



PROPUESTAS DE ARREGLOS INSTITUCIONALES AL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, COMO RESPUESTA A LA CORRUPCION, EN EL MARCO
DEL MODELO DE SALUD COLOMBIANO

DANIEL ROBERTO MONSALVE HERRERA
INGRY YOJANA UREÑA PARADA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAGISTER EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD

DIRECTOR:
DR. MARTÍN ROMERO PRADA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAETRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
BOGOTÁ 2020



PROPUESTAS DE ARREGLOS INSTITUCIONALES AL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, COMO RESPUESTA A LA CORRUPCION, EN EL MARCO
DEL MODELO DE SALUD COLOMBIANO

DANIEL ROBERTO MONSALVE HERRERA
INGRY YOJANA UREÑA PARADA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAETRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
BOGOTÁ 2020

Tabla de contenido

<u>ANTECEDENTES</u>	5
<u>ESTADO DEL ARTE</u>	9
<u>CORRUPCIÓN</u>	9
<i>Definición de corrupción</i>	11
<u>CORRUPCIÓN EN EL SECTOR SALUD</u>	12
<i>Impacto de la corrupción en el sector salud</i>	15
<u>RESPUESTA INSTITUCIONAL DEL ESTADO ANTE LA CORRUPCIÓN EN EL SECTOR SALUD</u>	18
<u>TEORÍA ECONÓMICA DEL SEGURO</u>	21
<i>Concepto de seguro</i>	21
<u>DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</u>	24
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	26
<u>PROPÓSITO</u>	28
<u>OBJETIVO GENERAL</u>	29
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	29
<u>METODOLOGÍA</u>	30
<u>MÉTODO</u>	30
<u>PLAN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN</u>	31
<i>Criterios de inclusión</i>	31
<u>INSTRUMENTO</u>	32
<u>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</u>	32
<u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	33

<u>RESULTADOS</u>	35
<u>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	42
<u>ANEXOS</u>	50
<u>FORMATO ENTREVISTA</u>	50
<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO</u>	52
<u>ENTREVISTAS</u>	55
<u>Entrevista 001</u>	55
<u>Entrevista 002</u>	60
<u>Entrevista 003</u>	73
<u>Entrevista 004</u>	79
<u>Entrevista 005</u>	93
<u>Entrevista 006</u>	103
<u>Entrevista 007</u>	108
<u>Entrevista 008</u>	118
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	147

Antecedentes

En Colombia, la seguridad social se caracterizó por ser un sistema ampliamente desarticulado; los trabajadores hacían parte del Instituto de Seguros Sociales (ISS), antes Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS), que operaba como el mecanismo institucional y financiero que garantizaba el acceso de los trabajadores a sus prestaciones sociales, denominado como seguridad social (Martínez, Agudelo & Gonzales, 2010, p.1). Los funcionarios públicos, a su vez, estaban asegurados por la Caja Nacional de Previsión Social, la cual cubría solamente parte del sector central del Gobierno Nacional; regímenes especiales se generaron para garantizar la cobertura de los sectores de Telecomunicaciones, Congreso, Ecopetrol, Fuerzas Armadas, Superintendencia de Notariado y Registro, Magisterio y, además, las cuatro universidades públicas más importantes del país decidieron segregarse y crear sus propias entidades previsoras. Por último, estaba el Subsistema Público de Salud, integrado por los centros de salud y las redes hospitalarias, quienes respondía por la atención de más del 70% de la población, este subsistema no garantizaba la cobertura y dependía de los servicios seccionales de salud y el Ministerio de Salud (Martínez et al., 2010).

Cada uno de estos subsistemas — a excepción del público — contaban con sus propias formas de financiamiento y atención de la población. Bajo este modelo, en 1992 se aseguraba al menos el 20% de la población en el ISS y solo el 18% de estas familias tenía derecho a la seguridad Social (Martínez et al., 2010); los subsistemas segregados, la Caja Nacional de Previsión Social y algunas pólizas de aseguramiento privadas afiliaban aproximadamente al 10% de la población, este modelo representaba la segregación de la población de acuerdo con su capacidad de pago y constituía una fuente de desigualdad e inequidad en el sistema, sobrecargando financieramente al subsistema público en donde se encontraba la menor cantidad de fuentes y la mayor cantidad de problemas en salud y dejando a un lado los principios concebidos en la Constitución Política de 1991.

Conviene aclarar que la Constitución Política de Colombia de 1991, a través de sus artículos 48 y 49, dispuso la atención a la salud como un servicio público de carácter obligatorio, el cual se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, correspondiéndole a este organizar, dirigir y reglamentar la prestación a los habitantes y el saneamiento ambiental de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Corte Constitucional, 1991); de esta manera, se estableció la necesidad de replantear el Sistema de Seguridad Social del país con la formulación de una ley que permitiera dar cumplimiento a estos preceptos y alcanzar los objetivos del milenio.

Durante el gobierno del presidente Cesar Gaviria, en medio de una gran polémica y controvertidos cuestionamientos de diversos sectores, se aprobó la Ley 100 de 1993. El proceso fue liderado por los Ministerios de Salud y de Trabajo con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación y el aval de las comisiones séptimas de Senado y Cámara de Representantes, dando origen al denominado Sistema de Seguridad Social Integral, cuyo objeto era garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana; el Sistema de Seguridad Social Integral creó entonces el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyos objetivos principales fueron los de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población para todos los niveles de atención, bajo los principios de universalidad, solidaridad, igualdad, y participación (Corte constitucional, 1991). Según Pardo (2014), “los cambios que se avecinaron fueron necesarios para algunos congresistas de la época. Sin embargo, para la oposición eran reformas neoliberales que abrían la puerta a la privatización y advertían problemas”.

La Ley 100, referente general del nuevo SGSSS, efectuó un vuelco total en el Sistema de Seguridad Social del país, ya que logró un cambio significativo en la cobertura de la población, pasando de, aproximadamente, un 20% en 1992 a un 94,66% en diciembre del 2018, según cifras publicadas por el Gobierno colombiano (Ministerio de salud y protección social, 2019), y garantizando la cobertura

universal de la población del país, a través de la creación de dos regímenes generales y un tercero especial. El primero hace relación a la contribución de población trabajadora con un aporte de nómina realizado por el empleador o el trabajador, denominado régimen contributivo; el segundo, el régimen subsidiado, financiado con los aportes del Gobierno y una destinación de solidaridad de los contribuyentes para la protección de la población sin capacidad de pago y conservo, de igual manera, los regímenes especiales provenientes del sistema anterior. Por medio de este mecanismo, el SGSSS logró dar cumplimiento la garantía de cobertura universal de la población.

El nuevo modelo transformó el Sistema de Salud colombiano en un modelo de mercado manejado indistintamente por el sector privado y por el sector público, a través de un esquema de aseguradoras. Con su puesta en marcha se generaron múltiples expectativas, tanto en la población como en el Gobierno Nacional; la Ley germinaba la idea de un cambio radical y profundo en el modelo de Seguridad Social del país, siendo la necesidad de acceso por parte de la población, la esperanza de mejoría en la calidad y el anhelo en mejorar la equidad de los servicios los ideales con los que el Gobierno Nacional apostó a esta reforma. Decisiones equivocadas basadas en predicciones económicas ambiciosas, el compromiso adquirido con el cumplimiento de los objetivos del milenio, la desestimación del sector público con su nuevo rol en el sistema como regulador y el cambio de rol no dimensionado por el sector privado, en el cual paso de ser prestador de servicios sociales con recursos propios a prestador de servicios sociales con recursos públicos; lo anterior, desestabilizó desde su origen lo que el Gobierno pretendía lograr con la Ley.

Con la Reforma a la Salud en el 93, Colombia no solo creo una serie de cambios, descentralizando los servicios públicos y garantizando una mayor cobertura de la población, sino que en paralelo, esta reforma genero una nueva vía de hecho para la corrupción, las grandes sumas de dineros, la aparición de aseguradoras privadas que manejaban estos fondos, los subsidios gubernamentales a poblaciones con ingresos bajos y su fundamento en un modelo económico de mercado, los cuales convirtieron el sistema

en un blanco idóneo para permitir el abuso (Sparrow, Savedoff, Prevenslik-Takeda, & Hussmann, 2017). A pesar de que la ley fue planeada y estructurada con el objetivo de ser una reforma sustancial al sistema de seguridad social que regía en el país, no contempló elementos y variables socioculturales, económicas, financieras, políticas y de mercado, que afectarían drásticamente su origen, abriendo las puertas a malas interpretaciones, vacíos legales y prácticas que mancharían su concepción, las cuales, según la opinión pública, han sido denominadas y catalogadas como corruptas; el modelo de mercado regulado sobre la cual se desarrolló todo el engranaje filosófico del nuevo modelo presentó grandes fallos en sus procesos de auto regulación, previsto en los modelos económicos, dando paso a cada vez más discusiones acerca de la corrupción dentro del sistema, con eventos cada vez más frecuentes, donde se relatan situaciones de grandes desviaciones de recursos que, aunados con el manejo de los medios de comunicación, han ido deteriorando la credibilidad en el sistema de salud por parte de la población y ha logrado también centrar los ojos en una estrategia de fortalecimiento de las acciones policivas frente a esto que se ha considerado un mal mundial, la corrupción.

Por eso este trabajo pretende analizar desde otro punto de vista esta problemática, haciendo un recorrido en el que se busca definir realmente que es la corrupción y a partir de estos elementos identificar elementos estructurales dentro del diseño de modelo de aseguramiento que podrían intervenir con el fin de cambiarla si nos mantenemos dentro del modelo de seguro actual.

Estado del arte

Después de realizar una revisión de literatura, se hace evidente que no existe un consenso universal sobre la definición de corrupción. Numerosos estudios abarcan el término desde diferentes variables: sociales, culturales, económicas, políticas y psicológicas, donde enuncian, en su gran mayoría, una serie de prácticas calificadas como corruptas. Sumado a esto, como menciona Sandoval, el concepto de corrupción ha sido trivializado, definiéndolo de manera reduccionista y generando asociaciones con el soborno y la extorsión (Sandoval, 2016), aunque su origen puede ser remontado incluso a los mismos fundamentos bíblicos de la creación de la humanidad, hecho observado cuando se vincula con el pecado original (Villamil, 2017).

Corrupción

Epistemológicamente, la palabra corrupción proviene del latín “*corrumpere*” donde “*Cor*” es totalmente y “*Rumpere*” roto o quebrado (Rose, 2018). Si bien la definición es netamente descriptiva, no logra abarcar su complejidad; definir corrupción implica entenderlo como un fenómeno multifacético, ya que dependiendo del contexto donde se pueda desarrollar adopta diferentes formas y funciones, las cuales pueden ir desde ser consideradas como problemas estructurales de las esferas políticas hasta ser concebidas como el resultado del declive de la moral de los individuos y sus distinciones culturales (Julián & Bonavia, 2017).

Según la organización Transparencia Internacional, la corrupción es definida como “el abuso de poder delegado, con fines de lucro personal” y señala que la complejidad para distinguir entre corrupción, ineficiencia y errores sin mala fe, dificultan determinar los costos generales de la corrupción (Transparency International, 2007). Adicionalmente, Arellano concluye que la corrupción es un fenómeno inevitable en las relaciones sociales y puede ser considerado como un comportamiento racional

y calculado, definido como: “un acto inapropiado o desviado de acuerdo a ciertos parámetros y valores sociales aceptados en una sociedad o agrupación” (Arellano, 2017), lo anterior imposibilita que las personas puedan reconocer aquello que es indebido hacer, señalando que los seres humanos racionalizan con facilidad actos poco éticos y morales si obtienen algún beneficio de ello. Algunas de las justificaciones aludidas para violentar estos acuerdos sociales son: la ambigüedad, el altruismo y la licencia moral (Julián & Bonavia, 2017). Así pues, deontológicamente, la corrupción se manifiesta como un cambio o pérdida de la adhesión y la perversión de los principios, ya que si una persona incurre en un acto corrupto debe realizar una evaluación de las razones o motivos por los que incurre en ello, lo cual implicaría una negligencia de una obligación reconocida en cuestión de lo que motivo sus acciones (Rose, 2018).

Por otra parte, una de las posibles explicaciones para entender la corrupción está fundamentada en la teoría cognoscitivo social de Bandura, entendida también como la teoría de la pendiente resbaladiza, en la cual las conductas deshonestas son propiciadas por una desactivación de los procesos de auto regulación moral que ayudan a prevenir los comportamientos poco éticos, justificándolos por interpretaciones erróneas de su naturaleza y sus consecuencias; esta desvinculación moral generalmente ocurre cuando los comportamientos se desarrollan en contextos favorables en lugar de una aparición abrupta (Welsh, Ordóñez, Snyder, & Christian, 2015).

En consecuencia, y después de identificar el origen de la corrupción y factores coadyuvantes para la materialización de este fenómeno, es imperativo realizar una revisión sobre las diferentes definiciones de corrupción que se encuentran descritas en la literatura, con la intención de enmarcar esta investigación en una definición que permita abarcar este fenómeno desde todas las perspectivas y aristas en las que se manifiesta.

Definición de corrupción.

Generar una definición universal de corrupción implica un enfrentamiento de situaciones contextuales y culturales. Gaitonde y colaboradores definieron este fenómeno como “El abuso o complicidad de posición (pública o privada), poder o autoridad para beneficiar a un grupo, a una organización, a uno mismo y otros cercanos; estos beneficios pueden ser financieros, materiales o no materiales” (Gaitonde, Ad, Po, & Rada, 2016). Para Abbink, la corrupción se caracteriza por tres rasgos principales abarcados desde una interpretación psicológica: la primera menciona la estrecha relación de reciprocidad entre los individuos comprometidos, la segunda tiene que ver con los perjuicios provocados a terceros y por último, el riesgo al cual son sometidos por posibles castigos asociados (Abbink, 2002). De esta manera, podemos afirmar que las emociones juegan un papel importante que está directamente relacionado con el proceso de aparición y mantenimiento de las conductas corruptas, haciendo que cada decisión y juicio sea acorde con las emociones que se están presentando (Julián & Bonavia, 2017).

Las consecuencias de la corrupción son graves en la mayoría de los casos y se pueden observar principalmente en áreas económicas, políticas y sociales, afectando el pleno desarrollo de las instituciones y de las sociedades; cuando se sobreponen los intereses particulares sobre los generales se generan inequidades y se violentan los derechos constitucionales de la población (López-López et al., 2016). Este fenómeno implica la dependencia de varios actores entre los cuales se generan intercambios, sin embargo, la gran mayoría de las definiciones hacen una estrecha relación y tienen un punto de encuentro entre lo público y lo privado: la corrupción en lo público constituye un problema fundamental ya que esta es el requisito previo al control de la corrupción en el sector privado, escenario en que es evidente los vacíos generados desde la regulación que permiten abusos del poder (Andvig, Fjeldstad, Amundsen, Sissener, & Søreide, 2001).

La corrupción para Sandoval y colaboradores es planteada desde tres enfoques: la dominación social, sustentada en la adjudicación de los recursos y en la cual no está solamente lo normativo o legislativo sino también una forma de manipulación social afirmada en no favorecer a la población y buscando la predilección de unos cuantos en los cuales está concentrado el poder; por otro lado, está la nulidad o menor participación de los individuos y poblaciones en la toma de decisiones, mecanismo que impide la transparencia y fomenta la aparición de prácticas corruptas, y finalmente, la impunidad en los altos mandos del poder, abolidos social y culturalmente de acusaciones punitivas (Sandoval, 2016).

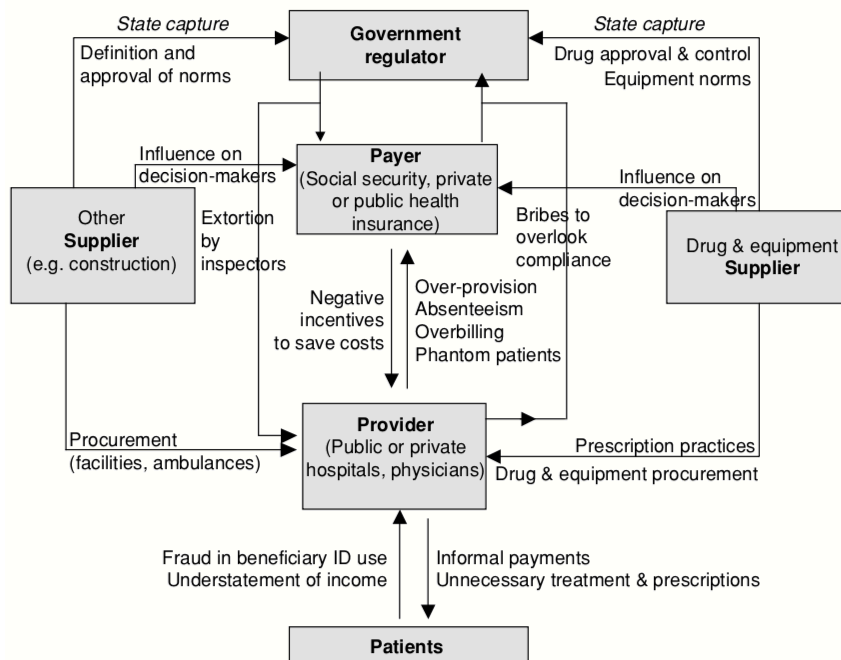
Para efectos de esta investigación nos enmarcaremos en la definición planteada por Vian, quien permite un abordaje holístico del fenómeno desde diferentes perspectivas, en las cuales están inmersos los factores individuales, los factores éticos y morales, los factores legales y factores sociales; de esta manera se visualiza desde una perspectiva más clara el fenómeno de la corrupción y cómo es entendido.

“Abuso de poder encomendado para obtener beneficios particulares, propios o de terceros. Falta a la integridad, lo que significa un comportamiento que contraviene principios, normas éticas o legales, desviando el beneficio público o colectivo hacia benéficos, personales, de familiares, amigos, grupos económicos o partidos políticos.” (Vian, 2008)

Corrupción en el sector salud

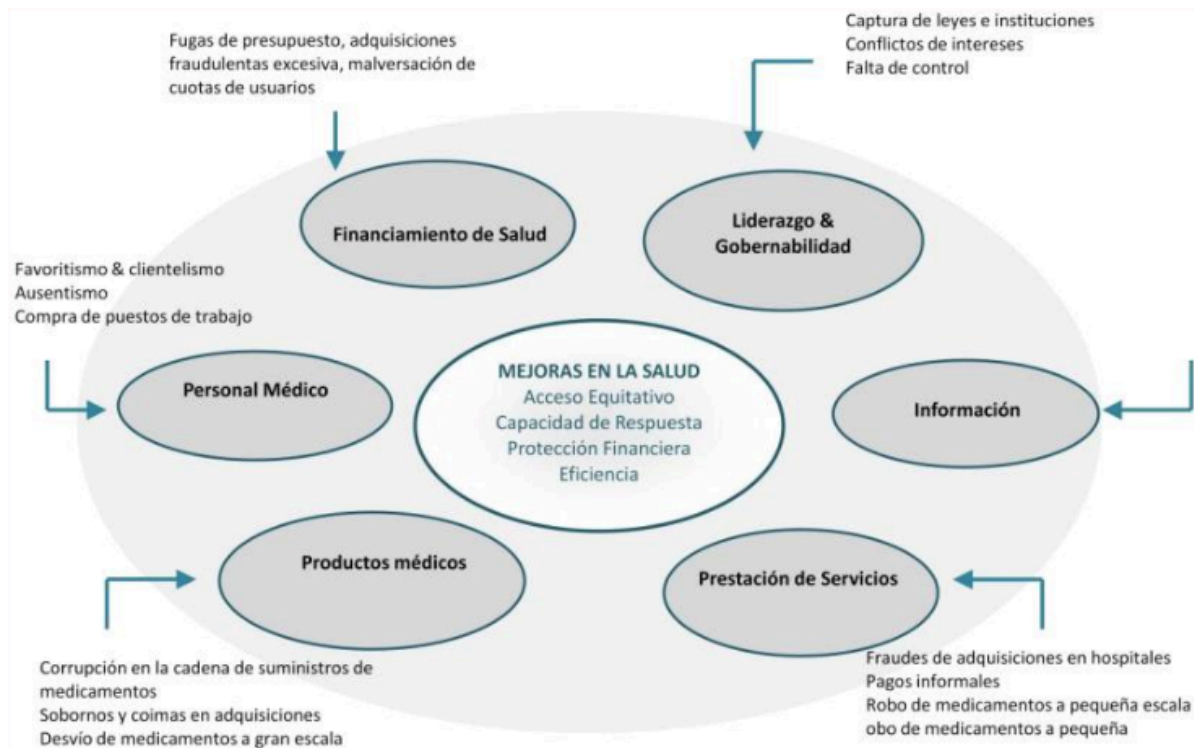
Es indiscutible que este fenómeno ha logrado permear en la gran mayoría de sectores y extendiéndose al sector de la salud, corroyendo los sistemas y creando efectos irreversibles. El sector salud es vulnerable ante la corrupción por diferentes características y genera oportunidades para la realización de comportamientos corruptos. La incertidumbre que generan sus dinámicas repercuten en un desequilibrio entre oferta y demanda, impactando en la prestación de los servicios de salud, reduciendo a su vez la efectividad y eficiencia de los mismos; la complejidad y la asimetría de la

información entre los diferentes actores del sector son causales de inequidad debido a que la información no es compartida de manera equitativa, aumentando así la vulnerabilidad del sector. Por otra parte, se encuentra la peculiaridad generada por algunos sistemas en donde los privados se encargan de funciones públicas y el manejo de sumas importantes de dineros estatales destinados a los gastos en salud. Lo anterior repercute en un desvanecimiento de los objetivos propuestos por cada gobierno, en donde el acceso, la calidad y la equidad en los servicios son frecuentemente vulnerados (Sparrow et al., 2017). Estos mismos autores encontraron que los sistemas de salud pueden llegar a ser propensos a la corrupción por la cantidad de actores que participan, los cuales están clasificados en cinco categorías: reguladores gubernamentales, pagadores, proveedores, consumidores y abastecedores (figura 1); la presencia de este gran número de actores aumenta las posibilidades de aparición de comportamientos corruptos y dificulta su identificación (Sparrow et al., 2017), generando a su vez una mayor cantidad de interacciones y aumentando el número y tipos de intereses particulares de los mismos.



Tomado de: Sparrow, M. K., Savedoff, W. D., Prevenslik-Takeda, L., & Hussmann, K. (2017). The causes of corruption in the health sector: Global Corruption Report 2006. (May). Pág. 3–24. <https://doi.org/10.2307/j.ctt184qq53.7>.

En concordancia con lo anterior, Hussmann encontró que los elementos clave de un sistema de salud planteados por la OMS (2010) pueden ser utilizados como esquema para explorar los riesgos de la corrupción: (I) Liderazgo y gobernabilidad, (II) financiamiento, (III) prestación de servicios, (IV) personal de salud, (V) acceso a los medicamentos esenciales y (VI) sistemas de información. Estos seis elementos básicos permiten a un sistema de salud identificar los riesgos de vulnerabilidad ante la aparición de corrupción (Hussmann, 2011) (figura 2), debido a que el funcionamiento de los sistemas de salud depende de la articulación y el buen funcionamiento de estos subsistemas, respondiendo de una manera equilibrada a las necesidades y expectativas de las poblaciones y evidenciando un acceso equitativo a la atención centrada en las personas.



Tomado de: Hussmann, K. (2011). Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: Perspectivas de América Latina en los subsistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel subnacional).

Impacto de la corrupción en el sector salud.

Los efectos de la corrupción en el sector salud y la magnitud de su impacto son inciertos y se asocian principalmente con indicadores de salud negativos, entre ellos los indicadores de mortalidad infantil y juvenil, de ahí que alrededor de 1.6% de la mortalidad infantil mundial está asociada a la corrupción, cifra que se aproxima a 140.000 muertes anuales, superando el total de muertes causadas por Ébola, rabia, cólera y muertes relacionadas con el combate (Hanf et al., 2011). Estas cifras de mortalidad pueden llegar a ser dos veces más altas en países con altos niveles de corrupción que en países con bajos niveles de corrupción (Gaitonde et al., 2016), a su vez, existe una correlación con menores tasas de inmunización, disminución en la calidad de la prestación de servicios de salud, menores tasas de vacunación, distribución sesgada de la infraestructura y los servicios, alto costo en medicamentos y equipos médicos, disminución en el uso de instituciones públicas de salud, interrupción de tratamientos asociados a el desabastecimiento de medicamentos, entre otros (Vian, 2008), (Azfar & Gurgur, 2008).

Cifras de Transparencia Internacional indican que, aproximadamente cada año, en el mundo se gasta más de US \$3 mil billones en servicios de salud, este considerable flujo de fondos resulta un atractivo blanco para el abuso y genera un caldo de cultivo idóneo para la aparición de prácticas corruptas (Transparency International, 2007). Los riesgos son altos y los recursos limitados dada la complejidad que genera la corrupción; cuantificar el fenómeno para los gobiernos nacionales y las organizaciones del sector ha sido crucial, no solo por entender el fenómeno si no por hacerle frente y desarrollar estrategias que permitan reducir la enorme pérdida de recursos que provoca y disminuir los efectos adversos que genera en los sistemas y las sociedades (Gaitonde et al., 2016).

La corrupción en el sector de la salud no es exclusiva de los países en desarrollo, se ha estimado que el número de fraudes hospitalarios asciende a 100.000 millones de dólares en los EE.UU (Azfar & Gurgur, 2008), así mismo Gee y colaboradores encontraron, gracias a su estudio desarrollado en UK,

EE.UU, Francia, Bélgica, Países Bajos y Nueva Zelanda, que en promedio el gasto perdido en salud por la corrupción era de un 7,29%, siendo esto alrededor de US \$415 mil millones (Gee, Button, & Brooks, 2011), cifra que supera el PIB nacional de alrededor de 29 países de todo el mundo, equivalente al presupuesto del National Health System, NHS de UK. En consecuencia, la corrupción es ahora uno de los gastos sanitarios no reducidos más grandes en el mundo. Por otra parte, datos obtenidos de 33 organizaciones en 7 países muestran que las pérdidas por fraude y problemas en la atención en salud son de aproximadamente un 6,19%, correspondientes a casi 455.000 millones de dólares de los 7,3 billones de todo el mundo (Tim K Mackey, 2018). De igual forma se afirma que los efectos de este fenómeno no son solo de orden económico o financiero, sino que también están asociados a efectos sociales y humanos relacionados con el desarrollo de los países.

Se ha comprobado que los riesgos de corrupción en América Latina y el Caribe muestran diferencias considerables en relación con su estructura; estas formas de abuso difieren con relación a cómo se movilizan, manejan y pagan los fondos y a qué nivel de la administración se realizan las transacciones, planteando que existen áreas de los sistemas de salud que favorecen su vulnerabilidad, entre ellas la adquisición de medicamentos, bienes y servicios, entre otros (Hussmann, 2011). En su informe del 2018, Transparencia Internacional encontró que según el índice de percepción de corrupción (IPC), Colombia obtuvo una calificación de 36 puntos sobre 100, ocupando el puesto 99 entre 180 países cubiertos por su medición, lo que sugiere que Colombia se situaría como un país con niveles altos de corrupción, ubicándose por debajo de países como Uruguay, Chile, Argentina, Brasil y Perú. Se estimó que la corrupción en el periodo abarcado entre 1991 hasta 2010 le costó a la Nación alrededor de 189 billones de pesos, cifra equivalente al 4% del PIB del país en los años de referencia (Villamil, 2017).

Este fenómeno en la población colombiana presenta una alta incidencia y es planteado, según afirma el equipo de la Universidad de Antioquia (2018), como uno de los principales problemas de salud pública. Para Restrepo, los principales factores que facilitan la corrupción y opacidad en el Sistema de

Salud colombiano se asocian con el recurso humano en donde existe tercerización, insuficiencia de personal, inadecuada selección y evaluación, falta de personal cualificado, falta de formación en ética y capacitación deficiente o insuficiente; por otro lado, está la organización interna de las entidades, la que involucra a la concentración de poder, excesiva discrecionalidad, ausencia, mal diseño o desconocimiento de procesos y procedimientos, ausencia o debilidad de canales de comunicación; asimismo, el contexto social y político manifiesta: presiones políticas, intercambio de favores entre servidores públicos, intimidaciones o presiones violentas de terceros, presiones de sectores o grupos económicos, amiguismo, nepotismo y otros tipos de favoritismo; también se presenta una débil normatividad registrada como: exceso de normas, vacíos o ambigüedades en las normas, normatividad cambiante, desconocimiento de las normas y normas no aplicables al contexto, la falta de control vista desde las deficiencias en los organismos de control y vigilancia, las deficiencias en auditorías e interventorías, mecanismos de sanción débiles o no creíbles y la precariedad del control social o vigilancia ciudadana. Por otro lado, están la impunidad, el fraccionamiento del sistema y la crisis de valores presente en sus actores (Restrepo Zea, 2018). Se revela también, que la percepción de corrupción en el sistema es de un 55%, con un mayor grado en entidades estatales como las gobernaciones, alcaldías y secretarías de salud. Encontraron, adicionalmente, que para la población colombiana las prácticas corruptas son altamente toleradas, pues es así como tan solo el 19% de los encuestados en su estudio, consideraron que la corrupción no era aceptada socialmente. La tolerancia puede ser clasificada como tolerancia consiente y tolerancia inconsciente. La primera generada en actores que se encuentran en operación dentro del sistema, quienes mantienen una actitud pasiva frente a casos de corrupción conocidos, su principal característica es la indiferencia, mientras que en la segunda los protagonistas no se encuentran operando dentro del sistema y su característica principal es la ignorancia.

Relacionando lo anterior, se encontró que las manifestaciones de corrupción en el Sistema de Salud colombiano se han evidenciado con mayor incidencia en los cobros de Unidad de Pago por Capitación

(UPC), pagos de las EPS-S, en busca de trasladar usuarios a su favor entre regímenes, afiliaciones inexistentes, pagos de prestadoras de servicios a EPS-S con la finalidad de adquirir contratos, incorporación al régimen subsidiado de personas con capacidad de pago y retrasos en los pagos a las EPS-S, calificando además que el sistema ha sido “un botín burocrático del clientelismo” que ha estimulado la disminución en la capacidad de inspección, vigilancia y control en el sector (Bejarano-Daza & Hernández-Losada, 2017).

Respuesta institucional del Estado ante la corrupción en el sector salud

En Colombia, dimensionar y cuantificar el impacto de la corrupción constituye un gran reto, teniendo en cuenta que este fenómeno no es observable e identificable fácilmente (Cetina, 2016), sin embargo, el Gobierno Nacional ha buscado promover la transparencia y mitigar el riesgo que implica la corrupción. Para entender y poder establecer cuál ha sido la labor del Estado Colombiano es necesario mencionar una serie de maniobras legislativas y mecanismos de participación que buscan promover la transparencia y la lucha contra la corrupción. Con la promulgación de la Ley 1122 de 2007, se creó el Sistema de inspección, vigilancia y control, bajo el amparo de la Superintendencia Nacional de Salud, el cual fue constituido como ente estratégico del Estado para garantizar que los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud ayudaran a alcanzar los objetivos sociales y políticos para los que esta se creó, procurando adoptar unas actitudes proactivas, que permitieran generar actitudes reactivas frente a los resultados alcanzados, buscando sancionar y reducir al mínimo los efectos negativos de la corrupción dentro del sistema de salud colombiano. Desafortunadamente para el sistema, la complejidad de la información, la falta de retroalimentación hacia los generadores de información, los largos tiempos para el procesamiento, análisis y comunicación de los datos reportados por los agentes del sistema, han llevado a una pérdida del reconocimiento de las funciones de IVC, tanto en el interior del sistema como por parte de los usuarios (J. Eslava, 2018).

La Presidencia de la República creó en 2011 la Secretaría de Transparencia, la cual cuenta con tres ejes estratégicos: definición y ajustes de los lineamientos de las políticas, promoción y acompañamiento, monitoreo y evaluación. Sus esfuerzos están enfocados al acceso de la información pública; se lograron avances con el estatuto anticorrupción (Ley 1474 del 2011), proyecto de ley propuesto en el mandato de Juan Manuel Santos a través del artículo 128, fortaleciendo la prevención e investigación con la creación de la Unidad de Investigaciones Especiales contra la Corrupción, la Unidad de Cooperación Nacional e Internacional de Prevención, Investigación e Incautación de Bienes, la Unidad de Apoyo Técnico al Congreso y la Unidad de Seguridad y Aseguramiento Tecnológico e Informático, con el fin de fortalecer las acciones en contra de la corrupción. Se han propiciado espacios de construcción de elementos que permiten identificar y plantear estrategias para contener o evidenciar fácilmente este fenómeno, por lo cual su trabajo ha sido arduo en la formulación de proyectos de ley que inician un gran camino para aminorar la corrupción.

Otras medidas adoptadas en busca de mitigar el impacto de la corrupción y fortalecer el Sistema de inspección, vigilancia y control, ha sido la promulgación de la Ley 1949 de 2019, esta ley tiene como finalidad el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en materia sancionatoria, facultando la entidad para realizar:

Amonestaciones escritas; multas entre doscientos (200) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLV) para personas jurídicas, y entre (50) y hasta (2.000) SMLV para las personas naturales; multas sucesivas, para las personas jurídicas de hasta tres mil (3.000) SMLV, y para el caso de las personas naturales de hasta trescientos (300) SMLV; revocatoria total o parcial de la autorización de funcionamiento, suspensión del certificado de autorización y/o el cierre temporal o definitivo de uno o varios servicios, en los eventos en que resulte procedente; remoción de representantes legales y/o revisores fiscales en los eventos en que se compruebe que autorizó, ejecutó o toleró con dolo o culpa grave conductas violatorias de las normas del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Congreso de la República de Colombia, 2019)

Así mismo se promulgo en 2019 la Ley 1966, que acoge medidas en busca de mejorar la transparencia, vigilancia, control y aplicación del uso de los recursos financieros del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encaminados hacia el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud, por medio de estrategias como:

La unificación de los sistemas de información de gestión financiera y asistencial, la publicación de información esencial para el control social y rendición de cuentas de los agentes del sector; introducir decisiones de operación de la prestación de servicios y mecanismos de asignación de recursos para el aseguramiento por desempeño. (Congreso de la República de Colombia, 2019)

Pese a estos esfuerzos muchos de los proyectos que buscan mitigar la corrupción en el país han sido hundidos o demorados sorprendentemente por el Congreso de la República, evidenciando posiblemente que es uno de los principales órganos de gobierno menos interesados en la formulación de este tipo de leyes, a pesar de estar afectando la salud de miles de colombianos. Los avances normativos e institucionales propuestos por el gobierno no han sido suficientes para remover las prácticas corruptas de los procesos de la gestión pública, afirmando que la corrupción es quizás uno de los gastos sanitarios no reducidos más grandes de la nación y problema de salud pública más importante que tiene el país.

Para poder entender cómo ha sido posible que la corrupción permee el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace necesario remontarnos a las bases sobre las cuales se sustentó la Ley 100 de 1993. Para dar respuesta a los grandes problemas que presentaba el Sistema Nacional de Seguros Sociales y garantizar el acceso de la población colombiana, el nuevo sistema optó por confiar en las dinámicas propias de un mercado de salud, sustentándose en una modalidad de mercado regulado bajo el esquema de aseguramiento (J. C. Eslava, 2001). De tal manera que para la Ley 100 del 93 ha sido quizá una de las normas de seguro más importante del país (Isaza, 2011). Es por tal razón que, para efectos de esta investigación, se hace necesario comprender como funciona la teoría económica del seguro.

Teoría económica del seguro

A lo largo de la historia, el hombre ha reparado ante los riesgos a los que se enfrenta, entendiendo el riesgo como la incertidumbre ante la ocurrencia de un determinado suceso, no necesariamente dañoso, que se ignora cuándo ha de producirse y puede causar necesidades económicas. El azar entonces entra a jugar un papel sumamente importante para la materialización del daño o perjuicio y es necesario que exista la incertidumbre en alguno de estos tres elementos: ¿ocurrirá el hecho?, ¿cuándo ocurrirá? y ¿cuánto será la consecuencia económica del mismo? En respuesta a estos cuestionamientos, se genera un mecanismo de compensación o mitigación de riesgos denominado seguro (Pérez, 2016).

Concepto de seguro.

El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, mediante el cual una persona jurídica denominada asegurador, debidamente autorizada para ello, asume los riesgos que otra persona natural o jurídica le traslada a cambio de una prima (Ministerio de Justicia, 1971).

Según esta definición se identifican los elementos que componen el seguro: la consensualidad del contrato hace referencia a la voluntad explícita en la manifestación del consentimiento de las partes contratantes y la bilateralidad genera obligaciones de cada una de las partes; entre las más importantes obligaciones se encuentran: por parte del asegurador, pagar el seguro en caso de ocurrir un siniestro y por el del tomador, pagar la prima correspondiente al seguro. El contrato también es oneroso en términos de utilidad por parte de ambos contratantes, en especial por el que asegura, gravándose cada uno con el beneficio del otro. La aleatoriedad hace referencia a la incertidumbre que se genera para la ocurrencia del siniestro, cada una de las partes contratantes está obligada a dar o hacer en equivalencia con la otra parte y en caso de presentarse una contingencia se produce entonces una ganancia o pérdida en alguna de las partes. Esta incertidumbre es mirada en términos de ¿ocurrirá el hecho?, ¿cuándo ocurrirá? y

¿cuánto será la consecuencia económica del mismo?, dando oportunidad al azar en este escenario. Por último, el contrato de seguro es definido como de ejecución sucesiva, pues las obligaciones a las cuales se somete cada una de las partes solo tendrán vigencia durante la ejecución del contrato establecido (Palacios, 2007).

Desempeña entonces el seguro una función de orden económico como un instrumento jurídico al servicio de las personas sin importar su naturaleza, las cuales, como tenedores de bienes ajenos, tienen la responsabilidad de responder civilmente por su custodia, conservación o entrega. El seguro consta de 3 características principales (Palacios, 2007): en primer lugar, el interés asegurable que hace referencia a la vinculación existente entre tomador y asegurador, en términos prácticos, el interés asegurable es entonces el interés que tiene el tomador de que no exista el siniestro, es necesario para el tomador demostrar que el bien asegurable pertenece a su patrimonio y puede ser afectado por la materialización de un riesgo directo o indirecto; la segunda característica es por consiguiente el riesgo asegurable, entendido como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador y cuya materialización origina por parte del asegurador una obligación (Ministerio de Justicia, 1971), el riesgo asegurable ha de ser entonces futuro y no dependiente exclusivamente de la voluntad, y como última característica se encuentra la prima, para múltiples autores quizá es el elemento fundamental del seguro, representa el precio que debe pagar el tomador por transferir el riesgo a un asegurador, la contribución que el asegurador solicita a cada tomador permite constituir el fondo de primas, mecanismo por el cual el asegurador puede atender la siniestralidad en caso de ser materializados los riesgos. El cálculo de las primas está sustentado en principios de suficiencia, equidad y solidaridad, bajo estadísticas de siniestralidad y homogenización de riesgos y deben ser cobradas con la mayor celeridad posible y de forma anticipada, ya que con las primas recaudadas se pagan los siniestros sucedidos (Ossa, 1991) (Isaza, 2011) (Pérez, 2016). Estas características principales del seguro en el modelo de salud colombiano, planteadas por Palacios, tendrían las siguientes equivalencias: el interés asegurable hace referencia a la

salud, la vinculación existente entre tomador y asegurador es la vinculación entre individuo (paciente) y aseguradora (EPS), el riesgo asegurable es entonces la posibilidad de pérdida de la salud del individuo y la prima sería entonces la UPC, calculada bajo los mismos principios en las poblaciones por grupos de riesgo y edad.

Así pues, el entender que el Sistema General de Seguridad Social en Salud que se estructura bajo esta teoría, implica respetar los principios de la misma. El sistema transfirió el interés asegurable a entidades privadas con ánimo de lucro y con un bajo control, adicionalmente la prima (UPC) ha sido calculada retrospectivamente, violentado el principio de la teoría, la cual sostiene que el cálculo de las primas se sustenta en los principios de suficiencia, equidad y solidaridad, bajo estadísticas de siniestralidad y homogenización de riesgos, generando oportunidades para la aparición de intereses particulares que terminarían por desencadenar escenarios posiblemente corruptos.

Definición del Problema

Los efectos de la corrupción en el sector salud y la magnitud de su impacto son inciertos y se asocian principalmente con indicadores de salud negativos. Cifras de Transparencia Internacional indican que aproximadamente cada año en el mundo se gasta más de US \$3 mil billones en servicios de salud; dada la complejidad que genera la corrupción, cuantificar el fenómeno para los gobiernos nacionales y las organizaciones del sector ha sido crucial, no solo por entender el fenómeno, si no por hacer frente y desarrollar estrategias que permitan reducir la enorme pérdida de recursos que provoca (Gaitonde et al., 2016). La corrupción en el sector de la salud no es exclusiva de los países en desarrollo, se calcula el número de fraudes hospitalarios asciende a 100.000 millones de dólares en los EE. UU. En consecuencia, la corrupción es ahora uno de los gastos sanitarios no reducidos más grandes en el mundo, los efectos de este fenómeno no son solo de orden económico o financiero, sino también están asociados a efectos sociales y humanos relacionados con el desarrollo de los países. Transparencia Internacional en su informe de 2018 encontró que según el índice de percepción de corrupción (IPC), Colombia obtuvo una calificación de 36 puntos sobre 100, ocupando el puesto 99 entre 180 países cubiertos por su medición (Transparency Internacional, 2018), lo que sugiere que Colombia se situaría como un país con niveles altos de corrupción, ubicándose por debajo de países como Uruguay, Chile, Argentina, Brasil y Perú. Se estimó que la corrupción en el periodo abarcado entre 1991 hasta 2010 le costó a la nación alrededor de 189 Billones de pesos cifra equivalente al 4% del PIB del país en los años de referencia. (Villamil, 2017).

De esta manera es evidente que existe una percepción generalizada de la existencia de prácticas corruptas en los sistemas de salud, demostrando impacto y repercusiones negativas a nivel económico, político, social y cultural; es entonces en donde se plantea la necesidad de una serie de arreglos institucionales al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como respuesta a la corrupción, enmarcados en el modelo de salud colombiano.

Para poder realizar esta serie de arreglos institucionales se hace necesario comprender a que se hace referencia, para (March & Olsen, 1991), (Gutierrez, 2015) “el aspecto institucional hace referencia a las rutinas, procedimientos, reglas, convenciones, papeles, estrategias, formas organizacionales y tecnologías alrededor de las cuales se construyen la actividad política; así como las creencias, culturas y saberes que rodean estos papeles y estas rutinas” (p.6), dicho de otra manera, “las instituciones son las reglas formales o informales que estructuran la interacción social, los incentivos y las restricciones que dan forma a la interacción humana” (Secretaría de Planeación Distrital, 2014). De esta forma, lo que se pretende generar son una serie de propuestas a esas reglas de interacción social que construyen o conforman el Sistema de Salud colombiano, mitigando la aparición de la corrupción en el mismo.

Justificación

La corrupción en salud es entonces uno de los flagelos que impide el pleno desarrollo de lo propuesto con la Ley 100. Como actores activos del sistema y estudiantes de la Maestría de Administración en salud, identificamos una necesidad de proponer una serie de arreglos al Sistema General de Seguridad Social en Salud que busquen hacer frente al fenómeno de la corrupción desde una arista diferente a la que se ha planteado constantemente dentro del sistema.

Colombia se enfrenta a un fenómeno cada vez más complejo, difícil de atacar y con actores cada vez más sofisticados. Según la Revista Dinero (2017), existen fallas estructurales del sector salud en Colombia, las cuales dan como consecuencia grandes repercusiones a nivel económico y social. El déficit presupuestal del sector salud para 2017 fue de aproximadamente \$5,5 billones y la deuda de hospitales y clínicas superó los \$7 billones de pesos. Así mismo, la Contraloría General de la Nación, en el período comprendido de 2012-2018, abrió aproximadamente 2.388 procesos fiscales por un monto global de 5.6 billones de pesos, siendo en el último año (2018) de aproximadamente 1 billón de pesos, cifras que posicionan a Colombia como un país con niveles altos de corrupción según el barómetro global de corrupción (Transparency Internacional, 2018). Los diferentes medios de comunicación del país e incluso medios de comunicación extranjeros y diversos estudios han dado cuenta de desfalcos por parte de sectores institucionales y de actores individuales, quienes encuentran en el sistema posibilidades de obtener lucro en beneficio propio (ACTUE Colombia, 2018). La corrupción en el sector salud le está costando a Colombia aproximadamente el 7% de su PIB cada año, según el Superintendente Nacional de Salud (2019). Adicionalmente sostuvo que de las 43 EPS que funcionaban en el país, 21 se encontraban bajo vigilancia especial de la Superintendencia Nacional de Salud por evidencia de malos manejos en los recursos. En 2019, el presupuesto asignado al Ministerio de Salud y Protección Social fue de 32,3 billones de pesos, los cuales —si se suman al gasto de bolsillo— alcanzan un monto total de casi 50

billones de pesos, esta cifra entonces se convierte en un blanco idóneo para el abuso y para la aparición de prácticas y escenarios de corrupción.

Como asevera Transparencia Internacional, las redes de corrupción han logrado afectar instituciones fundamentales de nuestras democracias. Las respuestas institucionales del Estado y la sociedad no deben limitarse únicamente a reformas o medidas legales; se hace evidente la necesidad de tomar medidas urgentes de rendición de cuentas mientras que simultáneamente, los procesos judiciales y los cambios normativos continúan avanzando hacia un cambio cultural (Transparency International, 2016). Dada la complejidad del fenómeno, los riesgos a los que se enfrenta la Nación son altos, ya que los recursos que posee son limitados y finitos, por tanto, es necesario el planteamiento de estrategias metodológicas que permitan reducir la enorme pérdida de recursos que provoca la corrupción y disminuir los efectos adversos que se están presentando a raíz de su permanencia en el sistema, dado que el sector salud es uno de los principales afectados por este fenómeno.

Propósito

El estudio pretende contribuir con responsabilidad social y ética desde la academia a uno de los principales flagelos que el Sistema de Salud colombiano sufre en la actualidad como es la corrupción, demostrando que es posible cerrar puertas a este fenómeno. Esta investigación busca beneficiar indiscutiblemente al principal actor que conforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud — los usuarios—, quienes son vulnerados por la aparición de prácticas corruptas que han debilitado la credibilidad de las instituciones que conforman el sector, obstaculizando el acceso, la equidad y calidad de los servicios de salud, pretendiendo demostrar que es posible ajustar el sistema en términos de eficacia, eficiencia y efectividad en el manejo de recursos económicos, financieros y humanos; Lo anterior impacta con mejores indicadores de salud de la población, lo cual permite un mejor desarrollo del país en términos de competitividad y calidad de vida, además propone una serie de arreglos institucionales al Sistema General de Seguridad Social en Salud como respuesta a la corrupción, buscando un mejor futuro al sistema.

De igual manera, el estudio busca vincular a las instituciones e investigadores para continuar abordando el fenómeno de la corrupción por medio de las conclusiones obtenidas durante el desarrollo de esta investigación, como referentes en el control y disminución de la corrupción de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe. Sumado a esto, la investigación se realiza como trabajo de grado presentado a la Pontificia Universidad Javeriana para optar al título de Magister en Administración de Salud.

Objetivo General

Diseñar propuestas de arreglos institucionales al sistema general de seguridad social en salud, como respuesta a la corrupción, en el marco del modelo de salud colombiano.

Objetivos específicos

Interpretar el concepto de corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Identificar las particularidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud que favorecen la aparición de prácticas corruptas.

Describir la respuesta institucional del Estado ante la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sugerir propuestas que mitiguen la aparición de prácticas corruptas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dando respuesta al fenómeno de la corrupción.

Metodología

Método

Para el desarrollo del presente proyecto de investigación, dando cumplimiento a los objetivos propuestos, se realizó un estudio con enfoque cualitativo, basado en el uso de fuentes primarias y secundarias, con el fin de identificar y analizar los elementos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que permiten la aparición de prácticas corruptas a través de la observación y análisis del modelo de salud colombiano, enmarcados en las teorías económicas de seguro y mercado sobre las cuales está sustentado el sistema. Este enfoque soporta la “interpretación” de la realidad social, los valores, las costumbres, las ideologías y cosmovisiones que se construyen a partir de un discurso subjetivo, asignando sentido y significado particular a la experiencia de los entrevistados (Robles, 2011) (Martínez, 2011).

Las categorías de análisis utilizadas se dividieron en 6 niveles, que buscan dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cómo es entendido el fenómeno de la corrupción? ¿Por qué el fenómeno de la corrupción permea en los sistemas de salud?, ¿Qué impacto genera la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud?, ¿cuáles son las causas que propician la aparición de prácticas corruptas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud?, ¿cuál ha sido la respuesta institucional del Estado ante la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud? y ¿Qué propuestas generaría para mitigar o eliminar la aparición de prácticas corruptas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Plan para recolección de datos y fuentes de información

Para la obtención de datos, se desarrolló la estrategia de entrevistas a profundidad, haciendo uso de la técnica de muestreo por conveniencia y la técnica de muestreo por bola de nieve, se vincularon representantes de los principales actores que componen el sector salud en Colombia, organismos gubernamentales, organismos reguladores, organismos de inspección, vigilancia y control, entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de salud, representantes de proveedores; la captura de la información será recogida a través de registros electrónicos (grabaciones de audio) previa autorización de los entrevistados.

Criterios de inclusión.

Los criterios de selección de los participantes de esta investigación fueron:

- Educación: Pregrado finalizado.
- Residente en el país.
- Representantes de las principales instituciones que conforman el sector salud, Ministerio de salud, Secretarías de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, académicos, asociaciones de pacientes, aseguradoras, instituciones prestadoras de salud públicas o privadas, proveedores, representantes del Gobierno Nacional.
- Los participantes durante su trayectoria debían haber tenido relación y contacto con el Sistema General de Seguridad Social en Salud en la toma de decisiones administrativas o financieras.
- Contar con el tiempo para realizar las entrevistas.
- Dominio y solidez en el conocimiento e interpretación la Ley 100 de 1993.

Instrumento

El instrumento utilizado para alcanzar los objetivos de esta investigación fue la entrevista a profundidad, orientada mediante un cuestionario con seis categorías de análisis. Este cuestionario fue estructurado y realizado en el mismo orden a los entrevistados, con el propósito de que todos los entrevistados abordaran las mismas preguntas, evitando la aparición de sesgos de información entre fuentes (anexo 1). Esta técnica permite por medio de un diseño flexible analizar, explorar, detallar y rastrear por medio de preguntas cuál es la información más relevante, permitiendo comprender lo que quieren decir los entrevistados y con ello, crear una atmósfera en la que se expresen libremente.

Procesamiento y análisis de datos

La captura de la información se hizo a través del registro obtenido en entrevistas a profundidad y el registro electrónico mediante las grabaciones de audio. Luego de realizar una escucha atenta de las grabaciones, el procesamiento y análisis de datos se realizó por medio de la creación de una matriz de análisis, identificando: ¿Cómo es entendido el fenómeno de la corrupción? ¿Por qué el fenómeno de la corrupción permea en los sistemas de salud?, ¿Qué impacto genera la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud?, ¿cuáles son las causas que propician la aparición de prácticas corruptas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud? ¿cuál ha sido la respuesta institucional del Estado ante la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud? y ¿Qué propuestas generaría para mitigar o eliminar la aparición de prácticas corruptas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

La creación de esta matriz permite rastrear entre los resultados obtenidos en las entrevistas a profundidad posibles coincidencias entre las categorías de análisis planteadas, el cruce de la información obtenida identificará dentro de cada categoría el mayor número de confluencias entre actores, los resultados consolidados servirán como insumo para el planteamiento y diseño de las propuestas de la investigación. La información presentada no se realizó por medio de ninguna herramienta tipo software debido a las dificultades presentadas: el procesamiento y análisis de datos se proyectó a ser realizado por medio del software Atlas. Ti inicialmente; la Pontificia Universidad Javeriana cuenta actualmente con el software NVivo, el cual ofrece al investigador una interfaz más dinámica y mejores prestaciones, por esta razón se planteó realizar esta etapa del proceso con el nuevo software, lamentablemente las capacitaciones estipuladas sobre el software no lograron ser programadas durante el periodo de tiempo posterior al desarrollo de las entrevistas, por lo anterior el procesamiento y análisis de la información se realizó a través de la creación de una matriz de análisis por categorías, que concluyó en un ejercicio de análisis manual.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo de este estudio, se realizó la aplicación de consentimiento informado a toda las personas entrevistadas (anexo 2), en la cual se explicaron los alcances de la investigación y el uso de la información obtenida en las entrevistas, así como también se autorizó la grabación y publicación de su nombre o en su defecto los cargos ocupados, respetando los derechos de autor y el derecho al buen nombre, de igual manera serán respetados los derechos de autor de los investigadores consultados para esta investigación; así pues, esta investigación no representa riesgos para las fuentes consultadas acogiéndose a la Resolución 8430 del Ministerio de Salud y Protección Social, 1993, en su artículo 11, por medio de la cual se cataloga como una investigación sin riesgo:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (Ministerio de salud y protección social, 1993)

Esta investigación se acoge de igual manera a la ley 1581 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2012:

El derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2012)

Resultados

Para garantizar el abordaje del tema tanto en su contenido, como en la cantidad de actores que garantizaron la saturación (Robles, 2011), se realizaron ocho entrevistas a diferentes representantes de los principales actores que componen el sector salud en Colombia, organismos gubernamentales, organismos reguladores, organismos de inspección, vigilancia y control, entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de salud, representantes de los proveedores.

En primer lugar, se evidenció que los diferentes sectores del Sistema de Salud Colombiano, representados por los entrevistados, reflejan un concepto de corrupción muy variable y depende en gran medida del rol que desempeñan dentro del mismo; pese a esto, se logra identificar una definición conjunta en la que el fenómeno de la corrupción es entendido en términos generales como “el uso indebido de recursos de todo tipo” (Entrevista 007) definido como:

La toma de decisiones priorizando los intereses personales o los intereses de las instituciones o de las cuales se tienen intereses, por encima del bienestar de la comunidad en general. Son acciones que van en contra de principios y valores individuales y de principios y valores que deberían tener las instituciones; abarca prácticas muy estructuradas, hasta decisiones básicas que se toman en el día a día, si no se hace consciente, se puede incluso creer que es correcto. (Entrevista 005)

Sumado a esto, las entrevistas, en su gran mayoría, presentaron una arista en común del concepto de corrupción, atribuyendo causalidad de su manifestación al factor cultural de las sociedades y los individuos, validando la tesis planteada por Gaitonde, quien sostiene que la definición de corrupción implica un enfrentamiento de situaciones contextuales y culturales (Gaitonde et al., 2016).

Se indagó sobre los factores que permiten que la corrupción permee en los sistemas de salud. Entre los entrevistados se presentó armonía en decir que la principal causa presente en los sistemas de salud para que se dé la corrupción es el alto flujo de recursos que presentan, sin importar su modelo, siendo en su gran mayoría uno de los principales rubros económicos de las naciones. En la entrevista 005 el entrevistado plantea: “En el sector salud, es como si uno viera una gran bolsa de dinero, ¡alguien tiene que pagar por las cosas que se hagan!, siempre en donde hay dinero hay fuentes de corrupción”. Confluyendo con lo obtenido en la entrevista 004 en donde el entrevistado sostuvo que:

Donde hay plata hay corrupción. Aquí hay un sector donde hay plata, no es que las personas decidan voy a ser corrupto en el sector salud porque hay plata, simplemente se desempeñan en el sector y ven la oportunidad o la maquilan, estando en el sector salud se da, y se da entre otras por la ambición, porque hay huecos sociales, huecos culturales y huecos en la regulación que es diferente. (Entrevista 004)

Los entrevistados presentaron tres ejes de común acuerdo: el primer eje en el que convergen es en que la corrupción en el sistema de salud genera “deslegitimación del Estado, deslegitimación de instituciones, pérdida de institucionalidad en general” (Entrevista 003), reflejada en la pérdida de confianza y en la sensación de inviabilidad del sistema futuro. El segundo eje refleja “la pérdida de foco del sistema, que realmente no cumple su función de prevenir y luego atender los problemas de salud, la corrupción lo que ha hecho es limitar el acceso y limitar la oportunidad” (Entrevista 006), generando “un bloqueo a la garantía del derecho a la salud” (Entrevista 007). El tercer eje y el más notorio, según la gran mayoría siendo el causal incluso de los dos ejes anteriores, es que la corrupción “afecta inicialmente lo monetario” (entrevista 008), la pérdida de dinero en el sistema de salud, finalmente no permite que se garantice el derecho a la vida, incluso llegando a ser planteado según (Restrepo Zea, 2018) como “uno de los principales problemas de salud pública del país”.

Se encontraron diferentes percepciones debido a la posición, experiencia y corriente ideológica; en su gran mayoría los entrevistados sostuvieron diferentes causas que propiciaban la aparición de prácticas corruptas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellas la principal causa de aparición de la corrupción en el sistema de salud involucra un tema de valores sobre sujetos, en donde un primer plano es el individual, en el cual los valores y los principios son el primer eslabón susceptible de ruptura hacia la pendiente resbaladiza propuesta por (Welsh et al., en 2015), seguido de un plano social y cultural, por tal motivo las reglas de control social no son suficientes.

El fenómeno de la corrupción no se soluciona ni desde el punto de vista punitivo, ni se soluciona sectorialmente, se pueden sacar un montón de políticas de salud, pero el problema está en la cultura, la cultura es como fresca con la corrupción y ese es el problema de fondo. No es sectorial. (Entrevista 002)

Confirmando a (Restrepo Zea, 2018), se señala que para la población colombiana las prácticas corruptas son altamente toleradas, pues tan solo el 19% de los encuestados en su estudio consideraron que la corrupción no era aceptada socialmente y que se tipifica como tolerancia consiente y tolerancia inconsciente.

Se encontró de igual manera que existe una percepción generalizada en los diferentes sectores, quienes insistieron en que el sistema de inspección, vigilancia y control ha sido una de las grandes debilidades dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde su creación en 1993, según lo encontrado en la entrevista 005:

No hay nadie que vigile activamente, básicamente una de las debilidades del sector salud es que una superintendencia nacional de salud nunca fue fortalecida adecuadamente, para ejercer también control financiero, no solo control a la prestación de servicios de salud, sino un control financiero, que debería

estar más supervisado por una superintendencia financiera, que por una superintendencia de salud.
(Entrevista 005)

Para los entrevistados, el sector no cuenta con sistemas de información eficaces e inmediatos que permitan hacer ese control. El sector “consiguió muchos recursos, con muy pocos ojos, muy pocos oídos y además con muchas manos que tocan la plata” (Entrevista 008).

La Superintendencia hoy tiene alrededor de 45.000 vigilados más o menos, estamos esperando que entren alrededor de otros 15.000, estaríamos hablando de 60.000 vigilados; la planta de personas que hacen el ejercicio de inspección, vigilancia y control de la superintendencia ¡no llega a 200!, entonces desde ahí parte mucho de la imposibilidad de hacer control. (entrevista 007)

Se encontró también como causal de la aparición del fenómeno de la corrupción en el sistema de salud, una asociación con los modelos y teorías económicas sobre las cuales se enmarca el sistema. Según lo recopilado, se creó un mercado, tercerizando el manejo de todo el sistema, sin entregar unas normas claras de juego entre los diferentes actores, “El no reconocimiento de normas, de forma clara favorece el ingreso del interés particular sobre el interés general, eso es propio de esos escenarios que pueden servir para que se generen este tipo de prácticas”(Entrevista 003); sumado a esto “el relacionamiento de actores que tienen una incidencia clara en decisiones de carácter general y donde esas decisiones buscan un interés particular, configura escenarios de riesgo para que aparezcan expresiones de corrupción” (Entrevista 003), esto se comprueba con lo encontrado en la entrevista 007, en la cual el entrevistado afirma:

Este es un sistema de libre mercado, regulado por el Estado, entonces el libre mercado hace que entre a jugar las reglas de compra y venta de servicios, de bienes y servicios como se da en cualquiera, pero

regulado por el Estado porque no se puede mercantilizar algo que esta conexo al derecho a la vida como es el derecho a la salud, (Entrevista 007)

En efecto el Estado colombiano, ha generado una serie de respuestas institucionales para disminuir la aparición de este tipo de prácticas y escenarios de corrupción. Durante las entrevistas, los actores estuvieron de acuerdo en que el Gobierno ha buscado cerrar las puertas ante esta situación, a través de estrategias como “el fortalecimiento de la regulación, la confianza en las instituciones, y haciendo visible la gestión y las reglas de juego dentro del sistema” (Entrevista 003). Así pues, se han “abierto espacios y canales para la denuncia, fortaleciendo la participación social en los procedimientos médicos y de pacientes” (Entrevista 004).

Como medidas de contingencia y respuesta, la Superintendencia ha implementado dos modelos de supervisión, por cumplimiento y por riesgo: la primera identificando la corrupción por medio de la ejecución o no ejecución de los recursos, la segunda ha ido avanzado con la construcción de un sistema de alertas tempranas, que permite identificar elementos de alerta previos a que se presenten y se materialicen elementos de corrupción, en línea con el modelo de control preventivo de la contraloría (Entrevista 007).

Finalmente, se les solicito a los entrevistados que, desde su rol en el sistema, su experiencia y su visión de modelo de salud, propusieran ideas para construir una serie de propuestas de arreglos institucionales al sistema de salud, que permitan mitigar o eliminar la aparición de prácticas corruptas. Debido a esta diferencia entre actores, se suscitó en primer lugar una ligera dificultad en que estas propuestas siguieran una misma línea, debido al igual que en la cuarta categoría la posición, experiencia y corriente ideológica hicieron que en gran parte las propuestas siguieran líneas diferentes, pese a esto se encontró relación y concordancia en que “se debe fortalecer y trabajar hacia la transparencia, dado que mientras más públicas son las cosas en el sector, más control hay de la corrupción” (Entrevista 002), por medio de herramientas como la rendición de cuentas, medición de la gestión, buenas prácticas de gestión

y haciendo públicos los indicadores y cuentas de las instituciones que conforman el sector salud. De esta manera se corrobora lo dicho por (Transparency International, 2016) en donde se hace evidente la necesidad de tomar medidas urgentes de rendición de cuentas en pro de la transparencia para mitigar y combatir la corrupción en los sistemas de salud.

Otra línea de afinidad entre los actores, buscando generar propuestas, apuntó hacia el fortalecimiento de los organismos de inspección, vigilancia y control, a través de una red de controladores; para los entrevistados “se necesita un sistema de vigilancia y control, un sistema significa que se tiene que sumar la potencia y las competencias de muchas entidades que tienen miradas, que son casi monoculares” (Entrevista 008), lo cual, para ellos, no implica la creación o el diseño de nuevas normas, todo lo contrario, para los entrevistados el sistema de salud es un sistema sumamente normado. Según lo manifestado, la respuesta más palpable que el Estado ha tenido es la expedición de normas.

Se necesita que hayan miradas especializadas de varios grupos, la Superintendencia de Industria y Comercio tiene que mirar el estado de la competencia, si hay monopolio, si hay abuso de posición dominante, la Superintendencia de Sociedades tiene que decir, el dueño o el inversionista que viene al país para abrir la clínica X o la EPS tal, tiene estas anotaciones, tiene estos antecedentes en otras partes o simplemente decirle a usted ¡los dueños de esa compañía son estos!, la superintendencia de salud tiene que mirar el tema específico de acceso, oportunidad, calidad y seguridad en la atención, la contraloría tiene que decir si ahí hay recursos y la mayoría son públicos, cómo se están moviendo los recursos y la procuraduría, tiene que decir, si esa plata, que también es pública ¿cómo se está gestionando y cuáles son los procedimientos que están haciendo ellos?, al final está la Fiscalía y está la Contaduría, todo eso es un sistema de inspección de vigilancia y control. (Entrevista 008) (Entrevista 005)

Siguiendo en línea con las propuestas, se identificó la necesidad de revisar la variabilidad y la transaccionalidad del sistema, “no permitiendo espacios de interpretación normativa y particularmente a

favor de la interpretación de intereses particulares, eso es lo que permite cerrar brechas para que este tipo de prácticas, disminuyan o no aparezcan” (Entrevista 003), en busca de esto se plantea “la implementación de nuevos sistemas de contratación, entre ellas, la contratación por GRD y la contratación por grupo de riesgos” (Entrevista 001), permitiendo la medición a través de resultados en salud, es necesario “tener estadísticas, para negociar en bloque, para controlar los precios”; adicionalmente, “deberíamos pasarle las cuentas de cobro y las facturas directamente a ADRES, las EPS debieran dedicarse específicamente a la labor del control de las enfermedades, a una labor más de salud pública, con labores de promoción y prevención”(Entrevista 006), “acabando con la auditoría de cuentas médicas en la cual se encuentra otro foco de corrupción”(Entrevista 001). Por medio de la creación de “una caja única de salud, como si fuera un banco de la república pero que ese gran fondo administrara directamente los recursos de la salud y no pasaran a través de terceros” (Entrevista 005), “tenemos que automatizar una serie de procesos, tenemos que gerenciar de una manera más sencilla, tenemos que crear sistemas más planos, menos emocionantes para la consultoría, pero más eficaces para la gente”. (Entrevista 008).

Discusión y Conclusiones

Esta investigación planteó diseñar propuestas de arreglos institucionales al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como respuesta a la corrupción, en el marco del modelo de salud colombiano. Las entrevistas realizadas generaron diversos puntos de vista y percepciones desde la posición en el sector que los entrevistados ocupan, se comprobó que la corrupción está presente en el sistema de salud colombiano y es entendida por los diferentes actores de diversas maneras, causando afectaciones de diversas connotaciones; después de realizar el procesamiento y análisis de la información obtenida de las entrevistas, se logró encontrar una definición que incluía, las diferentes percepciones de los entrevistados, demostrando semejanzas con la definición planteada por (Vian, 2008) utilizada como marco en esta investigación.

La toma de decisiones, priorizando los intereses personales o los intereses de las instituciones o de las cuales se tienen intereses, por encima del bienestar de la comunidad en general; son acciones que van en contra de principios y valores individuales y de principios y valores que deberían tener las instituciones; abarca prácticas, muy estructuradas, hasta decisiones básicas que se toman en el día a día, si no se hace consciente, se puede incluso creer que es correcto. (entrevista 005).

Sin embargo como se aprecia en esta definición, se encontró que la corrupción “si no se hace consciente, se puede incluso creer que es correcto”, esto es debido a que este fenómeno de la corrupción transita por una línea delgada entre lo legal y lo ilegal en donde algunos individuos aprenden a aprovecharse de los marcos legales vigentes, con ánimo o intención de conseguir sus objetivos que son usualmente individuales y de aprovechamiento personal, este tipo de corrupción es catalogada en la Entrevista 008 como “Corrupción técnica”, la cual es incluso más difícil de diagnosticar o evidenciar; los costos de administración excesivos, los costos de transacción y los costos de intermediación, según

el entrevistado son ejemplo de esta denominada corrupción técnica. En un país como Estados Unidos, se está gastando cerca de un 40% entre corrupción, intermediación, transacción y administración, pese a que cuentan con sistemas de información robustos. Estos costos de transacción en un sistema de salud fragmentado y segmentado, pueden ser incluso superiores.

Este tipo de prácticas aparecen en el sector debido a fallas estructurales e institucionales dentro del modelo sobre el cual está concebido el Sistema de Salud colombiano. Desde su origen el sistema se enmarcó sobre dos teorías económicas: la teoría de mercado, en la cual se cambió el subsidio a la oferta, al subsidio a la demanda, y en la teoría económica de seguro, dándole a las EPS el rol de asegurador dentro del sistema, en donde la función administrativa y de gerencia era fundamental, sin embargo y por tratarse de algo que esta conexo al derecho a la vida como es el derecho a la salud, el Estado transgredió y desestimo las bases de estas dos teorías, porque no era posible mercantilizar el derecho a la vida y a la salud.

Adicional a esto, se encontró que en el sistema no existen reglas de juego claras, estas reglas de juego incorporadas en los distintos actores pueden crear escenarios de irregularidad y por supuesto riesgos de corrupción, afirmando lo expresado por (Sparrow et al., 2017), quien acusa la complejidad y la asimetría de la información entre los diferentes actores del sector como causales de inequidad, debido a que la información no es compartida de manera equitativa, aumentando la vulnerabilidad del sector, sumado a que en general, los reguladores siempre van más despacio, motivo por el cual, los procesos de inspección vigilancia y control son mucho más complejos.

La corrupción, no es un tema que solamente afecta al sector salud, por tal motivo y sabiendo que existe en el sector, habría que preguntarnos: ¿Que controles hacen falta?, ¿Que diseños institucionales se requieren?, ¿Que podemos lograr para reducir esa corrupción?; es necesario entender que existe un factor cultural, que desde salud no lo vamos a modificar; viene de la educación en los hogares, en la sociedad,

incluso de la formación recibida en los mismos colegios; a pesar de esto desde el sector podemos hacer cosas para reducirlas, combatirlas y mitigarlas.

Con los resultados obtenidos de la revisión documental y la información recolectadas en las entrevistas podemos concluir que para dar respuesta a esta serie de prácticas dentro del sistema es necesario realizar una serie de arreglos institucionales. Tenemos una serie de brechas, sobre las que debemos movernos para poder garantizar que podamos tener un mejor sistema de salud, pensado en los pacientes como individuos y no como cifras, con un uso de los recursos más efectivo.

Hay una disyuntiva entre entender el objeto de la salud, que son los individuos y el abordaje que da el estado, tipificado como atenciones; esta disyuntiva, hace que el objetivo principal del sistema se pierda, por, además, una cantidad de costos transaccionales; se están desviando recursos económicos, de información, y asistenciales, para algo que no nos está agregando salud, esto le suma costos al sistema, limita el acceso y la oportunidad a los usuarios.

Primera propuesta: Red de controladores.

El sistema requiere como primera medida, la creación de una red de controladores articulados transversalmente, con miradas especializadas y competencias desde entidades como las superintendencias, el ministerio público y participación social activa de los usuarios, haciendo seguimiento y control preventivo a través de la cadena de asignación de recursos dentro del sistema.

Para la creación de esta red de controladores se requerirá de la articulación entre la Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia Nacional de Salud, la cual ejercerá la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud incluyendo las normas técnicas, científicas y administrativas del Sector

Salud, velando por el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, además actuara como ente coordinador y sancionatorio, según lo estipulado en la Ley 1966 (2019). La Superintendencia Financiera actuará como asesor técnico, fortaleciendo la inspección, vigilancia y control sobre las EPS y demás actores que componen el sector salud en lo que corresponde a las condiciones financieras y a las buenas prácticas de gobierno corporativo, supervisando el desempeño de los principales indicadores financieros de estas entidades. La Superintendencia de Sociedades se hará cargo de verificar las sociedades del sector salud y las empresas que operen en él, verificando el cumplimiento de las normas de derecho de sociedades y demás asignadas a este ente de control, garantizando a la luz de la transparencia prácticas como la integración vertical. La Superintendencia de Industria y Comercio tendrá a su cargo vigilar la competencia y la libre elección en el sector salud, buscando acabar con las prácticas comerciales restrictivas, prácticas de competencia desleal, y el abuso de posición dominante en el sector, entre otras. Sumado a esto y como ente supervisor de esta red estará el ministerio público, en acompañamiento de la participación social de los usuarios, quienes ejercerán como mecanismo de control social a las decisiones adoptadas por la red de controladores

Segunda propuesta: Fortalecimiento de los sistemas de información.

Asimismo, y para dar respuesta a esta red de controladores, se requiere de la articulación de las bases de datos con las que cuenta el gobierno, creando un sistema de información robusto y en tiempo real, caracterizado por ser rápido, veraz y comprobable, esto aumentaría la posibilidad del control y de sanción. Estos sistemas de información permiten visibilizar el sector, haciendo transparentes y limpios los procesos; ya que lo que no es medible no es controlable, cerrando así las puertas y limitando la oportunidad para la aparición de intereses particulares, en donde pueden materializarse escenarios de corrupción.

Como bien sabemos el sistema maneja en recursos aproximadamente 50 billones de pesos, los cuales circulan de a través de múltiples actores, generando intermediaciones en las cuales los ojos son muy escasos, para esta propuesta se hace necesaria la articulación del ministerio de salud y protección social con el ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones, con el propósito de unificar las bases de datos de las diferentes superintendencias que conformarían la red de controladores, con las bases de datos de entidades como el RNBD, DANE, DIAN, UGPP, ADRES.

Tercera Propuesta: Simplificación normativa

Si bien es cierto que el Estado no se cambia por decreto, tampoco necesariamente la aparición de una norma es generadora de corrupción; la ley en sí misma no es causal de corrupción en general, es un tema más estructural. El Sistema de Salud colombiano descentralizó sus funciones a las entidades promotoras de salud y a los entes territoriales, generando una transaccionalidad que resultó demasiado costosa para el sistema.

La intermediación, fragmentación y segmentación generó ineficiencias en la búsqueda de dar respuestas a un fenómeno que apareció dentro del sistema, los gobiernos proliferaron en la expedición de normas. En consecuencia, el sistema de salud se distorsionó generando vacíos legales y una delgada línea que creó escenarios de corrupción.

Es imperativo simplificar normativamente el sistema, clarificando las reglas de juego entre los actores involucrados dentro del sector; recuperando la gobernabilidad y el control del sistema institucionalmente, por medio de estrategias de comunicación adecuadas sobre los marcos normativos del sistema de salud colombiano.

Como primera medida se hace necesario la creación de un banco único de normas en salud y coligadas al sector. El Ministerio de Salud y Protección Social se encargará junto con un comité técnico conformado por expertos de verificar las normas prescritas y ajustar sus contenidos en un lenguaje

sencillo, claro y comprensible, consecutivamente se encargarán de simplificar las normas unificándolas por contenidos, esta selección y unificación estará bajo vigilancia y supervisión de la red de controladores evitando la aparición de intereses particulares, vacíos legales y mitigando las posibilidades de aparición de corrupción técnica. El resultado permitirá al sector la implementación de normas con mayor claridad, responsabilidad y efectividad buscando siempre obtener mejores resultados en salud a través de indicadores de cumplimiento a las normas estipuladas.

Cuarta Propuesta: Transparencia

Las respuestas institucionales del estado y la sociedad no deben limitarse únicamente a reformas o medidas legales; Las redes de corrupción han logrado afectar instituciones fundamentales de nuestras democracias, haciendo evidente la necesidad de tomar medidas urgentes de rendición de cuentas mientras que simultáneamente los procesos judiciales y los cambios normativos continúan avanzando a un cambio cultural (Transparency International, 2016).

Esta propuesta pretende garantizar la transparencia dentro y fuera del sector. Como primera medida se requiere visibilizar por medio de rendición de cuentas trimestrales los estados financieros de las instituciones públicas y privadas del sector, con libre acceso a la población, facilitando la toma de decisiones de los usuarios, proveedores, aseguradores, personal de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud; como segunda medida se harán públicos los Ranking institucionales en salud, galardonando las instituciones con mejores resultados en salud, en pro del mejoramiento continuo de las mismas y la sana competencia entre instituciones y sectores, lo que permitirá alcanzar altos niveles de calidad en la salud de la población; como tercera medida se supervisarán los modelos y procesos de contratación interinstitucionales, mitigando la aparición de coimas y dadas entre negociaciones; como cuarta medida se asegurará supervisión de la contratación de los gerentes de las ESE y las secretarías de

salud, respondiendo a las necesidades de estos cargos técnica y profesionalmente, evitando la contratación y selección por favoritismo de este personal.

Quinta Propuesta: Caja única de salud.

Igualmente, buscando soportar estas medidas de transparencia, es imperativa la creación de una caja única de salud, como administradora de los recursos de la salud, disminuyendo la intermediación de los recursos a través de terceros, esta medida, permitirá adicionalmente, clarificar los procesos de contratación con unificación y actualización constante de tarifas, disminuyendo la posibilidad de aparición de coimas entre contratistas, ya que la caja única de salud será la encargada de la asignación de recursos dentro del sistema.

Para ello ADRES continuará ejerciendo sus funciones como ente único administrador de los recursos del sistema general de seguridad social en salud, transfiriéndole la potestad de ser el ente único pagador, evitando la intermediación y flujo interrumpido de dineros dentro del sistema, adicionalmente se fortalecerán las funciones administrativas y gerenciales de las EPS como entidades estratégicas y coordinadoras encargadas de velar por la prestación y la calidad en los servicios de salud, robusteciendo las funciones de promoción de la afiliación y registro al SGSSS, recompensando las EPS con mejores resultados en salud reflejados en indicadores de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción del usuario.

Sexta propuesta: Formación académica y cambio cultural.

Entendiendo, como se mencionó anteriormente que existe un factor cultural para la aparición de escenarios y prácticas corruptas, las cuales desde el sector no podemos modificar, es necesario un trabajo conjunto en la formación recibida en los hogares, en los colegios, con especial énfasis en los pregrados y en las universidades con el acompañamiento del ministerio de educación y las agremiaciones

académicas en salud. Adquieren la responsabilidad de alinear sus currículos académicos con un enfoque de conocimiento poderoso sobre lo que son los sistemas de salud y sobre la práctica corporativa en salud; lo cual permitirá hacer un recambio generacional y cultural, mitigando con fortalecimiento conceptual, la aparición del fenómeno de la corrupción en los sistemas de salud, garantizando un acceso adecuado a la salud de las poblaciones, a los individuos y las sociedades en general. Estos cambios culturales son largos, pero es de suma importancia empezar a caminar hacia ellos.

Anexos

Formato entrevista

PROPUESTAS DE ARREGLOS INSTITUCIONALES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, COMO RESPUESTA A LA CORRUPCION, EN EL MARCO DEL MODELO DE SALUD COLOMBIANO

FORMATO ENTREVISTA

- ¿Cómo es entendido el fenómeno de la corrupción?
- ¿Por qué el fenómeno de la corrupción permea en los sistemas de salud?
- ¿Qué impacto genera la corrupción en el sistema general de seguridad social en salud?

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

PROPUESTAS DE ARREGLOS INSTITUCIONALES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, COMO RESPUESTA A LA CORRUPCION, EN EL MARCO DEL MODELO DE SALUD COLOMBIANO

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participante.

La presente entrevista será conducida por Daniel Roberto Monsalve Herrera e Ingry Yojana Ureña Parada, estudiantes de la Maestría en Administración de Salud de la **PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**, el objetivo de este estudio es plantear propuestas de arreglos institucionales al sistema general de seguridad social en salud, como respuesta a la corrupción, en el marco del modelo de salud colombiano, para lo cual es necesaria la realización de entrevistas a profundidad.

Usted ha sido invitado a participar en esta investigación; en caso de acceder a participar de este estudio, se le pedirá responder una serie de preguntas con diferentes categorías de análisis, esta entrevista tiene una duración aproximada de 30 minutos o 45 minutos, esta entrevista será grabada, con el objetivo de que los investigadores puedan transcribir, sin hacer alteración de sus respuestas, respetando las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación; Ya que esta investigación se acoge a la **ley 1581 de 2012** (habeas data) que aplica para el tratamiento de datos

personales; sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se borrarán. El análisis de esta información posee el interés de presentar resultados con agregados de frases de experiencias, percepciones y acciones, haciendo referencia a las categorías de análisis indagadas durante la entrevista.

Según lo descrito en la resolución que reglamenta la investigación en el país (**resolución 8439 de 1993**) este estudio **no significa riesgo** alguno para usted ni las demás personas que están en la institución en el momento de la entrevista, así mismo este proyecto no provee ninguna ganancia monetaria por su participación; pero, permite la posibilidad de reflexionar sobre sus propias experiencias y conocimiento sobre el fenómeno de corrupción en el sector salud Colombiano, así mismo a identificar las brechas en el sistema general de seguridad social que favorecen la aparición del fenómeno de corrupción.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece inadecuadas o se es imposible suministrar información, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Daniel Roberto Monsalve Herrera e Ingrid Yojana Ureña Parada, he sido informado (a) de que la meta de este estudio es plantear propuestas de arreglos institucionales al sistema general de seguridad social en salud, como respuesta a la corrupción, en el marco del modelo de salud colombiano.

Entiendo que copia de este consentimiento me será entregado, y puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Daniel Roberto Monsalve e Ingrid Yojana Ureña a los correos electrónicos Monsalve_daniel@javeriana.edu.co – iurena@javeriana.edu.co

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmada

Lugar y fecha: _____

Nombre del Participante

(En letras de imprenta)

Firma del Participante

Entrevistas

Entrevista 001.

22 DE JULIO 2019

La mayor parte de la experiencia es del nivel de prestación, yo he trabajado en todas las áreas administrativas de hospitales públicos y privados desde primer nivel hasta las del cuarto nivel, incluso siendo hasta gerente y en los niveles Directivos casi todo el tiempo más de 15 años en ese aspecto y también he trabajado de manera parcial en las EPS.

Entrevistador: ¿Que profesión tiene?

Entrevistado: Yo soy odontólogo con especialización en administración hospitalaria, especialización en auditoria médica y Maestría.

Entrevistador: La idea es primero contarle un poco acerca de nuestra investigación, como le comento el Dr. Martin tiene como eje principal la corrupción en el sistema General de Seguridad Social en Salud, porque hemos identificado que es uno de los principales problemas que se encuentra o que aqueja el sistema, entonces dentro de esta investigación hemos llegado o hemos encontrado varias hipótesis, entre ellas que la corrupción a pesar de ser un acto que se comete muchas veces, primero no hay un entendimiento de que es realmente corrupción y que no, lo segundo y más importante es que realmente es el sistema quien genera unas puertas de acceso que permiten que se aparezca ese tipo de actos que podrían ser catalogados como corruptos, entonces para ello queremos que usted nos diga ¿qué entiende usted por corrupción?

Entrevistado: Corrupción para mí es beneficiarse, tener un beneficio directo o indirecto de algo que yo tengo que hacer y por lo cual recibo sueldo; ahora si hablamos en la parte de salud todos los dineros de salud son unos dineros públicos entonces, ahí no habría cabida ni a coima ni a comisiones, nada de eso, yo creo que en eso se marca la corrupción en salud en ese tipo de dadas adicionales al funcionamiento normal de un negocio.

Entrevistador: Ahora que usted nos muestra que ha estado en el sistema, ¿porque permea la corrupción en los sistemas de salud?

Entrevistado: La corrupción permea el sistema de salud por la falta del flujo de efectivo, es cómo creo yo desde mi punto de vista que es el detonante de la corrupción, porque cuando no hay flujo de efectivo, digo de parte de las IPS y usted tiene que pagar, los que no tienen esa integración vertical se ven muy mal.

Entrevistador: ¿Cuál cree usted que son las causas que están propiciando que aparezca la corrupción?

Entrevistado: La falta de flujo de efectivo, desde ahí se desprende absolutamente todo, porque todos podemos decir que somos honrados porque no tenemos una necesidad, pero si usted se va a ir para la cárcel porque tiene los pacientes en una UCI sin insumos, ¿usted no va y le ofrece a alguien plata!, es un mal menor de supervivencia, usted es la gerente y ahí tiene todos los pacientes en la UCI Neonatal y no tiene surfactante pulmonar, entonces usted llama al de una IPS y le dice hágame un descuento yo le rebajo el 20% para la EPS, le dicen que si pero va en fila y le rebajo 20% a la EPS y le doy 5% a usted,

¡si listo y le pago mañana! y usted se salvó, porque no se le murieron esos chinitos y no va para la cárcel por la muerte.

Entrevistador: ¿Cuál ha sido la respuesta que ha tenido el Estado ante ese tipo de acciones?

Entrevistado: Ellos saben que el problema de flujo de efectivo es muy serio y por eso establecen una cantidad de decretos y normas para flujo de efectivo, pero realmente no son tan buenas por ejemplo una de las que tenían ellos era el giro directo, ¿ustedes han escuchado del giro directo?

El giro directo es que la EPS no se puede gastar plata en otra cosa; sino que le manda una lista al Gobierno y es el Gobierno quien dice si a este, a este y a este, entonces aseguran; pero entonces lo que se suponía es que las EPS eran unos monstruos que querían acabar con todo el mundo, entonces se la pueden gastar en esto, no se la pueden gastar en edificios, ¿pero entonces quien es el que dice que va acá?, ¿Quién manda el giro directo al Gobierno?, ¡pues la EPS!, entonces si usted quiere que lo anoten allá ¿qué le toca hacer? Pagar, porque muy seguramente muchos no van a quedar en esa lista del giro directo.

Entrevistador: Esa es una de las cosas que nosotros hablábamos y cuando realizábamos la investigación hacíamos énfasis en que la respuesta institucional que ha tenido el Gobierno ha sido Nula, porque intentan sobre normar sin ir al verdadero problema, entonces usted desde su posición y desde su experiencia ¿cuál cree que sería realmente esa propuesta, que no eliminaría por completo la corrupción porque tender a eliminarla por completo nos lleva a factores culturales sociales pero si a mitigar esa aparición y en beneficio del sistema?

Entrevistado: Yo creo que la cuentas no están hechas totalmente, ese círculo vicioso no permite entender cuánta plata necesita el sistema, cuando las EPS pasan un reporte anual, en donde dice usted

como EPS pase el reporte, yo le debo tanta plata, yo le debo tanta plata a Ingry, todos los años las EPS lo hacen eso salió un decreto, pero cuando va a mirar Ingry eso no es verdad, porque usted le dice que no le debe toda la plata que ella tiene porque entonces usted dice que son glosas, pero eso no es verdad, entonces todo el engaño de las cuentas se ha convertido en el tema de las glosas por eso que la plata de IPS e EPS nunca cuadran.

Entrevistador: ¿Ósea que otra de las conclusiones que podemos sacar es que se malinterpreta o se tergiversa la información?

Entrevistado: Se tergiversa la información con un amparo que se llama glosas, que ahí viene la otra, eso se llama la micro corrupción porque como les conté la de arriba, la micro corrupción es abajo con los auditores, vaya dele una plata para que me pase esto en estas y en estas cuentas, a veces no es una plata, a veces es vaya e invite a almorzar a una auditoria para que por favor me audite mis cuentas, ni siquiera para que las pase sino para que por lo menos se las audite y su plata empiece a entrar en fila.

Entrevistador: ¿Ósea que tenemos corrupción en todos los niveles?

Entrevistado: En todos los niveles y todo es por la falta del flujo del efectivo

Entrevistador: ¿Ósea que los dos principales problemas que logramos entender son entonces el flujo de efectivo y una tergiversación en información?

Entrevistado: No, la tergiversación de la información es la que no permite tener bien la solución, porque como yo tengo las tarifas infladas no se sabe realmente cuanto es el costo, es decir que realmente

la plata alcanza, yo pienso al interior que la plata si alcanza porque hay unas EPS que dan una ganancias mínimas, pero las dan, pero hay algo que si es muy de fondo, de fondo, y es que realmente debería suceder es, no se puede tener un plan de salud infinito eso es totalmente absurdo, cuando alguien le dice a uno hay es que el Sistema de salud inglés, ¡este es mejor!, que el Sistema de salud de Estados Unidos es mejor, este es mejor sistema de salud que hay en el mundo, el más social, para atención de las personas, usted tiene acceso a todos los especialistas, entonces uno en los medios de comunicación ve y dicen: -¡es que están dando citas a un mes!-, ¡sí!, aquí están dando citas a un mes, en otros sitios no tienen derecho, en cualquier parte de mundo no tienen derechos.

Entrevistador: ¿Ósea que, volviendo con el tema de las tarifas, el Manual tarifario no cumple ninguna función de glosa?

Entrevistado: Claro, para mí y eso que no tengo bien hechas las cuentas, que creo que con la inclusión de la tutela la plata no va alcanzar, porque todos los días salen cosas nuevas que afectan la vida de las personas, pues es un absurdo pensar que la plata no va alcanzar, si esta alcanzo hace dos años a medida que transcurre el tiempo son más las nuevas tecnologías que se integran que lo que es la plata de la UPC; Si ósea, hay alguien que impopularmente en la historia tendrá que decir se acabaron las tutelas para el sector salud ¡y este es el plan de beneficios!, ¡que se inventaron la cirugía de no sé qué!, no va, porque este plan es ilimitado porque usted entra por el pos o por el no POS, pero usted tiene derecho a todo, entonces yo creo que esa es una de las causales, y las tarifas infladas, porque como hay que pagar lo de corrupción entonces por eso digo yo que no se si esa la solución, porque yo no sé si estoy seguro de que la plata alcanza y la otra cosa es que tiene que acabarse la auditoría de cuentas, porque ese es otro foco de corrupción y adicionalmente no lo lleva a uno a nada, a ver si usted se equivocó en un papel para que no le paguen, yo creo que hay muchas formas de contratar, hay nuevos sistemas de contratación, los GRD, contratar por grupos de riesgos, hay muchas cosas que se pueden hacer pero ese

otro foco de corrupción además hace que se demore se empantane el pago entonces eso es como las dos cosas yo no sé si la plata alcance pero también hay un empantane ahí en las glosas.

Entrevista 002.

30 DE AGOSTO 2019

Entrevistado: Quiero decirles que mi opinión personal, es que la corrupción no está en los sectores, está en la cultura y está en las personas, esa propaganda del Transmilenio yo la comparto, todo el mundo critica la corrupción, pero si se puede se roba el pasaje, no todos pero si algunos, eso lo puedo decir en todos los niveles si usted va a una estación de gasolina, el bombero mira cómo se roba un galón, pero se roba un galón porque llega un taxista o una persona varada y le dice oiga no me puede vender un galón de gasolina por debajo, le dice vaya a la vuelta y le vende el galoncito que se robó de algún momento y que lo tiene, si usted habla en Salud, el jefe de compras mira cómo cambia una cosita, entonces el que maneja el contrato grande ve como muerde un pedacito, entonces lo que quiero decir es que esta en la cultura, lo segundo que les quiero decir en general, es que yo llevo 25 años en el sector y se pueden hacer negocios correctos, yo he sido gerente de ventas de negocios de 1 millón de dólares en un solo negocio, he estado multinacionales en las que vendemos 300.000.000 millones y se pueden hacer negocios sin dar plata, hay muchos médicos en Colombia que prescriben legal porque toca, pero les puedo contar una cosa yo creería que el 10% de los médicos en Colombia lo que prescriben es pagado, solo le prescriben a la marca que les paga, entonces hay algo en la cultura, que hace que un pedacito de la gente el 5% o 10% el 15% cuando tiene la oportunidad se aprovecha, esta es mi introducción.

Entrevistador: Lo que nosotros queremos es desarrollar el concepto de corrupción, pero también de lo que hemos estado revisando, nos dimos cuenta que mucha gente no entiende lo mismo por corrupción y cada uno de los actores que componen el sector se han dado cuenta o manejan una

percepción distinta, entonces para algunos puede ser correcto y para otros incorrecto, desde su experiencia en el sector de proveedores y en la Dirección de Hospitales ¿usted que entiende por corrupción?

Entrevistado: la definición dura, es lo que viola la ley, pero hay una definición blanda que es como lo que es contrario al comportamiento esperado, le voy a dar un ejemplo si un médico lo llevaron a un congreso en Europa y allá lo invitaron al súper restaurante y allá comieron y de todo y cuando viene tiene que formular y hay dos productos, el producto de marca que es más caro y el otro producto el segundo que es menos caro, es probable que el tienda a marcar el de marca, al que lo llevo y le pago, ¿es eso corrupción ilegal contra a la norma? Eso es imposible de probar, pero en la zona blanda debió haber tratado de probar el que era más barato pero que fuera de buena calidad.

Entrevistador: ¿Ósea que se trata también de una parte ética?

Entrevistado: Si, lo que yo llamo blando o lo que se espera de lo correcto, son unas normas ética, lo que pasa es que la ética es que aunque uno no crea tiene unos límites personales que tiene que ver con la educación con el entorno con otras cosas, eso es lo que pasa en los contratos, por ejemplo imagínense va a salir un contrato para comprar un equipo y el técnico que está haciendo el contrato, es asesorado por la empresa A y la empresa A le explica lo consiente lo lleva almorzar y en los términos del contrato, el técnico coloca lo que es mejor, pero le dice que tenga un tornillito rojo y resulta que el tornillo rojo solo lo tiene la empresa A, ¿entonces es eso ilegal? Probablemente no, él de verdad el trato de poner las mejores especificaciones, pero cuando puso el tornillito rojo, el no siente que está siendo una gran tragedia, pero eso inmediatamente invalida la licitación entonces hay veces las personas ni sienten que lo que están haciendo tiene tal efecto, para ellos es un punto normal.

Y la otra cosa hace muchos años estudiamos la corrupción en el Ministerio de Salud, cuando yo trabaje allá, increíblemente la primera causa de corrupción, era el tiempo que se robaban en esa época los profesionales de la salud; en esa época era común que las personas tuvieran 3 medios tiempos, entonces como cumplían 3 horas, 3 horas, 3 horas y corra o entraban y salían y no estaban las horas completas, o las enfermeras no estaban las 8 horas de turno pendientes de los pacientes, sino que ellas se levantaban a las 12 am hacían la ronda entonces se preparaban el café y se acostaban y volvían hacer la ronda a las 4:00 am y llámelas a las 3:00 am se emborrachaban y no salían, para ellas no tenía que ver corrupción pero claramente era corrupción se les estaba pagando para estar 8 horas, entonces eso es lo que te digo que esa zona gris o blanda hace que las personas sientan “que yo no” y ellos están afectando realmente el funcionamiento; entonces corrupción dura de robarse la plata el país ha evolucionado mucho, yo siempre lo digo en mis clases y es siéntase orgullosos probablemente el 90% del dinero del país se está invirtiendo en lo que es 85%- 90%, solo el 10% es corrupción dura, ahora si hablamos de corrupción blanda el medico que prescribe lo que no es, la enfermera que no hace el turno completo, el técnico que le cambia una cosita a las especificación, puede haber un 10% otro 20% de corrupción blanda que no necesariamente no se roban la plata pero no es el uso más óptimo de la plata.

Entrevistador: Quiero hacer dos preguntas respecto a lo que usted ha dicho: ¿esa corrupción blanda o ese tipo de actividades podría decirse que es una práctica aceptada dentro de la sociedad?

Entrevistado: Pues a eso te decía que es un tema de cultura, te voy a dar un ejemplo, ayer fui a Carulla, delante mío habían 3 señoras elegantes y un señor un poquito mayores que yo, ósea 55- 60 años, el señor que iba atrás tumbo una cosa de Carulla y la rompió y ellos 4 se dieron cuenta, miraron y siguieron caminando, es la cultura del vivo sino se dieron cuenta yo no fui, en Colombia tenemos un poquito de eso y el vivo arranca en el colegio, el bobo es el que hace la tarea completa, el que estudio, el

que se esforzó, el vivo es el que se logra tumbar un poquito de tiempo y se copió del amigo el que paso sin que lo notaran, ¡ese es el vivo!.

Entonces lo que les estaba diciendo es si es aceptada pero como es corrupción blanda, la gente no se siente mal no es que diga yo estoy siendo corrupto no pasa nada; por eso yo creo que el tema de corrupción no se soluciona ni desde el punto de vista punitivo cosa que dijiste en la introducción y que comparto, aunque que hay que tener el punitivo eso no es, ni se soluciona sectorialmente, tu puedes sacar un pocotón de políticas solo de salud, pero el problema está en la cultura y te podría decir lo mismo del usuario, por eso hay tantos usuarios que ponen tutelas de pañales y dejan los pañales en la droguería y los venden, o la mama que recibe la droga de marca y va y la cambia por la barata y pide la diferencia, está un poco en la cultura. La cultura es como fresca con esa corrupción blanda y ese es el problema de fondo, no es sectorial.

Entrevistador: ¿Ese trabajo que hizo en el Ministerio de Salud, sobre corrupción estuvo basado en qué? ¿Y es algo relacionado con la regulación?

Entrevistado: Te estoy contando una historia del año 1994 ósea que eso tiene 25 años y lo que estaban tratando de mirar en esa época era cuanto valía la corrupción en el sector, pero me acuerdo con mucho énfasis, que lo que daba más valor era el número de horas que se tumbaba los profesionales de salud, todo el mundo tenía 3 tiempos completos o la gente que tenía 8 horas acá y cuatro horas y se iba a su consultorio particular, si usted valoraba cuanto era eso, eso era más que lo que estaban dando en el 10% que se estaban robando en los contratos.

Eso ha cambiado en la medida en la medida que se prohibió tener más que los tiempos de ley contratados y en la medida que parte de la salud se privatizo, hoy en día la prestación en Colombia no se

el 70% 80% es privada, entonces en el sector privado hay mucho control de eso, en el sector público en esa época era prácticamente imposible echar una persona de ese estilo.

Entrevistado: ¿Será que eso se puede deducir a la ley 100?

Entrevistador: Ahí ya estamos especulando, estamos pasando de un factor (Hecho), a una especulación, la especulación es que, si la ley 100 al privatizar hizo que el sector privado controlara mucho mejor las horas de los profesionales probablemente sí, inclusive yéndose para el otro extremo ahí es que los médicos se ponen a trabajar un paciente cada 15 minutos, pero entonces estamos en terreno de especulación.

Entrevistador: Entendiendo que hay una zona muy fuerte que es corrupción y una zona blanda que considera que es corrupción ¿porque aparece en los sistemas de salud corrupción?

Entrevistado: Estamos en la cultura del vivo, si un colombiano va se monta en el metro y deja la billetera, se baja dos estaciones se da cuenta corre como un loco alcanza el carro y ve que esta la billetera, ¿qué viene hacer? ¿le cuenta a todo el mundo uy imaginasen como serán de honrados se me quedo la billetera y no se la robaron? ¿o no? y que dice de alguien que va a la playa y dice imagínese que estaba en la playa, y uno puede ir meterse al mar y ver que la cartera está ahí, es tan normal que si uno no está vigilante se van aprovechar de uno, que la cultura es permisiva, esa sería mi respuesta, ahora te puedo dar una respuesta complementaria, si tu miras el presupuesto de la nación el presupuesto en donde es que mueva más plata, fuerza militares, ejército y Policía, salud y educación pero en educación la mayoría es nomina e infraestructura, ahí los contratos son más bien chiquitos, en las fuerzas militares un pedazo es la nómina y otro pedazote grande son los contratos y esta el sector salud, ¿en dónde uno escucha los

contratos grandes de corrupción? ¡En el sector salud entonces se oye mucho! porque salud mueve mucha plata y la plata que se mueve es contratos, hay que contratar gente, hacer infraestructura, comprar medicinas, comprar laboratorios, hacer contratos de servicios, hay muchas oportunidades de corrupción por eso se oye tanto porque el sector es muy relevante en la cantidad de plata que mueve.

Entrevistador: ¿Cómo evaluaría usted el impacto social y cultural de la corrupción en el sistema de salud?

Entrevistado: Los Colombianos somos un poquito escépticos, y pensamos que igual se la van a robar, los mismo pasa en la alcaldía, que voy a votar si igual va a venir un ladrón, parte de ese escepticismo, está relacionado con que la gente ve que la corrupción se mantiene, pero lo que la gente no ve, es que ellos son partícipes de la corrupción, porque en los niveles pequeñitos cuando su hijo tiene la oportunidad de hacer las cosas bien o tumbarse una cosita.

Los colegios sufren mucho porque los niños cuando pierden una materia, los papas demandan y pelean y demandan el colegio, o porque van a expulsar al niño que estaba haciendo copia, le colocan una demanda la a profesora, hay un porcentaje de la población 5% el 8%el 10% no sé qué porcentaje, que es muy tolerante con los comportamiento no deseados, no correctos, eso que esta abajo en chiquito en grande y se ve muy feo y genera una desesperanza o un escepticismo, ese el impacto; es como lo que paso hoy con el proceso de paz, realmente esto deben 4 gatos que están en Venezuela y 500 guerrilleros de 12000, ósea si uno lo mira en dimensión militar no hay lio, el problema no es ese, es el impacto conceptual de rompieron el proceso de paz y la gente empieza, ¿si ve? ¿qué hacemos? ¡apague y vámonos, este país es inviable es ese el fenómeno más grave, la desesperanza!

Entrevistador: Hemos encontrado que en el modelo de aseguramiento que se impuso con la Ley 100 de 1993, se abrió la puerta para que hubiera muchos casos de corrupción, por el tema de la contratación, por la tercerización, etc...

Entrevistado: Yo pienso completamente lo contrario, lo que pasa es que yo estoy viejito y a la gente se le olvida, pero yo estude medicina cuando en los hospitales no había ni papel, uno de estudiante de inocente cuando empezó, yo llevaba resmas para evolucionar y formular los pacientes, yo me la pasaba haciendo bazares, bingos, colectas, para comprarle los medicamentos a los pacientes le puedo contar dos historias muy dolorosas para mí:

Una niña de 19 años muy bonita por eso me acuerdo, porque uno de hombre joven yo la miraba y todo, le dio meningitis y le dimos penicilina, no era una droga cara ni nada y la empezamos a sacar, la china llegó convulsionando y todo y empezó a salir y llegó el viernes, era de las que yo evolucionaba mis pacientes y cuando llegó el lunes se había muerto, y yo como se murió si ya estaba mejor ¿qué paso? No Doctor se acabó la droga el viernes por la noche, y no había droga, ¿en Colombia era normal que no hubiera nada! porque la plata no alcanzaba por asignación y porque se la robaban, en Colombia era normal que de salud la gente se robaban el 20% el 30% y no pasaba nada, los contratos estaban completamente amarrados; si usted me pregunta a mí y yo se lo digo con conocimiento de causa, yo llevo 20 años en la industria farmacéutica y toda la industria farmacéutica de dispositivos y equipos médicos en Colombia lleva 20 años seguidos creciendo, y creciendo en muchos de los años a doble dígito, ¿porque está creciendo?, porque todos los hospitales están comprando más medicinas y más equipos y todo el mundo está contratando más ¿y porque? Por qué el acceso a la salud es una realidad, de esa plata que estamos juntando en salud se volvió acceso, lo que pasa es que parte de esa plata no sé cuántos billones de pesos sean, muchos, 40 billones si se pueden estar robando el 10% pero hay 36 billones de pesos que

se convirtieron en atención a los Colombianos, yo vendía oxígeno, ¡el oxígeno no se lo pueden robar!, ¿usted que empaca una botellita de oxígeno, se carga la bala de 80 kilos?, ¡no puede!, el oxígeno es un indicador proxi de cuanta gente realmente accede, yo le hice los cálculos a 15 años de consumo de oxígeno en Colombia, Colombia tuvo crecimiento de doble dígito 15 años seguidos, ¿eso qué significa? ¡acceso!, entonces un tema, yo creo que la Ley 100 genero un acceso brutal, pero también dejo más clara mucha más plata para salud, cuando se roban el 10% de poquito se ve poquito, cuando se roban el 10% de mucho se ve mucho, pero si uno lo mira con objetividad yo no creo, yo antes creo que hoy hay más controles, si usted me pregunta a mi hoy, hoy hay muchísimos, si usted me pregunta a mi ¿porque sale el cartel de la hemofilia?, ¿porque hoy sale el cartel de los enfermos renales?, o lo que sea, ¡pues porque hoy hay mejores controles! ahora eso no quiere decir que no se estén robando el 10% de la plata el 5% o el 8% no se cuanto sea, pero yo creo que el sector ha evolucionado para bien, es difícil de vender y esto en un escenario público o en una discusión la pierdo, porque todo el mundo tiene una historia que contarte, pero lo que gente no ve es que antes del 93 la gente no tenía nada, no podía acceder, hay encuestas del 93 búsquelas, ¿de qué se morían? Por qué no podían acceder a la gente le tocaba vender el carro y la casa para poder pagar la atención.

Yo no creo que la ley 100 empeoro la corrupción, creo que la Ley 100 mejoro la corrupción, ahora sí creo que la ley aumento los recursos del sector y cuando se están robando el 10% de poquito se nota menos pero cuando se roban el 10% de mucho se nota mucho.

Entrevistador: ¿Desde su experiencia la política influye y no influye en la corrupción?

Entrevistado: La respuesta tiene de los dos lados, la política influye positiva y negativamente; le voy a hablar de cosas positivas que influyen, cuando el gobierno regula que porcentaje de contratación se debe hacer con que niveles de atención, que porcentaje con la red propia cuanto por fuera, cuando

regula que lo que usted no se gastó en prevención y promoción lo tiene que devolver, el gobierno está promoviendo actos en donde la plata se está destinando para lo que toca y en ese sentido la política es una herramienta para combatir la corrupción muy interesante, ahora la política también se presta para otro, cuando legislamos el régimen subsidiado, no legislamos como se gastaba la plata y los primeros años del régimen subsidiado la gente se volvió millonaria, porque gente recibía la plata recibía anticipado y no teníamos claro cómo se gastaba, cuando se autorizaban traslados de un lado para otro, cuando el alcalde participaba en la selección de los beneficiarios y a dedo se la podía dar una empresa solidaria, entonces se la daba a quienes pagaban su campaña, entonces la respuesta a tu pregunta es claro que la política influye, e influye negativamente y es la respuesta que está buscando pero claro que influye positivamente.

Yo ideológicamente soy muy diferente a muchos profesores, mi experiencia de vida siendo comercial de 20 años es que a mí me ha tocado ver la plata fluyendo y este sector ha movido mucha plata y ha usado la plata bien y si algunas cosas se han usado mal, pero le cuento yo fui gerente de ventas de General Electric y vendíamos equipos caros y yo nunca di plata ni hice maromas, ni me lleve a los señores a sinvergüenciar ni a tomar trago ni nada y vendimos y vendíamos mucha plata cada año, no sé 80 – 90.000 millones de hace años vendí oxígeno al 50% de los hospitales de este país y nunca le dimos un peso a ninguno, entonces el mensaje que les quiero dar no es que este país que no tiene esperanza, tenemos un fenómeno complejo de corrupción pero el 80% de la gente es sana el 70% el 85% y si hay un 10% que roba de frente y hay un 10% que está en esa corrupción blanda, pero el 80% de este país es gente que está trabajando bien y ese el mensaje que les quiero dejar, si ustedes van a contribuir es, hay veces uno tiene ganas de desbaratar lo que está funcionando por el 10% y lo que deberíamos hacer es ¿cómo le trabajamos a ese 10% de otras maneras? y la otra cosa es que los mecanismos de Política en

salud ayudan, pero ahí no está la base, la base está en la cultura, en la educación, en la educación en los hogares, ese es mi convencimiento.

Entrevistador: Lo que buscamos es precisamente eso, no estamos sugiriendo, queremos saber desde la experiencia de cada una de las personas que estamos entrevistando que piensan y es lo que enriquece la investigación. ¿La respuesta institucional del estado que usted ha visto a lo largo de su trayectoria?

Entrevistado: Yo le puedo decir una cosa cuando uno mira a los Ministros, a los Viceministros, cuando mira a los superintendentes, a los secretarios de salud, general son personas bien intencionadas, que están tratando de hacer bien las cosas, que navegan dentro un ambiente político complejo y que no necesariamente tienen todas las herramientas, dicho lo anterior yo le puedo decir que la respuesta institucional es a cerrar las puerta de la corrupción de vez en cuando hay excepciones y lunares pero en general la política pública a tratado ha tratado de cerrar las puertas, que la plata no se vaya para los bancos que los afiliados no se puedan mover a dedo, que usted no pueda contratar todo con su propia red entonces que lo comparta, que si usted va a hacer una licitación que sea única con unos términos en el sector público y en sector privado se promueve las ISO 9000, promueve políticas de transparencia, comités de compras, la otra cosa es que la gente se imagina que la corrupción es en el sector público, pero la gente no se da cuenta es que la corrupción existe en el sector privado ,y es parecida, es el señor que ajusta un poquito los términos de la licitación, es el jefe de compras que si lo invitan a comer rico, favorece un poquito para allá eso en la corrupción blanda, en el sector privado también hay corrupción dura menos probablemente un poco pero también existen.

Entrevistador: ¿Que propuestas generarían para mitigar la corrupción en salud?

Entrevistado: El gobierno en el caso de los médicos que lo estoy viviendo ahora, yo le creo mucho al proyecto de transferencia de valor, asusto a los médicos lamentablemente a los buenos y a los malos, pero eso es chévere, oiga si usted le va a dar un regalo al médico me lo reporta, eso está bonito y aun las zonas grises, ahora hay que reportarlas, yo cada 3 meses llevo este señor a Miami ¿y por qué? Entonces ese es un ejemplo de una política pública que está funcionando, a mí me parece que eso está bien, lo segundo es la transparencia, actualmente en los Estados Unidos ha promovido que mientras más públicos son las cosas en el sector, más control hay de la corrupción, entonces ¿públicos que? públicos los precios de compra ,si se hace licitación se publica los precios y que haya transparencia y que la gente sepa, ¿público que? el medico está recibiendo ¿Qué? de ¿Quién?, publíquelo y si hay un doctor que reciben o sé cuántos beneficios de no sé cuántas EPS, revísele la prescripción, ahora como hay 80% de médicos juiciosos que lo hacen bien, también destaquen esos si hay instituciones que todo lo que piden es no POS, no justificado publíquelas pero si hay otras que lo que hacen esta correcto reconózcalo, yo sí creo en la transparencia en la información como herramienta de mejorar un poquito el comportamientos y la corrupción.

Entrevistador: ¿En ese orden de ideas se deben fortalecer los sistemas de información?

Entrevistado: En los mismos profesionales de salud y en las instituciones, la transparencia ha matado mucho de la corrupción porque la corrupción no es solo robarse un peso, la corrupción es hacer servicios y hacer alta morbilidad, si usted no es el mejor o no es bueno en un servicio no lo ofrezca, pero si usted tiene ofrecido un servicio, en el que se le infecta el 10% de los pacientes, eso no es corrupción en sentido de robarse la plata pero es corrupción en el sentido de que si usted no lo está haciendo bien anúncielo ¿cómo se ha manejado eso en el mundo? Publicando ranking, los mejores en

enfermedad cardiovascular y ponen los hospitales y los médicos todas esas páginas web gringas de los médicos que más quejas tienen o de la satisfacción de los pacientes, ese tipo de cosas cambian el comportamiento, para mi corrupción como les dije al comienzo, tiene que ver más con el comportamiento y la cultura que exactamente con robarse un peso.

Que cada uno haga lo que le toca y segundo que lo publiquen, si usted es un cirujano cardiovascular o un ortopedista, usted publica la morbilidad de sus cirugías, si usted tiene una morbilidad aceptable, promedio o mejor le va a llegar más gente y usted va a luchar por hacer los mejor, si usted es el peor y lo hace mal y se le complica el día que haya transparencia en los datos usted se va a esforzar más por ser el mejor.

Cuando el gobierno empezó a girarle a MEDIMAS y le estoy hablando del año pasado, al mismo tiempo que le giraban publicaban en la página web, hoy se le giraron a MEDIMAS 1000 millones y no podían decir no hay plata, se giraron, MEDIMAS tenía la obligación de publicar a quien le pagaba los 1000 millones para no hubiera favoritos, la transparencia como mecanismo de cambio cultural es la herramienta para perseguir, la transparencia y la publicación de la información.

Entrevistador: ¿Quiero preguntar un poco más sobre la ley de transferencia como impacta a las farmacéuticas? ¿De manera positiva?

Entrevistado: Pues todo depende de cómo se porte uno, yo siempre he estado muy tranquilo a mí me gusta portarme bien, yo lo veo con buenos ojos, hoy precisamente la compañía esta angustiada con la ley de transferencia porque los médicos se van a asustar, yo les decía ¡qué bueno! si usted de verdad está llevando un médico al congreso de Cartagena de endocrino y de verdad el doctor va a ir a entrenarse

y usted no lo llevo donde la esposa, no lo llevo a beber, no le hizo nada, fue al congreso y volvió, una vez al año, entonces usted dice, lleve al Dr. XXXX al congreso de endocrino, pues porque es endocrinólogo, porque tiene relación conmigo, se estaba entrenando, pues me pareció bien, pero entonces el que regala computador, le pone un viaje a Miami, le da plata y le da puntos y le hace no sé qué, pues me imagino que no lo van a reportar, pero si lo pillan van a fregar al médico y a la empresa que se portó mal, entonces en ese sentido a mí parece bien yo lo aplaudo, ese es un esfuerzo bien, eso es una copia de lo que se hizo en Estados Unidos y eso es una cosa que me parece que esta correcta hay que tratar de no irse a los extremos, la gente se asusta, oiga y si desayuno con el doctor, tengo que reportar el desayuno, se lo van a cobrar al Doctor en la declaración de renta, pues me parece que eso es un exceso, que además no es verdad, no se va a usar para eso, pero si hay que tener cuidado; ahora porque ahora los doctores están pensando en la declaración de renta, porque imagínate que a ti un laboratorio te dio consultorías por 5 millones y otro te dio consultorio por 5 millones pues ese doctor tiene un sobre ingreso de 15 millones de pesos, entonces ahí si la DIAN va a decir ¿oiga usted está ganando 15 millones de pesos más? Eso entiendo que le puede dar susto a los médicos, pero exceptuando eso que es una cosa excepcional, yo no creo que haya tantos médicos así, es transparente.

Ahora la verdad es que en Colombia durante los pasados 10 años, lamentablemente y al parecer mucho tiempo, hay un porcentaje de médicos que lo que prescriben es lo que les pagan, y no estoy hablando de los biológicos sofisticados, estoy hablando aun de la droga básica, le estoy hablando del antibiótico básico, acetaminofén de marca, ese nicho existió fuerte cada vez menos, a la gente le da más miedo, pero existe.

Entrevistador: ¿Cómo se mitigaría la prescripción del no POS?

¿Qué es el no POS? En este país no habido plata para meter todo el plan básico, como no ha habido plata para meter todo en el plan básico, en ciertas circunstancias excepcionales se pueden formular cosas que no están en el plan, pero cuál es el requisito, que el medico lo justifique bien por la enfermedad del paciente, porque ya intento otros tratamientos, porque no hay ese tratamiento o porque el sustituto no le sirvió, le hizo efecto adverso, si el medico legalmente y correctamente explica eso y pide el producto no PBS le va a servir al país para tener estadísticas, para negociar en bloque, para controlar los precios, lo cual yo veo con buenos ojos, el MIPRES que es lo que estamos hablando, hace que si alguien se está inventando pacientes se está inventando explicaciones les va a quedar más difícil digamos francamente corrupto en eso.

Entrevista 003.

3 DE SEPTIEMBRE DE 2019

Entrevistador: Nos gustaría que nos contara quien es usted, su experiencia en el sector, desempeño en este momento en el mismo

Entrevistado: Yo soy xxx, soy xxx desde hace 9 años y he estado vinculado al sector por 15 años aproximadamente en cargos de nivel Directivo.

Entrevistador: ¿Que profesión tiene?

Entrevistado: Soy Administrador público, estudios de posgrado en Gerencia publica, estudios en seguridad social y en estructura de evaluación estadística cuantitativa y cualitativa.

Entrevistador: Nuestra investigación es de enfoque cualitativo con diferentes actores del sector que nos ayuden construir primero un concepto de corrupción y segundo unas propuestas que mitiguen la aparición de la practica dentro del sistema, para usted desde su experiencia en el sector ¿qué entiende por corrupción?

Entrevistado: La corrupción si uno lo mira desde el punto de vista moral es la no armonización entre la ley la moral y cultura tal como lo establecería Antanas Mockus, y yo diría que en ese estricto sentido cuando no se armoniza cualquiera de estas tres o dos de las tres con las demás uno caería en un escenario de corrupción cuando está hablando de recursos que son de carácter público, digamos en recursos públicos, pero también en recursos privado.

Entrevistador: ¿Que causas cree usted que son las permiten que llegue o aparezca la corrupción a los sistemas de salud?

Entrevistado: Yo diría que en la práctica lo que uno puede estar leyendo es que cuando no hay reglas de juego claras, reglas de juego incorporadas en los distintos actores se puede caer en escenarios de irregularidad y por supuesto en riesgos de corrupción

Entrevistador: ¿los sistemas de salud en este caso tendrían este tipo de vacíos?

Entrevistado: Así es y no solo en Colombia sino también en el mundo.

Entrevistador: ¿el impacto social y cultural que conlleva a la corrupción en los sistemas de salud, usted como lo evaluaría como lo percibe?

Entrevistado: No solo culturalmente, no solo desde el punto vista social, sino también económico, por ejemplo, cuando hay corrupción en un sector, los inversionistas no aparecen y se desincentivan la inversión, otras expresiones claras uno las puede encontrar en términos de deslegitimación del Estado, deslegitimación de instituciones, pérdida de institucionalidad en general, problemas de legitimación, que lo que es en la práctica va generando este tipo de expresiones.

Entrevistador: Nosotros traemos el tema de la corrupción a Colombia más a nuestro sistema de Seguridad social, ¿cuál cree usted que ha sido la causa de que aparezca la corrupción en sistema general de Salud?

Entrevistador: Yo creo que aquí hay una serie de elementos, de prácticas que existiendo en otros sectores también se incorporan al sistema de salud, pero básicamente lo que uno va a encontrado es que cuando hay espacios que generen un no reconocimiento de normas, de forma clara y permite el ingreso del interés particular sobre el interese general, eso es propio de esos escenarios que pueden servir para que se generen este tipo de practicas

Entrevistador: En ese sentido ¿la ley 100 como marco del sistema de Seguridad Social en salud, permitió ese tipo de vacíos? ¿permitió la priorización del interés particular sobre el general?

Entrevistado: No, yo creo que el tema no es un tema de si existe una ley o no, porque finalmente las normas, lo que hace la ley, es establecer reglas de juego y ahí no está el problema, así como el estado no se cambia por decreto tampoco necesariamente la aparición de una norma es generador de corrupción vuelvo e insisto, aquí hay que revisar el escenario cultural, hay que revisar el escenario moral, y por

supuesto también el escenario legal, la ley en sí misma no es generadora de corrupción en general, es un tema más estructural.

Entrevistador: ¿La política favorece este tipo de prácticas? ¿Qué rol juega la política dentro de la corrupción?

Entrevistador: La política sí, si estamos entendiendo por política el relacionamiento de actores que tiene una incidencia clara en decisiones de carácter general y donde esas decisiones buscan un interés particular, estamos hablando de una configuración de escenarios de riesgo para que aparezcan expresiones de corrupción.

Entrevistador: Por la experiencia que usted ha tenido en el sector de toma de decisión, ¿cuál cree usted que es la respuesta que ha tenido el Estado y las instituciones para mitigar la corrupción en el sector salud?

Entrevistado: Yo creo que justamente ha sido fortalecer mucho la regulación, fortalecer mucho la confianza en las instituciones, hacer visible la gestión, hacer visible las reglas de juego, hacer visible el resultados, digamos que en la práctica principios como la publicidad, principios como el uso eficiente de los recursos asociados a una regulación estricta y que no permita que se generen espacio de interpretación normativa y particularmente a favor de una interpretación de un interés particular eso es lo que permite cerrar brechas para que este tipo de prácticas disminuyan o no aparezcan.

Entrevistador: ¿Esa sería la propuesta institucional o serían más las propuestas que usted creería que mitigan la corrupción?

Entrevistado: Hay respuestas en ese sentido, pero también el otro tema es la incorporación de la participación de los distintos actores, la visibilización de resultados de gestión y la alineación de los actores, buscando intereses comunes eso hacer parte de ese cierre de esas brechas a la corrupción.

Entrevistador: Diferente a esas estrategias que usted menciona que han generado el estado para mitigar la corrupción ¿que otro tipo de propuestas generaría usted?

Entrevistado: Rendición de cuentas, medición de la gestión, fortalecimiento de la inspección vigilancia y control, permitir la participación de la comunidad en la gestión pública, armonizar los distintos actores del sistema buscando no solo sea los actores asociados al sector sino también aquellos otros que cumplen funciones de control, control fiscal, control disciplinario y por supuesto también, la presencia de organismos sancionatorios como los jueces que es muy importante la aparición aquí y particularmente de las altas cortes con una presencia clara, decisiva, definitiva; como en el caso de la corte constitucional de sus decisiones enmarcadas particularmente en accesibilidad, en la búsqueda de accesibilidad, oportunidad garantía, calidad al servicio de salud.

Entrevistador: Muy relacionado todo con transparencia lo que usted dice

Entrevistado: Digamos en general el principio de transparencia es uno de esos principios sobre los que hay volver siempre que hablamos de corrupción, digamos que cuando uno habla de forma apreciativa del tema, pues habla uno de transparencia, habla uno de buena gestión y en la práctica, uno

antes que hablar de corrupción debería avanzar mucho más en difundir un lenguaje mucho más apreciativo en relación a servicio.

Entrevistador: Para usted hoy en el puesto que ocupa en su posición en el sector, ¿cree que podemos tener un sistema de salud sin corrupción?

Entrevistador. Pues digamos aséptico no, y es muy difícil que uno tenga servicios asépticos, siempre habrá algún riesgo, y en el mundo cuando usted mira siempre las valoraciones que hay entre otras, en países que han avanzado mucho en buena gestión, como en el caso de los países en el Norte de Europa, pues tampoco es que estén exentos de los riesgos de corrupción, pero hay que aprender de aquellos que no han actuado en relación con las buenas prácticas

Hay un referente muy importante que es el estudio sobre corrupción en los países de la Unión Europea, hecho por la Unión Europea donde desde el año 2012 – 2013 vienen haciendo seguimientos a estos frentes y haciendo públicos los resultados, creo que ahí hay que aprender, hay que aprender de ese relacionamiento, y de esas prácticas corruptas para poder entenderlas y sobre ellas actuar, la relación entre prestadores y proveedores de tecnologías, entre formuladores de política pública, prestadores y particularmente farmacéuticas y proveedores de tecnología en general, digamos que en general uno diría en ese cuadro que la Unión Europea desde sus investigaciones hace unos resultados bastante interesantes que muestran como en Europa en su conjunto, del total de recursos que se manejan entre un 10% y un 25% de los recursos se va en corrupción, entonces si uno habla entre un 10% y un 25% en corrupción y por otro lado cuando uno mira los sistemas de salud y el análisis que hace la OMS sobre cómo hacer mejor uso de los recursos públicos, uno también encuentra que por pura eficiencia, podemos tener una posibilidad de optimizar entre un 20% y un 40% de los recursos que usan los sistemas de salud, digamos

que la conclusión es clara, tenemos una brechas sobre las que deberíamos movernos para poder garantizar que podamos tener mejores sistemas de salud y con unos usos de los recursos más costo eficientes.

Entrevistador: ¿El Ministerio trabaja hoy basado en ese tipo de estudios?

Entrevistado: ¡Claro! Y no solo en el caso de Colombia, sino también en general tenemos que seguir todos volviendo sobre esos estudios.

Entrevistador: ¿Cuál es el porcentaje de dinero que pierde el sistema en corrupción?

Entrevistado: Es muy difícil de calcular, en Colombia no tenemos unas mediciones que puedan dar cuenta del tema.

Entrevistador: ¿hacia allá irían también este tipo de propuestas?

Entrevistado: Por supuesto, hay que aprender también de quienes lo han venido haciendo ¿no?, pero yo diría que más que medir y evaluar la corrupción hay que avanzar hacia buenas prácticas de gestión, porque digamos uno mira de manera apreciativa los sistemas de salud y en el caso de nuestro sistema de salud, por esa misma vía podemos ir cerrando las brechas a la corrupción

Entrevista 004.

25 DE SEPTIEMBRE DE 2019

Entrevistador: Nosotros buscamos construir un concepto holístico sobre lo que es corrupción y lo que es corrupción en salud, porque hemos encontrado que desafortunadamente no todos los actores del

sistema entienden lo mismo de que es corrupción en salud, entonces nos gustaría empezar primero presentarnos mi nombre es Daniel Monsalve soy fisioterapeuta y mi compañera es Ingry Ureña y es Enfermera, lo primero que nos gustaría es que nos contara un poco de su experiencia en el sector.

Entrevistado: Mi nombre es XXX llevo en el sector como desde 1996 o 1997 más o menos inicie en XXX en la Dirección XXX y ahí me desempeñe como profesional y asesor en temas no solamente de salud, sino en otros temas asociados con las competencias de los municipios y departamentos y de la Nación, en el 2001 y 2002 creo, ya fui subdirector de salud en XXX hasta el 2013 y del 2013 a la fecha soy XXX, esa ha sido la experiencia, soy ingeniero tengo especializaciones básicamente y ya.

Entrevistador: Ya dando inicio formal a la entrevista, ¿quisiéramos saber desde su experiencia como es entendido el fenómeno de la corrupción?

Entrevistado: Para mí el fenómeno de la corrupción es cultural, no es estrictamente del sector salud, es un fenómeno cultural y que en virtud de ese fenómeno cultural, pues se extiende al sector salud y corrupción yo la entiendo como todo aquello que trasgrede, primero las normas legales y dos aun pudiendo estar entre las normas legales, se hacen acciones que benefician a una persona directamente o se hacen acciones por esa persona para beneficiar a otras directa o indirectamente, en detrimento no solamente de lo que acabo de decir sino del bien común.

Entrevistador: En ese orden de ideas ¿porque cree que la corrupción permea los sistemas de salud?

Entrevistado: Porque es un tema cultural no es un tema estrictamente del sector salud, si usted se da cuenta y escucha la radio, lo que usted escucha son los fenómenos de corrupción en todos los ámbitos, políticos, etc... Para el Colombiano en general hay cosas que aun siendo corrupción el Colombiano no

las ve como corrupción, simplemente el colarse en Transmilenio, esas cosas que los Colombianos lo ven como avivado o como colarse la cola o el premiar que es cultural es premiar al que es avívato, es mejor, se las sabe todas, hace la triquiñuela y eso lo hacemos desde chiquitos todos, esos temas son culturales y eso trasgrede a cualquier sector, en salud pues aplica igual, seguramente esas personas que son corruptas en salud, lo serán si se desempeñaran en educación o en cualquier otro o en transporte, porque somos muy relajados frente a ese sentido y dos como estoy diciendo que detrás hay un fenómeno cultural y social entonces las reglas de control social no son suficientes. Ustedes han escuchado que en las noticias han cogido a familias enteras que se dedican hacer atraco, eso es cultural están transmitiendo de generación en generación que eso está bien, si ustedes vieron alguna vez un programa no sé si es el de los siete caminos o cualquiera de esas cosas que dan a esa hora están entrevistando a una ladrón y el ladrón decía que ese era su trabajo, el concepto es muy arraigado y en tanto lo anterior independientemente que sea salud, es el mismo concepto, no es que sea corrupción en salud porque sea salud o corrupción en educación porque sea educación, simplemente es un fenómeno cultural, son personas corruptas que transgreden las leyes quieren apropiarse de algo indebidamente o favorecer a terceros en ese mismo sentido, el tema de las palancas todo eso funciona, funcionan las palancas en salud seguramente si, funciona en educación , funcionan en todos los lados ¡sí! ¿eso es corrupción? ¡sí!

Lo que quiero resaltar es que no es un tema de corrupción en salud, otra cosa es que existiendo la corrupción en el sector ¿qué controles hacen falta? ¿qué diseños institucionales hacen falta? ¿qué podemos lograr para reducir esa corrupción?, entendiendo que hay una parte cultural que desde salud no la vamos a modificar, eso viene desde las mismas casas, vienen de los mismos colegios, eso no lo modificamos desde salud, podemos hacer cosas para reducirlas por supuesto que sí; pero para mí la percepción mía; es que en salud se da porque es un problema cultural y todas las personas que hacen ese

tipo de cosas en cualquier sector en cualquier ámbito tienen una ambición por el dinero, por el poder o por lo que sea y hacen unas acciones para.

Entrevistador: ¿Hay algún atractivo entonces, ya que, en su manera de percibir la corrupción, que tengan los sistemas de salud que hagan que ese tipo de personas, con ese tipo de problemas culturales quieran irse al sistema?, ¿el diseño de los modelos?, ¿la cantidad de dinero que manejan un sistema de salud?, ¿qué hace atractivo el sector salud para que aparezcan o esas personas vayan a buscar hacer sus actos ahí?

Entrevistado: En donde hay plata hay corrupción, ¿listo? y aquí hay un sector donde hay plata, mi percepción es la siguiente: no es que las personas decidan voy hacer corrupto en el sector salud porque hay plata, simplemente se desempeñan en el sector y ven la oportunidad o la maquilan y estando en el sector salud se da, y se da entre otras por la ambición porque hay huecos sociales, huecos culturales y huecos en la regulación que es diferente, nosotros tenemos en Colombia muchos dichos que nos llevan a esto y les voy a decir tres, que son asociados a una cultura de corrupción, “a papaya puesta, papaya comida”, ¿qué quiere decir esto? ¡Hágale!, en cualquier sector, y si estoy en salud pues diría “me como la papaya” pero la otra es “no de papaya” y la tercera es, ¡Ay! se me olvido, cuando me acuerde se las digo, pero eso es cultural, entonces si yo tengo la oportunidad o la persona tiene la oportunidad pues la comete y nosotros los colombianos, si usted se da cuenta proliferamos en normas, ¿por qué? ¡falta confianza!, esto es un tema pues que hay que hacer (muestra el consentimiento informado) ¡falta de confianza! ¿y porque los hice firmar?, ¡falta de confianza! para protegerme, usted mañana sale y vea hermano yo lo puedo demandar, usted me firmo acá y me dijo que no iba a publicar, yo lo hice a propósito esto yo no lo hago, porque yo también aquí firmo consentimientos informados a cada rato, pero esto es

un buen ejemplo de lo que es un colombiano, esa falta de confianza hace que hagamos leyes ¡yo debí haber confiado en su palabra y ya! ¿y porque no?

Es igual para todos los ámbitos de la vida, la proliferación de normas es falta de confianza y entre comillas “para evitar la corrupción” también o establecer procesos claros para que no se desvíen los recursos pero siempre quedan, las regulaciones no son perfectas, la forma de regular a asociado al ámbito social y cultural de la sociedad que se desempeña, nosotros somos así y con normas y sin normas hallaríamos el camino entonces es un tema cultural, cuando yo empecé en planeación Nacional yo iba hacer encuestas en salud, que me toco y a mí me tocaba hablar con las familias, yo le preguntaba a los niños, ¿usted que quiere ser cuando sea grande? ¡Yo quiero ser alcalde!, ¿y por qué? ¡Por qué consigo plata!, no yo no quiero ser ingeniero, quiero ser héroe, quiero ser bombero, no, ¡yo quiero ser Alcalde!, al niño no le están diciendo que sea corrupto, él tiene en la cabeza que consigue plata y “a papaya puesta”, yo no estoy diciendo que todos los alcaldes sean corruptos, lo que estoy diciendo es una manera de ver como es la corrupción en el país, otra cosa es, las reglas que yo ponga y los elementos que yo logre para evitar la corrupción, entonces la pregunta es ¿porque se vienen para acá? Yo no creo que la gente se venga o como todo habrá uno que otro, pero en general la gente no se viene para el sector, diciendo allá voy a robar, simplemente se encuentra una situación y “a papaya puesta papaya comida”, el que tiene esa ambición de dinero o tiene esa relajación moral o ética, que lo hace hacer eso, otras personas no, simplemente ven la papaya y saben que robar no es bueno y no roban y ya así de sencillo y hacen las cosas bien, de esos hay muchos, muchísimos, son la gran mayoría y somos todos, médicos, enfermeras, ingenieros y economistas y le puedo poner ejemplos y usted los ve claritos, médicos que se dejan influenciar por los laboratorios para que prescriban determinado medicamento para irse a un congreso, eso es corrupción va en contra del recursos de todos, esencialmente el medico no lo puede ver así, si me entiende, porque es algo que tiene que tener introyectado en su cultura pero eso es corrupción, otros lo

harán conscientemente y dirán no espere a eso no le juego, eso no es ético y moral y no es que el medico diga es que yo voy a estudiar medicina para robar, no!, o la enfermera o el ingeniero o el desarrollador, les pongo el ejemplo del desarrollador porque ustedes recuerdan el escándalo de recobros que hubo un man de sistemas que se prestó para eso, eso es público, ¿ese man dijo voy a buscar el puesto en el Ministerio para robar?, ¿no ese man no dijo eso!, ese man llego y alguien lo convenció y vieron la oportunidad y esto lo cuadraron actuaron con malicia, eso es otra cosa, pero no es que el man haya dicho, que las capitales grandes vienen a robar, no, ellos ven oportunidades, habrá alguno que sí, habrá algún capital golondrina que vendrá a sacar los recursos y llevárselo eso sucede y sí, eso puede pasar en cualquier sector, pero la pregunta es ¿porque cree que se vienen?, no yo no creo que se vengan habrá algunos que sí, pero eso no es el fenómeno de la corrupción, yo creo que es un tema cultural y un problema de confianza, de ética moral y de reglas, eso es, en cualquier sector, hemos visto los escándalos en vías y en donde hay plata e igual donde no hay plata se robaran la plática chiquita.

Entrevistador: Ese impacto entonces en el sistema General de seguridad social, ya trayéndolo acá a Colombia, a nuestro sistema de salud, ¿qué impacto ha generado la corrupción desde su punto de vista, desde su experiencia y el puesto que ocupa en este momento?

Entrevistado: Yo, no tengo un cálculo de la corrupción, pero yo no creo tampoco creo que sea la magnitud que decimos o vemos en los diferentes medios, si hay corrupción, se lo digo porque uno va a los hospitales uno conoce lo que hacen las EPS en el fondo, pero el impacto que decimos no es, como todo, hay crecimientos indebidos sí, pero la magnitud no, déjeme y le pongo dos ejemplos: uno, hemos dicho nosotros desde el Ministerio que hay dispersión de precios en los medicamentos y que eso ha afectado o a ocasionado que los recobros crezcan, ¡eso es cierto! y ahí uno podría calcular un delta, pero ese delta no es de los 5 billones que dicen, eso es toda la plata que se gasta en salud, nosotros estamos

haciendo un ejercicio que no necesariamente es el impacto de la corrupción y yo estoy diciendo más o menos que con base en lo que hay ahí desde los valores no desde la inducción a la demanda, que ese es más difícil de probar, tendría que ponerse todos los médicos de acuerdo y vamos a sobre demandar y eso no es cierto, si hay uno que otro sí, pero eso no son todos, hemos dicho que más o menos el 80% del valor de los recobros que son medicamentos nos podríamos ahorrar con V.M.R. el 20%, (el cálculo de valores máximos de reconocimiento, en la Unidad de pago por capitación, para grupos de medicamentos similar efecto terapéutico es una de las medidas que avanza hacia la ampliación progresiva del plan de beneficios el 20%) Uno podría estar diciendo ¡oiga el 20% es corrupción!, ¡no es cierto!, porque hay valores que se pueden tener son productos de las negociaciones normales y que están dentro de un marco, entonces mucho menos, le estoy hablando de 3.2 Billones el 20% de esos 3.2 billones son 600.000 millones y estoy diciendo que ahí hay un margen, nosotros estamos hablando de 200.000, algo así podría ser, pero no son los 5 billones que se roban, eso es un cojonal de plata y para eso pues hacemos las medidas que estamos haciendo, luego sigue controlar ya las cantidades, hay otra forma de corrupción que los medios dicen que es corrupción, que yo no lo veo como corrupción por ejemplo para irle quitando magnitud a esto y es la integración vertical, la integración vertical no es buena ni es mala, nada es bueno ni malo, es malo cuando se afecta al paciente, se afecta al sistema, se roban la plata, pero el hecho de que este integrado verticalmente que la ley me lo permitió en su momento, ¿cuál es el problema?, pero también hay un tema de magnitudes que nos hacen perder la razón de ser del sistema y la confianza en el sistema, “se roban 5 billones”, ¡eso no es cierto eso es falso!, “todas las EPS son ladronas”, eso es falso, “los médicos no roban”, eso es falso, hay uno que otro que sí, “todas las enfermeras son honestas”, ¡eso es falso!, hay unas que roban, es un fenómeno cultural, la pregunta es: ¿cómo hacer para?, eso es una pregunta diferente.

Entrevistador: Ósea que, si el tema es un fenómeno cultural, ¿cuáles serían las causas que generan que se presenten las prácticas corruptas en este caso?

Entrevistado: La causa es como familia y sociedad transmitimos a la sociedad, es eso, hace parte de la formación de los hogares, de la región incluso, usted va a la costa, y dicen esa ley no pego acá, y uno se pregunta ¿qué es eso?, ¿cómo así que no pego acá?, y se lo dicen a uno así, y uno dice oiga espere yo no entiendo eso, ¡ley es ley!, y si hay elementos que uno puede hacer en salud desde lo preventivo y desde el control y la vigilancia para reducirla, yo no estoy diciendo que no haya nada que hacer, uno es que a la superintendencia realmente funcione, dos que no nos de miedo al misterio de los órganos de control hacer control, hacer control, al ministerio le da miedo hacerles control a los médicos, porque yo sí sé que usted es corrupto ¿porque no lo saco a la luz pública?, ¡ay que se me viene todo el gremio!, pues que se venga, ¿cuál es el problema? si tengo las pruebas, pero hay elementos detrás que son culturales, sociales, y de económica política que no deja hacer ese tipo de cosas, uno para mi es que la superintendencia funcione bien, dos que tengamos información, aquí hay muchos procesos que no tienen información y lo que no se mide no se controla, y obviamente si no se mide y no se controla, no estoy diciendo que eso sea causa de la corrupción, pero hay más posibilidades de corrupción, porque así no se controle y las personas son honestas pues nadie se roba la plata y ya, ósea nadie tendría por qué robarse la plata y ya ¡cultural!, si nadie se roba no importa el control, no importa si hay información o no, guardando las proporciones, en estos ámbitos hay que tener información rápida, veraz y comprobable para poder saber qué hacer y lo otro es que los procesos sean rápidos; otro ejemplo, nosotros enviamos todos los años desde esta Dirección a la superintendencia una cosa, esta EPS, no envió información, yo no estoy diciendo que sea corrupta estoy diciendo que no envió información y no pasa nada, al menos vaya y pregúntale porque no la envió, yo no estoy diciendo que está EPS sea nada, ¡estoy diciendo que no envió! y que no puedo tomar decisiones porque no envió la información, eso se puede prestar para

corrupción, sí, entonces eso es lo que habría que hacer y dos: creo que habría que reducir el número de normas, ¡esto es una locura! pero es producto también de lo que pasa, entonces uno saca la norma y se inventan otra entonces ahora toca sacarse otra, ¡estamos en techos!, recobros cuando nació fue una buena idea, ¡sí!, pero se disparó de forma más proporcional por las razones que sean, unas validas técnicamente y frente al paciente si, y es un medicamento que hay que darle otras no, no es el medicamento que toca darle y se le da o se empieza a ver uno otras cosas en la demanda que le parecen raras y producto de eso nos inventamos el CTC, al menos que lo hagan bien, no funciona, nos inventamos ADDRESS, no funciona, entonces nos inventamos techos, toca estar sacando, porque a nosotros nos toca ir , venga, evitemos que se roben, toca estar sacando y sacando, mañana sacaremos techo y seguramente tendremos uno o dos añitos medio contralados y luego tendrá que pensar en otras cosas porque se las robaran, si la Superintendencia funciona puede ir a controlar estas cosas de mejor manera, yo he sido culpable de eso también, porque uno se sienta aquí ¿y qué hago?, el Estado de las cosas ya vi que no funciona entonces toca sacar otra; uno sobre normado dos que la superintendencia funcione y tres información para todo, rápido y veras y comprobable eso digo que son para mí los tres elementos graves, pues socialmente es muy difícil y si uno quisiera controlar eso entre más gente tenga alrededor de las cosas mejor, esto es como en la vida, ustedes son muy jóvenes y no tienen hijos, pero un niño solo con su compañerito o compañerita sola, hacen más maldades que cuando van en grupo, cuando el grupo se desmadra es otra cosa pero para que el grupo se desmadre es muy verraco, esto es igual, si usted tiene muchos ojos que lo están viendo y eso voy para el tercer punto y es fortalecer la participación ciudadana, pero el fortalecimiento de la participación ciudadana tiene el mismo problema que acabo de señalar es que somos los mismos, ¡por eso sacamos normas!, donde le decimos: oiga tanto al médico como al paciente, reporte que le dan los laboratorios y sabemos que hay personas que lo hacen y sabemos que hay grupos de interés presionando X o Y medicamento para que el Estado lo pague a cualquier precio, ¿eso qué es? ¡corrupción!, ¿qué hacemos nosotros?, sacar normas, pero somos los mismos, como los curas, los curas

son santos pues no, ¿de dónde sacan los curas? ¿de dónde sacan los médicos o las enfermeras? ¿de las familias Colombianas!, con los mismo problemas, idénticos, ¡son como todos nosotros normales! si la sociedad es diferente pues somos diferentes, ese problema no lo vamos a solucionar si lo podemos avanzar con reducir la norma más claras, que la superintendencia funcione, información rápida veraz y comprobable y participación ciudadana, hay que ponerle ojos a esto, y cuando digo participación ciudadana no solo pacientes, usted que es médico, es muy verraco que al médico le pongan pares, al man tiene que el par ¿y porque? ¿Porque alguien no lo puede controvertir? ¿Porque una enfermera no lo podría controvertir? ¿O porque los médicos no pueden seguir protocolos y guías? Cuando en los países desarrollados si lo hacen, si cultural, todo es cultural, no estoy hablando de corrupción, pero cuando usted no puede hacer ese tipo de cosas, pues hay más opciones de, a “papaya puesta”, nadie me controla, vaya a los comités de ética, ahí no hay nadie, el que vaya mejor dicho es porque ese si es la tapa, es porque no hay nada que hacer, entonces son esos elementos, entonces participación ciudadana entendida no solo de pacientes sino de pares o formas de hacer las cosas, la discusión que hemos tenido con los médicos, ¡autonomía y autorregulación! y yo soy ingeniero, y cuando empezamos con la ley estatutaria yo me metí acá con el tema de autonomía en el otro lado había un viceministro médico y me dijo eso no, eso es de los médicos, entonces le dije téngalo, llevamos desde el 2015 y los médicos no han hecho nada y la pregunta es y porque, yo no estoy diciendo que sea corrupto es que ese tipo de cosas cuando no hay autorregulación se prestan para, en otros países si las hay y dicen venga nosotros vamos a adoptar esta guía o protocolo y cuando usted se salga de ahí pues venga y charlamos todos ¿y cuál es el problema?, ¡pues ninguno!, reduzcamos la variabilidad clínica por estas y por estas razones se podrá mantener en algún margen ¡sí! ¿porque aquí no lo podemos hacer? Independientemente que sea ego o no, la falta de esas reglas y esa construcción social se presta para que el que sea corrupto no porque fue a buscar sistema, Pepita Pérez no se entró a medicina para poder robar, no, no, estudiara porque le gusta medicina o por lo que sea pero vieron la oportunidad y seguramente no tenían la solidez moral y ética para no hacerlo y lo

hicieron y como nadie los vio, están solos o con la mancornas, pero si hay más y hay control social, dentro del sector, por eso el sector se ha preocupado por crear con la ley 100 todos esos comités que existen que funciono o no son otra cosa que los copagos, que los consejos territoriales de salud, que la participación ciudadana, ahorita con la ley estatutaria la elevo a derecho y que tenemos que sentarnos todos, que miren creen ámbitos, sociedades y el sector salud general autorregulación bla bla bla etc.; todos esos nos hemos preocupado, eso está escrito en las normas y no pasa, y no pasa porque no las cumplimos y dos porque hay un problema cultural detrás pero para solucionar eso es otro problema del sector como esos 5 cosas son las que yo veo y tocara seguir haciendo normas, no hay otra, ósea la primera va ser difícil, si usted me pregunta a mi cual ha sido la falla de este sistema, no son las EPSs, no son los hospitales, no son los médicos, no son los pacientes, es la superintendencia, si nosotros hubiéramos tenido desde el principio una superintendencia fuerte, con dientes la cosa seria diferente.

Como el miedo que se le tiene a la superintendencia financiera, sin embargo, así hay corrupción, solo que hay más diente o a la DIAN ahora con la DIAN hay gente que evade y que elude también, pero juemadre ahorita es diferente, además porque hay sistema de información la gente ya lo piensa más, antes no.

Entrevistador: Como ingeniero ¿usted qué piensa de cruce entre bases de superintendencias?

Entrevistador: Total, cuando yo hablo de información y datos ahí está absolutamente todo, rapidez, verificable y comparable, eso es lo que está haciendo la DIAN ahorita, va a empezar a cruzar contra todo lado, ahí van agarrar a todo el mundo y trajeron la idea de Corea, tecnología Coreana está metida de fondo, literal, buenísimo, factura electrónica, historia clínica electrónica, todo eso sirve, pero sirve si solo si la superintendencia funciona, yo que hago con tener que todo lo cruce y no pase nada.

Entrevistador: ¿Usted porque cree que la superintendencia no funciona?

Entrevistado: Es que es muy chiquita, la superintendencia se creó para un sistema que lo desbordo, y lo otro es que si ustedes ven, el gasto de funcionamiento de la superintendencia es chiquitico, todo es por inversión, ósea nosotros somos irracionales toca ayudarle, yo del Ministerio de Hacienda le hubiera metido la plata, 200.000 millones eso me hubiera ahorrado con creces todo lo que hemos vivido, y obviamente sin plata y tienen unos modelos buenos pero ahora cuando usted escucha a los congresistas que dicen no hoy si no antes “yo no tengo interventorías”, venga ¿porque un congresista está diciendo eso? ¿porque hay algo que está pasando allá!, cual liquidaban e intervenían, ¿Por qué un congresista tiene que decir eso?, hay captura, igual que en un hospital público, eso lo sabemos por eso hemos hecho reformas para tratar de, pero ahí hay intereses ya corruptos y redes que pues que están ahí y uno podría decir en tal lado existe, si uno podría decir eso, pero tendría que ir a la superintendencia y no pasa, por eso lo de la superintendencia es muy importante, que se crucen los datos con la superintendencia con la DIAN y con todo el mundo con los que puedan eso sería buenísimo pero que pase algo.

Entrevistador: ¿Cuál es la respuesta institucional que usted ha visto desde el Ministerio que este caso es el sitio en el que usted está ante esta situación?

Entrevistado: Muchas, la expresión más palpable la expedición de normas y ustedes ven esas normas y ven que cada año cambian y si porque cada año estos manes empiezan a encontrar huecos por otro lado y los reguladores siempre van más despacio, siempre aquí y en cualquier lado, lo otro es que el Ministerio de todas formas hace campañas anticorrupción, para mí eso no sirve de mucho la verdad, no robe, lo que si hay que hacer y lo que hemos hecho también es abrir espacios canales para la denuncia, fortaleciendo la participación social en los procedimientos, de médicos o pacientes principalmente, en

esos dos aspectos básicamente, hemos tratado también de mejorar el tema de la información, ahorita por ejemplo estamos avanzando, estamos pensando, en desarrollar mecanismos de big data asociados a blockchain para poder ver fraude, pero para eso necesito información también, con todas las características que le dije y cuando usted cruza todo eso pues esto entrara ahí a las mil maravillas.

Entrevistador: ¿Ósea funcionaría mas no retrospectivo sino prospectiva, porque por eso ellos van más rápido que nosotros?

Entrevistado: claro, claro.

Entrevistador: Dr. una última pregunta y es muy sencilla ¿cree usted que es posible un sistema sin corrupción?

Entrevistado: Yo no creo, en ningún país, la ambición por el dinero y el poder es muy grande por eso hay países en donde dicen: ¡oiga el funcionario público se puede ganar el 5% si se ganas más grave!, formalizaron la corrupción, seguramente se ganan más pero ya al que lo pillan a ese lo van matando, eso en países como China, ese tipo de cosas, no era loco lo que decía el presidente Turbay “la corrupción es un justas dimensiones” y uno se ríe de él, y uno dice de que está hablando, me está hablando de esto, yo no estoy diciendo que hagamos eso, pero creo que se acaba la corrupción, en ningún momento en la historia de la humanidad ha sido así, unos somos decentes otros no, ¿sí?, lo vemos desde la creación, desde Adán y Eva, el mejor ejemplo esta en Caín y Abel, esa es la naturaleza del hombre punto.

Hay unos que son buenos y otros que son malos, al otro le dio envidia porque quería algo mejor sin trabajar, eso que es corrupción al final del día, ¡al final del día eso es corrupción!, en todas las culturas,

unas los son más y otras lo son menos, pero yo no creo que la corrupción se acabe, lo que sí creo es que la podemos reducir sustancialmente de lo que suceda el día de hoy, para mí con esos 5 elementos serían suficientes y metido con el tema de la superintendencia y de acuerdo con ustedes con el tema de la información, lo otro vendrá por añadidura, si eso está bien, puedo cambiar normas, reducirlas, la participación ciudadana eso hay que seguir haciéndolo y ahí va, pero hay que ponerle gente, ósea corromper grupos es más difícil que corromper individuos ¿cómo lo hacemos? ¿toca inventárselo? en Alemania que son padres de la seguridad social, para decidir una exclusión tienen los médicos decidiendo 20 o 30 y alrededor tiene por 100 o 200 pacientes viendo, ¿quién se vuelve corrupto ahí?, ¡es muy verraco! Mejor dicho tienen que capturar a 130, es muy verraco le sale muy costoso, para excluir medicamentos del sistema, cuando yo excluyo medicamentos del sistema puede hacer que esté afectando la competencia de otro porque no sirve, el debate es duro, científicamente es cierto pero una cosa es el debate científico en donde yo digo, oiga este medicamento no sirve por estas y estas razones y usted me diga que si por estas y estas razones con evidencia y otra cosa es que yo lo meta por corrupción, pero cuando todo el mundo está viendo con debate y con evidencia habrá alguno que este comprado ¿pero todos? Es más difícil, encuentra otras voces y otros argumentos que es lo que hemos tratado de hacer aquí con exclusiones siempre en grupo y grandes, yo no me reúno con dos, me reúno con muchos y de diferentes sociedades científicas y cuando me reúno con pacientes no me reúno con uno me reúno con muchos literal, eso no evita, pero ayuda porque el que es corrupto puede tratar de meterse y si los convence a todos pues los convenció ¿y que pudimos hacer? pero se intentó, pero el hecho es que los capturaron a todos hubo un argumento que convenció ¡punto! Que es diferente pero, en grupo es más difícil que haya ámbitos de corrupción, cuando yo estaba en planeación nacional, fue en el 98 en esa época eran muy duros los paramilitares yo estaba en Choco y me preguntaron a mí, porque a mi mandaron a una vaina por allá cuando yo me senté y oí al Gobernador y le preguntaba la fiscalía ¿venga y usted en donde tiene las cuentas de la Gobernación? y decía “¡no! yo abrí una cuenta en Cali en el banco yo no sé qué,” yo

dije ¿cómo así?, ¿una cuenta personal? y me preguntaron a mí que ¿cómo hacían para evitar la corrupción en el hospital público que estaba tomado por paracos?, les dije “formalícelo” ¿cómo así?, ¡sí! Formalícelo, no importa de quien sea esa cosa, pero con información mire que preste servicios, diseñelo bien y ya a mí no me importa eso de quien sea, cuando usted hace eso le quita la ganancia los manes se van, ¡se formaliza!, esas cinco cosas es formalizar, pues nunca lo logramos pero se dijo, pues nunca no, igual allá se arreglaron las cosas de alguna manera, se hicieron intervenciones en la red porque había gente que decía enserio es que es muy loco, decía uno “vamos hacer las cuentas del hospital salía una persona del hospital” y salía uno diciendo “yo llevo trabajando aquí 6 meses y no me han pagado”, le decía muéstreme el contrato, y respondían, “no, no me contrataron de boca” ¿usted que hace ahí?, ¡muestre el contrato!, ¡formalícelo!, ¡formalícelo!, hay contratos que toco pagarle porque hay contrato, que vaya a trabajar, que preste los servicios ,que entregue el medicamento, ¡superintendencia metida! no importa de quien sea es más difícil, es más difícil cuando hay formalización ¡eso es!.

Entrevista 005.

25 DE OCTUBRE DE 2019

Entrevistador: Doctor nos gustaría que nos contara ¿qué profesión tiene? y ¿cuál es su experiencia en el sector salud?

Entrevistado: Yo soy Médico, especialista en medicina laboral, especialista en administración hospitalaria y con una Maestría en Administración de negocios y llevo casi 20 años digamos de ejercicio profesional, más o menos 3 años del ejercicio asistencial y casi 17 años en cargos administrativos de liderazgo desde el principio y hace casi 7 años soy director de una institución prestadora de servicios de salud.

Entrevistador: ¿Desde su experiencia para usted que es corrupción?

Entrevistado: Yo creo que la corrupción es básicamente la toma de decisiones, priorizando los intereses personales o los intereses de las instituciones a las cuales trabajo o de las cuales tengo intereses por encima del bienestar digamos de la comunidad general, obviamente al hablar de corrupción creo que son acciones que van en contra de principios y valores individuales y de principios y valores que deberían tener las instituciones y que abarca practicas digamos desde muy estructuradas, hasta decisiones básicas que uno toma en el día a día de las organizaciones, que para uno si uno no lo hace consiente, puede incluso creer que es correcto, lo que uno está haciendo, entonces creo que el tema de transparencia y de ética empresarial por ejemplo tiene que ser es algo que las instituciones vivan todos los días y sea algo que tú te cuestiones siempre que vas a tomar una decisión.

Entrevistador: entendiendo que es un tema de intereses, ¿usted porque cree que esos intereses se presentan o permean el sector salud?

Entrevistado: Yo creo que el sector salud, es un sector de la economía que moviliza una gran cantidad de recursos, por lo menos en el sector de salud en Colombia, el sistema de seguridad social puede manejar al año cerca de 50 billones de pesos que es un presupuesto superior al de otros sectores de la economía y además hay gasto de bolsillo también de forma importante, lo que en realidad cuando uno mira como porcentaje del producto interno bruto son unos recursos supremamente importantes; generalmente en donde hay ese volumen de recursos hay una serie de intereses de empresas particulares de estructuras incluso públicas de profesionales de la salud y de muchas personas incluso ajenas del sector pero que ven en el sector salud una fuente importante de recursos financieros, eso crea intereses desde el que produce insumos y medicamentos, el que presta servicios de salud, del que es un asegurador,

e incluso intereses particulares de personas naturales donde ven oportunidad de negocio relacionadas con la salud, básicamente el sector salud es como si uno viera una gran bolsa de dinero y alguien tiene que pagar por las cosas que se hagan, siempre en donde hay dinero hay fuentes de corrupción.

Entrevistador: ¿Cree que el sistema de salud a parte de solamente del gran flujo de dineros que mueven también algún otro atractivo que haga que aparezca la corrupción o solamente lo asociaría usted al flujo de dinero alto?

Entrevistado: Yo lo asociaría básicamente al tema de la gran cantidad de dinero que hay relacionada en el sector.

Entrevistador: ¿En la experiencia que usted ha tenido en el área administrativa, el impacto de la corrupción en el sistema de salud trayéndolo al sistema de salud colombiano como mediría usted el impacto?

Entrevistado: Digamos que yo no conozco estudios que hablen del impacto que ha tenido la corrupción pero uno que ha conociendo la historia y los casos de corrupción puntuales que han pasado en el sector salud, yo te diría que fácilmente incluyendo todos los tipos de corrupción podrían llegar a explicar fácilmente el 20 o 30% de todo gasto en salud que tiene este país que puede ir desde el uso inadecuado de los recursos en la atención de un paciente por ejemplo o en la intervención de un paciente, hasta grandes digamos maniobras administrativas relacionada con la falta de transparencia, el uso de recursos públicos para intereses particulares la construcción de activos y patrimonios con base en recursos públicos que tienen destinación específica para la atención de salud esos son ejemplos que hemos visto a lo largo de todo el sistema general de seguridad social en salud y por eso digamos que sin

grandes estudios yo me atrevería a decir que pudiera llegar hacer hasta un 20% o 30% del gasto en salud anual.

Entrevistador: entiendo que tenemos una bolsa de dinero fácilmente accesible para los actores que involucran el sistema, ¿Cuáles cree que serían las causas que hacen que se presenten esas situaciones de corrupción?

Entrevistado: yo creo que las causas son básicamente una falta importante de acceso a los recursos y la ausencia de un sistema de vigilancia lo suficientemente robusto para vigilar esos recursos, hoy en día el país le entrega a empresas privadas ese capital de trabajo al año, les entrega incluso de forma anticipada los 50 billones para que lo administren una serie de instituciones privadas, que obviamente la gran mayoría tiene interés de ánimo de lucro y que el manejo de esos recursos se vuelve un interés importante de administrarlos, y no hay un modelo de control posterior a eso, el sistema de inspección vigilancia y control ha sido una de las grandes debilidades dentro del sistema no hay nadie que vigile activamente como estas aseguradoras administran esos recursos, diferente por ejemplo al sector financiero donde la superintendencia financiera ejerce un control mucho más estricto al manejo de los recursos, y básicamente esa ha sido una de las debilidades de salud que una superintendencia nacional de salud nunca fue fortalecida adecuadamente para ejercer también control financiero, no solo control a la prestación de servicios de salud, sino un control financiero que debería estar más supervisado más por una superintendencia financiera que por una superintendencia de salud.

Entrevistador: ¿ósea que debería existir una especie de mix de entidades que controlen, no solamente dejarle a la Supersalud o al contrario fortalecer o debió haber sido fortalecida la superintendencia desde antes?

Digamos que parte de las propuestas de reforma que uno escucha parten por ejemplo de tener una caja única de salud, como si fuera un banco de la república pero que ese gran fondo administrara directamente los recursos de la salud y no pasaran a través de terceros y segundo más que una superintendencia nacional todo poderosa que pueda vigilar a todo el mundo lo que se está proponiendo es crear un sistema de inspección vigilancia y control donde este la superintendencia financiera vigilando los recursos financieros, la superintendencia nacional de salud vigilando la prestación y el servicio que se da a los Colombianos, una superintendencia por ejemplo de industria y comercio que vigila mucho la estructura de las organizaciones, ¿quién es el dueño de quién?, ¿cómo se conforman los socios dentro de las empresas?, cuando venden una empresa ¿quién es el que la está comprando? ¿qué solidez tiene? de la mano de la procuraduría y la contraloría porque finalmente son recursos públicos que financian el sector salud, que si bien hay fallos que dicen que después de la prestación de servicios de salud lo que sobre ya se vuelve capital privado para invertir en las empresas, hasta que no se paguen los servicios de salud, esos recursos no deberían volverse privados, tienen que ser recursos que hemos aportado todos los colombianos para financiar el sistema de salud.

Entrevistador: Entiendo lo que nos quiere decir es ¿cómo se está haciendo ese flujo de recursos?, cuando le entregamos el dinero a las aseguradoras sin ningún control, lo otro es ese control que se hace después de esa entrega, entiendo que la propuesta es que, si generamos un banco o una única entidad que administre el dinero, los servicios y demás, pues no necesitaríamos EPSs

Entrevistado: ¡no! lo que pasa es que la función administrativa y de gerencia del asegurador es importantísima, tú te afilias a una EPS y la EPS debería ser tu socio estratégico o tu acompañante que te diga a donde debes ir para que te presten los servicios de salud, debe garantizar que los servicios de salud

que te están ofreciendo cumplen con los estándares de calidad adecuados y que ellos han vigilado que lo que está cobrando el hospital, realmente sea lo que realmente le presto al paciente ,y con ese visto bueno de acompañamiento y la auditoria la orientación al paciente y lograr resultados en salud ahí si ese gran banco le giraría al hospital y le giraría un porcentaje a ese asegurador a parte de unos gastos de administración, pero si algo adicional por los resultados en salud de la población, pero no necesariamente que los recursos fluyan naturalmente como hoy fluye entre los aseguradores porque les entregan digamos todo el poder de negociación a ellos y no necesariamente están contratando a la mejor institución que presta los mejores servicios, sino probablemente terminen contratando es al más barato o al que es de su propia digamos organización y entonces viene todo el tema de integración vertical en donde fluyen los recursos de un bolsillo a otro pero del mismo grupo financiero.

Entrevistador: ¿Cree usted que el problema estaría entonces o uno de los principales incentivos a parte del flujo de dinero está en esa intermediación que tiene el sistema de salud colombiano?

Entrevistado: Alguna vez le escuche una frase a alguien que si ustedes quieren identificar en donde hay corrupción miren en donde está el dinero, si ustedes miran el gobierno le entrega al asegurador la plata y el asegurador es libre de contratar a quien quiera, a las tarifas que ellos establezcan y les pagan de acuerdo a lo que ellos mismos establecen que le van a pagar, ahí es donde hay focos de corrupción sumado a por ejemplo tema de enfermedades catastróficas, enfermedades de alto costo, enfermedades huérfanas, que tienen un costo muy alto de la atención, entonces hay que mirar quienes están atendiendo ese tipo de patología en donde hay incentivos que se utilizan con los medicamentos que se utilizan, con los tratamientos que se utilizan, entonces ahí es cuando aparece el famoso cartel de la hemofilia, el cartel de las enfermedades huérfanas, etc... porque entre más pacientes tengas tú con esas enfermedades mayor es el flujo de recursos para el tratamiento, es decir oportunidades de negocio y ahí es donde se ven por

ejemplo pacientes que nunca tenían esa enfermedad pero aparecen en esas bases de datos, medicamentos que nunca se entregaron pero se facturaron, por ejemplo el tema del seguro SOAT y los accidentes de tránsito como había o existe todavía una mafia entre ambulancias que son pagadas por prestadores para que todo accidente la lleven allá y no necesariamente son los mejores en la atención del trauma, pero finalmente te lo pagan a tarifa SOAT entonces, ahí donde está el mayor flujo de recursos es donde se encuentran los temas de corrupción.

Entrevistador: Esa frase de siga el dinero y encuentra la corrupción, si es tan fácil decirla y se tiene la lógica y realmente es muy entendible ¿porque cree no se aplica, no se está haciendo? ¿Es por la falta de fuerza de la Súper?

Entrevistado: Yo creo que es la debilidad histórica que ha tenido la superintendencia Nacional de salud que hasta ahora se está tratando de fortalecer, sumado a intereses particulares ósea en este país digamos todos los que trabajamos en el sector escuchamos de intereses incluso del sector político dentro del sector salud, digamos que grandes caciques políticos de las regiones o son socios de algunas entidades de salud o tienen intereses particulares, entonces muchas veces como que no se promueve de forma adecuada un sistema de inspección vigilancia y control, más todo el poder político que tiene las entidades que manejan los recursos para hacer lobby frente a la entidades que toman las decisiones, promulgan las leyes, que formulan los decretos, hay muchos intereses detrás del tema y como lo hablamos alguna vez en un municipio donde el Hospital público es el mayor generador de empleo en un municipio un hospital que tenga 200 trabajadores probablemente sea la empresa que más genere empleo en el municipio, pues sin duda empieza a traer intereses políticos, intereses particulares, en la prestación de servicios de salud.

Entrevistador: La respuesta institucional que ha tenido el gobierno y el Estado Colombiano en general, a través de los años y en el desarrollo del sistema ¿cómo la catalogaría usted o cual cree que ha sido esa respuesta que ha tenido el Estado para tratar de mitigar la corrupción del Sistema?

Entrevistado: Yo creo que han habido cosas importantes, yo creo que por ejemplo de unos años para acá la superintendencia ha venido fortaleciéndose, yo creo sobre todo en los últimos dos años ha habido avances importantes incluso desde la misma intervención de Saludcoop hace algunos años, este año hemos visto que han liquidado una gran cantidad de EPS, pero sin duda creo que ha faltado, la actividad que ha hecho la procuraduría de la Nación, ha sido realmente importante para el sector, creo que han sido unos voceros de llamado a la transparencia de rechazo a la corrupción, el problema es que mucho de eso se queda de gobierno en gobierno y hay que ver quién es el que llega y en qué línea va a trabajar.

Entrevistador: ¿Que otras respuestas a parte del fortalecimiento de la Supersalud, de la procuraduría, que otro tipo de respuestas cree que ha tenido el gobierno para intentar mitigar la corrupción?

Entrevistado: Yo creo que más que eso no habido muchas cosas, se debe fortalecer la superintendencia una superintendencia que no tiene presencia en todas las regiones del país, es muy difícil llegar allá, creo que hay que fortalecerla desde auditoria, desde el equipo de derecho, una gran cantidad de cosas, digamos que sin duda hay que invertirle más a la superintendencia que sin duda hay que invertirle más para que sea más robusta y tenga más presencia a nivel Nacional.

Entrevistador: para terminar, ¿cuál cree que sería su propuesta para mitigar la corrupción?

Entrevistado: Yo creo que hay varias cosas, creo que el nombramiento por ejemplo de los gerentes de los hospitales públicos es un tema importante, que debe estar rodeado de un marco de transparencia para que el gerente responda adecuadamente por la gestión.

Creo que debe haber un banco único de salud que fluya los recursos sin necesidad de que los recursos pasen por intermediarios, creo que deben haber modelos de inspección vigilancia y control que involucren muchas superintendencias, la procuraduría, la contraloría y que enfoquen los recursos, porque es imposible vigilar todo, pero donde está el mayor gasto que generalmente ahí es donde hay digamos riesgos y yo personalmente un partidario de acabar totalmente la integración vertical, porque eso siempre va a jalar los recursos a mi propio bolsillo y no se premian necesariamente la mejor calidad, ahora hay instituciones integradas que han demostrado ser juiciosas y han demostrado lograr alcanzar estándares superiores de calidad, tal vez podría establecer que la única integración vertical permitida en el país, sea aquella que logre acreditarse en alta calidad, demostrar mejores resultados en salud y que sea igual el manejo de la cartera hospitalaria por ejemplo entre las instituciones privadas y propias de la EPS, nadie conoce el estado de cartera de los hospitales integrados verticalmente, nunca ha habido un estudio para comparar la cartera de los hospitales privados o digamos particulares a hospitales que son propiedad de las EPS, ese tipo de información es bien importante para lograr entender hacia dónde va el flujo de los recursos.

Entrevistador: ¿Usted cree en la integración vertical, pero con transparencia?

Entrevistado: Yo creo en la integración vertical, pero con transparencia.

Entrevistador: ¿Lo último que decía también hablaría de un fortalecimiento de las redes de información?

Entrevistado: Sin duda.

Entrevistador: ¿Si se fortalecen las redes de información se hace más fácil presentar la información?

Entrevistado: Y utilizar las que ya existen, todo prestador de servicios de salud tenemos que notificar cada 6 meses a la superintendencia de salud como está la cartera pero nadie sabe una cifra de eso, si hoy fueran a liquidar una EPS grande, pues ahí está la información de la súper lo que los hospitales han repodado de lo que deben, pero ni siquiera en esos se han puesto de acuerdo en cuál es la cartera real de los hospitales, porque las EPS ponen muchas barreras para radicar las facturas, para hacer muchas cosas, entonces nunca van a coincidir los datos de los hospitales con los de las EPS, pero para eso debería la superintendencia tener un sistema más robusto.

Hay iniciativas que vale la pena que conozcan busquen por ejemplo, hay una organización que se llama transparencia internacional y en Colombia tiene un capítulo que es transparencia por Colombia, tiene unas iniciativas de fortalecimiento de las empresas para certificarse como empresas ética y transparentes, este tipo de iniciativas por ejemplo deberían ser obligatorias en las instituciones del sector salud, certificarse en eso porque eso habla de buen gobierno, de juntas directivas claras, de procesos internos de compras, de transparencia, que yo creo que eso serian iniciativas importantes a parte de un sistema de inspección vigilancia y control.

Entrevista 006.**15 noviembre de 2019**

Entrevistador: Para empezar Doctor yo quería preguntarle un poco de su trayectoria y su experiencia, ¿qué profesión tiene? y ¿cuál ha sido su experiencia en el sector salud?

Entrevistado: Soy economista de la Universidad Autónoma de Manizales, Máster en Dirección de Empresas del Inalde de la Universidad de la Sabana y llevo 18 años de experiencia en el sector salud de 25 en total, he pasado por entidades como Cruz Roja, Hospital San Carlos, Hospital San Ignacio, Clínica Barraquel, Clínica Corpas y ahora XXX.

Entrevistado: ¿Que entiende usted por el fenómeno de la corrupción?

Entrevistado: Pues la corrupción es todo acto que deriva no solamente en el robo de dinero de terceros, bien sea de entidades públicas o privadas para un beneficio propio, sino corrupción tiene que ver también con temas éticos, el robo de información, el mal manejo de la información para generar ruido o tergiversar la opinión o las decisiones de las personas o entidades, buscando un beneficio propio o el beneficio de una comunidad, es todo aquello que al final termina modificando el deber ser de las relaciones comerciales o las relaciones económicas entre los actores de un sistema, entonces desafortunadamente en nuestro país y en América Latina, culturalmente ha tenido un impacto notorio que actualmente estamos sufriendo

Entrevistador: Hablamos de que es un tema cultural y ya enfocándonos y bajándolo al tema del sector, ¿porque cree usted que la corrupción permea los sistemas de salud?

Entrevistado: Pues lo primero es que escogen a las personas que no tienen precisamente trayectoria para manejar recursos al menos en lo público, se vuelve un tema muy político en las regiones sobre todo, nombran secretarios de salud o que no son médicos o que sin serlo no cuentan con la experiencia, entonces también parte de lo que es el sistema político colombiano y segundo se maneja mucho recurso estamos hablando de cerca 42 billones de pesos anuales, lo que es el sistema y esa cantidad de dinero puesta en manos de las personas precisamente no adecuadas pues ha generado una serie de inconvenientes con la corrupción lo otro también que ha ayudado es que el sistema es muy complejo, es muy enredado de entender que lo contributivo lo subsidiado, lo NO pos, que los POS, las relaciones también, las rentas que se recaudan de otras fuentes como son el cigarrillo, el tabaco, o la parte de todo lo que es el alcohol, que van al sistema de salud, toda esa cantidad de recursos terminan no siendo bien controlados y permiten que hayan algunos rotos dentro del proceso, en donde los corruptos tienen la posibilidad de hacerlo, por ejemplo mira el caso de Córdoba, el haber creado la figura de haber inventado unos pacientes enfermos de Hemofilia y a partir de eso y de una ausencia total de auditoria se giraron unos recursos a una IPS que realmente no hacía nada distinto que recibir la plata y robarla, ¿cómo nos pasa? ahí está el ejemplo.

Entrevistador: ¿Usted cuál cree que es el impacto dentro del sistema?

Entrevistado: La pérdida de confianza que es lo primero y más delicado, lo segundo la perdida de foco del sistema que realmente no cumple su función de prevenir y luego atender los problemas de salud, todo el tema relacionado por ejemplo con el carrusel de los pacientes que terminan no siendo atendidos, que porque están atendidos por EPS que no pagan, imagínate el impacto de muchas de ellas, es que esas EPS se quedaron sin dinero por que la plata se la robaron, entiendo que muchos municipios también los dineros en salud se utilizaron para financiar grupos al margen de la ley sobre todo en Arauca,

Casanare, Norte de Santander; entonces esa situación ha generado... ¿qué debería ocurrir o que debería pasar?, nosotros como IPS no deberíamos preguntar si el paciente está o no está asegurado o a donde está asegurado, nosotros deberíamos atender a todos los Colombianos y deberíamos pasarle las cuentas de cobro y las facturas directamente a ADRRES ¿sí?, porque las EPS debieran dedicarse específicamente a la labor del control de las enfermedades a una labor más de salud pública unido con promoción y prevención, si el paciente ya llega a una entidad como esta o a San Ignacio o Cardio infantil, yo no debería cerrarle la puerta a nadie yo debería atender al paciente con unas tarifas que deberían estar reguladas a nivel país y pasarle esa factura al Estado, para que el Estado directamente me gire entre los 60 y 90 días y si quieren con auditoria, ¿sí? pero debería cambiar dramáticamente eso, porque precisamente la corrupción lo que ha hecho es limitar el acceso y limitar la oportunidad a muchos de los Colombianos.

Entrevistador: ¿Es decir que una de las causas que propician estas prácticas de corrupción es esa tercerización del dinero y el flujo de dinero de mano en mano?

Entrevistado: Si, lo enredado del sistema, la cantidad de fuentes y la cantidad de entidades que al final terminan recibiendo esos recursos cuando eso debería ser absolutamente expedito y una sola relación directa.

Entrevistador: ¿Algo más de las causas?

Entrevistado: Perdida confianza, la pérdida de recursos que terminan derivando en la no atención y una sensación de inviabilidad del sistema futuro, el sistema no es malo y los recursos alcanzan, nuestro sistema está considerado como uno de los mejores del mundo y ejemplo para varios países y yo creo que hay que partir de eso que es lo positivo, para hacer algunos cambios que permitan simplificarlo, porque

los recursos al final esos 42 o 48 billones de pesos yo creo son suficientes para brindar la atención de salud a los Colombianos siempre y cuando se maneje de forma ordenada.

Entrevistador: ¿Cuál cree usted que ha sido la respuesta institucional del Estado ante la corrupción?

Entrevistado: La primera es la misma que recalco que es un cambio en los procesos al interior del sistema, al contrario, lo que han salido es una cantidad de normas que han venido es colgándole más bolsas al sistema y sobrecargándolo, entonces el Estado entendido como congreso, como los diferentes gobiernos, no han entendido que debe buscar es simplificarlo al contrario lo han enrarecido.

Este gobierno puntualmente está tratando a través de ley de punto final, a través de algunas modificaciones que esperamos se hagan con el tema de habilitación, con el tema de lo no POS, como que busca simplificarlo en algo pero, la primera respuesta ha sido fallida en términos de simplificar el sistema, la segunda que no se venía dando pero que parece que con este superintendente se va a dar o se está dando, es un mayor control efectivo y con dientes en las entidades y las personas que operan el sistema, entonces estamos viendo después de mucho tiempo de identificar entidades o aseguradoras o EPS que no vienen cumpliendo la tarea hoy estamos viendo un superintendente que lo está advirtiendo, lo está informado y está tomando decisiones de intervención, suspensión o liquidación entonces hemos visto como se han liquidado 5 EPS en lo que va corrido del año; antes se demoraban años en tomar decisión de una y ojala que sigan ese camino, trasladando los usuarios a las EPS que han venido tenido mejor funcionamiento.

Entrevistador: ¿Cuál es la propuesta que usted haría para mitigar o eliminar y si usted cree que podemos quitar la corrupción del sistema?

Entrevistado: Hay mucho ruido político, han habido algunas personas que han desde la asociación de clínicas y hospitales, el Dr. Juan Carlos Giraldo por ejemplo, han querido hacer cambios pero uno hay un cooptación política muy fuerte, hay unos intereses muy grandes en el congreso que no permiten que grandes reformas fluyan, entonces lo primero que deberíamos hacer es votar bien, hacer una renovación política que permita que realmente las personas que tienen que tomar las decisión de una eventual reforma del sistema, sean persona que estén motivadas por brindar una mejor salud a los colombianos y proteger mejor los recursos del sistema y no por tener mayor poder o influencia o poder en sus regiones, entonces votemos bien, lo segundo proponer a partir de ese primer cambio una reforma que simplifique el sistema, y no es acabar con las EPS es darle a las EPS como aseguradora, una función distinta al manejo del dinero, la Universalidad y cobertura que se ha logrado debería expresarse en términos de las IPS no tengan que validar derechos de nadie sino que realmente atiendan a todos los colombianos que llegan a un servicio de salud, lo tercero que trabajemos en red que realmente desde el sistema, le demos una categoría a las IPS de si son de 1,2, 3 o 4 nivel y que no estén tan árbitro del mercado, para que esa forma el paciente fluya dentro de la red de un primer a un cuarto nivel con un amplio conocimiento, con comunicación entre los médicos que atienden al paciente, con una historia clínica abierta e integrada a nivel nacional, sistemas de información y red de servicios unificada permite que haya realmente una información única a nivel nacional en beneficio de tomar las mejores decisiones para el paciente y adicionalmente a ayuda a disminuir sobre costos que se dan cuando el paciente va a una IPS le manda unos exámenes y a los dos meses vuelve a otra IPS y le mandan los mismos exámenes cuando los primeros todavía tienen valor para tomar una decisión médica, entonces creo ese deber ser el camino.

Entrevistador: ¿Cree que podemos tener unos sistemas sin corrupción?

Entrevistado: Hoy hay vientos a favor, uno porque tenemos un ministro que viene del sector hospitalario, que es una persona que también conoce de todos los temas de salud pública, que tiene una buena intención, está rodeado de buenos viceministros, tenemos un superintendente que está tomando decisiones en pos de depurar el sistema, de dejar a instituciones que realmente tienen indicadores de solvencia positivos, entonces yo creo que hay optimismo en el panorama de corto plazo para advertir que se puede comenzar un buen camino hacia yo no sé si la eliminación rápida de la corrupción pero por lo menos comenzar a eliminar su presencia y como todo, esto es un proceso, no hay saltos, ¡hay pasos! y creo que los pasos los estamos dando hacia adelante.

Entrevista 007.

13 diciembre 2019

Entrevistador: ¿Desde su experiencia usted que considera es corrupción?

Entrevistado: En general es todo uso indebido de recursos del sector público, en cualquiera de sus dimensiones, ósea una desviación de recursos que va desde, para mí, porque además tengo bastante arraigado el tema, la corrupción parte desde, si soy funcionario público y no cumplo con mi tarea, ¡eso es ser corrupto!, si soy un funcionario público y vengo a leer el periódico, ¡eso ser corrupto!, si soy funcionario público y favorezco ciertas cosas o pido ciertos favores, ¡eso es corrupto!, entonces va desde los más simple del cotidiano del actuar del día a día, hasta los más complejo que es desviar recursos de manera directa, es tomar recursos contantes y sonantes del sistema y usarlos en cualquiera de las aristas y usarlos a beneficios propio.

Entrevistador: Nos gustaría saber más de su perfil en el sector, su experiencia y trayectoria en el mismo.

Entrevistado: Soy bacterióloga, soy la XXX y llevo más de 20 años en el sector público en distintos cargos, desde el orden departamental, desde secretarías de salud y docente universitaria.

Entrevistador: la corrupción entendiendo que se mueve en el sector salud, ¿para usted que es la corrupción en salud?

Entrevistado: Pues retomo el concepto general y es el uso indebido de los recursos de todo tipo insisto no solo el tema monetario, porque la gente tiene en su cabeza el desvió del recurso, utilice, pedí la coima, se favoreció, pero también parte de lo comportamental el no actuar, el no hacer por lo que se paga con dineros públicos, ¡eso es corrupción!, pero también el uso indebido de ciertos elementos como la información, ósea el falsificar información, el modificar información interpretar de manera amañada la información, ¡eso es corrupción!

Entrevistador: La corrupción entonces es muy amplia ¿cierto? ¿Cuáles cree usted que son la causas que hacen que sé que la corrupción permee los sistemas de salud en general?

Entrevistado: ¡La falta de control!, la carencia de controles en todos los niveles hace que entre la corrupción entre por la ventana y salga por la puerta y viceversa.

Entrevistador: ¿ósea los sistemas de salud serian sectores en los que hay muy poco control?

Entrevistado: ¡Sí!

Entrevistador: ¿En nuestro sistema habría otro tipo de causas que propiciarán?

Entrevistado: Para mí lo más importante es el control, pero para antes del control están los temas de los individuos, de los sujetos, lo que cada sujeto tiene, los principios, los valores, la ética y creo que eso es el primer eslabón para evitarlo ¡es eso!, una persona con principios recios, fuertes, no va a ser corrupta así tenga la oportunidad de frente y uno la ve, claramente, hay personas que pueden tener la oferta directa de cualquier tipo ¡y pues no lo hacen!; y vuelvo para mí es muy emblemático el tema de los funcionarios públicos desde el punto de vista de la corrupción, porque uno encuentra y es muy fácil ser funcionario público y perder el tiempo, ¡eso es súper fácil! y el imaginario que hay del funcionario público es que no hace nada, ¡es verdad!, no son todos, no somos todos, ¡pero hay!, que llegan a leer el periódico, ¡hay! que llegan a poner la chaqueta, ¡hay!, ¿quién controla eso?, es muy difícil de controlar ¡sí! hay unos elementos de control, pero es difícil ¿porque unos lo hacen y otros no? porque lo que tienen sus valores sus principios en autocontrol, por más fácil que sea venir y perder el tiempo, hay personas que llegan a trabajar ¡y lo hacen! ¡y buscan! ¡y hacen otras cosas! Entonces, la base es la formación los valores y el individuo, además que se vuelve un tema muy fácil de permear porque si el vecino lo hace pues ¿yo porque yo no lo hago? Si el vecino no hace nada igual gana el mismo salario que yo pues ¿yo por qué no lo voy a hacer? ¿sí? y nadie le dice nada, entonces es complejo, porque la cultura y más la cultura colombiana es una cultura de poco control, no aceptamos el control y cuando uno está de este lado, de ser jefe, ¡es difícil!, porque la gente no acepta las equivocaciones y más hay un segmento de una generación que no acepta que se equivoca y que no acepta la corrección y que no acepta el control, entonces se vuelve muy difícil y es más fácil abandonar el control, que uno ganarse problemas por está controlando, entonces mucha gente desiste de hacer el control y se vuelve un tema generalizado.

Entrevistador: Este impacto que generaría la corrupción a nivel social y cultural en los sistemas de salud, ¿usted cómo lo evaluaría?, no solamente en términos de pérdida monetaria, o de recursos sino el impacto en general de la corrupción en los sistemas de salud en especial aquí en Colombia.

Entrevistado: Tiene para mí y suena a frase de cajón, pero es el principal problema que tenemos, ¿Por qué? la corrupción afecta pues primero y tú lo planteas lo monetario pero detrás de lo monetario están las personas y finalmente, es que no se garantiza el derecho a la vida, entonces toda esa cadena lleva a que el derecho a la salud no se haga verdadero, entonces la desviación de recursos, el que no esté el medicamento, el contrato amañado, la persona que no cumple, eso se suma ¿y en que termina? ¿una persona que no tiene acceso a los servicios! ¿entonces finalmente la consecuencia es? ¿un bloqueo a la garantía del derecho a la salud! además de eso un riesgo reputacional del sector muy fuerte, entonces reputacionalmente ¡estamos mal!, y cuando salen por noticias, que el cartel XYZ, termina incidiendo de manera directa en la credibilidad del sector, entonces no es solo la fuga del dinero, es la materialización del riesgo en la ausencia de la atención sobre las personas pero también en la des legitimidad del sector y en particular de ciertos sectores, pérdida de la institucionalidad en todos los niveles; por el cargo que tengo actualmente, pero además por elementos anteriores uno identifica que la corrupción ¡esta tan dispersa, está en todos los niveles! ósea esta en todos los niveles, entonces desde casos que uno conoce de gerente de un hospital que pide 10 pesos por cada guante que se use en su hospital, hasta los altos niveles de corrupción que tiene que ver con miles de millones, pero entonces uno lo encuentra en toda la cadena, y finalmente la discusión y la conclusión a la que uno llega es que el sistema de salud colombiano la catasia es suficiente, sino se quedara tanto en el camino, si no hubiesen tantos elementos que desvían, ¡sí! sería un buen sistema de salud.

Entrevistador: ¿cuál cree usted que es la causa como tal del sistema colombiano que hace que llegue la corrupción al sistema general de seguridad social en salud?

Entrevistado: Para mí y lo decía ahorita es un tema de individuos, la principal causa es un tema de valores sobre sujetos, hay un primer plano que es el individual y por eso te lo digo porque a título personal creo que a uno se le presentan muchas oportunidades y lo ve uno claramente, pero los valores y los principios es el primer escudo, entonces uno dice no, ¡yo no! si esta no esta tan fuerte, vienen los otros, yo lo veo como unas capas de una cebolla, la primera capa es el sujeto, es el individuo, el primer blindaje son los valores del individuo y ahí hay una responsabilidad como sociedad y de formación de las personas que están saliendo, la formación en valores hace parte de y no solo de este sector sino para todos, entonces es el primer nivel, el siguiente nivel tiene que ver con los controles, los controles sobre los sujetos y sobre los procesos y entonces el no tener muy claros esos controles o dejar los controles a mitad de camino, hace que pase a mayor avance, por ejemplo existe un sistema donde se mide el índice de transparencia que es manejado desde la secretaria de la presidencia de la república, me imagino que ustedes lo conocen, hicimos una evaluación de ese sistema y ¿hasta dónde llega? ¿hasta hacer unos planes! ¡y ya!, cumpla con la tarea, puede que esté la norma ¿yo? si no hay seguimiento, no hay control, identifico el riesgo pero si no lo sigo, lo controlo, para mitigarlo ¡pues no hice nada!, entonces mucho del tema de... tiene que ver con la ausencia del control, o que el control se desvía en el camino o queda a mitad de camino por cansancio, porque se desiste, y el otro tema para mí que va en ese nivel de capas es la complejidad y la segmentación del sistema, favorece porque hay muchos pedacitos y cada pedacito, cada partecita, puede por ahí derivar el tema de corrupción, normativamente tenemos muchas normas y somos un país hipernormado, pero hacemos la norma pero no generamos el control para el cumplimiento de la norma entonces ahí vuelve y esa es la otra capa y yo creo que otro tema que incide mucho y es que nuestro sector es un sector que está definido de libre mercado, ósea la ley 100 dijo este es un sistema de

libre mercado, pero regulado por el Estado entonces el libre mercado hace que entre a jugar las reglas de compra y venta de servicios, de bienes y servicios como se da en cualquiera, pero el estado dice venga yo lo regulo porque es que no puedo mercantilizar algo que esta conexo al derecho a la vida como es el derecho a la salud, entonces yo señor Estado lo voy vigilar y ¿cómo? No tenemos sistemas de información que nos permitan hacer ese control, entonces si no tengo claro el control, no tengo el sistema de información ¿Cómo?, para mí se ha vuelto un caballito de batalla el tema de la contratación, la contratación en el sector salud es un tema abierto a libre mercado, hay una reglas establecidas por un decreto o es la resolución perdón que es la 4747 y finalmente no hay como controlar, entonces ¿cómo es la contratación entre aseguradores y prestadores? pues es un mundo diverso y complejo, que es muy difícil imprimir un control sobre ese puntico especifico que puede generar muchísimos elementos de corrupción entonces la diversidad, la segmentación hacen mucho más difícil el control.

Entrevistador: ¿Haría usted una relación de pronto ya más a lo macro entre lo político y la corrupción, o la política y la corrupción?

Entrevistado: ¿Que es la política?, es el acuerdo social y la gestión y ¡otra cosa es la politiquería!, la política por supuesto es la que establece las reglas para poder que una sociedad funcione, y ahí dentro de esas reglas estarían los controles para evitar la corrupción, desde la política en el deber ser, lo que pasa es que uno le dicen política y de una vez se va para el otro lado, que es las relaciones no sanas de la política y la ejecución no sana y adecuada de la política, que termina generando intereses y ahí si hay una relación directa, ¡por supuesto!, en el manejo inadecuado de la política.

Entrevistador: Desde su experiencia la respuesta institucional que ha tenido el Estado, el gobierno en contra de la corrupción, ¿cree usted que ha sido adecuada? ¿no ha sido adecuada? ¿cuáles cree usted

que han sido las propuestas de respuesta ante este fenómeno que lleva bastante parte del presupuesto y afecta el acceso?

Entrevistado: Primero esta tan disperso que es muy difícil identificarlo todo, lo poco que se logra identificar dada la ausencia de información y la ausencia de controles es muy poco, es difícil lograr evidenciarlo y somos un país legalista, entonces para poder efectivamente poner en el plano de que aquí hay una práctica corrupta, hay que tener una serie de evidencias y pruebas de que la ausencia del sistema de información no permite tenerlas tan claras y si esto no esta tan claro, pues no está la posibilidad del control y de la sanción que es lo que finalmente empezaría ajustar un poco el tema, entonces ¡sí! si se da pero un poco más, pero completamente insuficiente

Entrevistador: ¿Que respuestas ha visto usted, que opciones ha visto usted que haya hecho la superintendencia o como tal el gobierno?

Entrevistado: Por eso te digo no es solo la plata, y para mi esta antes que la plata, hay otras cosas, que marcan más que la misma plata, ¿qué hace la superintendencia? La superintendencia tiene dos modelos de supervisión, por cumplimiento y por riesgo, ¿sí? la de cumplimiento está muy en que ejecuto o no ejecuto pensando en corrupción, pero por riesgo se ha ido avanzado en generar alertas tempranas, entonces nosotros vamos en vía de construcción de un sistema de alertas tempranas, que nos permite identificar elementos de alerta previos a que se presente y se materialice elementos de corrupción; nosotros vamos en exactamente la misma vía que la contraloría con el modelo de control preventivo, un modelo que nos permite identificar previamente; ¡Por ejemplo! nuestro modelo de supervisión basado en riesgos y no puedo hablar de lo financiero porque no es de esta dependencia, pero en el tema por ejemplo de salud, cuando nosotros analizamos y lo pongo como ejemplo específico, nosotros analizamos

indicadores en salud, información en salud y uno dice ¡esto no puede ser! yo no puedo tener una EPS que tenga una cobertura de acciones de promoción y prevención por encima del 90% y se les esté materializando el riesgo con mortalidades maternas y perinatales por encima del rango de promedio nacional, ¡esto no cuadra!, ¡aquí hay algo raro!, vamos y verificamos y efectivamente hay un manejo no claro, opaco de la información, ¿ahí que estamos haciendo? A partir de algo que nos genera una alerta devolvemos a generar el control ¡y ya lo estamos haciendo! desde el punto vista de distintas aristas con alertas tempranas, entonces creo eso es mucho más eficiente a esperar a darnos cuenta del cartel de la hemofilia cuando ya se fue una cantidad de plata, entonces nosotros preventivamente ¡espérese! ¿cuantos afiliados tiene? ¿cuál es la prevalencia que yo tengo de hemofilia para esa región?, ¡esto no me pueda dar!, entonces ya este tipo de análisis nos generan alerta que ya nos lleva a otro plano más preventivo.

Entrevistador: ¿lo hacen de manera independiente o en conjunto con la contraloría también?

Entrevistado: ¡No!, por ahora es independiente, pero también dentro de la línea de crecimiento de plan de desarrollo, hay un tema de interacción con todos los controladores que llaman la red de controladores, que busca entorno a un tema todos los controladores unírnos en un enfoque de monitoreo y alertas tempranos

Entrevistador: Doctora y para finalizar, son ustedes el principal ente de vigilancia y control que tiene el sistema de salud, ¿qué propuestas cree usted que ayudarían a mitigar o a eliminar por completo si llegase a ser posible la corrupción?

Entrevistado: ¡Yo insisto en el tema de formación!, este un tema que hay que trabajar desde el sector educativo, desde el kínder, ¡desde párvulos!, es más desde las familias, pero pues incidir en familias es muy difícil, pero eso se debe trabajar desde la formación y uno lo ve claramente los perfiles

de formación porque hay niños que... y pongo de ejemplo de a mi hijo, mi hijo llega del colegio con los bolsillos llenos de papelititos, del dulce que se comió de no sé qué, ¿porque? Por qué no es un tema de aquí (muestra la cabeza), ósea él ni lo piensa, y el no piensa en pasarse un semáforo en rojo jamás, eso no lo codifica, ¿sí? y ¿eso porque viene? Pues una parte de casa y otra parte de la formación en valores en principios, en respeto, en consistencia, ¡para mi desde ahí parte! pero bueno, eso es un poco complejo, es desde el mundo ideal.

Entrevistador: Nos decían desde el ministerio aquí en Colombia desde chiquitos los niños aprenden que “ha papaya puesta a papaya comida”

Entrevistado: ¡Así es tal cual! entonces y el papá, “venga mijito y ve como me adelanto en la fila”, ¡no sea bobo no se deje!; mientras no cambiemos esa cultura pues es complejo, va haber controles que pueden mejorarse pero siempre haber como por debajo buscarle la trampa y el otro tema cultural que creo hay que debemos transformar como país es el tema de ¡aceptar que nos equivocamos!, ósea es muy duro ver uno gente que no acepta la crítica, ¡no acepta el error!, que no aceptan las normas entonces ¿de ahí para allá que?, si desde un funcionario no acepta que se equivoca ¡eso es corrupción! y de ahí para allá puede pasar cualquier cosa si pasa algo pequeño, ¡pasa en lo grande! eso sería un plano; pero también está el plano de ser más juiciosos con los controles, ósea y eso no quiere decir que el país haga más cosas, ¡no más normas!, ya gracias, ¡suficientes hay! Es sígalas, monitoréelas, revíselas y eso les cae también a los organismos de control, también sean responsables en el ejercicio del control que hacen, si usted pide una información ¡léala! si usted está pidiendo un reporte de información, ¡estúdielo! ¡devuélvalo! sea consistente, sea coherente, ósea mejore los mecanismos de control que ya hay puestos en el país y creo que hay un tema particular en el sector que hay que revisar y es el tema de la contratación del sector salud, hay que entrar mirarlo.

Entrevistador: ¿Creería usted que hay que fortalecer un poco más la Supersalud, se ha dejado sin presupuesto? nos dijeron desde varios gremios, que realmente lo que aportan a la Súper es muy poco.

Entrevistado: Es que mira la Superintendencia hoy tiene alrededor de 45.000 vigilados más o menos, estamos esperando por un tema normativo que entren alrededor de otros 15.000 estaríamos hablando de 60.000 vigilados, la planta de personas que hacen el ejercicio de inspección, vigilancia y control de la superintendencia no llega a 200, quitando a los administrativos y demás, las personas que de verdad ¿Cuál es la relación? mientras que si tú vas a la Súper financiera, la relación de personas para el ejercicio de IVC versus vigiados, es completamente distinta, entonces desde ahí parte mucho de la imposibilidad de hacer control.

Entrevistador: ¡Claro es muy difícil!, siempre nos han dicho eso, realmente uno de los problemas más grandes es que nunca se le dio el peso que tenía al único órgano que iba a ser el encargado de la inspección vigilancia y control; ¿usted creería que sería bueno para ese ejercicio, la relación entre otras superintendencias, crear una red entre superintendencias?

Entrevistado: ¡Por supuesto!, ¡red de controladores y red de superintendencias! porque es que esto es un mundo complejo, en términos generales el mundo se mueve en una lógica de complejidades y aún más el sector salud, entonces cuando yo miro una EPS que es capitalizada por una asociación de 5 IPS ahí yo tendría que mirar con Supersociedades, ahí tendría que mirar con Súper financiera ¿de dónde vienen los capitales? y ahí tendría que mirar ¡la Súper salud! ósea es la interacción de muchos elementos que entran, entonces hay que mirar las aristas con superintendencias pero también con controladores.

Entrevista 008.**8 de noviembre de 2019**

Entrevistador: Para empezar la entrevista nos gustaría que nos contara de usted, de su perfil, de la experiencia que ha tenido en el sector.

Entrevistado: Bueno, Yo soy XXX soy XXX nací en XXX. Hace 53 años, estudié todo lo que es la educación básica primaria, la media en Manizales y después estudié Medicina en la Universidad de Caldas, me gradué en el año de 1988 es decir que voy a cumplir 31 años de egresado. El énfasis que tenía era medicina de urgencias, era lo que más me gustaba y lo que más hice en la práctica clínica que tuve. Después de terminar la carrera tuve varios cargos que son usuales en un médico general recién egresado, hice el rural en un pueblo en el oriente de Caldas que se llama Marquetalia, me quedé allí abrí consultorio particular hice medicina general, bueno en esa época los generales hacíamos muchas cosas, en ese pueblo estuve en 4 y 5 años, después fui Director del hospital, después me fui a Medellín a gerenciar una clínica, entonces hacía mucha parte asistencial y empecé a mirar los temas como de administración, luego vine aquí a Bogotá a la Javeriana hacer la Maestría de Administración en salud eso fue en el año 1993 al 1994 en el 1995 me gradué de esa Maestría.

Al final de 1994 empecé a trabajar en el XXX, hacía dos cosas, era médico Hospitalario del hospital de Meissen hacía turnos cada 5 noches, pero también asesor del XXX y empecé allí a tener esa dualidad de la carrera que después se resolvió porque al poco tiempo en año 1997 fui nombrado XXX. Entonces, ahí ya no podía seguir haciendo clínica, eso para decirles que tuve 10 años de ejercicio clínico, muy centrado en el tema de urgencias, después arranque por esta vertiente que es la administración de los sistemas de salud.

Antes de eso debo decirles que mi tesis de la Maestría fue algo importante. para mi desarrollo de carrera, yo hice una tesis sobre la evaluación de la calidad en el sistema de salud y después de eso esa tesis se convirtió en un digamos... ese marco, ese diseño teórico que se construyó ahí, después de salir del XXX entre el 1997 y final 1998 fui a trabajar a la XXX, 1998 finales hasta el año 2000. Allí en XXX fui Defensor delegado para la salud y la seguridad social y allí apliqué la primera encuesta Nacional de calidad percibida por los usuarios que eso fue como un hito en esa época de la evaluación, no era usual, había pequeñas encuestas; fue un estudio Nacional que marcó la pauta de trabajo de la XXX y parte del sistema de salud desde esa época. Estuve en la XXX hasta el año 2000 con un XXX que ya falleció. Eso fue hasta el año 2000 y del año 2001 estoy acá en el gremio Hospitalario XXX. He estudiado otras cosas, una especialización en Alta Dirección del Estado, otra Maestría en Gestión de Centros y servicios Sanitarios, la Especialización en la ESAP, la otra Maestría en la Universidad de Barcelona y bueno otra cantidad de estudios y digamos menores hice diplomados y otras cosas uno en la CEPAL y otros que sería dispendiosos decirlos.

Durante este tiempo acá para terminar esta parte como del perfil, he hecho la labor gremial pero gran parte como un mensaje para ustedes que están terminando la Maestría; todas las herramientas que me dio la Maestría en Administración en salud, las he desarrollado acá, específicamente en la investigación, porque yo lidero el equipo de investigación nuestro, en este gremio y la investigación como se los dije tal vez en aquella reunión de aquella noche es la base del trabajo nuestro, entonces todas esas herramientas han sido muy valiosas para diseñar aprender a preguntar para elaborar hipótesis, para hacer estudios, para creer críticamente la información que conseguimos, y muchos de esos estudios y documentos han sido publicados en XXX; digamos que ese es como un resumen de perfil.

Entrevistador: Cómo le veníamos comentando, nos llama mucho la atención que la corrupción ha sido y sigue siendo y seguirá siendo uno de los temas más álgidos dentro de los sistemas de salud; siempre lo que hemos encontrado en las revisiones que hemos hecho es que se tiende a llevar siempre hacia el lado punitivo, más no a encontrar las causas o a intentar mitigar las mismas. entonces, ese es como el Core de nuestra investigación y lo que queremos hacer para ello, por esos buscamos personas de cargos Directivos en toma de decisiones que nos ayuden a entender un poco más el fenómeno ya en nuestro sistema y nos ayude a proponer una serie de mejoras que ya mas adelante vamos a plantear en nuestra investigación. Entonces, la primera pregunta que le haríamos es que desde su experiencia ¿para usted que es la corrupción?

Entrevistado: Hay muchas definiciones, pero la que me gusta es, el aprovechamiento para fines particulares de unos recursos que han sido generados o creados para fines de bienestar común. Eso para mí es la corrupción y ese aprovechamiento de recursos no solamente en dinero, en información, en influencias, en poder, en capacidad de conocer o acceder a conocimiento y a otra serie de recursos, los más visible en la corrupción y en esa definición, es muy pegado al tema de recursos, si siempre se piensa en plata hay muchas otras formas que le hacen a ustedes recordar que sí, está digamos la corrupción en términos monetarios pero hay otra serie de corrupciones como la corrupción técnica que es algo limítrofe, yo creo que ustedes lo conocen bien en todo el glosario de términos y en el acervo de conocimientos que ha estudiado pero la corrupción técnica es una de las más difíciles, de diagnosticar, de detectar porque usted va a caminando sobre el filo, el borde entre lo legal y lo ilegal y hay grupos que aprenden a aprovecharse de los marcos legales vigentes como para conseguir sus objetivos que son usualmente individuales y de aprovechamiento personal.

Entrevistador: Es de las cosas que más se ha encontrado, la persona que normalmente navega en ese límite tiende a ser una persona que desarrolla conocimientos inclusive, los dice la literatura, un poco más amplio, porque saben cómo moverse y entender también la regla, que no se sabe si están partiendo desde la legalidad o la ilegalidad.

Entrevistado: En un país como el nuestro, ahondó un poco en esta respuesta, tenemos yo creo que serias limitaciones, en todo lo que tiene que ver con los conflictos de interés, las inhabilidades y las incompatibilidades, y lo que se llama popularmente la puerta giratoria; que es el paso de personas de sitios de poder a otros sitios con interés en ese poder que se tenía antes y después ese retorno en ese carrusel, ese es uno de los caldos de cultivos poco visibles pero muy eficaces para obtener corrupción, ustedes lo han visto con muchas figuras públicas, están en un sitio crean una normatividad crean una serie de marcos y después salen a los otros sitios a cobrar el favor y de todas las cosas que han diseñado previamente; en el sector salud se ha visto eso también.

Entrevistador: Doctor ¿Porque permea la corrupción en el sistema de salud?

Entrevistado: Este no es un tema como de respuestas tan telegráficas, pero digamos, hablemos de lo tradicional, que es el tema de la corrupción en el uso de recursos financieros o monetarios de un sistema. Nosotros tenemos un diseño del sistema de salud que es proclive a la corrupción, porque es un diseño hay una frase que me gusta mucho de Daniel Coronel que ustedes lo conocen bien y es una persona que gran parte de su ejercicio periodístico ha sido buscar la corrupción, denunciar la corrupción, y él decía: “¿Usted quiere saber en dónde está la corrupción? siga el dinero!” Bueno, qué pasa acá, nosotros diseñamos un sistema, no voy a hablar de los sistemas anteriores pero este sistema nuestro, el primer punto es que tiene muchos recursos, entonces ya es muy atractivo, tiene muchos recursos ustedes saben

las fuentes, saben cuánta plata se mueve cerca de 50 billones al año y cuando usted lo ve en el concierto de la economía Nacional eso es un porcentaje importante del PIB; es decir, esto no es una cosa microeconómica esto es macroeconómico. Hoy es por ejemplo es el tercer sector después del tema de pago de deuda pública de educación y de pronto de Defensa, ahí está salud como un sector que tiene muchos recursos, pero entonces diseñamos un sistema, creamos una fuentes de financiación que final nos consiguen todo este dinero, pero los controles del dinero han sido ex ibos no diseñamos unos esquemas de contabilidad y trazabilidad de los recursos que fueran fáciles de implementar desde el principio, no disponemos de un sistema de información público, y no pueden ustedes dejar esa lista suelta en la investigación. ¡La información es poder! y gran parte de los que aquí se han lucrado o han hecho corrupción conocen muy bien la información, eso se entiende saben dónde está, producen la información o la acaparan, eso es fundamental. Entonces, muchos recursos con unos temas contables que se ha desarrollado poco a poco que no han sido los mejores, con un flujo de información o una visibilidad de la trazabilidad de los recursos que ha sido muy escasa, apenas hasta ahora, estamos empezando a hacer el seguimiento al centavo, en cada uno de sus movimientos y con un manejo que es un como una especie de descentralización del recurso. Cuando creamos el esquema Eps que estábamos pensando en esa época, hay mucha corrupción, hay una plata acumulada aquí en este nivel digamos un nacional o subnacional. Hagamos que el sistema, llegue hasta donde está el ciudadano, cambiemos de un subsidio de oferta que es centralizado a un subsidio a la demanda que es personalizado, y creamos unas entidades que hagan esa administración de esos recursos. Entonces, lo que hicimos fue, conseguir mucha plata, con muy pocos ojos, muy pocos oídos y además con muchas manos que tocan la plata. Ahí es donde está el gran problema, usted lo puede llamar intermediación, otros lo pueden llamar administración, otros lo llaman aseguramiento, que es un símil, que digamos no es correcto, pero ¡ahí es donde está el problema! y aparte de eso; los vigilantes, los policías, las entidades inspección vigilancia y control o han llegado tarde o casi que han incurrido en asuntos de corrupción. ¡técnica! Precisamente por no saber interpretar, por no saber

entender cómo se le hace el seguimiento a los recursos o a veces por no mirar, eso es tan grave que mejor dejemos que eso se componga, en el fondo aquí hubo una transacción muy importante que hizo el Estado Colombiano, todos como sociedad dijimos un sistema de salud es tan complejo y tan difícil de manejar de administrar y de gestionar, que lo que podemos hacer mejor es hacer una tercerización, y una ¿tercerización en qué? se creó un mercado, entonces tercerizo a él, el manejo de todo el sistema. ¿cuál es el problema? No es tema simple de una intermediación, sino que eso, se tiene que entregar, pero se debe tener unos pesos y unos contrapesos es decir eso no puede ser yo le entrego llave en mano de esto y haga usted lo que quiera, eso fue lo que sucedió, usted lo debió entregar con unos manuales de operación con unas hojas de rutas claras con unas responsabilidades para usted poderle hacer rendición de cuentas y evaluación al desempeño del sistema y de los operadores del sistema. ¡Eso no paso! Hoy todos lo que ustedes están viendo, es el desplome, mejor dicho, se hizo evidente todo lo que estaba pasando, pero ya muy tarde, las entidades de vigilancia y control prendieron las luces y vieron esto, pero cuando ya se han llevado gran parte de la institucionalidad y de los recursos y de las cosas.

En resumen, para mí el tema de la corrupción en salud, hablando de platas y digamos de lo macro, parte de ahí, del propio diseño, nosotros creamos un sistema que dejamos que corriera libre, un mercado que no se controló, un mercado que no tuvo gobernabilidad porque el Estado le dijo: “¡téngalo usted!” Es decir, los gobiernos fallaron en eso, lo entregaron. y la solución fue cual, ni siquiera es un tema de sector privado entre privados, públicos, mixtos, entidades territoriales; todos vieron que había una gran oportunidad, que había unos recursos que no se administraban, mejor dicho, sí se administraban bien o mal, no había diferencia, se podían quedar y eso fue lo que sucedió; No había los elementos ni contables, ni de información, ni de visibilidad, ni de vigilancia y control suficientes para hacerle el contrapeso a esa tercerización. De manera que se configuran, lo que ustedes conocen que es común una captura del regulador, una captura del vigilante, por parte de ese mercado, es decir, esto creció tanto, se hizo más

poderoso que el propio sistema, que el propio gobierno y ha venido, avanzando, derrumbándose y comiéndose el propio sistema. Hasta el punto de que ya... ¿hasta dónde puede llegar eso? pues hasta donde hallan recursos. ¿Porque estamos en la crisis que estamos hoy? porque eso al principio daba muchos retos, es decir se podían quedar con unas cosas, hacer integraciones por acá, distraer el recurso, hacer las inversiones, pero lo primario que era la atención de la población, todavía no les demandaba mucho, necesitaba un margen, distraían los recursos para hacer este tipo de cosas e ir adquiriendo poder; la población todavía no estaba tan enferma. Hoy la población crece en la demanda, en la frecuencia de uso, entonces, ya no son capaces de sostener todo lo que hicieron acá, han tenido que distraer plata para su objetivos original que es pagar la atención de la población y ahí si ya se les quedó, entonces ya se ve el hueco, entonces como auto contenido, es una implosión, lo que ustedes están viendo hoy, es una implosión porque ya no alcanzan los recursos, se han inventado muchas cosas, lo no PBS, las zonas grises para tratar de seguir distraendo y tocando otras puertas para conseguir dinero pero ya no hay entonces esto auto contenido, entonces una implosión, entonces una fase que estamos viendo hoy, yo sé que suena catastrófico pero pues es lo que yo estoy viendo tal vez les mostré algunos indicadores aquí en esa ocasión, lo de habilitación financiera para demostrarles a ustedes que no es carreta que la mayoría están sin la capacidad para responder y por mucho que les adicionen en la UPC o les den plata ahora, no les va alcanzar porque ya adentro la ambición les desequilibra toda la ecuación.

Entonces, eso es lo que yo veo como corrupción, como el tema macro, ¿cuánto vale eso? no se y ustedes tienen que... y yo supongo que la investigación de ustedes tiene que llegar a hasta ese fondo, cuando ustedes hablan de los sistemas, ahí digamos hay temas francos de corrupción, se robaron la plata por ejemplo; el señor tal construyó las canchas de golf en tal sitio o las canchas de tenis o patrocinó el reinado ,el equipo, se gastó la plata con los amigos ¡eso es corrupción pura! usaron la plata que era destinada con parafiscalidad, para atender una población y la usaron para otra cosa, muy bien, esa es la

corrupción según la revista Dinero y la contraloría hace unos años, eso podría ser entre 4 y 5 billones de pesos al año, no sé de dónde sacaron la cifra no me puedo comprometer yo con la cifra pero ustedes tienen que hacer la disección porque tienen que mirar que hay una serie de ineficiencias que rayan también con la corrupción pero no sé si ustedes la puedan calificar así o les cabe dentro del tema de corrupción técnica, que son los costos de administración excesivos, los costos de transacción, los costos de intermediación cada uno de ellos tiene diferencias. Yo supongo que ustedes ya ahondaron por ese lado. Al final tienen que hacer esa disección y al final van viendo como hay muchas ineficiencias, entonces este es un sistema que para poderse manejar tienen que gastarse todas esas platas en eso, gastar hoy unas cosas excesivas en supervisión, permitir el funcionamiento de las EPS que administran y se van por encima de los topes de la administración que tienen, generar todos estos costos transaccionales para la población, las autorizaciones, las idas y venidas los desplazamientos las negaciones. Eso, genera una transaccionalidad que es costosa para el sistema y la intermediación la fragmentación y la segmentación todas esas les genera ineficiencias a un sistema que a mi modo de ver, eso cuando eso ya es tan crónico, es decir, tan reiterado, tan visible, a mí modo de ver, ya me parece que eso es corrupción porque al final del día terminamos gastándonos una plata, para algo que no nos está agregando salud, cierto usted se está gastando 50.000 mil cosas, usted lo ve en una clínica ¿cuantos procesos y reproceso tenemos que hacer? mire los ejércitos que tenemos en las áreas administrativas especialmente en facturación y en auditoría. ¡eso es absurdo! ¿cierto? cuando la factura electrónica está inventada. Cuando la interoperabilidad existe en todo el mundo, cuando hay tantas cosas que son un software o son un aplicativo, aquí no, aquí es a manito y el próximo proceso que es igual es a manito y se devuelve y le tachan a usted y usted cuanto tiempo pierde ahí, plata, eso le suma costos al sistema son limítrofes yo creo que en algún momento cabe dentro de eso que uno llamaría corrupción técnica, por supuesto, los sistemas se tienen que administrar y uno tiene unas platas para la administración, y para la auditoría, y para los reaseguros pero yo creo que aquí estamos en exceso, un país como es Estados Unidos que no es un ejemplo de nada en salud, se está

gastando cerca de un 40% entre corrupción, intermediación, transacción y administración. ¡40%! y allá tienen todos los sistemas de información y de allá vienen los grandes consultores que nos enseñan cosas a nosotros; entonces imagínense ¿cuánto se irá?

Entrevistador: Si, nosotros hemos visto... que realmente, mira el impacto económico a nivel macro como usted nos dice, pues ha sido un poco complejo. La verdad porque aparte de eso, las fuentes de información, la información que se da, tampoco da como muchas luces sobre eso. Pero entonces, aparte de lo macro ¿Qué impacto, cree usted que tendría la corrupción, en el sistema general de seguridad social en salud? ¿Cómo mediría usted, ese impacto en lo social, cultural, pues económico ya vimos que es un poco más difícil de calcular?

Entrevistado: Bueno, yo creo que la parte más fácil es ¡la económica! usted puede mirar otros países y hacer una extrapolación con respecto a los índices, yo les entregue a ustedes un estudio de los países, ¡eso es fantástico! Mire usted, que uno de los validadores era el índice de transparencia, en el extremo derecho está ese con el IBH (Índice de desarrollo humano) y eso tiene una correlación ahí ustedes vieron en el texto a mayor corrupción menor desarrollo y resultado en salud y a menor pues mejor, entonces lo otro es cuantificar el valor del dinero que se está perdiendo, yo creo que eso es difícil, pero no imposible. Lo otro que me está preguntando es más difícil, porque casi que son intangibles, yo que le digo a usted el gran impacto para nosotros ¿cuál es?, es el tema de la asistencia a la población, porque cuando usted el señor de la EPS X se le gasta la plata en lo que no toca y ustedes saben de los 100 puntos de la UPC entre 8 y 10 son para la administración y el resto es para prestación de servicios, cuando el personaje se gasta el 90%...el 45% en todas esas cosas, las integraciones verticales que no corresponden, todas esas cosas que ya les mencione, pues los otros 45 puntos no le alcanza para cubrir la asistencia a la población, entonces, el impacto de la corrupción se ve en el acceso y la oportunidad.

Eso me da a mí el pie para el discurso que ustedes conocen, de lo que es la cobertura pixelada, pues no es lo mismo, ese señor esa cobertura que se está gastando la plata en lo que corresponde, yo creo que ahí es uno de los impactos. No sé, Si exista algún estudio en donde uno pueda cuantificar eso. Corte constitucional ha estado ahondando en ese tema, en una comisión de seguimiento de la sentencia T760. Ellos tienen información, el superintendente, reciente con un discurso que él dice que tiene las 40 formas de la corrupción en el sistema, entonces les dice de todo, el medicamento que no se entrega, hasta el medicamento que se formula mal, pasando por la EPS que se roba la plata o la IPS que induce la demanda de lo que no toca o el paciente que vende los insumos de lo que le entregaron. Es decir, ahí hay como una tipología y de ahí ustedes podrían sacar alguna conclusión si me pregunta a mi como gremio hospitalario para nosotros el impacto brutal de la corrupción se da en el daño a la cobertura, acuérdense que la cobertura tiene 3 conceptos por dentro acceso continuidad y coordinación si eso no funciona simultáneamente eso no es cobertura real y ustedes ven acceso continuidad y coordinación tiene que ver con la oportunidad lo que pasa cuando esta gente distrae los recursos hacia otros usos, es que dañan la oportunidad y daño del acceso, la cobertura real de la población. Para mi es ese, digamos es uno de los puntos que son como medio intangibles pero que uno haciendo un estudio a propósito podría cuantificar, podría usted coger par de cohortes. Claro que, en la Maestría, uno no lo hace, porque tiene que ser investigaciones que sean razonables y que le permitan graduarse a uno, que sean monografías, pero es un estudio de campo bien interesante para entidades de vigilancia y control y es mirémoslo en resultados, resultados sanitarios. Miremos las cohortes poblaciones afiliadas a un ENTISALUD o alguna que están metidas hoy en el ojo del huracán, una salud vida por ejemplo y comparémoslo con una cohorte de los que si tienen o que están afiliados a una EPS que están usando la plata en lo que toca, digamos un compensar aquí en Bogotá o bueno un SURA, escojan dos, ahí tienen que haber diferencias.

Parte de la corrupción también, es falsear la información y entonces, queda uno perdido, ¿que toca hacer? hay que salir hacer encuestas, hay que salir y hacerlo de manera objetiva, uno no lo puede hacer como estudiante en una Universidad, lo tiene que hacer una entidad de vigilancia y control o el Ministerio. Hacer la evaluación del impacto real de la gestión del aseguramiento que hace la EPSa contra la EPSb. Entonces, yo creo que para nosotros eso es evidente y un indicador proxi de eso es, el incremento en el uso de los servicios de urgencias por parte de la gente, entonces, si ustedes conocen la revista por ahí hacíamos algún estudio con pacientes en urgencias y les preguntábamos, bueno aquí está la clasificación de triage y ahí mirábamos que esos triages no eran una urgencias les preguntábamos ¿usted porque está aquí? y la gran mayoría de las respuestas es porque la EPS tiene la puerta cerrada, porque me difirió la cita para 4 meses, porque no me han orientado, porque la red me queda muy lejos. Una cantidad de barreras de acceso que se dan porque ellos hacen la jugada de así es como se ahorra, es decir ahorran la plata y la contienen el gasto y si es muy grave se atiende por urgencias que es automático, sino es muy grave lo difieren y lo empieza el carrusel que es la fragmentación en la atención, ahí está, para mí eso es corrupción y eso lo veo cuando estoy lleno en un servicio de urgencias de pacientes que vienen ¿Por qué? ustedes lo conocen muy bien, puros controles de enfermedades crónicas, ¿porque está en urgencias?, no es que la cita de allá me mandaron para que me formularan, pero esto es un servicio de urgencias no importa, es la única puerta abierta, porque se da eso porque ellos tenían que destinar sus recursos a su red de baja complejidad o a contratar oportunamente ¡no lo hicieron!.

Entrevistador: Otra de las preguntas que tenemos es sobre las causas, ya hemos venido hablando de varias cosas ¿no sé si quiera agregar algo más al tema de las causas por las que se presenta el fenómeno de la corrupción en el sistema de seguridad social en salud?

Entrevistador: Ya he mencionado algo del papel de las entidades de vigilancia y control, nosotros llevamos muchos años repitiendo un discurso y es aquí no se necesita una entidad de vigilancia y control, se necesita un sistema de vigilancia y control y un sistema significa que se tiene que sumar la potencia o digamos las competencias de muchas entidades que tienen miradas y que son casi monoculares, usted tiene que tener un transversal pero con competencias por ejemplo como es tan difícil porque esto tiene muchas zonas grises digamos en la administrativo y la corrupción técnica es lo que puede... mejor dicho lo que les decía al principio, es muy difícil de diagnosticar, usted necesita que hayan las miradas especializadas de varios grupo, una superintendencia de industria y comercio le tiene que mirar a usted el estado de la competencia, si hay monopolio, si hay abuso de posición dominante, una superintendencia de sociedades le tiene que decir a usted el dueño o el inversionista que viene al país para abrir la clínica X o la EPS tal, tiene estas anotaciones, tiene estos antecedentes en otras partes o simplemente decirle simplemente decirle a usted ¡los dueños de esa compañía son estos!, una superintendencia de salud le tiene que mirar a usted el tema específico de acceso, oportunidad, calidad y seguridad en la atención, una contraloría le tiene que decir si ahí hay recursos y la mayoría son públicos, cómo se están moviendo los recursos y una procuraduría le tiene que decir a usted, esta plata que también es pública ¿cómo se está gestionando y cuáles son los procedimientos que están haciendo ellos? y al final está la fiscalía y está la contaduría, todo eso es un sistema de inspección de vigilancia y control, eso no lo hemos entendido, apenas ahora nos están copiando como... ¡hombre sí tenían razón!, es que están grande esto, ustedes oyen el discurso del superintendente, “no soy capaz, no puedo”, siempre los superintendente está así, la postura es esta, porque están agobiados, tienen que vigilar los recursos territoriales, tienen que vigilar las loterías, las IPS, las EPS, la calidad, el funcionamiento financiero de yo no sé quién, eso lo superó, la superintendencia financiera también nos tiene que hablar de algunas partes de los otros seguros del SOAT de ARL, de las pólizas particulares y ojala pudiera meterse con la parte financiera pura de las EPS, mire que todo eso son piezas de un rompecabezas, han estado sueltas y los corruptos son hábiles, cuando ven

los van a coger por ese lado cambian la naturaleza jurídica, venden por aquí, hacen una transacción, pasan de ser EPS a IPS ,bueno hacen mil cosas, lo que usted necesita es no dejarlo salir, tranquilo muévase como quiera está dentro de esa caja si se mueve por aquí los coge la SIC (superintendencia de industria y comercio) si se mueve por acá la financiera si se mueve por acá la Supersalud pero que no se nos salga de la caja, tiene que ver una voz cantante ahí que es la superintendencia de salud, porque es la técnica la del conocimiento sustantivo de salud, ¡eso no ha pasado! entonces la vigilancia y control del sistema de salud colombiano no ha sido temible, ha sido de burla!, un tipo como aquellos presidentes grandes de las EPS que ustedes saben que se robaron una cantidad de plata, que tumbaron, que se quebraron para dentro y crearon nuevas compañías y no ha pasado nada, les ponen una multa de 10.000 millones de 5.000 millones 3.000 que no la paga el, sino que se paga con la UPC de esa EPS, eso no es temible porque para ellos es mucho más rentable el negocio, entonces para ver un lunar de este asunto es la vigilancia y control, como lo dije en la primera respuesta este es un sistema con muchas manos que tocan el recursos, con muy poca luz y con unos vigilantes que apenas hoy ante el desastre están empezando a entender que necesitan llamar a una amigo, que se necesitan coordinar con otras entidades, para que esto tenga más poder que los que ellos están vigilando, los vigilados hoy especialmente en el lado del asegurador tienen más poder, más musculo financiero, político, de influencias, que los propios funcionarios, entonces lo que usted necesita no es un uno, ¡son 5 o 6 funcionarios! que se suman y crean un sistema de vigilancia y control temible, inteligente, que le va a meter a esto inteligencia artificial, big data, y que a va poder como está prometiendo la contraloría y que le va a poder hacer un seguimiento, hago un pequeño énfasis en contraloría, hace poco hubo un gran debate y ustedes lo van a ver, que es el debate sobre las nuevas funciones del contralor, el contralor ha conseguido unas funciones, que son las de control preventivo, ¿el que tenía? control posterior, ¿porque no llegaban? y yo aquí llevaba años escribiendo va a pasar un desastre con lo de CAFESALUD, esto se va a perder esa plata, lo de MEDIMAS no va a funcionar, entonces le escribíamos a la contraloría, ¡usted que controla los recursos por favor mire!, entonces me

respondían, no puedo hacer nada, cuando ya haya el ilícito vuelve y me llama, ¡que frustrante!, este contralor que es un hombre joven y muy inteligente ¡Córdoba!, llego y dijo lo que pasa aquí es que nosotros ya no podemos seguir llegando sobre el cadáver, necesitamos llegar antes y eso se llama ¡control preventivo!, ha recibido muchas críticas, nosotros somos de los pocos que lo alabamos, ¡perfecto!, yo necesito que él tenga una mirada preventiva, yo tengo el indicio de que se van a robar la plata en tal parte y que pueda y mire y diga ¡quieto! no toquen esa plata porque aquí puede haber... hay unos subsectores del sector salud, que están muy bravos con eso, no quieren que les miren, porque eso va a significar que el sector privado no va a poder volver a construir, ni va a poder tener proyectos, si no cuenta con el visto bueno del contralor, entonces yo les digo y perdonen hablo en primera persona como gremio ¡yo no tengo ningún problema! aquí mostramos las platas de donde vienen, que es lo que se está haciendo. para donde va, no tengo ningún problema, entonces tenemos una pugna muy grande con ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) que es el gremio de las EPS, porque ellos se oponen, que no eso es malísimo, que el contralor está interpretando que esa plata no se puede tocar, ¡pues si! Yo si interpreto esto es plata del público, entonces me dicen es que el sector privado va a salir perdiendo, si es cierto, el sector privado corrupto va a salir perdiendo, el sector privado que no tiene nada que ocultar y el sector publico vamos a ganar, ahí ustedes verán eso es un debate tremendo que lo tenemos ahí en una pelea gremial bravísima en estos días, porque yo salí a decir eso públicamente y entonces los otros ya llamaron usaron la línea el teléfono rojo que usamos en antes de explotar la bomba atómica, entonces están furiosos, entonces las hostilidades, ¡que vengan!, no tengo ningún problema, ese tipo de cosas es fundamental para el caldo de cultivo que tuvimos aquí de corrupción, que los vigilados se burlen se burlen de los vigilantes no voy a decir que aquí ha habido, bueno yo creo que si ha habido funcionarios corruptos en estas entidades de vigilancia y control, unos por venales porque no quisieron mirar otros por que ayudaron y dejaron que se estructuraran cosas que sabíamos que iban a tener mal resultado, pero eso pasa como en todas las entidades hay funcionarios buenos y funcionarios malos pero ha habido

algunos que han ayudado con sus conceptos y sus inobservancias a que esta cuestión se empeorara otro tema que les decía al principio es la información, la información tiene que ser un bien público en salud, hay muchos que quieren que esto sea que todo sea como secreto, secreto industrial, que no se debe conocer ¡no! yo creo que si queremos avanzar en este sistema, aquí deberían haber una trazabilidad, yo por eso estoy feliz.

Ya por lo menos tenemos una mirada con ADRES, por eso la lucha desde esta casa siempre por eso yo les dije ese día ,la jugada que nosotros pensamos que debe ser la reforma al sistema, la reforma al sistema pasa por dos cosas una revolución en APS, que esto tiene que contener la demanda en servicios, es decir contener la enfermedad, enfrentar la demografía y eso es lógico en cualquier sistema de salud bien desarrollado, es decir menos enfermos, más gente sana, más búsqueda activa, pero eso no se hace con los recursos que tenemos, hay que buscar una cosa más robusta, de verdad hacer una gran revolución un gran plan Nacional, no el MAITE, ni el MIAS ¡no! una cosa seria con presupuesto con mucha inteligencia también, con sumar otros sectores, la infraestructura, la seguridad vial, la calidad del aire, el agua, todo eso es lo que tiene que sumar uno ahí, pero esa es digamos como la más bonita noble y fácil, la otra más dura es el tema de los recursos, por eso proponemos eso, venga no estamos administrando bien los recursos, la plata se está distrayendo para otros usos, no estamos comprando la salud que necesitamos, estamos inventándonos extra planes es decir los no PBS es una anomalía del sistema de salud colombiano y eso en gran medida esta generado por la manera como nosotros entregamos el dinero, el momento en que lo entregamos y la mala forma de hacerle seguimiento a esa plata, por eso el cambio de chip nuestro es, tengamos la misma fuentes pero no le demos esa plata a ese señor EPS, no se la demos mécala en la caja central, en ADRES y eso se llama pagador único o un fondo único y los grandes países en Europa Occidental, todos, con excepción de pronto Alemania y Holanda funcionan con eso y funcionan, a que es un sistema nacional de salud, no importa, la plata está allá y la plata se usa para lo

que es, entonces ahí es donde está gran parte de la jugada que buscar hacer ¿Qué?, primero que esa plata que está allá adentro en esa urna que hoy llamamos ADRES, yo pueda encender el reflector sobre eso, cuánta plata debe haber 50 aquí están los 50 billones, como se están moviendo la plata, ya ADRES eso me tiene contento, ya me está diciendo el mes de enero del 2019 yo hice giros directos por tantos millones ¿a quienes? hice giros previos ¡por tantos millones! ¡recibí tanta plata de tales y tales fuentes! Entonces, venga yo ya tengo el mapa ahí, eso es fantástico, eso disminuye costos de intermediación, costos de transacción y evita corrupción y me vuelve menos emocionante la administración. Es que mire que aquí hemos pensado mal, entonces lo emocionante es lo complejo, entonces imagínese aquí en el hospital, el software, tal y la cosa... complejísimo. ¡Esto tiene que ser sencillo! Sale una plata del bolsillo de un ciudadano que es una cotización, llega allá, se hace la mezcla de recursos, ahí está usted, usted una cuenta habiente, lo tiene allá y de ahí sale unas platas hacia una EPS o hacia una IPS que me prestó un servicio y una parte de administración para la EPS, ¡punto! ¡Eso es todo lo que nosotros tenemos que hacer! pero no lo teníamos, antes de esto yo no alcanzaba a ver. Mire, yo que he sido como gremio un combatiente en contra de la integración vertical. les he hablado de eso en las otras ocasiones, pero parte de la integración vertical... Es una réplica de esto mismo de la opacidad de la oscuridad, porque claro, cuando queda, ¡usted es EPS e IPS y son de la misma compañía! A usted le llegó la plata, y yo ya no vi, adentro usted se la pasó de un bolsillo a otro. yo no la veo, ¡no la veo! Entonces, es gravísimo la integración vertical ¡por eso! Entonces, nosotros que toda la vida estuvimos luchando por eso apenas ahora estamos viendo efectivamente, ¿dónde está ese dinero de la salud? Sí efectivamente lo que nosotros dijimos que nos deben, efectivamente se debe. Sí nosotros prestamos el servicio, ¿cuánta plata nos llegó? Ahora se está empezando a ver, eso va a acabar con parte de la corrupción, de esa de me quedo con la plata. Pero la otra es la técnica de corrupción, de ¿cómo uso la plata?, ¿cuánto la entrego?, ¿a quién contrato?, ¿a quién induzco?, ¿cómo prescribo?; esa no se toca ahí.

Ahí es donde se necesita, otra serie de procedimientos que tiene que pasar por otra cosa, que es la variabilidad. ¡ojo! Mire que hay van saliendo en la entrevista cosas; Les decía lo macro, pero sale lo de la vigilancia, sale lo de la información, sale lo de la variabilidad. En la variabilidad, puede haber también caldo de cultivo para la corrupción. Entonces, que a usted le enseñaron en su universidad que el protocolo para poner un tubo a tórax es por tal parte y el otro dice: “No, a mi dijeron que para hacer eso, tengo que traer el cirujano de tórax, tengo que hacer tales y tales cosas, llevarlo y conducirlo bajo fluoroscopio” y hacer yo no sé cuántas cosas. ¡no! Entonces, que esta cobra 10.000 y este cobran 1,000. ¿y por qué? “Ah no, pues es que es el protocolo y es que nosotros lo hacemos así.” ¡esa variabilidad se tiene que disminuir! y eso es guías y protocolos de atención, manuales tarifarios y una serie de incentivos a la consecución de resultados en salud. Entonces, vea que ¡aquí no hay una bala única! para acabar la corrupción, entonces ¿va él disparo? No, esto tiene que hacerse toda una política. ¡la mejor política! para evitar la corrupción es tener un sistema de salud, con un diseño diferente. Acuérdesse, lo que había en todas las tiendas de los barrios. Me acuerdo, que había una calcomanía que decía: “la oportunidad hace al ladrón” ¡y es lo que nos pasa aquí! hemos dado muchas oportunidades, la bolsa abierta, la puerta abierta, él seguro que no se pone, método que no se entiende, la variabilidad extrema. Esos son... cómo algunas de las cosas que yo entiendo que uno debería hacer. y son muchas más... y no me quiero meter en el terreno de la ética y autorregulación, porque esa sí es intangible, ley estatutaria. Porque ¡ahí si naufragamos, muchachos! la base de todo es que seamos decentes, que tengamos vocación, que estemos comprometidos, que el paciente sea primero. ¡Eso lo sabemos! y lo queremos y yo creo que cada vez somos menos, los que decimos estas cosas, porque lo miran a uno, así como “Este tan cursi hablando de esas cosas”. No, yo creo que eso es fundamental el tema vocacional es fundamental, el tema de tener un recurso humano comprometido es fundamental, el tema de los riesgos laborales bien entendidos es fundamental, las formas de contratación de la gente, ¡eso es fundamental! pero digamos que mientras llegamos allá que es un tema cultural, ustedes si tienen que hacer unas cosas de la estructura del sistema,

que pasan por las manos de los tomadores de decisiones, eso es lo que ustedes en investigación llaman como variable paramétrica o una variable instrumental, la instrumental es la que tenemos aquí, en todas estas decisiones de los sistemas, de vigilancia, del dónde ponemos el dinero, del como fluye la plata, de cuáles son los incentivos, eso es instrumental, lo paramétrico es lo otro ¡y es básico! Pero difícil, esa sí que la veo difícil, porque a su vez esto es un círculo vicioso ¿cierto? y entonces usted dice estoy trabajando en un sistema que es corrupto, un sistema que me desmotiva, entonces pedirle a usted saque cultura organizacional, entusiásmese con el sistema, mire que el paciente es el centro de la atención, muchos de nuestros colegas y pensadores dicen, ¿Cuáles? yo veo aquí a dos o tres tipos que se están robando esto, a unos multimillonarios y yo estoy aquí quebrándome el lomo en urgencias toda la vida y estos otros están amangualados con el laboratorio X les dan unas prebendas unos beneficios, eso lo tienen que mirar ustedes también, todo el tema de la relación entre los agentes, las relaciones, los incentivos, las platas, las inducciones.

Entrevistador: ¿Que respuestas institucionales cree que ha tenido el gobierno del Estado colombiano en contra de la corrupción?

Entrevistado: Haber, lo primero que hay que decir es... aquí en Colombia hay una buena institucionalidad, es decir usted no puede generalizar, para ninguno de los subsectores, yo creo en las EPSs y en su disfunción pues trato de ser objetivo y mostrar, como no es una animadversión que tengamos acá, sino una realidad, y se ven las fotos y los nombres de quienes lo hacen bien y quien lo hacen pésimo y quienes nunca debieron estar, eso se ve, no me referiré a eso, pero por el otro lado no para hablar todavía de Gobierno, si hay muchas entidades que lo hacen bien, usted por ejemplo, le hablo de una comunidad religiosa, en Palermo, puede que haya habido dificultades asistenciales o que uno tenga errores o que haya infección intrahospitalaria, pero que no diga venga aquí hay des gremio, aquí

se está perdiendo una plata y se la están robando a propósito, están gastando en lo que no toca, ¡no creo!

En lo de ustedes es fácil, porque usualmente en todas esas órdenes ahí hay unas jerarquías y unos valores marcadísimos de lo que es la ética asistencial y el humanismo y lo que era la caridad cristiana, pero también hay muchas otras entidades que están y desde eso yo debo decir como gremio en parte de nuestros discursos, hay uno que se llama el 360 la versión 2.0 el hospital 360, cuando le sumamos ese otro componente que era el Systemnes complementábamos algo de una de esas dimensiones con una palabreja que ustedes conocen muy bien qué es el compliance, pero lo que queríamos decir es, venga hay muchas entidades que lo están haciendo bien que tienen un credo, que tienen digamos unos principios básicos de operación, esas entidades están basadas en la transparencia, en la decencia en el buen manejo de los recursos, en todo lo que es una administración limpia, nosotros tenemos que hacer que esas experiencias que son muchas, no sigan siendo cómo hasta hoy una experiencia individual, que esa es una gran dificultad, en el sistema la conformación de las redes es muy difícil porque todo se ve como islas, mire Palermo no es lo mismo que el Rosario, ni tampoco es lo mismo que la presentación, son hermanas, pero... tienen los mismos principios y Marie Poussepin y todas esas cosas pero no señora cada uno va por su lado, lo que uno necesita es empezar a crear esas redes, y ahí es donde está el termino de redes de confianza, que además está de moda, ¡no! No son redes de confianza, pero que se vayan armando coaliciones donde dice: “ esta comunidad tiene estos principios y los respeta” y es una realidad y no es una tablita la puerta, sino que son los principios que están en toda la... por eso le decimos a las entidades, mire usted tiene que ir más allá de todo lo que usted tiene que hacer adentro, usted ese compliance lo tiene que llevar afuera, y decirle a un Gobierno, yo no solamente respeto a la norma vigente, sino que propongo más cosas, hago más que lo mínimo, es hacer más que lo mínimo creo que ese es el futuro, si queremos nosotros tener un sistema, donde usted vuelva a poder tener algo de lo que antes se llamaba censura social, donde uno decía “usted es un corrupto, no queremos estar con usted” usted es un indeseable, usted no se puede sentar con nosotros, ¡usted lo hace muy bien! usted hace parte de este grupo

queremos que la experiencia suya se replique, ese es un tema que parece romántico, pero es algo que se tiene que mover, yo sueño con que algún día todos estos esquemas nuestros de hospital seguro, de hospital... de acreditación hospitalaria, de habilitación, tengan parte de eso, muéstreme su compliance, ¿usted qué está haciendo por encima? en la última revista XXX, hicimos una investigación, sobre una aproximación, no es una gran investigación, es una aproximación, una exploración inicial sobre políticas de talento humano, para preguntarle, venga sabemos que ahí el burnout, sabemos que hay agresiones al personal, sabemos que la gente está aburrída o esta desmotivada, ¿usted qué está haciendo? ¿cómo hace usted para tener una planta de personal? ¿cómo hacer para que no se le vaya a la gente? ¿que se ha inventado?, venga y me lleve muchas sorpresas, todavía no puedo decir que esto es generalizado, pero veo que muchos de los hospitales están haciendo cosas más allá lo mínimo, es decir no es tenerle un contrato y pagarle a tiempo, tengo unas políticas, más emocionales, del bienestar del empleado, usted es parte de una familia y le vamos a dar estas cosas, ¿usted trabaja en urgencias? listo le vamos a dar 5 días más de vacaciones cada año, ¿usted tiene estas dificultades económicas?, le vamos a poner el posgrado que quiere hacer, una cosa que uno dice “todo eso es maravilloso” o sea que el sector si está vivo por dentro y está tratando de replicar esas prácticas, yo creo que todo eso ayuda, si uno tiene un concurso de pronto en la lucha contra la corrupción se le hace un poco más corta, desde abajo, esto es de abajo hacia arriba, usted me pregunta ¿qué está pasando? ¿que vemos nosotros? yo veo que hay pequeños grupos e instituciones que están haciendo cosas, para blindarse, para tener unos principios, el gran reto ahí es que haya una gran coalición, entonces todo este gremio tiene un credo, yo aquí tengo un credo organizacional, ¿sí? un marco un marco ético de las instituciones, la corrupción aparece en primer lugar, pero eso no hay que convertirlo cosas tangibles, eso es de abajo hacia arriba y yo sé que vamos a poder crecer, si uno es capaz de resolver poner en automático este flujo de recursos, disminuir estos niveles de corrupción, hacer más sencilla la administración, mi esperanza, ¡yo no sé si la veré! pero mi esperanza espero es poder mira estas entidades dedicándose a los misionales nuevamente, ustedes las ven ahí dedicadas a una cantidad de

cosas, les toca hacer misional por qué porque toca obvio, pero dedicadas a la administración y a la gestión con una gran dificultad que les consume mucho tiempo, el día que eso pase, por ahí hay un artículo muy bonito que se llama gobernanza aumentada, en gobernanza aumentando los componentes muy bellos para interpretar la parte buena en la llegada y la inteligencia artificial y todas estas cosas es, si eso funciona bien y somos capaces de enriquecerlo y entenderlo, al final esto va a ser automáticos unos procesos que me van a liberar a mí unas cargas de dedicación y eso es lo que llevamos nosotros la reconexión cognitiva, usted se vuelve a conectar con lo que era lo original suyo, usted en la enfermería volverá a ser lo que tal vez lo que a usted le dijeron en su carrera qué era lo que usted iba hacer y usted salió y después se encontró con la glosa, con la EPS, con en el auditor, ¡con lo que no toca! a ustedes les pasa a todos nos ha pasado, eso es la reconexión cognitiva, eso es muy importante espero que eso algún día lo podamos ver, pero lo otro usted me decía, bueno pero qué otras cosas ha visto usted, esto es de abajo arriba no le voy hablar de los otros sectores, la farma, las sociedades científicas, todos tienen marcos éticos, todos tienen, cada año lanzan, yo veo que de AFIDRO están invitando al lanzamiento del marco ético, ¿pero eso no lo habían lanzado el año pasado? Entonces lo viven actualizando les abono es un esfuerzo, pero falta algo en la difusión de eso, en la disseminación ¿cierto? el tema cultural no es solamente... lanzo y digo que tengo compliance, hay que hacer unas políticas sostenidas, no las estoy viendo muy eficaces, acá vamos avanzando, el reto grandes que no sean islas, sí no que sean archipiélagos, y después que sean todo, ¿arriba que ha pasado? al principio el Gobierno no sabía qué era lo que había hecho, al principio estoy hablando final de la década los 90, yo estaba en esa época en el XXX y pase por el XXX y teníamos mucha euforia, y decíamos “Dios mío este es el sistema” estos mecanismos tan lindos, la equidad y la solidaridad y pasamos plata de los ricos a los pobres de manera automática, y hacemos del subsidio oferta a la demanda y creamos las redes y hacemos la apertura para el sector privado prestando, teníamos la convicción de que esto era el sistema, pero no entendíamos que había que vigilarle y controlarle ciertas cosas, al principio en esa década de los 90 recién expedida la ley

eso no se alcanzaba a ver, porque apenas estaba empezando, como a caminar el régimen subsidiado empezó por allá pleno en el 98, 5 años después de la ley, bueno, eso fue avanzando y los primeros como decía Andrés Aguirre que es el presidente de acá del Pablo Tobón Uribe, es el presidente de la Junta directiva, dice que todos los monstruitos cuando chiquillos son lindos, el dragoncito chiquito precioso, pero después si usted no controla pues el dragón lo destruyó a usted, eso ha venido sucediendo, entonces lo dejaron crecer y llegó un momento en que el Gobierno ya hablando finales del 90 y después cuando llegue al presidente Pastrana y el presidente Uribe, ellos dicen ¡No! Miren esta es muy bonita, es la revista hospitalaria cuando se posiciona Andes Pastrana, miren el título ¡no reformaremos la ley 100 del 93! ¿por qué dijo eso Pastrana? porque nosotros desde ese momento ya estamos viendo desde acá, venga esto tiene problemas, esto necesito unas reformas, unos ajustes porque se nos quedó en obra negra una parte que era la trazabilidad recurso, la contabilidad, y el mensaje de él es, “yo la dejo quieta” y después llego Uribe, por ahí esta Uribe, por ahí le tenemos una agenda pendiente, dice: rendición de cuentas del sector salud Uribe, es Uribe entonces que cree ciegamente en el tema del mercado, en cierta institucionalidad, entonces dijo ¡no señor! esto aquí no se reforma, pero presidente aquí hay unas platas que se están usando mal, unas platas que se están perdiendo, la cobertura va avanzando muy lento, esto no funciona, mire la cartera presidente, el hizo esfuerzos y teníamos una gente muy grande y trabajó con en él, pero el en sus 8 años dijo ¡la ley 100 se queda como es!, ustedes lo que pasa es que perdieron poder el mercado y están dolidos por eso, pero esto sigue igual, entonces hubo una fase primero de desconocimiento ósea cuando arrancaba no era visible, después como la negación, no puede ser, esto funciona bien, esto es lindísimo y Juan Luis Londoño es un monstruo teórico que hizo esto y esto, ¡perfecto! y nos quedamos así, después llegó Santos, Santos y el primer ministro de tubos Santos que llama a Mauricio Santa María es uno de los grandes ministros que ha tenido este país, a la gente se le olvida, pero Mauricio hizo varias cosas, saco la ley 1438, arrancó con el giro directo re abrió el Ministerio salud ojo Uribe había cerrado el misterio y lo había fusionado con el de trabajo, creo un

ministerio que era el de protección social, ¡eso fue tremendo! porque si necesitamos gobernanza, ¡la perdimos!, porque era el ministro con dos temas o tres en la cabeza, no se podía controlar yo creo que eso también fue una decisión dramática, en lo que era la administración del sistema macro, ahí se perdió mucho gobernabilidad se lo dijimos a Uribe, él no lo acepto, ustedes lo conocen como es obstinado y después llegó Santos y Santos nombro a Santa María y Santa María lo primero que hizo es, venga yo no puedo ser ministro estas dos cosas, estos son temas que son peso y contrapeso y que necesitan especialidad y la abrió, otra vez salud y Ministerio de Trabajo, hizo eso sacó las 1438, arrancó con el giro directo, pero él fue el primero, ustedes se tiene que acordar esa foto búsqüenla, al principio el Gobierno Santos, se sentó ese ministro con el fiscal, con el procurador, con los generales de la policía, con la contralora, con todos se sentaron, me acuerdo de ese retrato yo decía ese es un retrato del poder, anunciando la lucha frontal contra la corrupción en el sistema de salud, ¿Por qué? Por que la vio, dijo venga yo me encontré esto aquí, esto es un desastre una guachafita, Mauricio era muy folclórico, ¡que guachafita con los recursos de la salud! al final no salió mucho de ahí, pero fue la primera intentona de decir estamos viendo un problema, ustedes saben que lo primero es, ¡diagnostiquemos! no pasó mucho más en el Gobierno Santos, las EPS muy poderosas se opusieron a cualquier tipo de reformas y ahí venimos, y ahora con Duque pues aspiramos a una reforma pero parece que tampoco va a ser como como la queremos, ahí vamos con el punto final, ahí vamos en los techos, que es volver a jugar sobre el desastre, es como optimizar lo que tenemos ahí, pero pues eso no va a dar resultados, yo creo que uno obtiene cosas construidas buenas, institucionalidad, avances si hay lo que les decía ustedes del discurso doble de aceptación de avances, y aceptación de retrocesos o de daños, las dos cosas, uno tiene que construir sobre, pero la reforma profunda que son los dos componentes grandes que les dije ahora, no la están pensando, y ya pasó y este Gobierno lo veo con muchas dificultades y un Gobierno de 4 años, es que los otros dos gobiernos eran de 8 años este es de 4 años ya se le pasó un año y medio y ahora tenemos una crisis y este año va a terminar en una agitación tremenda, ustedes lo ven y ya vamos al 2º año, entrando

a la mitad del 2º año, que le queda un año y medio, la reforma difícil que pase el consenso en un año y medio, o sea que al siguiente presidente le va a tocar la tocada del fondo y ya el renacer eso es lo que aspiramos vamos a ver si se puede, entonces ¿qué ha sucedido el Gobierno? es una época, en la que no se veía, otra época de negación, una época en que ya se hace una aceptación, aquí hay un problema con el flujo de recursos, pero las épocas en salud no son cortas, eso hace 10 años, 9 años exactamente, qué dijo Mauricio Santa María eso, que citó toda esa rueda de prensa con todos sus poderosos y 9 años los que estamos dando vueltas y han salido dos o tres leyes y hemos sido muy activos, y ustedes han visto el descalabro uno a uno de las EPS que lo estaban haciendo cada vez más mal, todavía hay unas que lo están haciendo mal, que aún están vivas, ¡y! si debo aceptar que en este Gobierno, llegó este superintendente de salud y los superintendentes del Gobierno anterior no fueron buenos, y es más uno de los ejemplos de puerta giratoria lo tienen ustedes ahí, Gustavo se fue superintendente de salud se para AFIDRO y ahora está en ACEMI Gustavo Morales, eso no está bien, pues yo sé que todos tienen su desarrollo de carrera, pero hay cargos y cuestiones que crean inhabilidades e incompatibilidades, pero bueno, eso superintendentes no funcionaron bien, después estuvo Norman Julio Muñoz gran involucrado todos en todos los temas de MEDIMAS, CAFESALUD, SALUCOOP, bueno, después hubo otro señor en transición, el que llegó ahora con este Gobierno sí tiene, pues le tocó llegar a tomar las decisiones finales y lo está tratando de hacer bien, y está hablando de eso y nos está echando el agua sucia todo, que es lo que yo le crítico, ¡no a todos no! digan nombres, el sector hospitalario es corrupto, ¡No! No diga el sector hospitalario hay unos hospitales que se llaman A B y C que han hecho mal las cosas, no nos generalice, y al de las EPS pues allá hay más, pero diga también, Los nombres propios, y diga cuales son las buenas, ahí es más cortico decir cuáles son las buenas, es más fácil, usted dice dos o tres nombres, entonces ese ha sido el ciclo histórico, yo creo que ahora ya es súper evidente el problema y se sabe que tal vez es de agenda central el manejo, el tema corrupción, claro el gobierno no va a aceptar que hay

corrupción pero si va a aceptar que un problema grande flujo de recursos y de manejo administrativo de los recursos, bueno pues en eso estamos.

Entrevistador: yo tengo una pregunta al final, como hay tanta información y la información a veces no es tan clara, ni tan confiable ¿cómo hace uno para discernir esa información? o ¿cuál es el medio adecuado en el cual uno dice esta información es verdad y a esto sí le puedo creer? Porque, pues los medios de comunicación también toman juez y parte dentro de la información, ¿cómo hace una para mantenerse informado y saber?

Entrevistado: ¡Qué difícil es hoy escoger la información! Mejor dicho ¿a quién le cree uno? Y los medios de información... miren ustedes, hagan un ejercicio sencillo, miren un noticiero un sábado, un domingo por la noche, ¿cuántas secciones son patrocinadas por compañías de salud, de aseguramiento en salud? ¡mírenlo! usted cree que ese noticiero va a hacer una información objetiva sobre lo que está pasando en el sistema? ¡no! Se llama autocensura, entonces ahí hay un tema muy difícil, ¿medios de comunicación? usted tiene que buscar medios independientes, ¿quiénes son los más independientes? yo creo que los portales tipo silla vacía, yo me quedaría con ese portal, en periódicos yo me quedaría con el espectador, y unos grupos, unos periodistas, Pablo Correa, Sergio Silva ellos son buenos y le han seguido la pista a muchas cosas, específicamente en lo farmacéutico y en algunas políticas de control de precios, lo hace muy bien, ustedes tienen que buscar observatorios oficiales, observatorios oficiales, ¿qué observatorios oficiales? ADRES está presentando información valiosa, Contraloría tiene algo, Procuraduría ha venido avanzando y tiene mucha información, Corte Constitucional tiene, porque ellos constantemente nos citan a nosotros a audiencias y recopilan mucha información, pero no sé hasta qué punto sea de fácil acceso, ¡oh pública!, de pronto por la comisión de seguimiento a la sentencia, ustedes podrían encontrar ahí información; el Ministerio tiene mucha información, ¡buena! Lo que pasa es que

usted tiene que extraer la información, no ir tanto...el editorial que ellos le echan a usted, “que es que esto dice esto y esto” ¡no gracias! ¡yo leo! Tienen muy buena información, ni siquiera saben que es todo lo que tienen, en ese PICIS en esos Cubos, ahí hay de todo, de todo para trabajar, es más yo les debo decir, la información que nosotros sacamos de cartera y de muchas cosas, la fuente primaria es el Ministerio, o la fuente secundaria es el Ministerio, o la Superintendencia pero ellos ni siquiera la procesan, o no la tienen, o no la analizan, entonces de ahí usted sacar, de los centros de investigación o las academias, me preocupa mucho también que les pasa algo similar a lo de los medios de comunicación, entonces usted ve academias que tienen un sesgo natural, las academias tienen muchas dificultades, porque se casan mucho o se sesgan, entonces tienen mucha escuela pública, muy sesgada, enemigos acérrimos del modelo, esto hay que derrumbarlo, estoy hay que crear otra cosa, entonces uno les pregunta, bueno listo y que ¿cuál es la propuesta?, no, reforma sí, pero no así, listo sí, reforma sí, pero no así, ¿pero entonces cómo? Y hasta ahí llegan, las academias tienen dificultades con los cómo; qué Observatorio hay así muy serio que no diga, ¡hombre estos investigadores! no sé, hay muchos grupos, ¿Quién les diría yo? ¡no se! esta PRODESA en la Universidad Valle de Lili, pero no, pero también tiene sus sesgos, entonces centros de investigación no diría yo mucho, hay un, hay un organismo que sigue hay que creerle, es IETS, tienen información, ojalá cada vez que le podemos creer más, hay otros grupos depende de lo que usted quiera mirar, por ejemplo, Instituto Nacional de cancerología, el Instituto Nacional de salud, con resultados en salud, tienen cosas buenas. ¿sabe cómo? Entendiendo que esto es parte de nuestra práctica y eso solamente sale, desde cuándo uno está chiquito en la universidad, es decir usted mire que la formación influye mucho, en la formación en los pregrados, de pronto hay una catedra o de pronto hay un semestre donde le enseñan a usted un híbrido, medicina preventiva, atención primaria, sistema de salud, gerencia, en una clase y le dan 10 o 20 brochazos de ese tema y sale, entonces esa es la “costura”, ósea claro al lado de Medicina Interna, semiología, cirugía, pues ¿qué? , que hay que ir a ver la clase de medicina preventiva, uy no, no, no qué pereza eso no, ¡fregados! entonces ahí se tiene

que posicionar desde la formación, parte de las responsabilidades de los médicos y de los CEOS y de los profesionales de la salud hoy es, ¡aprender la práctica basada en el sistema!, eso tiene mucho fondo, usted va a practicar, pero usted no está... como les decía yo, usted no practica el Massachusetts General Hospital, está aquí el Simón Bolívar, hospitales de la vida real, en Palermo, San Ignacio, ¿cómo es el sistema de salud Colombiano? les tiene que enseñar desde el principio, para que se conviertan en seres críticos y entiendan que esto es muy importante, el ejercicio está ahí, eso no lo tienen las academias, lo tenemos en los posgrados, ustedes estudiaron esto, son inquietos con este lado de la administración en salud, ¡esto es potente! ¡esto es poderoso! ustedes van a mandar a los otros médicos, los clínicos que están allá toda la vida, “eso de la administración y la gerencia” hace 50 años los clínicos eran los poderosos, hoy son los administrativos, los gerentes, los gestores, los que mandan, los que toman las decisiones ya son CEOS, se llaman, ya no son gerentes, y el médico sigue allá, y digo pues médico como encarnando todo el personal sanitario, el personal sanitario, se convirtió en un gregario, en un gregario que no tiene criterio, y eso es porque no tiene cultura de esto, y debo decir algo que lo digo y se ponen muy bravos conmigo, por que hablo con muchos colegas, sobre todo con las sociedades científicas, que el gremio de los especialistas, y ellos opinan del sistema y les digo venga ¡usted de eso no sabe!, es cómo qué yo le opine usted, Vaquero, que es el de Oftalmología, yo no le opino, ¡que la cámara posterior tal cosa!, ¡no eso yo no lo sé! Pero yo si se cómo se financia un sistema de salud, ¡usted no! usted ha leído un periódico, eso es diferente, tiene que estudiar, esto es como una residencia, ¡esto es un asunto serio!, entonces despreciaron mucho, pero ahora, para lograr lo que usted dice, se necesita un trabajo desde el pregrado, que haya un cuerpo de conocimiento poderoso sobre lo que son los sistemas de salud, sobre el que es la práctica corporativa, muy diferente a la práctica liberal que nos dijeron a nosotros que íbamos ejercer, pero eso son cambios culturales que son largos, pero ¡hay que hacerlos!

Entrevistador: Doctor ¿cree usted en un sistema de salud sin corrupción?

Entrevistado: ¡si claro!, ¿Por qué no somos capaces de proponernos construir el mejor sistema de salud del mundo? Usted dice eso y entonces le dicen “¿se embobo o qué?”, ¡es un tonto! XXX está pensando mal, yo sí sueño con eso, eso se puede hacer, pero no podemos tener confianza ciega en la confianza, lo que les decía alguna vez sobre el tema blockchain, y todas estas... ¡no! tenemos que automatizar una serie de procesos, tenemos que gerenciar de una manera más sencilla, tenemos que crear sistemas más planos, menos emocionantes para la consultoría, pero más eficaces para la gente, uno puede hacer un mejor sistema de salud ¡por supuesto!, nunca será el mejor sistema si tiene corrupción y la corrupción no va ser quitase la corrupción y ella se quita, ¡No! Quite usted las tentaciones, lo que decía “la oportunidad hace al ladrón” quite usted las oportunidades, no deje que la plata circule así, tenga la luz prendida, siempre la luz prendida, tenga un policía bravo, que lo va a controlar a usted y lo va a sancionar y lo va a sacar del sistema si usted lo hace mal, y no lo va a dejar volver a entrar y de ahí saldrán muchas otras cosas, pero eso parte... eso es un tema cultural, vuelvo y les traigo el ejemplo de los europeos, un europeo en Europa occidental nace con un pan bajo el brazo que se llama el estado del bienestar, ellos saben que tienen derechos a unas cosas, pero también que tienen deberes, y que eso es una cuestión colectiva y desde chiquitos desde la cuna les enseñan eso, un sueco no le coge usted lo que no toca, o el francés en el campo no se le va a robar la vaca, ¡no! eso no va a pasar, es como un impensable eso no funcionan, nosotros no tenemos eso y menos con un sistema de salud como este, donde nadie es el dueño de eso, mejor dicho donde todos creen que pueden hacer con él lo que se les da la gana, entonces todo ese cuento del derecho a la salud, qué es muy bonito en la ley estatutaria, ¡se queda corto! ahí también se queda corto porque es individualista, yo que trabaje en la XXX, pues tuve que aprender algo del de los derechos, entonces ahí hay una discriminación muy bonita, de las clases de derechos, derechos de primera generación, segunda y tercera, los de primera generación, son lo que llaman derechos negativos, entonces son el derecho pues a la libertad de expresión, de culto, de voto y ¿porque son

negativos? porque usted no puede dejar que él estado meta la mano ahí, si le mete la mano, ¡se lo tira! porque censura, porque es cooptación, cualquier cosa, ¡negativa! Es decir, no meta la mano estado ¡yo!; los de segunda generación, donde está el derecho a la salud, son positivos, por qué no se da, si el estado no mete la mano ¿y cómo mete la mano? a través del sistema salud, del arreglo institucional que hagamos, después están los colectivos, que son los de tercera generación, qué es, el medio ambiente... bueno, todo lo que es la economía colaborativa, todas estas cosas están en la tercera generación; nosotros nos quedamos contentos con el derecho a la salud en segunda, ¡tenemos el derecho! ¡Y yo tengo...! Venga, el día que lo convirtamos como los europeos, el estado de bienestar en una tercera generación, donde digamos ¡este sistema de salud es de todos! y por lo tanto nadie se lo puede robar, y lo denunciemos, y lo cuidemos, y no lo mal usemos, y sepamos cómo se entra, ese día, esto cambia, pero mira que eso es un... vamos de la primera, a la segunda, en la primera, era defiéndose usted cómo pueda, si tiene bolsillo, si no tiene bolsillo, si es pobre vaya donde las monjas o allá al hospital público, si es rico, va a la clínica particular, ¡eso ya no!, ya tenemos un sistema, derecho a la salud, bueno ahí vamos, con todos los problemas que tiene, ¡Ahí está!, pero todavía no tenemos la cultura colectiva de decir, “esto es de todos nosotros”, el señor Palacino se robó una plata que era mía, es un ampón, es un indeseable o el fulano de tal que está construyendo como no toca, yo no tengo por qué ir a pedir 500 pañales si solamente necesito 3f0, venga no, no me formule así, eso es, eso es derecho de tercera generación, pero falta un camino, pero existe, así que... parte del sueño, tenemos muchas cosas que decir.

Bibliografía

- Abbink, K. (2002). An Experimental Bribery Game. *Journal of Law, Economics, and Organization*, 18(2), 428–454. <https://doi.org/10.1093/jleo/18.2.428>
- ACTUE Colombia. (2018). Caracterización de riesgos y prácticas de corrupción y opacidad e identificación de niveles de tolerancia a la corrupción en el sistema de salud colombiano.
- Andvig, J. C., Fjeldstad, O. H., Amundsen, I., Sissener, T., & Søreide, T. (2001). *Corruption: A review of contemporary research. Report - Chr. Michelsen Institute.*
- Arellano Gault, D. (2017). Corrupción como proceso organizacional: comprendiendo la lógica de la desnormalización de la corrupción. *Contaduría y Administración*, 62(3), 810–826. <https://doi.org/10.1016/J.CYA.2016.01.005>
- Azfar, O., & Gurgur, T. (2008). Does corruption affect health outcomes in the Philippines? *Economics of Governance*, 9(3), 197–244. <https://doi.org/10.1007/s10101-006-0031-y>
- Bejarano-Daza, J. E., & Hernández-Losada, D. F. (2017). Fallas del mercado de salud colombiano. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 107–113. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57454>
- Camilo Cetina, P. (2016). Diálogos sobre la Transparencia -Policy Paper #1 (Esta versión: Abril de 2016) CORRUPCIÓN: MEDICIÓN DEL PROBLEMA Y LOS PROBLEMAS EN SU MEDICIÓN, 1(12), 0–28.
- Congreso de la República de Colombia. (2019a). ley 1949 de 2019, (1943).
- Congreso de la República de Colombia. (2019b). LEY 1966 DE 2019, 1–9.
- Corte Constitucional. (1991). Constitución Política de Colombia, 125. <https://doi.org/10.1002/ev>
- Efren Ossa, J. (1991). *Teoría General del Seguro*. Bogotá.
- Eslava, J. (2018). Análisis de la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud para la

supervisión de riesgos que afectan el derecho a la salud en Colombia, 3.

Eslava, J. C. (2001). Seguridad Social en salud: Reforma a la reforma. *Revista de Salud Pública*, 1(2), 105–116. Recuperado de www.revista.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/.../19873

Gaitonde, R., Ad, O., Po, O., & Rada, G. (2016). Interventions to reduce corruption in the health sector (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008856.pub2>. www.cochranelibrary.com

Gee, J., Button, M., & Brooks, G. (2011). The financial cost of healthcare fraud 2011: What data from around the world shows, 24.

Gutiérrez, A. (2015). Los arreglos institucionales como complemento indispensable en la Cooperación Sur-Sur.

Hanf, M., Van-Melle, A., Fraisse, F., Roger, A., Carne, B., & Nacher, M. (2011). Corruption kills: Estimating the global impact of corruption on children deaths. *PLoS ONE*, 6(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026990>

Hussmann, K. (2011). Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: Perspectivas de América Latina en los subsistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel subnacional), 24, 49. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/359BE4329037FDA505257CDE00789678/\\$FILE/VulnerabilidadCorrupciónSectorSalud.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/359BE4329037FDA505257CDE00789678/$FILE/VulnerabilidadCorrupciónSectorSalud.pdf)

Isaza, F. (2011). Historia Legal del Seguro en Colombia Análisis normativo del sector asegurador.

Julián, M., & Bonavia, T. (2017). Aproximaciones Psicosociales a la Corrupción: Una Revisión Teórica. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 231–243. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n2.59353>

López-López, W., Roa, D., Roa, M. A., Correa-Chica, A., Pérez-Durán, C., & Pineda-Marín, C. (2016). El rol de la filiación política en las creencias y discursos legitimadores de la corrupción. *Psychosocial Intervention*, 25(3), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.07.001>

- March, J. G., & Olsen, J. P. (1991). Rediscovering institutions the organizational basis of politics, (February), 88–91.
- Martínez, C. (2011). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias
Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversies, 613–619.
- Martinez, E., Agudelo, A., & Gonzales, S. (2010). Antecedentes históricos de la Seguridad Social en Salud: parte de la construcción de un país sin memoria. *Revista CES Odontología*, 23(2), 77–84.
- Ministerio de Justicia. Código de comercio (1971).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). Resolución 8430 de 1993. *Constitución Política de Colombia*, 1993(octubre 4), 1–12. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Cifras de aseguramiento en salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2012). Ley 1581 de 2012. *Junio 27*, 1–12.
- MSN News. (2019). 21 EPS se encuentran en la mira por casos de corrupción.
- OMS. (2010). Key components of a well-functioning health system. *Geneva: WHO Health System*, 2. Recuperado de http://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/en/
- Palacios, S. (2007). *Seguros Temas Esenciales*. Bogotá.
- Pardo, R. (2014). 20 años de la Ley 100: sistema de salud colapsado. Colombia: RCN. Recuperado de <https://noticias.canalrcn.com/nacional-pais/20-anos-ley-100-sistema-salud-colapsado>
- Perez, J. L. (2016). Conociendo el Seguro: Teoría General Del Seguro. *Research Gate*, (March), 448. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/40942409> Conociendo
- Restrepo Zea, J. H. (2018). Recomendaciones de Política: En busca de una mayor integridad y transparencia en el Sistema de Salud colombiano.

- Revista Dinero. (2017). “Los recursos públicos son sagrados, pero más los de la salud”: gerente EPS Sura.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico.
- Rose, J. (2018). The Meaning of Corruption: Testing the Coherence and Adequacy of Corruption Definitions. *Public Integrity*, 20(3), 220–233. <https://doi.org/10.1080/10999922.2017.1397999>
- Sandoval Ballesteros, I. E. (2016). Enfoque de la corrupción estructural: Poder, impunidad y voz ciudadana. *Revista Mexicana de Sociología*, 78(1), 119–152. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032016000100119
- Secretaría de Planeación Distrital. (2014). *Análisis de los arreglos institucionales para definir los hechos metropolitanos en el contexto de la región metropolitana de Bogotá*.
- Sparrow, M. K., Savedoff, W. D., Prevenslik-Takeda, L., & Hussmann, K. (2017). The causes of corruption in the health sector: *Global Corruption Report 2006*, (May), 3–24. <https://doi.org/10.2307/j.ctt184qq53.7>
- Tim K Mackey, T. V. & J. K. (2018). The sustainable development goals as a framework to combat health-sector co...: Biblioteca Virtual de la Pontificia Universidad Católica del Perú, (January), 634–643. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=19479a64-b4d9-4ca6-bc77-57d229b31785%40pdc-v-sessmgr04>
- Transparency Internacional. (2018). Corruption perceptions. Recuperado de <http://cpi.transparency.org/cpi2013/results/>
- Transparency International. (2007). *Informe global de la corrupción 2006: corrupción y salud. Informe global de la corrupción*. Recuperado de http://www.transparency.org/whatwedo/publication/informe_global_de_la_corrupcion_2006_corrupcion_y_salud
- Transparency International. (2016). Barómetro Global de Corrupción 2016. Recuperado el 26 de marzo

de 2019, de <http://transparenciacolombia.org.co/2019/02/15/barometro-global-corrupcion-2016/>

Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83–94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>

Villamil, J. (2017). La Corrupción en Colombia, aproximaciones conceptuales y metodológicas para abordarla. Corruption in Colombia, conceptual and methodological approaches to address it, 177.

Welsh, D. T., Ordóñez, L. D., Snyder, D. G., & Christian, M. S. (2015). The slippery slope: How small ethical transgressions pave the way for larger future transgressions. *Journal of Applied Psychology*, 100(1), 114–127. <https://doi.org/10.1037/a0036950>