos, estos regulan el manejo para la prestación del servicio, uno de ellos es el POS (plan obligatorio de salud) el cual se conoce como el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos para la atención en salud, que puede verse como el producto final que obtiene el usuario. (Restrepo & S., 2012).

El UPC (unidad de pago por capitación), es el valor anual que reconoce el ADRES¹ por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud

1 Es la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene como objetivo garantizar el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e implementar los respectivos controles.

(POS), en los regímenes contributivo y subsidiado (Ministerio de salud, 2018).

A través de la ley 100 de 1993, se delimitaron fundamentos, dirección, organización y funcionamiento, normas administrativas, financieras y de control y obligaciones que, junto con posteriores leyes, identifican la estructura del sistema de salud en Colombia.

Ahora bien, de acuerdo con la ley 100 de 1993, la EPS, es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social; evidentemente la EPS, se enfoca tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, lo que pone a la población, en un ámbito de aparente igualdad social además de generar un aseguramiento para dichos regímenes. (Esquerria, 2013)

La Ley 1751 del 2015 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. (Colombia, 2015).

A partir de la expedición de esta (Ley 1751), la salud de la gente está por encima de cualquier consideración y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto.

El Plan Obligatorio de Salud (POS), creado por la Ley 100 de 1993, dejó de existir por cuenta del artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, que plantea un nuevo mecanismo para definir las prestaciones a las que tienen derecho los afiliados al sistema.

Una Asociación Público Privada (APP) es una modalidad de prestación de servicios donde intervienen tanto el sector público como privado, es decir, que se trata de una inversión a largo plazo por parte de una empresa, la cual implica una relación contractual que no concluye con la finalización del trabajo, sino que se extiende por un periodo determinado. Por consiguiente, la APP no debe confundirse con una privatización.

En el caso de algunas APP, el Estado contribuye en el pago de la obra o servicio; por ello, son también denominadas concesiones co-financiadas. La participación de recursos del Estado puede darse de distintas formas, ya sean a través de subvenciones complementarias a las tarifas pagadas por los usuarios, cesiones en uso de terrenos y compromisos de compras, entre otras.

En el caso de Colombia, existe un amplio marco normativo que interpreta a las Asociaciones Público Privadas entre la que está el artículo 1 de la Ley 1508 de 2012.

Esta investigación adopta dos metodologías; por una parte, será de tipo descriptivo, debido a que busca identificar la percepción que tienen las IPS y las EPS con el objeto del estudio, señala la forma de conducta y pretende establecer comportamientos concretos y comprobar la asociación entre variables.

Por otro lado, se utiliza el método cuantitativo ya que el proyecto se basa en una investigación empírico-analista. Basa sus estudios en números estadísticos para dar respuesta a unas causas-efectos concretas, en este caso relacionadas con las AAP'S y el sistema de salud del Cauca.

En conjunto de la población de este estudio son los directivos y demás trabajadores de las IPS y EPS, del departamento del Cauca. La muestra de personas (directivos y demás trabajadores) encuestados.

Resultados obtenidos

Retos que deben afrontar las EPS e IPS en el paradigma de la competitividad en la salud en Colombia

Para lograr los retos, el sistema de salud debe afrontar algunos problemas; el primero de ellos, es el de la equidad y la dificultad que el gobierno tiene para alcanzarla ya que los objetivos que plantea alcanzar frente a la prestación del servicio médico son muy ambiciosos en relación a el presupuesto estipulado para ellos. De tal manera, que la restricción de recurso obliga al sistema de salud, a bajar sus estándares de servicio lo que posteriormente se traduce en una ineficiente prestación de este. De acuerdo con el (Ministerio de salud, 2018), “el desafío radica en lograr un equilibrio entre los recursos disponibles, la población a cubrir y el plan de beneficios a otorgar, acompañado de la garantía de la mayor eficiencia en el aseguramiento (eficiencia microeconómica)”.

Otro problema, es el de la financiación, pues como es sabido, los aportes económicos al sistema de salud colombiano vienen principalmente de los empleados, empresarios, trabajadores independientes y el Estado, es decir,

desde los enfoques de seguridad social e impuestos. Evidentemente, las necesidades de salud pública en los colombianos no disminuyen, por el contrario, va en aumento, cosa que no pasa con el desarrollo económico de este sector y esta problemática se da por varias razones: primero, porque la demanda del servicio crece desmedidamente, segundo; porque las expectativas de los servicios médicos son muy altas y tercero, porque el costo de la tecnología propia del sector es muy elevado.

De tal manera, que el problema de la financiación no es contener los gastos, sino generar mecanismos de administración que cumpla con las necesidades del sistema.

El tercer problema, está relacionado con la calidad del servicio, es decir, la atención que se brinda a los usuarios, la respuesta que se da a sus necesidades y la eficacia en el cumplimiento de las mismas. En este punto, se evidencian distintos factores que inciden en el fortalecimiento de esta problemática, entre ellos encontramos: el tiempo que gastan los pacientes entre la solicitud de la atención, la asignación de la misma y el tiempo que espera para ser atendido. En este sentido, la desigualdad toma fuerza una vez más, esta se evidencia en los costos que los usuarios deben asumir, por los mismos servicios. En Colombia, la prestación del mal servicio es una derivación de la falta de organización y el enfoque en desarrollar los objetivos primarios de la salud. En términos generales, la alternativa que permitirá mejorar esta situación, es esencialmente, vigilar el adecuado manejo de la administración y gestión pública para así diezmar la salida de los recursos por la puerta trasera. La salud es un derecho inalienable y un servicio público a cargo del Estado, no un negocio con fines productivos.

Los recursos que se recaudan para el sector salud, vienen, como dijimos anteriormente de distintas entidades, entre ellas está el fondo de solidaridad y garantía FOSYGA, que a partir de la ley 100 de 1993, se estructuró en cuatro subcuentas independientes: Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo. 2. Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud. 3. Subcuenta de Promoción de la Salud. 4. Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, según el artículo 167 de esta Ley. Cada una de estas subcuentas, cumplen un papel fundamental dentro del sistema económico de salud, pues se enfoca en contribuir a un servicio en particular. La primera, tiene como objetivo permitir el proceso de compensación interna entre las entidades promotoras de salud EPS y demás entidades a compensar. La segunda, permite cofinanciar con los entes territoriales, los subsidios a los afiliados al Régimen Subsidiado, siendo

estos los colombianos más pobres y vulnerables. La tercera, tiene como objetivo financiar actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad. Y en la cuarta, el Gobierno Nacional destinará recursos para la atención en salud a la población en condición de desplazamiento forzoso sin capacidad de pago, con cofinanciación de las Entidades Territoriales condición que se mantendrá hasta que sean afiliados al régimen subsidiado.

Además del régimen subsidiado, el sistema de salud recibe participación económica a través del régimen contributivo, que en términos generales es “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y el empleador o la Nación, según el caso.” (Ministerio de salud y protección social, 2018). Además, está la Unidad de Pago por Capitación es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud en los Regímenes Contributivo.

Acciones que está realizando el gobierno colombiano para apoyar a las IPS y EPS en los nuevos retos de la competitividad.

A través de la ley 100 de 1993, el sistema de salud colombiano ha obtenido mayores beneficios por parte de los regímenes contributivos y subsidiados, lo cual ha incentivado tanto el crecimiento económico, como el proceso de competitividad del sistema, sin embargo y como se mencionó anteriormente, este proceso ha enfrentado importantes problemáticas que de una u otra forma el Estado ha estado dispuesto a resolver.

En el último balance presentado por el ministro Alejandro Gaviria Uribe, el secretario general, Gerardo Burgos Bernal, y los viceministros Carmen Eugenia Dávila Guerrero (Protección Social) y Luis Fernando Correa Serna (Salud Pública y Prestación de Servicios), exponen los principales avances logrados en los años 2016 y 2017, frente al sistema de salud (Ministerio de salud y protección social, 2017).

Fortalecimiento institucional: La puesta en funcionamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) el primero de agosto de 2017 puso fin a la tercerización

de una labor misional que estaba en manos de privados y que por ello aumentaba los costos de transacción (lo que antes era el Fosyga). Con Adres se centralizaron los procesos, se dio inicio a una administración directa de los recursos, se mejoró la ordenación del gasto y se redujeron los costos de transacción en el sistema de salud.

Todos los funcionarios de la nueva entidad fueron seleccionados con estrictos procesos de meritocracia y sus procesos están desarrollados con altos estándares y con el rigor técnico que merece el manejo de los recursos del sector.

Depuración sectorial: Después de la liquidación de varias entidades promotoras de salud - EPS (Selvasalud, Salud Cóndor, Solsalud, Humana Vivir y Golden Group), el reto entre 2016 y 2017 fue sacar adelante las liquidaciones de Caprecom y Saludcoop.

El Ministerio de Salud y Protección Social considera que el manejo dado a la liquidación de Saludcoop, aunque tuvo varias dificultades, evitó una crisis sistémica del sector. El traslado de los afiliados a otras EPS, justo cuando se hacía el de los de Caprecom, habría sobrepasado la capacidad del sistema. De allí la decisión de pasar a los afiliados de Saludcoop a Cafesalud.

Implementación de la Ley Estatutaria: la cual dispone que las obligaciones del Estado es ser responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. (Colombia, 2015)

En febrero de 2017 entró en plena vigencia la parte de la Ley Estatutaria relacionada con el Plan de Beneficios. La implementación de este punto se ha dado en tres niveles. El primero es el conjunto de prestaciones que garantizan la protección colectiva, y lo conforman aquellas tecnologías y servicios cuyo uso se puede anticipar (lo que antes se llamaba el POS). El segundo alude a un mecanismo de protección individual; es decir, beneficios que no se pueden anticipar (el antiguamente llamado No POS). Para implementarlo fue desarrollada la plataforma Mipres. El tercer nivel es el de aquellos servicios y tecnologías que no pueden ser costeadas con recursos públicos por ser cosméticas, prestadas en el exterior o carecer de seguridad, eficacia, efectividad o aprobación del Invima. En 2017 fue presentado el mecanismo participativo para realizar las exclusiones y fue elaborado un primer listado de 44 tecnologías y servicios que cumplen con alguno de los criterios de exclusión.

Consolidación de la política farmacéutica: Varios de los pilares de la política tuvieron avances en 2017. La implementación del mecanismo de negociaciones centralizadas, que se puso en marcha con tratamientos contra la hepatitis C, ha logrado reducir el costo de estos fármacos en 80 %. Asimismo, la regulación de precios de medicamentos agregó 236 fármacos al listado, que representan un ahorro anual de 53.700 millones de pesos al año y aumentan a 1.042 el número de presentaciones comerciales con límite de precio.

En el mismo ámbito, a fin de fortalecer la transparencia, el Ministerio redactó una resolución que obligará a la industria farmacéutica a informar los pagos en dinero o en especie que haga a los distintos actores del sistema de salud. Finalmente, tras la expedición de las guías de inmunogenicidad, quedó listo el terreno para la implementación del decreto que favorece la competencia mediante la eliminación de barreras innecesarias para el ingreso de medicamentos biogénicos al país.

Mayores recursos: Los esfuerzos realizados por el Ministerio en la construcción de una nueva política fiscal, el pago de las deudas y la consecución de nuevos recursos para el sector salud son tres de los avances más significativos en materia financiera. En 2017, el sistema obtuvo 1,8 billones de pesos adicionales provenientes del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales - Fonpet (700.000 millones), del medio punto del IVA para la salud establecido reforma tributaria (890.000 millones), del impuesto al tabaco definido en la misma (129.000 millones) y de otras fuentes, como el gravamen a los licores (135.000).

Nuevo modelo de atención: El nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) ha tenido gran acogida en varias ciudades y regiones del país. La política tiene un enfoque diferencial para afrontar la compleja realidad territorial. Ciudades y departamentos como Bogotá, Medellín, Barranquilla, Ibagué, Risaralda, Cauca, Guainía, Chocó y La Guajira, así como las Fuerzas Militares y la Policía, vienen implementando con éxito el modelo.

La población rural dispersa, aquella que habita en los puntos más apartados de la geografía colombiana, ha recibido servicios de salud en el marco del MIAS. Uno de los logros más importantes es la ausencia total de muertes maternas en el departamento de Guainía en 2017.

Políticas de prevención y promoción: Un logro significativo está relacionado con la vacunación, incluida la que inmuniza contra el virus del papiloma

humano - VPH: en 2016, 51 mil niñas y adolescentes fueron vacunadas; esta cifra subió a 91 mil en 2017, con quienes se superan los 3 millones de colombianas protegidas contra el cáncer de cuello uterino desde la incorporación de la vacuna en 2012 al programa nacional de vacunación – PAI (cuenta con 21 vacunas que protegen contra 26 enfermedades, por lo que es uno de los más completos de América).

En materia de reducción del consumo de tabaco, con la reforma tributaria de 2016 se logró un incremento progresivo del impuesto específico a los cigarrillos y un incremento del IVA. La prevalencia de consumo de tabaco bajó de 12,9% a 8,3% entre 2013 y 2017.

Con respecto al etiquetado de alimentos procesados, el Ministerio dio inicio a la revisión de productos en el mercado para establecer los límites máximos de contenido de nutrientes como sodio, calorías, azúcares, grasas trans y saturadas, por el impacto de estos en la salud pública.

Por otra parte, el Gobierno concluyó la reglamentación para la producción de cannabis medicinal. Fueron expedidas seis licencias de fabricación en el marco del Decreto 2467 de 2017, y 13 nuevas bajo el amparo de la Ley 1787 de 2016.

En cuanto al zika, Colombia cerró la epidemia con menos casos de los esperados. Las proyecciones iniciales, basadas en la experiencia de los países que ya habían vivido el rigor de la epidemia como Brasil, sugerían que el número de personas afectadas podría aproximarse a 650.000, pero la oportuna activación de campañas de prevención en todo el territorio nacional hizo posible que la fase epidémica se saldara con 99.721 casos, de los cuales 8.826 fueron confirmados por laboratorio y 90.895 por sospecha clínica. La precisión, la calidad y la transparencia de los datos del sistema de vigilancia epidemiológica convirtieron a Colombia en aliado de instituciones de talla mundial, como los CDC de Atlanta, que continúan sus investigaciones sobre la enfermedad.

Fortalecimiento de red pública hospitalaria: El Plan de Salvamento de las empresas sociales del estado (ESE, u hospitales públicos) y el de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero han logrado reducir la proporción de hospitales en alto riesgo de 19 % en 2015 a 14 % en 2017 y de riesgo bajo de 18 % a 10 %.

Clima sectorial: En materia de paz, tras la firma de los acuerdos se han afiliado 10.257 excombatientes de manera expedita al régimen subsidiado. Ello se ha materializado en la generación de 21.005 autorizaciones; entre tanto, 976 procedimientos han sido autorizados para 263 gestantes que hacen parte de la población reincorporada.

Entre tanto, cada día hay una mayor conciencia de la cultura de la seguridad social en salud, mientras que la implementación de la instancia asesora ha reducido la pugnacidad en el sector con un consecuente mejor nivel de deliberación y discusión entre los distintos actores.

Propuesta de un sistema de administración que contribuya al mejoramiento del servicio de la salud en Colombia

Según (Rodríguez Abad, 2018) en función de los alcances y servicios que se incluyen en los contratos de APP de Salud, los principales modelos que se desarrollan a nivel internacional corresponden principalmente a:

Bata gris: comprende la construcción de la infraestructura, dotación y su mantenimiento, así como la explotación u operación de servicios no sanitarios, incluyendo servicios patrimoniales, hoteleros o logísticos y explotación de áreas comerciales afines, es decir, de Bata Gris (limpieza, vigilancia, jardinería, entre otros)

Bata verde: Además de los servicios de Bata Gris, incluye apoyo no sanitario (alimentación y nutrición, lavandería y ropería, logística y esterilización, entre otros). En estas APP, la entidad estatal competente tiene a cargo la administración de la institución de salud, la prestación de los servicios de salud, la retribución al privado con relación a la infraestructura y su mantenimiento con sujeción al cumplimiento de los niveles de disponibilidad y calidad fijados, así como el seguimiento y control al contrato.

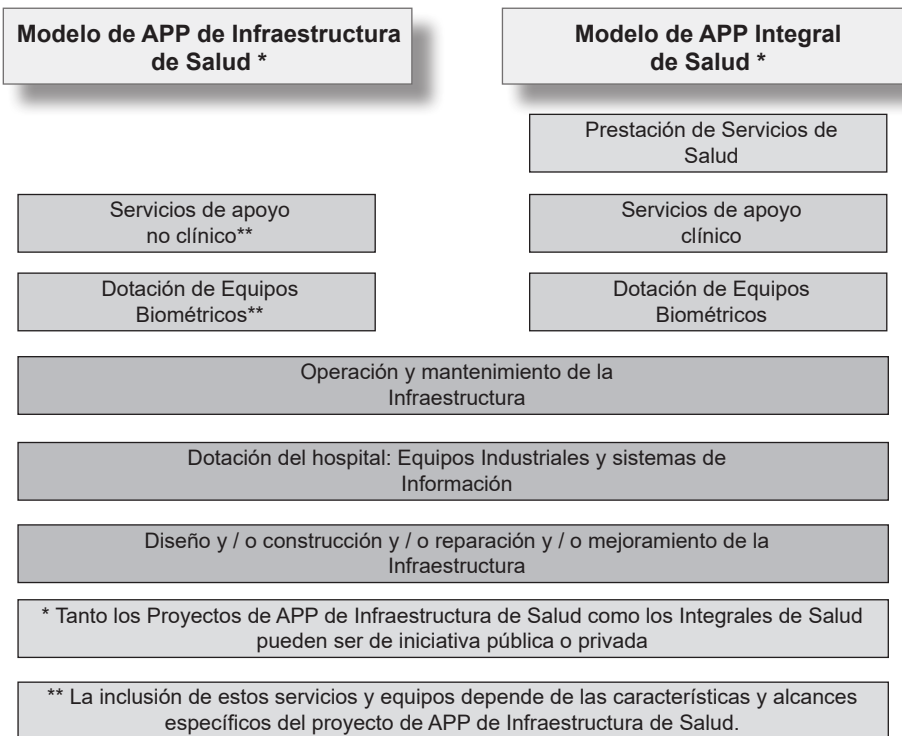
Bata blanca: incluye además de lo anterior, la gestión y prestación de la totalidad de los servicios de salud, es decir, incorpora también la provisión de los servicios asistenciales.

Especializada: Se concentra en un servicio específico. Por ejemplo: almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos.

En los tipos Bata Gris y Verde, el personal de salud se enfoca en su core business, es decir, en la atención de salud a las personas, sin distraerse en la gestión de los servicios no asistenciales o de apoyo, la cual se concentra en un único operador privado y no en varios como actualmente ocurre en los hospitales públicos.

Según (Revista Dinero, 2017), las principales debilidades y retos que enfrenta el sector en la actualidad son: principalmente la falta de transparencia en los aspectos (financiero, calidad, servicios, derechos y deberes), falta de gobernanza de la información, debilidad de los sistemas de información, vigilancia y control poco efectivo y la Politización de la salud. Por lo anterior en Colombia se busca más control y más eficiencia en la salud; las Asociaciones Público-Privadas, serian una buena alternativa para ello y basándose en el artículo 1 de la Ley 1508 de 2012.

Figura 1. Modelo de APP en Colombia



Fuente: (Minsalud, 2018)

Por otra parte, el concejo privado de competitividad de Colombia (2017), ha generado un esquema de recomendaciones y propuestas que, a corto, mediano y largo plazo, contribuirán al mejoramiento del sistema de salud, desde el punto de vista de lo público y lo público-privado, a continuación, se describen algunas de ellas:

Vigilar estrictamente el cumplimiento de los límites a la integración vertical: La integración vertical entre aseguradores (entidades promotoras de salud –EPS–) y prestadores de salud puede traer consigo efectos positivos como la reducción de los costos en las transacciones y la mayor capacidad de negociar precios, ya que las EPS integradas tienen mayor conocimiento sobre los costos de los prestadores de salud integrados y pueden obtener menores precios.

Fortalecer las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La complejidad del flujo de recursos del sistema de salud hace que la tarea de vigilancia sea especialmente importante. Esto requiere dotar a la Superintendencia Nacional de Salud de capacidades técnicas, financieras y sancionatorias suficientes, de manera que se convierta en un ente efectivo de control.

Introducir un pago por desempeño para las EPS. En Colombia, el sistema de salud requiere avanzar con urgencia en materia de calidad de los servicios, ya que el sistema está configurado para remunerar los procedimientos aislados, pero no los resultados en salud.

Fortalecer y promover el uso del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud: Desde 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social puso en marcha el Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud para reunir diversos indicadores relacionados con la calidad de los servicios de salud. El CPC recomienda fortalecer el Observatorio, en particular para incluir información que permita monitorear las barreras de acceso al servicio de salud. Robustecer las fuentes de financiación del sistema de salud: Desligar la financiación del sistema de salud de los ingresos laborales, ya que los elevados niveles de informalidad hacen que la proporción de población que contribuye a través de su salario sea limitada. Así mismo, el envejecimiento de la población implica que la población trabajadora será cada vez menor, al tiempo que los costos asociados a una población mayor se incrementan. Además, es conveniente minimizar las distorsiones asociadas a las cargas a la nómina, en particular, los incentivos a la informalidad laboral.

Por otra parte; considerar nuevas fuentes de financiación, en particular, a través de la introducción de impuestos a alimentos y bebidas no saludables. Este tipo de impuestos permiten que solo paguen aquellas personas que incurrir en comportamientos no saludables y que potencialmente demandan más del sistema de salud. En el caso del tabaco y el alcohol, la introducción de impuestos ha demostrado ser una medida de política costo-efectiva.

Desarrollar una agenda de control de precios que permita balancear los costos del sistema y los incentivos a la innovación y la inversión farmacéutica. La política de regulación de precios que ha adoptado el Gobierno nacional ha conseguido una reducción promedio de 41,7 % en los precios de los productos regulados desde su implementación hasta la actualidad. Si bien es importante conseguir moderaciones en los precios, es fundamental que estas medidas se enmarquen en una política ordenada de precios de medicamentos, que incluya consideraciones de protección a la propiedad industrial.

Reducir las instancias que intervienen en el traslado de recursos públicos a las IPS: El flujo de recursos del sistema de salud colombiano es muy complejo e intervienen numerosos actores, lo cual configura una situación que favorece la captura de recursos por parte de grupos de interés y limita la transparencia en la asignación de estos. Por esta razón, el CPC considera fundamental reducir el número de instancias que intervienen en el traslado de recursos públicos a las IPS. Es importante resaltar que medidas como el giro directo del Gobierno nacional a las IPS (sin que tengan que pasar por las entidades territoriales) han facilitado el traslado de recursos públicos, pero aún se requiere avanzar en esta simplificación. Además de mejorar la transparencia, simplificar el flujo de recursos permitiría agilizar los pagos de las EPS a las IPS, contribuyendo a mejorar la situación financiera que enfrentan por cuenta de las excesivas demoras y complejidad de los trámites.

Los servicios de salud gestionados en APP muestran mejoras comparativas con sus similares bajo administración pública y esto se debe principalmente al impulso y apoyo técnico que ha dado la banca multilateral en la región, principalmente el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a los países que, como Colombia, han ido mejorando su marco normativo e institucional para implementar este esquema.

Colombia es uno de los tres países propulsores de este modelo junto a Brasil y Perú, creado en los años 70, puesto que las funciones de las APP en el sector de la salud, han proporcionado importantes avances del sistema que no hubieran sido posibles, especialmente frente a la situación financiera y el historial de endeudamiento, que estas asociaciones han solventado relativamente.

Dado que el sector privado es un socio estratégico del sector público para el desarrollo de la infraestructura pública y sus servicios relacionados, el sistema de salud se ha visto beneficiado pues el sector privado pone a disposición del sector público las eficiencias y ventajas operativas que posee, derivadas de su conocimiento y experiencia en desarrollos similares.

Han sido muchas las discusiones que se han dado alrededor de la implementación de las APP en Colombia, pero no en vano este fenómeno de emprendimiento la ha convertido en un ejemplo a seguir en cuanto a la visión de competitividad; si bien es cierto que no es el único mecanismo que permite avanzar en competitividad, crecimiento y desarrollo social y económico, estas se han constituido como una vía de beneficioso potencial para alcanzar dicho fin.

Sin duda, esta iniciativa de fortalecimiento de las APP, en el sector de la salud, se ha dado gracias a la fuerte influencia de las problemáticas y retos que ofrece el sistema de salud en las empresas, pues la fuerte demanda de empleados enfermos y el mal servicio del sistema, incita a importantes movimientos económicos negativos a dichas empresas. A su vez, la posibilidad de que el sector privado se involucre en el desarrollo de la infraestructura socialmente necesaria implica que el ahorro privado contribuya de forma significativa en la reducción del déficit público debido a las restricciones presupuestarias en la administración estatal.

Los servicios de salud gestionados en APP muestran mejoras comparativas con sus similares bajo administración pública. Por todo lo anterior se considera las Asociaciones Publico Privadas como una buena alternativa para la administración de los recursos públicos de la salud.

Discusión

Las entidades y las instituciones prestadoras de salud (EPS - IPS) deben superar diferentes retos para lograr competir en el mercado de la salud, retos que, de acuerdo a las reformas constitucionales, se hacen cada día más grandes. Estos prestadores a pesar de la implementación de nuevas políticas públicas vivencian a diario problemáticas que complican el adecuado desempeño y prestación del derecho, aun no existe la pertinente vigilancia que haga cumplir a cabalidad los términos de la ley.

No en vano se califica al sistema de salud colombiano como fragmentado, pues esta compleja situación ha llevado hace unos años al gobierno nacional a tomar medidas para enfrentar las problemáticas, ante esta situación hay que admitir que la estructura actual y todos los mecanismos adoptados no están funcionando, por lo cual aún se hacen necesarios cambios de mayor envergadura.

Una razón de los cuestionamientos a las APP en salud es el desconocimiento de su concepto y su consecuente estigmatización como “privatización de la salud” pese a que el Estado nunca pierde la titularidad de los servicios.

Debido a que las Asociaciones Público Privadas (APP) son acuerdos formales o contractuales a largo plazo, entre el sector público y el privado para la provisión de bienes y servicios públicos en los cuales se unen esfuerzos y se establecen relaciones eficientes entre los participantes con una asignación de riesgos según su capacidad, experiencia, además que su contratación, asignación y ejecución es de conocimiento público y donde cualquier persona puede hacer seguimiento a este tipo de contratos y de acuerdo con las experiencias positivas de otros países, se puede considerar las APP como la mejor alternativa para afrontar la crisis de la salud en Colombia.

Conclusión

Si bien el sistema de salud colombiano ha pasado por importantes reformas que le han permitido alcanzar logros sustanciales, queda claro que el sistema continúa enfrentándose a retos como el de la sostenibilidad financiera, acceso al servicio, problemas de calidad y oportunidad en la atención, gastos en salud producto del envejecimiento de la población y el surgimiento de nuevas tecnologías. Todas estas barreras, se ven representadas en aspectos

como el impacto de la salud sobre la productividad de las empresas y la calidad y acceso a la salud, que de manera paulatina ha influenciado en la credibilidad de nuestro sistema de salud colombiano.

Resulta entonces evidente, que los retos del sistema de salud en relación con la competitividad y en términos generales, siguen vigentes y los avances y logros como el de la cobertura, que en la última década incrementó significativamente, no son suficiente para tapar los declives que atraviesa el sistema y que se fortalecieron significativamente gracias a los malos manejos administrativos y financieros del sistema.

Referencias

- Colombia, C. d. (16 de Febrero de 2015). Ministerio de salud y protección social. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). www.minsalud.gov.co. Recuperado el 17 de agosto de 2018, de [www.minsalud.gov.co: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf)
- Esquerra, N. C. (2013). Universidad del Rosario. Obtenido de Universidad del rosario: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4975/1016017915-2013.pdf>
- Francisco j. Yepes, M. R. (2010). Luces y sombras de la salud en colombia, Ley 100 de 1993. Ottawa, canada: Mayol ediciones.
- Malaga, H. E. (2001). Promoción de la Salud: como construir vida saludable . Bogota D.C: Panamericana .
- Ministerio de protección social y salud. (28 de Agosto de 2012). Obtenido de Ministerio de protección social y salud: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2012/Documents/SEPTIEMBRE/28/DECRETO%202013%20DEL%2028%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202012.pdf>
- Ministerio de salud. (27 de Octubre de 2018). MINSALUD. Obtenido de MINSALUD: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx
- Minsalud. (2018). Asociaciones Público Privadas en el Sector Salud. Bogotá.
- Naranjo, E. Q. (2002). Historia de la cátedra de la medicina. Bogotá: universidad del rosario.

- Restrepo, D. A., & S., L. E. (2012). La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 292.
- Restrepo, H. E. (2001). *PROMOCION DE LA SALUD: Como construir vida saludable*. bogota, buenos aires, mexico, caracas, madrid, sao paulo.: medica panamericana.
- Revista Dinero. (2017). “Los recursos públicos son sagrados, pero más los de la salud”: gerente EPS Sura. *Dinero*.
- Roca, A. J. (s.f.). Academia nacional de medicina de Colombia. Recuperado el 18 de 07 de 2018, de Academia nacional de medicina de Colombia: <http://www.anmdecolombia.net/attachments/article/297/S%C3%8DNTESIS%20HIST%C3%93RICA%20DE%20LA%20MEDICINA%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Rodriguez Abad, J. J. (02 de Noviembre de 2018). *www.esan.edu.pe*. Obtenido de *www.esan.edu.pe*: <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2018/11/02/asociaciones-publico-privadas-app-como-pueden-mejorar-la-calidad-de-los-servicios-de-salud/>
- Rojas, O. G. (2014). *La medicina del trabajo. Un recorrido historico*. Mexico: copyright.
- Sanmarti, L. s. (1985). *Educacion sanitaria*. Madrid: Ediciones dias de santos S.A.
- Velez, M. (2016). *La salud en Colombia*. Bogota: Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.S.