

of regular screening (1.74%), and poor diet (1.2%).

Although MMM is a large city with a large proportion of migrants from other states our results do not necessarily reflect the level of HPV awareness of all women in Mexico. This awareness could be very different due to differences in the level of education. Public education programs about HPV are needed and should reach women of all ages, specially those with no formal education.

Acknowledgments

The authors wish to thank Irma Y. Vega-Santiago, Herzon Alan Tovar-Cervantes and Moises Shabot-Szydlo for technical support and for conducting the surveys.

Declaration of conflict of interests: The authors declare that they have no conflict of interests.

Omar González-Santiago⁽¹⁾
omargs28@yahoo.com
Deyanira Aguirre-Flores⁽¹⁾
Isaias Balderas-Rentería⁽¹⁾
Elvira Garza-González⁽²⁾

⁽¹⁾ Facultad de Ciencias Químicas Universidad Autónoma de Nuevo León, México

⁽²⁾ Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

References

- Ogunmodede F, Yale SH, Krawisz B, Tyler GC, Evans AC. Human Papillomavirus infections in primary care. *Clin Med Res* 2007;5(4):210-217.
- LAV Marlow I, J Waller I, J Wardle. Public awareness that HPV is a risk factor for cervical cancer. *Br J Cancer* 2007;97:691-694.
- Lazcano-Ponce E, Rivera L, Arillo-Santillán E, Salmerón J, Hernández-Avila M, Muñoz N. Acceptability of a Human Papillomavirus (HPV) trial vaccine among mothers of adolescents in Cuernavaca, Mexico. *Arch Med Res* 2001;32(3):243-247.

Sistema de salud de Colombia

Señor editor: En el volumen 53, suplemento 2, del año 2011 de *Salud Pública de México* apareció publicado el artículo titulado *Sistema de salud de Colombia*,¹ en

el que los autores señalan que las masivas sentencias de los jueces ordenando la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios (POS, Plan Obligatorio de Salud) han comprometido la sostenibilidad financiera del sistema.

Sin dejar de reconocer el impacto económico de las acciones judiciales (principalmente tutelas) es necesario señalar que diversas investigaciones dan cuenta de que éstas no son el principal responsable, ni mucho menos el único, de la crisis económica por la que atraviesa el sistema de salud colombiano. Por el contrario, son la falta de rectoría, regulación y supervisión por parte de los entes competentes, la intermediación de varios agentes, la flexibilización del control de precios de medicamentos, así como el gran poder que le otorgó el modelo a las entidades promotoras de salud (EPS), los que han causado en gran medida la actual crisis del sistema.²⁻⁴

Este conjunto de factores ha permitido por años la sistemática negación de servicios incluidos en el POS por parte de los agentes del sistema. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, en 2010 65.4% de las tutelas fueron por prestación de servicios incluidos en el POS.⁵ Muchas de éstas son resultado de acuerdos ilegales entre las EPS para negar metódicamente servicios y así hacer un doble cobro al gobierno.⁶ Estas prácticas tienen un serio impacto sobre el sistema. Por ejemplo, en el 2009, sólo en el caso de dos medicamentos incluidos en el POS (factores antihepmofílicos VIII y IX), las EPS recobraron indebidamente (como No POS) 13 000 millones de pesos.⁷

El actual gobierno ha reconocido estos problemas y ha asumido el compromiso de hacer que la salud en Colombia deje de ser un negocio para convertirse en un derecho. Con este fin ha planteado un conjunto de medidas.⁴

Algunas de las medidas planteadas están dirigidas a restringir la libre competencia en el mercado de salud. Se plantea reducir el número de EPS en el mercado, así como la redefinición de sus requisitos de habilitación y operación para que incluyan aspectos como tamaño,

indicadores de salud, solvencia y gestión del riesgo financiero y en salud. Otras medidas están dirigidas a ejercer un mayor control sobre los precios de los medicamentos.

Por último, es necesario señalar que los problemas aquí descritos han sido señalados en repetidas ocasiones por los jueces colombianos. Muchas de las medidas desarrolladas por el actual gobierno para combatir la corrupción y el sobreprecio de los medicamentos, y mejorar el sistema de información, se están dando como parte de la respuesta a una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia, la T 760 de 2008, que ordenó al gobierno cumplir con los compromisos asumidos en la Ley 100. Por otro lado, la Corte ha planteado la necesidad de definir el contenido del derecho a la salud, que va más allá de los contenidos específicos del plan de beneficios. Ésta es aún una tarea pendiente.

Camila Gianella-Malca⁽¹⁾
Camila.Gianella@cmi.no

⁽¹⁾ Instituto Chr Michelsen, Bergen, Noruega

Referencias

- Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S144-S155.
- Procuraduría General de la Nación, Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad. El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del estado colombiano en materia de quejas en salud. Bogotá: Procuraduría General de la Nación - Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad, 2008.
- Ronderos MT. Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano. *Semana* 2009: Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. Audiencia pública de rendición de cuentas ante la Honorable Corte Constitucional. Bogotá: 2011.
- Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2010. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2011.
- Superintendencia de Industria y Comercio. Informe Motivado. Bogotá: Superintendencia de Industria y Comercio, 2011.
- Observatorio del Medicamento Colombia. CRES coincide con estudio de la FMC y busca recuperar Col \$ 13.000 millones recobrados con Factores VIII y IX. *Boletín Informática & Salud* 2010; 20. *Boletín del Consumidor de Medicamentos*, Año 20.