

Medicina

(Antiguamente, Revista Médica de Bogotá)

Órgano Informativo de la Academia Nacional de Medicina

(Fundada el 3 de Enero de 1873. Reconocida por la Ley 71 de 1890
con el carácter de órgano consultivo del Gobierno Nacional)

Número 29
Abril 1992

Academia Nacional de Medicina

Calle 60A No. 5-29 - Teléfonos 249 31 22 - 212 03 71 - Apartado Aéreo 23224
Santafé de Bogotá - Colombia

Junta Directiva

Presidente	Efraím Otero Ruiz
Vicepresidente	Adolfo de Francisco Zea
Secretario Perpetuo	César Augusto Pantoja
Secretario	Hernando Forero Caballero
Tesorero	Carlos de Vivero Amador

Consejo Editorial

Académicos:	
Mario Camacho Pinto (Coordinador)	
César Augusto Pantoja	Héctor Pedraza M.
Fernando Serpa Flórez	Alberto Albornoza Plata
Alvaro López Pardo	Juan Mendoza Vega

**La publicación y distribución de esta Revista,
está patrocinada por Laboratorios "Italmex"**

Preparación editorial:
Communicatus Ltda.

Impreso por:
Editorial Presencia Ltda.

Editorial

La salud en la seguridad social del futuro*

Efraim Otero Ruiz**

Quiero ante todo agradecer a los organizadores del Congreso de AEXMUN y particularmente a los promotores de este Simposio por la invitación a participar en él a nombre de la Academia Nacional de Medicina. La Academia se ha venido ocupando de los temas de salud y seguridad social en el país aún desde antes de fundarse el Instituto de Seguros Sociales, y ha propuesto y seguido con mucho interés las disposiciones fijadas por la Asamblea Nacional Constituyente que acaba de tratar en forma por demás brillante el Dr. Antonio Yepes.

Inicialmente, tendríamos que comenzar por analizar, así sea brevemente, cuáles son las proyecciones futuras para la salud en Colombia y especialmente en las que serán la primera y la segunda década del siglo XXI. Es de esperar que el descenso en el índice de crecimiento demográfico continúe por debajo del 1.9 por ciento actual, lo cual, al tiempo de reducir la presión sobre los sectores materno-infantil y pediátrico traerá como consecuencia un mayor recargo de los costos de salud hacia la población geriátrica, por encima del promedio de vida de 64 años. Este fenómeno, que ya se está viviendo, incide altamente sobre los costos de seguridad social no sólo en lo que a atención en salud se refiere sino también en lo que respecta a invalidez, vejez y muerte.

En cuanto a las proyecciones en salud de la población colombiana tendremos que referirnos a las mencionadas por Francisco Yepes y colaboradores en su libro "La salud en Colombia" editado en 1990¹. Objetivo primordial será el de mejorar la salud de los niños, disminuyendo la mortalidad infantil a por lo menos 20 por 1000 y la de los niños de 1 a 4 años a por lo menos 1 por 1000 con estrategias dirigidas a disminuir la incidencia de problemas perinatales, la frecuencia y letalidad de enfermedades transmisibles, lo mismo que la de accidentes en ese grupo de edad. Similares estrategias se deberán seguir en los comprendidos entre los 5 y los 14 años, añadiendo los cuidados dentales y de órganos de los sentidos: para las edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, se recomienda: a. Disminuir la incidencia, letalidad y secuelas del trauma y la violencia. b. Disminuir la incidencia y letalidad en el cáncer genital femenino, de tráquea y de pulmón. c. Disminuir la incidencia de complicaciones de la gestación, parto y puerperio; d. Prevenir y tratar oportunamente las afecciones cardiovasculares y e. Disminuir y tratar la incidencia y secuelas de las enfermedades de transmisión sexual. Esas mismas estrategias se extienden a las edades por encima de los 45 años, haciendo énfasis en los cuidados geriátricos, las enfermedades degenerativas y la prevención de accidentes para proporcionar una adecuada calidad de vida, garantizando también el derecho a morir dignamente. Para ello recomiendan estrategias basadas en la protección y la promoción de la salud, el mejoramiento de los servicios de salud y el desarrollo de las investigaciones bio-médicas.

Como obstáculo a dichas estrategias los autores señalan el que el 43% de la población colombiana (13 millones de nuestros habitantes, que serán probablemente más de 15 para el año 2010) viven en condiciones de pobreza; 7 de esos 13 millones localizados en áreas rurales, muchas de ellas lejanas e inaccesibles; por otra parte, anotan cómo la participación del gasto público en los sectores sociales ha venido disminuyendo y lo seguirá haciendo a menos que se tomen medidas verdaderamente extraordinarias, ya que, como ellos mismos anotan, cerca del 70% de la población colombiana está bajo la responsabilidad del sub-sector oficial directo y los servicios prestados por éste son insuficientes, inoportunos y poco eficientes. Añaden además que la población más pobre y de más bajos recursos económicos encara problemas de acceso a los servicios asistenciales y a los medicamentos por su alto costo: el gasto privado en salud constituye el 25% del gasto de los pobres, representando los medicamentos el 68% de ese gasto en salud. Si a ello añadimos el aumento universal de

* Presentado al Simposio de AEXMUN, Bogotá.

** Presidente, Academia Nacional de Medicina.

los costos de atención en salud, especialmente en el grupo etareo mayor de 45 años; el deterioro de las condiciones medioambientales, el aumento de la violencia por factores como la guerrilla y el narcotráfico y la crisis financiera, técnica y administrativa de la mayoría de los hospitales públicos colombianos, tenemos un panorama bien sombrío que ni siquiera medidas bien intencionadas, como han sido las anteriormente descritas o las incluídas en la Ley 10 de 1990, serán suficientes para solucionar.

Frente a estos retos, el país cuenta con 6 elementos que ha analizado muy bien en su libro² el Dr. Rodrigo Bustamante, anterior director del Instituto de Seguros Sociales, y que englobarían lo que él señala como el conjunto de posible "seguridad social", a saber: 1. la Asistencia Pública, o sea la prestación de servicios -por parte del Estado- a la población en general: como lo hemos dicho arriba, esa población en ningún caso será menor del 70% de nuestros habitantes; 2. el Seguro Social propiamente dicho, orientado a los trabajadores del sector privado y el cual, infortunadamente no cubre más allá del 17% de nuestra población; 3. la Previsión Social en sus diversas modalidades (nacionales, departamentales, municipales, de diversas empresas etc.) la cual cubre en salud y otras materias a los trabajadores del Estado; 4. el subsidio familiar, cuya proyección básica es la protección de la familia -y comprende la salud de los familiares no cubiertos por seguro o previsión social- pero que incluye aspectos como recreación, vivienda, víveres y subsidios en efectivo; 5. otros tipos de asistencia social a los menores o a los trabajadores que proveen instituciones como Bienestar Familiar y el SENA; y 6. la atención médica privada, ya sea directamente, ya sea a través de modalidades de seguros como los de "medicina prepagada" que están adquiriendo una mayor prevalencia en el país especialmente entre las clases económicamente pudientes, que tratan así de cubrirse de los desmesurados costos de hospitalización y de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas cada vez más onerosas para el paciente. Recordemos de nuevo que los cinco últimos de los sistemas mencionados no cubren más allá del 25% de nuestra población: dicho en otras palabras, más del 70% de la misma está desprotegida, a merced únicamente de los servicios que pueda brindarle el Estado.

Todo ello hace que se mire hacia los sistemas integrales de seguridad social del Estado como una posible solución futura para los problemas de la salud. Sin embargo, mirando la bola de cristal del futuro -que otra cosa no se puede hacer en esta intervención mía- surgen más interrogantes que respuestas, algunos de los cuales espero sean resueltos por los próximos ponentes. Una, señalada por los autores arriba mencionados, es la carencia de una política gubernamental de seguridad social extendida a todos los sectores. Aunque una política de salud se encuentra tímidamente esbozada tanto en la Ley 10 de 1990 como en la nueva Constitución (1991) aún se tropieza con los problemas de una verdadera integración de los diversos sectores en el sistema nacional de salud, por una parte, y por la otra el saber cómo van a financiarse, y si son suficientes la nueva distribución del situado fiscal y las rentas de los municipios. Ya sabemos que el Seguro Social cubre solamente el 17% de la población representada en los trabajadores del sector privado y cuyas cotizaciones apenas si alcanzan a cubrir las deudas progresivamente acumuladas en el sector de invalidez, vejez y muerte.

Habría que pensar, como creo que es la idea de su actual directora, en la extensión progresiva del cubrimiento del seguro con mayores cotizaciones por parte de otros sectores del trabajo y de los trabajadores independientes, lo cual podría ir alcanzando paulatinamente a los del sector rural, hoy por hoy los más desprotegidos. Hay quienes inclusive piensan que debería haber una separación completa de la parte de salud de la parte pensional (IVM) para evitar que las deudas de la una arrastren a la otra, aunque, en mi opinión, las dos deberían seguir bajo una misma cabeza. Otra posible alternativa sería la de unificar los otros sectores arriba mencionados (como la previsión social y el subsidio familiar) de suerte que todos aportaran a un gran sistema que cubriría tanto a trabajadores como a sus familiares y a los servidores del Estado. Aquí podría intervenir también el sector privado no sólo como aportante sino como administrador, aunque esto caería dentro de la llamada "privatización" que no me corresponde a mí discutir en este momento. De todos modos, la extensión de la cobertura necesitaría a su vez de una considerable ampliación del recurso humano y de la infraestructura, aun cuando sería cada vez más necesaria y aconsejable la contratación, a precios justos y pagos oportunos, con entidades dispensadoras de salud altamente calificadas en todo el territorio nacional.

Sin embargo, lo sola alza de los costos de salud a nivel mundial y sus proyecciones futuras es algo que debe preocupar a todos los gobiernos y a todas las administraciones. El caso de los Estados Unidos (que por su influencia científica y tecnológica muchos tratamos malamente de imitar) es un complejo inquietante: se considera que es el sistema de salud más costoso del mundo, gastándose en ese país, en el cuidado de salud de una persona 171% más que en Inglaterra, 124% más que en el Japón, 88% más que en Alemania y 38% más que en el Canadá. En los 5 años entre 1985 y 1990 esos costos aumentaron en un 42%, y ese porcentaje de crecimiento es mayor que lo que se observó en el costo de alimentos, de vivienda o de transporte. Los costos de salud representan el 11.5% del producto nacional bruto y se cree que para final de la década llegarán a representar el 15%. A pesar de todo ello, no es el mejor sistema de salud del mundo: los Estados Unidos ocupan el puesto número 12 en expectativa de vida, por debajo de Japón, Italia, Francia y los países escandinavos;

ocupan el número 22 en la escala de mortalidad infantil y el 24 en la del porcentaje de niños nacidos con un adecuado peso al nacer. Se considera que, entre las naciones industrializadas, sólo los Estados Unidos y Sudáfrica son los únicos que no disponen de una accesibilidad global de atención en salud para todos sus ciudadanos. Se estima que 33 millones de sus habitantes (principalmente aquellos de las llamadas "minorías étnicas", especialmente negros e hispanos) carecen por completo de un sistema de seguridad social en salud. De ahí que se esté mirando desesperadamente a otros modelos, particularmente a los de Canadá e Inglaterra, como una posible solución, que aún con los cálculos más optimistas no serán aplicables antes de la segunda década del siglo XXI.

Los modelos aplicables a países industrializados no creo que sean, sin embargo, una posible solución para países como el nuestro. Como lo dijimos arriba, parecerían ser de costos más razonables que el de los Estados Unidos, pero aún así, su valor no deja de ser la mitad o una tercera parte, la misma industrialización significa un número mucho mayor de aportantes, como patronos o como trabajadores, y significa también la percepción de más impuestos por el gobierno central de esos países, que representu el otro gran aportante a la seguridad social.

Creo pues, que el gran desafío que enfrentamos y enfrentarán las generaciones que desembocan en el siglo XXI es la financiación del sector salud. Porque no basta la creación de una política estatal de seguridad social que englobe los aspectos esenciales, preventivos y curativos, de una salud integral para todos los colombianos; nuestra legislación, antes y después de la Constituyente, está llena de declaraciones generosas que buscan ese propósito como fin primordial, pero sin asegurarle adecuadamente los recursos financieros. Habría que buscar, como lo sugirió el Dr. Adolfo De Francisco (otro ilustre ex-director del ISS y actual Vice-presidente de nuestra Academia) hace ya muchos años³, la asignación de un porcentaje del presupuesto nacional o, mejor, del producto nacional bruto, no menor de un 10 por ciento (acordémonos que en los últimos 15 años ese porcentaje del presupuesto nacional decayó de un 9.6 a un 3.4%). Y buscar apropiaciones de otras procedencias distintas de los licores, el tabaco y los juegos de azar que, paradójicamente, son los que han servido siempre para financiar el sector salud.

Por otra parte, creo que una política nacional de seguridad social en salud no se deberá hacer exclusivamente a expensas de los médicos. Ya nuestro gremio viene suficientemente menguado por la excesiva oferta del recurso humano proveniente de la proliferación de facultades de medicina; a la baja remuneración se unen las amenazas del subempleo y el desempleo. Hay un creciente descenso en la actividad médica privada a pesar de las tendencias progresivas a la superespecialización; aún así, el médico que debe vivir de un salario, y especialmente en el sector oficial, se encuentra remunerado muy por debajo de quienes tienen algún acceso a la práctica privada o algunas horas en algún tipo de seguros. En ciertas especialidades las posibilidades de acciones legales en contra de los médicos por "mala práctica" o negligencia o descuido están aumentando progresivamente, llevando al ejercicio de una "medicina defensiva" que es, precisamente, uno de los factores que más ha aumentado los costos de salud en los Estados Unidos. Las compañías financieras que se han apoderado de los sistemas de medicina prepagada fijan sus remuneraciones a un bajo nivel, prefiriendo los procedimientos y la tecnología al acto de pensamiento que es el diagnóstico médico. Y frente a todos estos factores adversos, la sociedad le sigue exigiendo al médico una posición de ser privilegiado dentro de la misma, aún a sabiendas que esos privilegios están cesando paulatinamente. Por eso el desarrollo futuro de una política de seguridad social en salud deberá llevar consigo una preparación y adecuación del recurso humano, no sólo en medicina práctica sino en salud pública e investigación, que forman los 3 pilares de una adecuada atención. De este tema se ocupará el Dr. Bozón en la ponencia siguiente⁴.

Puede que mis predicciones, como mucho de lo que hoy se refiere al siglo XXI, suenen un poco apocalípticas, pero no he hecho otra cosa que extrapolar 10 o 15 años desde la dura realidad en que vivimos. Corresponde a grupos talentosos como este de AEXMUN, que congrega las viejas junto a las nuevas generaciones de médicos egresados de nuestra máxima universidad, el seguir recabando en estos aspectos y mirar en qué forma se puede transformar ese futuro que ya se nos vino encima.

Muchas gracias

Referencias

1. Yepes, F.J. y col. *La salud en Colombia*. Bogotá, Minsalud-DNP, 1990 (2 volúmenes).
2. Bustamante, R. *La gerencia moderna aplicada al sector público- ISS 1987-1990*. Bogotá, Imprenta ISS-CAN, 1990.
3. De Francisco, Adolfo. *La salud y la seguridad social*. Conferencia (mimeógrafo) Bogotá, 1977.
4. Bozón, E. *Edacación médica y seguridad social*. V Congreso de AEXMUN. Bogotá, agosto 1991.