
La Ley 100 de 1993 y las instituciones prestadoras de servicios de salud

Foro realizado en la Academia Nacional de Medicina el 7 de julio de 1994 con la asistencia del señor Ministro de Salud y el señor viceministro del ramo

El presidente informa que la Academia ha estado preocupada con la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios; que hace 15 días tuvo lugar un foro sobre esta ley y sus implicaciones generales, en el cual se planteó el pensamiento del sector salud ante el nuevo enfoque de la seguridad social. El presidente recuerda que la Academia ha sido asesora y consultora del Gobierno Nacional en materia de salud pública, asesoría ratificada por la misma Ley 100 de 1993, junto con otras entidades médicas de gran importancia. Sin embargo, en todas las explicaciones que se han dado sobre dicha ley y sus implicaciones en los diferentes sectores de la sociedad, se ha notado la ausencia de los trabajadores de salud en la planificación y organización de la parte pertinente de esta. Se podría pensar que no se ha contado con los trabajadores de la salud para la organización y desarrollo correspondiente de lo planteado en la Ley 100. Se ha trabajado intensamente en la organización económica y administrativa; se está trabajando seriamente en el aumento gradual de la cobertura de la seguridad social, pero quienes prestarán el servicio, todos los estamentos del sector salud, no aparecen en ninguna de las estructuras que constituyen la ley, por lo menos en lo que nos han presentado en los diferentes foros sobre ella.

En estas circunstancias hemos querido hacer un análisis, hacer un foro abierto, escuchar las ideas de los colegas. Con ese objetivo la Academia ha invitado a los distinguidos representantes de la Federación Médica Colombiana, de ASCOFAME, de las Facultades de Medicina, de las Sociedades Científicas, de ASMEDAS; así como de otras entidades médicas, cuya presencia agradece el presidente. Todos ellos podrán presentar libremente sus inquietudes en la discusión del foro.

Foro sobre el Pensamiento del Sector Salud ante el nuevo enfoque de la Seguridad Social

El presidente da iniciación al foro y otorga el uso de la palabra al Académico Gustavo Malagón Londoño,

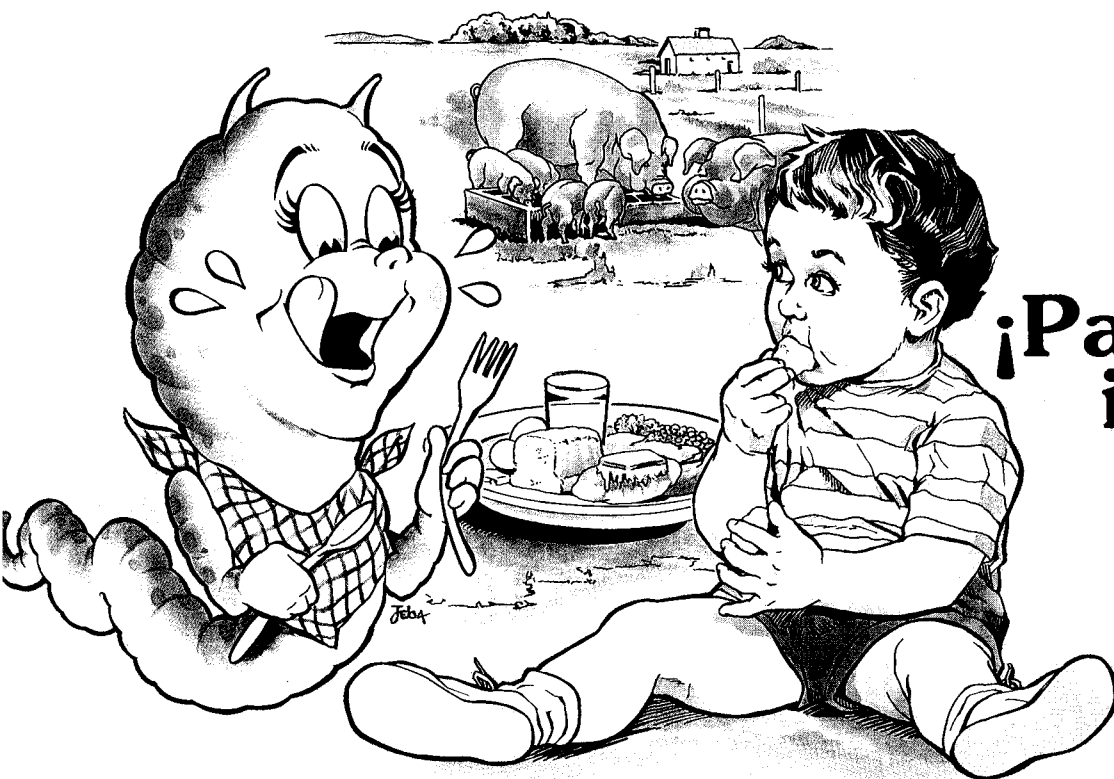
quien fuera el anterior Secretario de Salud del Distrito y persona conocedora de la Ley 100. Él hizo una excelente presentación al respecto en el foro realizado 15 días antes,¹ por medio de la cual nos ubicó dentro del marco general de la ley. Explica a los asistentes que es él quien va a dirigir y coordinar el foro, para que tenga un orden lógico.

El Académico **Malagón Londoño** da la bienvenida al señor Viceministro de Salud y reitera el deseo de la Academia de asumir su papel; el que le corresponde en relación con la importante circunstancia de la promulgación de la Ley 100 de 1993. Agrega que esta institución espera con expectativa y con mucho interés la promulgación de los Decretos reglamentarios, para poder tener un punto de referencia y ejercer su función de asesora del Gobierno Nacional en materia de salud y de educación.

Continúa el Académico Malagón Londoño: *"Nosotros no pretendemos, por ningún motivo, ni cuestionar la Ley 100 ni someter a debates su articulado; por el contrario, estamos convencidos de que es el acontecimiento de mayor trascendencia en el último siglo en el campo de la seguridad social y de la salud y que con la promulgación de la Ley 100 se logró darle cumplimiento al Artículo 48 de la Constitución nacional, el cual ordena que se implante la Seguridad Social en el país dentro de un esquema prudente pero progresivo, que permita una cobertura total de la población colombiana. Nosotros pensamos, como Academia, que si se logra llegar a ese ideal de la Ley 100, dejaríamos de ser un país desamparado en el campo de la salud y pasaríamos a ser modelo en seguridad social y un ejemplo en cobertura de servicios de salud ante el mundo entero. Ojalá que estos propósitos se logren en forma completa. Sin embargo, hay muchas dudas*

1 Ver Acta de la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina del 23-VI-94.

Un problema real:



¡Parasitismo intestinal!

NUEVO

Nematil®

PLUS

Albendazol-400 mg
Italmex

Antihelmíntico de Primera Elección

1 tableta 400 mg

DOSIS UNICA

Suspensión 10 ml-400 mg

DOSIS UNICA

COMPOSICION: Nematil-Plus Tabletas. Cada tableta contiene: Albendazol.....400 mg. Nematil-Plus Suspensión. Los 10 ml contienen: Albendazol.....400 mg. Contraindicaciones: no debe administrarse durante el embarazo, ni a pacientes con posibilidad de embarazo, pues el Albendazol es teratógeno y embriotóxico en animales. El Albendazol no ha sido evaluado en niños menores de 2 años. Efectos secundarios: ocasionalmente trastornos gastrointestinales y cefalea. **PRESENTACIONES Y REGISTRO SANITARIO:** Nematil-Plus Tabletas, caja x 1 tableta. Reg. San. Provisional Expediente No. 053379 Minsalud. Nematil-Plus Suspensión, frasco x 10 ml. Reg. San. Provisional Expediente No. 053322 Minsalud. **BIBLIOGRAFIA:** - Coulaud J.P., Rossignol J.F. Albendazole: nuevo antihelmíntico de una sola dosis: Acta Tropica 41: 87-90, 1984. - Nahmias J., Kennet R., Goldsmith R., Greenberg Z. Evaluation of albendazole, pyrantel, bephenium, pyrantel-praziquantel and pyrantel-bephenium for single-dose mass treatment of necatoriasis. Annals of Tropical Medicine and Parasitology 83: 625-629, 1989. - Stephenson L.S., Latham M.C., Kinoti S.N., Kurz K.M., Brigham H., Improvements in physical fitness of kenyan schoolboys infected with hookworm, Trichuris trichiura and Ascaris lumbricoides following a single dose of albendazole. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 84, 277-282, 1990.

ITALI
PRODU
CIENTI



PYLORIS[®]
Subcitrato de Bismuto Coloidal

“La erradicación del Helicobacter pylori”

Determina la curación de la Patología Gastroduodenal

COMPOSICION: **Tabletas:** cada tableta contiene: Subcitrato de Bismuto Coloidal equivalente a 120 mg de Oxido de Bismuto. **Suspensión:** cada cucharada (15 ml) contiene: Subcitrato de Bismuto Coloidal equivalente a 120 mg de Oxido de Bismuto. **Presentación y Registro Sanitario:** **Tabletas:** caja x 20 tabletas. Reg. San. M-012689 Minsalud. **Suspensión:** frasco x 240 ml. Reg. San. M-012690 Minsalud. **Contraindicaciones:** embarazo e insuficiencia renal severa. **Precauciones:** el tratamiento no debe prolongarse más de 8 semanas y si es necesario repetirlo, debe hacerse una pausa de 8 semanas. Se requiere control médico. **Efectos secundarios:** las materias fecales se vuelven de color negro, por la presencia del Sulfuro de Bismuto, lo cual debe advertirse a los pacientes, no dando reacciones positivas para la prueba de sangre oculta. **Bibliografía:** -Benet LZ. Safety and Pharmacokinetics: Colloidal Bismuth Subcitrate Scand. J. Gastroenterol 1991, 26 (Supp 185), 29-35. -Gorbach SL: Bismuth Therapy on Gastrointestinal Diseases. Gastroenterology 1990, 99, 863-875. -Ramírez Ramos A. Helicobacter pylori y patología gastroduodenal. Rev. Col. Gastroent 1991 VI (4): 303-308.



ITALMEX
PRODUCTOS
CIENTÍFICOS

Confirmado como la otra
ALTERNATIVA:

- **DOLOR**
- **FIEBRE**



Tabletas
DOL[®]
400

Suspensión
DOL[®]
Pediátrico

**amplia experiencia comprobada en
más de 120 países**

COMPOSICION:Tabletas: cada tableta recubierta contiene: Ibuprofeno400 mg. **Suspensión Pediátrica:** cada 5 ml de la suspensión contiene: Ibuprofeno.....100 mg.
Presentaciones y Registro Sanitario: Tabletas x 400 mg: caja x 10 tabletas. Caja 20 sobres x 2 tabletas. Reg. san. M-012439 Minsalud. **Suspensión Pediátrica:** frasco x 120 ml. Reg. San. M-012902 Minsalud. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad al Ibuprofeno, a los salicilatos y a otros antiinflamatorios no esteroideos. **Precauciones:** adminístrese con precaución a pacientes con asma, broncoespasmo, desórdenes de la coagulación, úlcera péptica, o que estén en tratamiento con anticoagulantes como la warfarina. **Efectos indeseables:** puede desencadenar náusea, vómito, erupciones cutáneas o sangrado digestivo. **Bibliografía:** -Crome P et al : Single and multiple dose pharmacokinetics of ibuprofen effervescent granules or tablets in elderly volunteers. Drug Invest 1990; 2:61. -Dionne et al: Suppression of postoperative pain by preoperative administration of Ibuprofen in comparison to placebo, acetaminophen and acetaminophen plus codeine. J Clin Pharmacol 1983; 23: 37. -Kotob A: A comparative study of two dosage levels of ibuprofen syrup in children with pyrexia. J. Int Med Red 1985, 13: 122.



ITALMEX
PRODUCTOS
CIENTIFICOS

El Universo de las **ALERGIAS**



responde a

EXUL[®]
Loratadina

COMPOSICION: **Tabletas:** cada tableta contiene: Loratadina micronizada.....10 mg. **Jarabe:** cada cucharadita (5 ml) contiene: Loratadina.....5 mg. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad a la Loratadina. **Precauciones:** no se ha establecido su seguridad durante el embarazo y la lactancia. Niños menores de 6 años. **Efectos indeseables:** en estudios bien controlados sus efectos indeseables han sido comparables a los del placebo. **Presentaciones y Registro Sanitario:** **Tabletas:** caja x 10 tabletas recubiertas, Reg. San. M-011979 Minsalud. **Jarabe:** frasco x 90 ml, Reg. San. M-013304 Minsalud. **Bibliografía:**

- Clissold S P, et al: Loratadine. A preliminary review of its pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy. *Drugs* 1989; 37: 42. -Frolund L et al: A multicentre study of loratadine, clemastine, placebo in patients with perennial allergic rhinitis: *Allergy* 1990; 45:254. -Paul E: Loratadine and terfenadine in the

que inquietan a los profesionales de la salud sobre varios aspectos".

Explica el Académico Malagón Londoño que el objeto del foro es la expresión libre de los asistentes, pero no sobre una vaga controversia, sino planteando las dudas existentes al respecto con el fin de que las autoridades sobre el tema –el Señor Viceministro– den a la Academia un punto de referencia cabal y consciente sobre toda esta temática, dentro del propósito general que se ha impuesto a la Academia.

En el foro anterior –agrega el Académico Malagón Londoño– los señores académicos aprobaron la división de los foros sobre la Ley 100 en cuatro partes: la primera ya se cumplió, sobre los aspectos generales y en esa reunión se sugirió que el segundo foro versara sobre lo relacionado con la Ley 100 de 1993 y la posición de los trabajadores de la salud. El siguiente tocará lo relacionado con la Ley 100 y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Y en el último foro se verá lo relacionado con la Ley 100 y las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud: ante la nueva situación planteada por la Ley 100, los programas académicos deben hacerse concordantes con la filosofía general de salud allí planteada y deben colocarse en la realidad. Los docentes y los formadores de recursos humanos deben tomar como puntos de referencia y de orientación para la docencia, los aspectos planteados por la ley.

Se ha fijado para esta reunión –explica el Académico Malagón Londoño– una metodología para hacerla más ágil y ajustada al tiempo. Dentro de ésta se ha planeado, en primer lugar, una presentación general, con el objeto de ambientar un poco al auditorio sobre los aspectos generales y plantear algunos puntos que han quedado en forma de interrogantes y preocupaciones de los profesionales de la salud, con el fin de estimular así la participación de los asistentes al foro y hacerlo más activo. Posteriormente los presentes contarán con una hora para doce intervenciones, no mayores de 5 minutos cada una.

La Ley 100 ampara el régimen de prestaciones sociales en lo relacionado con los servicios de salud. Trata lo relacionado con los accidentes de trabajo y se refiere directamente a la problemática sobre la enfermedad profesional. La parte central del espíritu que impone el articulado de dicha ley es el de regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso para toda la población. Pero regular el servicio público es toda una

empresa. Se considera que esa regulación, así exista una extraordinaria voluntad, como lo ha expresado el Gobierno admirablemente a través de todas sus actividades y en especial de las del actual Ministerio de Salud, es una empresa difícil y ardua que no se puede perfeccionar de la noche a la mañana. En el aspecto económico se han hecho partidas importantes de este Ministerio para darle el mayor soporte económico. Sin embargo, aún no se conocen los decretos que reglamentan todos estos aspectos y que han sido el resultado de recomendaciones importantes del Consejo Nacional de Seguridad Social. Este aspecto de la regulación es sumamente importante. Hay una preocupación general sobre dicha regulación, ante la cual están en expectativa los organismos de salud; en especial muchas entidades privadas que tienen interés en convertirse en entidades prestadoras de servicios de salud y que están pendientes de saber cuál va a ser la regulación real, para poder ingresar en esta competencia que admirablemente se plantea en el espíritu de la Ley 100. Se explica que esta ley fue el resultado de la preocupación del Gobierno por la baja cobertura en salud, por la ineficiencia y por la desarticulación de las instituciones, lo que hace necesaria una cobertura universal, la cual cobijará a todos los colombianos, comenzando por los trabajadores y sus familias y, prioritariamente, por la franja de gentes de escasos recursos, sin acceso a los servicios de salud actuales.

Se habla de solidaridad como una forma de expresar el gran esfuerzo que harán tanto el gobierno como los trabajadores que reciben ingresos superiores a los dos salarios mínimos, quienes aportarán parte de su cotización para darle soporte económico a este programa de solidaridad que permita el funcionamiento real del programa, en el cual se habla de eficiencia como un parámetro realmente importante.

La Ley 100 fija unos fundamentos para el servicio público: habla de equidad, expresada como el anhelo y el propósito de que toda la población ingrese al sistema con igualdad de derechos, los cuales no se prodigarán a quien más cotice, sino a quien más lo necesite. Igualmente –aspecto importante para plantearlo a las autoridades–, existen preocupaciones frente a la forma como se va a ejercer esta equidad en los trabajadores de la salud, porque estos van a ser, realmente, los personajes centrales dentro del contexto general, dentro de esta filosofía.

Se habla de obligatoriedad: todo el mundo está de acuerdo en que toda persona residente en el país,

colombiana o que transite por él, tiene el derecho a la seguridad social.

Se habla de protección integral, de libre escogencia, de autonomía de las instituciones. Parece admirable que las EPS puedan tener presupuestos independientes, su personería jurídica y que las IPS puedan tener acceso a esta organización. La descentralización administrativa como un hecho fundamental; la participación social expresada como el esfuerzo de todas las vertientes de la sociedad para tratar de llegar a esa solidaridad que haga factible el propósito de cobertura general; la concertación y la calidad, esta última como punto de referencia.

Al parecer, el eje de la ley son las EPS, que van a tener la responsabilidad fundamental. Las IPS van a ser escogidas por las EPS y pueden ser las ya conocidas, oficiales o privadas; las cajas de compensación, las fundaciones, etc. Pueden ser también los individuos que puedan organizarse en alguna forma para acceder a esta condición del IPS.

El objetivo de la ley es el plan obligatorio de salud (POS). El organismo que tiene la responsabilidad de apoyar económicamente lo relacionado con la financiación de todo el sistema es el Fondo de Solidaridad y Garantías (FSG) que tiene, además, la responsabilidad inmensa de la coordinación, frente a la responsabilidad de captación de recursos extraordinarios, diferentes a los recursos naturales de las EPS por capitación. El organismo rector es el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) el cual regula, planifica, modera, hace recomendaciones y ejerce directamente la vigilancia y coordinación de toda esta magna empresa.

En el artículo 156 de la ley se dice que las EPS podrán prestar servicios directos a través de las propias IPS. Por ejemplo, el ISS como EPS contrata con una serie de instituciones que van a ser sus IPS, o puede también contratar con otras instituciones distintas a las que siempre ha utilizado o con profesionales independientes o con grupos de práctica profesional independiente o con grupos similares debidamente constituidos; es decir, el panorama es bastante amplio.

Aquí surge un punto que sería muy interesante de dilucidar; es el relacionado con las instituciones que aspiran a llegar a la condición de EPS. Hay un organismo que, por naturaleza, está liderando dicha condición: es el ISS, con casi dos billones de presupuesto anual, que va a competir con las de-

más aspirantes a EPS quienes, de acuerdo con la ley, deben garantizar un presupuesto de mil millones cada una para recibir la autorización correspondiente de la Superintendencia Nacional de Salud y poder constituirse en EPS. Existe entonces un desequilibrio entre quienes compiten. La ley abre la competencia, pero ya existe un ente que puede convertirse en monopolio y sacar del mercado a las demás entidades, por más voluntad que tengan de ingresar.

Se habla también del grupo de Medicina Prepagada, empresas que podrán convertirse en EPS, con el inconveniente de que lo que pagan los usuarios de este sistema no cotiza para el sistema de seguridad social. Es decir, los grupos de Medicina Prepagada, para poderse convertir en EPS, deben constituir unas cuotas especiales e ingresar en el plan integral. El Académico Malagón Londoño pregunta ¿qué tan interesadas estarían estas empresas frente a esta situación? Es sólo un punto de referencia para ustedes.

Entre los beneficios del Sistema de Seguridad Social se habla de algo que se considera fundamental, que parece justo: el de la prestación de los servicios de acuerdo con la necesidad y no con la capacidad de pago. Es, indudablemente, lo más noble de la ley pero, la población que no puede cotizar siquiera sobre el salario mínimo, supera los 12 millones de colombianos. El FSG hará la financiación de este sector.

Se habla también de calidad y cobertura. Obviamente son los propósitos fundamentales. La ley garantiza la calidad y la cobertura total, pero la masificación a la que probablemente se verán obligadas en un momento dado las EPS que deseen hacer un gran volumen, indispensable para poder pagar a sus IPS, pondría en duda el aspecto de la calidad.

Para los grupos de pobreza absoluta el sistema impulsa y subsidia el acceso progresivo, echando mano, para obtener esta cobertura universal, a recursos de la Nación, de entidades territoriales y de los afiliados de más altos ingresos. ¿Quiénes son los afiliados de más altos ingresos? Son aquellos que devengan más de dos salarios mínimos quienes, si la cotización fuera del 10%, aportarían \$20.000.00 al sistema lo que, en el año, representa \$240.000.00. Si se toma como punto de partida para darle solución a la cobertura universal, el aspecto es un tanto preocupante.

Las unidades de pago por capitación (UPC) fueron reguladas en un reciente decreto reglamentario.

Cuando se habla de tarifas y pagos esta es la tarifa ideal, si se toma con un criterio justo y equitativo, pero puede resultar desestimulante de acuerdo con el patrón que se tome. Gran parte de estos recursos van dirigidos, como destinación única, a fortalecer lo relacionado con la solidaridad.

En cuanto a la autonomía financiera y patrimonial de las instituciones, éstas quieren tener su autonomía de gestión, pero cuando se habla de administración, se convierte en algo muy complicado. Para las IPS se puede convertir, frente a una pobre situación económica habitual, en una labor quijotesca para poder salir adelante en muchas circunstancias.

Los usuarios elegirán libremente su EPS, así como a los profesionales adscritos a ésta, dentro de lo dispuesto en el artículo 156 de la ley. Pero se habla de *competencia* entre los proveedores de salud y –repite el Académico Malagón Londoño– que existe un gran organismo que se va a enfrentar competitivamente a organismos débiles. Además, todo el peso que incluye el concepto de garantía de calidad va a descansar sobre esta competencia de proveedores y sobre la libre elección del usuario. La Academia considera que la eficiencia y la competencia deben ser los ejes, sin descontar los puntos anteriores.

La ley habla de equidad: sería interesante que analizáramos los parámetros de calidad en relación con los trabajadores de la salud, quienes tienen derecho a participar de esa equidad. Si una empresa se debe caracterizar por su calidad de gestión, esta debe estar acorde con el principio de satisfacción personal. Quien está mal remunerado no puede estar satisfecho, lo que se va a reflejar en la calidad del servicio que preste. Las nivelaciones salariales a las que se refiere el artículo 193 significan un esfuerzo importante. Sin embargo, éstas y los incentivos salariales, ofrecen dudas. Por ejemplo, los trabajadores con contrato laboral recibirán algunos incentivos que en ningún caso constituyen salario. Incentivo sería el que aquellos trabajadores que se destaquen por su cumplimiento puedan constituir, como parte de su salario, lo que en un momento dado se presenta como un incentivo.

Dentro de las dudas existentes se habla de una desprotección del profesional de la salud, que está pésimamente remunerado. En la medicina prepagada, por ejemplo o en las IPS, al tenor de la ley, los profesionales deben responder ante la ley por su propio ejercicio profesional como personas,

sin el amparo legal de las instituciones para quienes trabajan. La institución que los emplea los coloca en un Directorio, les da la posibilidad de que sean elegidos libremente por el usuario pero, ante una reclamación, la ley les dirá a los usuarios, váyanse a donde el doctor, él tiene que responder. Dicha desprotección llega al extremo de que ni siquiera el mismo profesional puede contar con los servicios de inscripción al sistema de seguridad social como un incentivo, lo cual debería ser por principio. El profesional al servicio de la IPS debe tener acceso al sistema de seguridad social integral como una forma de retribuirle en alguna manera su esfuerzo y de estimularlo a una mejor prestación del servicio. Sin embargo, este punto tiene que ver con una baja remuneración: el profesional tratará de buscar grandes volúmenes de consulta y, obviamente, arriesgará así la calidad del servicio. Los propósitos generales de calidad y cobertura se pueden ver, en un momento dado, vulnerados por esta situación.

¿Cómo y quién responde por la auditoría de calidad de las EPS y de las IPS? Se dice que la Superintendencia Nacional de Salud nombrará auditores médicos para cada una de las prestaciones.²

Todo parece indicar que al ejercicio privado, a cambio de un q.e.p.d. le pusieron tres cruces y tiene que desaparecer, porque el profesional de la salud que pretenda abrir un consultorio y que no esté metido dentro del mercado de las EPS, difícilmente va a ser buscado. Si las demás instituciones están compitiendo por calidad y si se busca el programa de salud integral, que es el espíritu de la ley, un profesional particular no podrá hacer fomento, prevención, recuperación y rehabilitación; no va a poder actuar, dentro de un mercado competitivo, al tenor de la ley.

El ejercicio médico por vinculación a las IPS plantea al profesional múltiples interrogantes, a menos que se ingrese dentro de una verdadera liberación que represente un atractivo para profesionales con vinculación laboral, que van a tener una extraordinaria carga de trabajo, porque las instituciones oficiales que, por ley, son parte del sistema, van a tener volúmenes extraordinariamente altos. ¿Qué parámetros van a regular el aspecto laboral del ejercicio profesional?

El Académico Malagón Londoño da iniciación a la discusión y otorga la palabra, en primer lugar, al

2 Artículo 227.

Académico **Rafael De Zubiría Gómez** quien anota que estamos ante una gran revolución de la salud. Nunca se había intentado algo de tanta magnitud ni de tanta importancia como lo que ha planteado la Ley 100. Se han realizado reuniones de tipo general con el doctor Antonio José Alvarado, Viceministro de Salud, donde se han tratado temas básicos. La presentación del Académico Malagón Londoño ha sido excelente: ha hecho un planteamiento de fondo pero queríamos, y era nuestro interés, llegar a puntos más concretos. Debemos entrar un poco más en el problema, ya en términos reales. Hay preocupaciones compartidas por algunos de los Académicos aquí presentes; este es un tema que le interesa a la Academia Nacional de Medicina, pues es de la mayor importancia y atañe, indudablemente, a sus funciones como entidad rectora de la medicina en Colombia.

El corazón de la reforma se encuentra en las EPS, donde se rectifica el proceso de cambio de la estructura de salud. La EPS es un Seguro Social sin la parte económica, sin las prestaciones, sin las pensiones. Es un ISS que va a tener capacidad y que va a elevar la calidad de la atención en salud cuando venga la competencia entre una institución y otra. De hecho, el ISS es la primera EPS. Pero, por esta misma circunstancia, nos preocupa el futuro de las EPS. La captación de los recursos de estas empresas requiere de una estructura administrativa muy compleja, puesto que el control de dicha captación es muy complicado.

El punto básico es llevar a cabo el plan obligatorio de salud. Dicho plan es integral, como es el del Seguro Social; es un plan cuyos costos no se conocen. La Medicina Prepagada ha permitido hacer un acercamiento al conocimiento de ellos, pero somos conscientes de la elevación de tales costos de la salud que, aparentemente, no se pueden frenar; no existe ninguna estrategia que haya sido identificada por el Gobierno o por las empresas privadas, para lograr este objetivo. Las tecnologías, cada vez más sofisticadas, para el diagnóstico y el tratamiento de los procesos patológicos, las unidades de cuidados intensivos, representan procesos de altísimo costo. Hemos vivido las experiencias de los hospitales frente a esta tecnología y a este crecimiento desmedido de los costos. La transferencia de recursos es del 11% de la nómina; una nómina nacional que está, en su gran mayoría, representada por empleados de salario básico. Se habla de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y surge la siguiente pregunta: ¿Cuánto es, en promedio, el

costo de la salud de un colombiano? ¿Con qué garantías se puede pensar en abrir una EPS?

Interviene a continuación el Académico **Guillermo Sánchez Medina**, quien anota que el diseño socioeconómico sobre prestación de servicios de salud fue hecho con la mecánica y dinámica propias de especialistas en la materia y si bien se postulan principios de eficiencia, solidaridad, equidad, calidad y libre escogencia, tanto para el usuario como para el profesional, en relación con las empresas o entidades, es necesario pensar que todo este cambio trascendental hay que implementarlo dentro de un proceso psico-social, en el cual el centro es el ser humano en su salud física y mental.

No se puede esperar que los sujetos puedan cambiar sin antes prepararlos para el cambio. Aceptamos que estamos frente a una sociedad inculta y enferma, por lo tanto, para esto se debe contemplar el aprendizaje y la educación, para poder conseguir cambios en las actitudes, en las motivaciones y, más allá, poder conseguir la conformación de los principios que se postulan. Todo esto requiere de un proceso y de un tiempo necesario.

El ser humano no es una máquina anatómica fisiológica, sino un conjunto bio-psico-histórico-económico-social y, por lo tanto, está multideterminado. Es por esto por lo que propongo el diseño de servicios de salud multidisciplinarios, haciendo énfasis no sólo en los aspectos físicos sino en los psico-sociales, para proporcionar una mejor salud física, mental y social. Se debe recordar que la unidad cuerpo-mente-sociedad, cada uno de sus aspectos, se interrelacionan en su función, en su patología, así como en el tratamiento, rehabilitación y prevención.

En todo este cambio también hay que contemplar la cobertura de la salud mental en general y la psicoterapia en especial. Los programas gubernamentales no pueden estar aislados unos de otros, pues nos enfrentamos al hombre como un sistema global. Por lo tanto *salud, educación, trabajo, comunicación y cultura* son los ejes con los que el Gobierno tendrá que diseñar "estrategias" y "programas" para realizar una transformación, y así crear una nueva sociedad, en la cual debe enseñar, no sólo a trabajar, sino a pensar más allá de las emociones y de la economía.

El Académico **Alberto Vejarano Laverde** pregunta: ¿Qué se entiende por *esquema básico de salud*? Sobre esto es que se tienen que hacer las cuentas. Si se reciben \$150.000.00 al año ¿qué se

debe dar por esos \$150.000.00? Es el punto básico para que una entidad piense o no en constituirse en una empresa promotora de salud. Es muy importante saber cómo se obtuvo esa cifra de \$150.000.00 como unidad de capitación.

A continuación interviene el doctor **Herman Redondo Gómez**, ginecólogo y obstetra, discípulo del profesor Fernando Sánchez Torres –quien no solamente enseñó medicina sino la inquietud por los temas de las políticas de salud– y quien es actualmente el representante de los profesionales del Sector Salud ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y Presidente de la Asociación Médica ASMEDAS, Seccional de Cundinamarca, quien anota que quedan cuatro inquietudes:

Primera. La parte fundamental de la Ley 100, en materia de salud, es el cambio del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda. Actualmente los hospitales reciben un presupuesto global y atienden a una población asignada, predeterminada; a todo aquel que acuda al hospital pagando unas tarifas mínimas de prestación de servicios; esta es la misión de la red hospitalaria nacional. Con este cambio del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, los hospitales se convierten en *vendedores de servicios* y se subsidia aquella prestación de servicio efectivamente realizada. Cambia totalmente la filosofía de la prestación de servicios por parte de los hospitales.

Segunda. La Ley 100 respeta los derechos adquiridos en materia de prestaciones económicas, pero no lo hace con los derechos adquiridos en materia de salud. Quienes hoy en día son pensionados no solamente tendrán que aportar para la salud sino que, además, se verán limitados al plan obligatorio de salud. Es decir: las personas que hoy en día reciben en forma integral la atención de su salud por ser pensionados y haber ganado ese derecho, van a ser limitados al plan obligatorio de salud y tendrán que pagar cuotas moderadoras con pagos y planes complementarios de salud. Tendrán limitado su acceso a las unidades de cuidados intensivos a los días que establezca el plan obligatorio de salud. Los planes complementarios de salud serán por cuenta y riesgo del pensionado, vulnerándole así sus derechos adquiridos.

Tercera. Hoy en día, y siempre, las instituciones médicas han abogado por el ejercicio liberal de la profesión. En el desarrollo de la Ley 100 el cuerpo médico ve, con muchísimo temor, que se están

estableciendo protocolos perfectamente pre-definidos que conducen, básicamente, no a la sistematización sino a la automatización del ejercicio de la profesión médica. Así, una entidad nosológica equivaldría a una fórmula y a un medicamento lo que, definitivamente, vulnera al individuo (al facultativo y al usuario). El doctor Redondo Gómez desea que esta inquietud sobre el ejercicio liberal de la profesión médica sea una de las inquietudes principales para resolver. Es algo que los médicos con celo profesional debemos defender: la ética, en el ejercicio de nuestra profesión, se fundamenta principalmente en la responsabilidad de dicho ejercicio, responsabilidad que debe tener como base la libertad de elección de un protocolo o un manejo clínico, de acuerdo con los conocimientos y la experiencia de cada médico.

Cuarta. La Ley 100, cuando creó el CNSSS por medio de su artículo 171, establece como asesores permanentes de ese Consejo³ a la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la Asociación Colombiana de Hospitales y las Facultades de Salud Pública, con un representante por cada una de ellas. Hasta ahora, estos representantes han brillado por su ausencia en las sesiones del CNSSS. Su amplia experiencia profesional daría muchísimas luces, muchas más que las que puedan aportar los economistas y técnicos del mencionado Consejo.

El Académico **José Francisco Socarrás** hace pública su preocupación, como psiquiatra y como psicoanalista, al anotar que *"vivimos en un país enfermo –mentalmente enfermo–, prueba de lo cual es la situación mental de Colombia, con los mayores índices de criminalidad del mundo. El origen de esta criminalidad se encuentra en los problemas psicológicos, mentales, psiquiátricos de nuestra población. Es bien sabido que un buen tratamiento psiquiátrico es de larga duración: apenas una minoría en Colombia puede costearse dichos tratamientos. Uno de los mayores problemas es la neurosis, con sus múltiples consecuencias sobre la vida social colombiana. Ahora bien: ¿Cómo vamos a solventar este problema? ¿Cómo se van a pagar los tratamientos de este tipo de enfermos que aparentemente se manejan como personas sanas? ¿Esta ley va a favorecer o va a entorpecer la solución de estos problemas?"*

3. Parágrafo 3

El Académico **Jorge García Gómez** anota que, como otólogo, le preocupan los miles de colombianos que necesitan prótesis auditivas. De 3 millones de personas mayores de 60 años, sólo 500 mil cuentan con el privilegio de algún recurso o alguna pensión. Del análisis realizado por las Asociaciones Colombiana y Panamericana de otorrinolaringología, en Colombia cerca de 2 millones de personas requieren audífono para incorporarse al mundo de los oyentes. *"Yo no pude –agrega el Académico García Gómez–, a pesar de 8 años de lucha, que el Seguro Social diera audífonos a los sordos, puesto que un audífono tiene un costo de \$500.000.00"*. ¿Van a obligar a las compañías de Medicina Prepagada a darle prótesis auditiva a los sordos? En cuanto a los implantes cocleares, se han examinado cerca de 300 niños sordomudos y solamente seis han podido financiarse el implante, que tiene un costo de 20 mil dólares. ¿No ampara la Ley 100 la patología congénita, ni la pre-existente? Esos niños nacieron sordos y no tienen ninguna responsabilidad de la rubéola de la madre o de la meningitis en su primera infancia. ¿Por qué no pagarles el implante? Y en los casos de sordera debida a traumas por terrorismo, por esa violencia colombiana mencionada antes ¿por qué no pagar los implantes o las prótesis auditivas? Por otro lado, ¿cuántos colombianos pueden pagar las cuotas de la EPS?

Mientras habla el Académico García Gómez hace su ingreso al auditorio de la Academia de Medicina el señor Ministro de Salud, doctor Juan Luis Londoño de la Cuesta, procedente directamente del aeropuerto Eldorado. El señor presidente le agradece su presencia, a pesar de las dificultades y compromisos del día.

La Ley 100 –dice el Académico **Hernando Forero Caballero**– es muy importante desde el punto de vista de la ampliación de la cobertura y también es de gran trascendencia para el ejercicio de la profesión, pero hay muchas preocupaciones.

Primera. Los asesores y las IPS ¿cuándo van a ser invitadas a participar y cómo va a ser el mecanismo? Sobre todo ahora que se está realizando la reglamentación de la ley de la Seguridad Social.

Segunda. Las EPS son empresas comerciales de mercadeo; son las que contratan y las que captan los recursos y, por lo tanto, van a tener grandes costos para su funcionamiento. Las IPS tendrán que mejorar su gerencia, su sistema administrativo y, por lo tanto también, van a aumentar los costos de la salud. El presupuesto, ¿alcanzará para los trabajadores de la salud? ¿Cómo lo harán alcan-

zar? Los trabajadores de la salud van a trabajar por contrato o directamente, convirtiéndose en contratistas; van a trabajar con un cliente; el paciente va a ser ese cliente; ¿no se irá a deteriorar mucho la prestación de los servicios de salud? ¿Cómo se realizará el control? Quienes prestan servicios de salud pertenecen a la clase media y los usuarios van a pertenecer, en su mayoría, a esta misma clase, es decir, a los contribuyentes y a quienes ayudan al Estado. Además, esta clase media debe ayudar a los de la clase baja a pagar sus cuotas; muy seguramente la clase media tendrá que ser quien subsidie la salud de la clase baja. Los de la clase alta no van a tener necesidad de estos servicios, luego ¿Cómo va a subsidiar el Gobierno, en forma permanente, a la clase baja? ¿De dónde va a salir, permanentemente, este subsidio?

El doctor **Carlos Cuéllar**, de la Federación Médica Colombiana, comenta que el programa es muy interesante; que la ampliación de la cobertura nacional es ideal; pero los costos de la medicina, analizados en el Simposio Internacional con expertos de Harvard, de Canadá y de Holanda, son inagotables. Ningún presupuesto va a alcanzar para ese esquema de salud; entonces, hay que restringirse a lo que se pueda. Con un presupuesto tan corto como el que se plantea, queda la duda de si se va a lograr ese ideal de calidad porque, infortunadamente, dentro de ese esquema de EPS, IPS, Fondo de Solidaridad, etc., el último en el programa es siempre el médico; nunca, dentro de ese seminario, se habló de él. Se dice que se va a producir un mayor volumen, que el médico va a atender más pacientes, pero los costos de los exámenes, de las drogas, de las incapacidades siguen creciendo y se intentarán reducir, como siempre, a costa del médico. Con un mayor volumen el médico no podrá dar la calidad deseada, lo que se traducirá en una reducción de la calidad ética que ese médico puede continuar dando con ese volumen.

El doctor **Rafael Sarmiento Montero**, Director de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas considera que se tiene la impresión que en la Ley 100 ha primado el criterio economicista sobre el criterio médico y solicita aclarar esta duda.

El doctor **Herman Esguerra**, médico oncólogo, piensa que la ideología de la Ley 100 constituye una verdadera revolución en la medicina colombiana pero que el logro de sus ideales se entorpece enormemente por el aspecto económico. Pregunta el doctor Esguerra: ¿Alcanzará la economía para lograr el objetivo? En caso contrario, ¿cómo se podrá

financiar la salud de los colombianos? Se espera financiar lo que se ha denominado el plan básico de salud y, si eso es así, ¿qué pasa con la medicina de alta tecnología? ¿Qué pasa, por ejemplo, en casos de cáncer? En Colombia hay, anualmente, de 30.000 a 40.000 casos nuevos de cáncer y en estas personas, por ejemplo, un ciclo de quimioterapia puede costar alrededor de un millón de pesos, sin contar con el costo médico, solamente el de la droga, que siempre es importada. Además del alto costo de la droga, nos encontramos con el costo de la alta tecnología, indispensable en los trasplantes de médula ósea, por ejemplo, que debe utilizarse en algunas entidades malignas.

El doctor **Manuel Galindo**, Fiscal de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, pondera la importancia de la Ley 100 y agrega que el señor Ministro de Salud ha planteado en varias ocasiones que como va a haber una gran necesidad de médicos y una mayor demanda de servicios médicos, va a mejorar la posibilidad de desempeño de profesionales. El temor del cuerpo médico es que si va a haber trabajo, no va a ser adecuadamente remunerado. El señor Ministro ha dicho también que van a existir estímulos para el profesional, para que pueda rendir, para que se sienta bien remunerado y pueda aportar un nuevo servicio a la seguridad social, es indispensable fijar unos parámetros suficientemente adecuados para evitar que los médicos sean burlados por los mercaderes de la salud.

Toma la palabra el **Señor Ministro de Salud**, quien pone de presente la gran innovación que se ha hecho en el país con la Ley 100. Como toda innovación —explica— está sujeta a riesgos y, como toda innovación, no está exenta de costos, de nuevos escenarios y de cambios en la práctica a la que nos hemos acostumbrado.

En cuanto a la pregunta de si se trata de una *ley economicista*, recuerda el diagnóstico hecho por su ministerio en noviembre de 1992: se observa un malestar relativamente grande en la población que no tiene acceso a los servicios de salud. La situación es alarmante dada la ausencia de una cobertura adecuada, dado nuestro grado de desarrollo, dado nuestro gasto en salud y dada nuestra estructura institucional. El problema básico de la salud del país es, ante todo, un problema de orden institucional y financiero. Es importante entender que en el año 93 se hizo un cambio en el esquema institucional de la salud en dos aspectos: la Ley 60 de descentralización y la Ley 100 de seguridad social. Debemos entonces observar el conjunto.

El gran problema de no poder llevar la salud a todos los colombianos era la ausencia de un esquema institucional y financiero que hiciese posible que aquellos que no podían pagar de su bolsillo, también tuviesen acceso a la salud. Había que ponerle el mayor cuidado al tema institucional y al tema financiero. ¿Qué contraposición puede haber entre el tema económico y el financiero? Con los recursos humanos disponibles en Colombia, si se contara con mejores instituciones y una mejor financiación, se podrían alcanzar en salud metas más ambiciosas que las actuales. Lo primero era, entonces, conseguir la financiación. Vemos cómo entre 1992 y 1994 el gasto público ha sido del 50%, en tanto que este gasto orientado hacia el sector salud ha aumentado 112 puntos, en términos nominales.

Ha habido ministros con mayor éxito que otros, pero la salud venía en francas dificultades, con un crecimiento de su presupuesto muy por debajo del crecimiento nominal. En esta administración se ha logrado revertir la situación. ¿Cómo llegar a un esquema institucional estable? Primero, echando mano de alguna de las formas de consecución de dineros: con dineros del propio bolsillo —que cada paciente pague su servicio, si puede pagarlo—; con dineros públicos, provenientes bien de presupuestos aleatorios o bien de presupuestos atados. La administración actual prefirió, en lugar de los presupuestos aleatorios, lo que intentó hacer la Ley 10, cuando se pensó que se podía financiar la salud con un juego de azar, inventándose la instantánea. Si se cree en la salud, hay que apostarle pero sobre bases firmes, utilizando dos estrategias: comprometer recursos fiscales para el fortalecimiento del proceso de descentralización en el área social. El propio Ministro, con el doctor Rodrigo Lloreda redactó los artículos 356 y 357 de la Constitución de 1991, que permiten asignar recursos crecientes de los ingresos del Estado a las tareas sociales. La Ley 60 fue el desarrollo natural de esos recursos; se trató de saber qué tantos de los recursos del Estado debían orientarse a la educación y a la salud. Desde entonces el aporte fiscal a la salud creció en la siguiente proporción: el 55% el año pasado y, durante el presente, el 49%; el año próximo se espera un crecimiento del 42%. Se debía asegurar, en primer lugar, que los recursos gubernamentales para el fortalecimiento de la salud pública, fueran abundantes, objetivo que se logró. Pero no bastaba con tener un sistema en el que se movían tres esquemas —los hospitales públicos, la seguridad social y la práctica privada en sus diferentes modalidades—, que se superponían; había que integrar los para obtener los resultados más efectivos.

¿Qué hacer con esa multiplicidad de regímenes, con esa heterogeneidad de beneficios, con esa desigualdad entre la gente? Generalizar el esquema de financiamiento de la salud por la vía de los aportes parafiscales, de los salarios; se ingresa así, simultáneamente, en la otra ley. Ambas leyes tienen esa estrategia: cómo conseguir los dineros para financiar la salud. Las leyes han sido tan exitosas que han generado, a través del Gobierno, una oposición general contra el Ministerio de Salud. Se ha pasado de una situación de grandes dificultades económicas a otra (la actual) en la que, al observar las cifras, la bonanza ha sido tan espectacular que ha generado resquemor en los sectores justicia, educación, vivienda y deporte.

Pero no basta con conseguir la financiación: al seguir invirtiendo esos recursos en la forma como lo estaba haciendo el Ministerio de Salud anteriormente, se iba por mal camino. En la Ley 60 y en la Ley 100 se desarrollaron instituciones nuevas, que permitieran canalizar los nuevos recursos con el fin de lograr la solución de los problemas más relevantes en la opinión de los profesionales de la salud y en la del consenso médico. En la Ley 60 se trabajó mucho con entidades territoriales.

Las EPS no son una reproducción del Seguro Social; no son una reproducción de las entidades de Medicina Prepagada; no son una reproducción de las Cajas de Compensación. En este proceso se ha logrado recoger lo mejor que pudiera tener cada una de estas instituciones para dar origen a la nueva institución. Las EPS no tienen un parangón similar en casi ninguna organización del mundo. Son instituciones que tienen por función canalizar los recursos aportados por la gente; afiliar personas; aglomerar riesgos, en la medida en que las condiciones epidemiológicas cambien la heterogeneidad de estos, lo que es muy evidente: antes la gente moría de parasitismo y hoy, a medida que progresan los avances científicos, aparecen diversidad de problemas y con la diversidad el componente de riesgo se torna más importante; organizar en forma apropiada la red de servicios; y, en los casos en que sea necesaria la prestación de servicios.

Se han creado básicamente las condiciones financieras e institucionales que hacen posible una práctica médica eficaz. Las evaluaciones de cualquier parte del mundo muestran que la calidad de la práctica médica depende de tener un buen conjunto de médicos, unas instituciones adecuadas y a

una financiación razonable. En este sentido no se ve ninguna contraposición.

Si la ley es economicista puede deberse a que se logró hacerla firme en sus bases económicas. La salud va a tener, en los próximos siete años, un crecimiento por parte de los recursos de la Nación, de los recursos públicos; va a incrementarse en 1.5 veces (unos cinco puntos del presupuesto nacional). No existe en la historia de Colombia un aumento tan sustancial de recursos, en medio de una modalidad institucional que resulta interesante.

La financiación. ¿De dónde sale la plata? Sale básicamente de tres fuentes. Colombia tiene un Estado institucional y económico lo suficientemente avanzado como para que le permita a sus gentes ahorrar en la búsqueda de la salud; cuando miramos la cobertura de la Seguridad Social en Colombia y se la compara casi que con cualquier país de América Latina, con países de un nivel similar de ingresos, la cobertura es anormalmente baja. Pero es muy posible lograr un cubrimiento universal de la seguridad social, puesto que por lo menos un 70% de esa población es capaz de pagar un porcentaje de su salario. Este es el mecanismo básico de financiación.

El segundo mecanismo de financiación, también básico, es el de los recursos públicos. Se deben ir orientando en forma creciente estos recursos hacia la cobertura de la Seguridad Social, más que hacia las atenciones puntuales hacia la cobertura integral. Los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia y calidad, que son las guías básicas de la Ley 100 ¿son argumentos economicistas o, argumentos médicos? Se trata de lograr coberturas completas; se trata de tener solidaridad; de llegar en forma creciente al sueño de tener a cada cual de acuerdo con sus necesidades y a cada quien de acuerdo con sus potencialidades; de poder ser eficientes y de lograr mayor calidad en el servicio: es un reto importante.

El financiamiento proviene entonces de mayores aportes de la nómina, que los paga todo el mundo, y de un crecimiento muy grande en las contrapartidas del Estado, obtenido de los dineros que se envían a los entes territoriales, a los municipios y a los departamentos y por aquellos que se originan por la solidaridad del Sistema de Seguridad Social.

El presupuesto presentado por el Ministerio de Salud para 1995 es de 350.000 millones de pesos que estoy seguro que, con voluntad política —ahí

todo está atado— se logrará obtener. El 12% de los salarios están atados por decisión del Consejo Nacional de Seguridad Social. El sistema está bien financiado. Las EPS van a ser un mecanismo interesante y los estudios internacionales sobre satisfacción de profesionales de la salud en diferentes medios institucionales son altamente positivos. Dicha satisfacción proviene, en primer lugar, de un buen salario; en segundo lugar, de un ambiente de cooperación. La complejidad de los problemas médicos hace cada vez más necesaria la integración interdisciplinaria; la interacción entre diversos grupos de especialistas. La cooperación es cada día más importante en el trabajo. Depende también esta satisfacción profesional de una buena disponibilidad de recursos complementarios.

No tiene justificación tanta prevención contra la posibilidad de tener una satisfacción mucho mayor en el trabajo. La experiencia de otros países en los tipos de organización más parecidos a los que se han estructurado en el nuestro, muestran que el grado de satisfacción, para el común de los profesionales, es muchísimo mayor a los obtenidos con las prácticas a que estamos acostumbrados. Se debe tener en cuenta que en los próximos 7 años se le van a inyectar a la nueva salud alrededor de 20.000 millones de dólares; se van a ampliar las coberturas, no solamente en la población sino en la integralidad. Cuando se habla de un plan básico se habla de un plan integral. No se van a reducir las comodidades del ISS; con este nuevo plan se están ampliando y mejorando en calidad. Cuando la población aumenta y se encuentra mejor cubierta ¿de dónde sale el temor de que el empleo se reduzca o de que las oportunidades de empleo se reduzcan?

El Ministro comenta que *"estaba en Cali con el Señor Presidente, inaugurando el Centro Médico del Valle de Lili. Es la clínica más sofisticada que hay en Colombia; de la mayor tecnología. La clínica logró reintegrar profesionales colombianos traídos de todo el mundo; cuenta con unos 177 especialistas, la tercera parte de ellos repatriados; y han logrado atraer la atención de un grupo de personas, los salarios han subido en un 30 o 40% con la sola irrupción de la Clínica de Valle de Lili, tanto para los médicos como para las enfermeras. La Clínica se llevó 24 enfermeras del Hospital Departamental"*.

Se llevará entonces a cabo una competencia con más recursos. Se utilizarán mecanismos de vinculación que son más satisfactorios para el médico que los que encuentra en los hospitales públicos, en

el caso particular de Cali. Los mejores profesionales están llegando a este tipo de organizaciones; es algo que puede resultar sumamente importante. ¿Por qué el trabajador de la salud va a salir doblemente beneficiado? En primer lugar, porque se crea un ambiente donde va a haber más demanda y, cuando hay más demanda, hay mucha más capacidad de negociación y esta va a generar más empleo y los recursos que van hacia esa mayor necesidad van a generar mejores salarios. Es un proceso natural.

Hay dos formas de aumentar los salarios: una, incrementado violentamente la demanda lo que, naturalmente, conduce a lo que se quiere. Es indudablemente, la forma más eficaz para mejorar las condiciones de vida de la población, disminuidas seriamente en los últimos años. La otra es la del profesional-trabajador, con un sistema de pagos y estímulos. Se deben contrastar aquí los riesgos a los que se enfrenta la práctica privada con los riesgos que se derivan de un sistema de aseguramiento como el que se ha implementado. *"¿Alguno de ustedes ha hecho la cuenta —agrega el Ministro— de cuántas demandas están enfrentando hoy, individualmente, los médicos en su práctica privada? ¿Ustedes han caído en la cuenta de que en el nuevo sistema quien asume los riesgos es la EPS? ¿Que se ha logrado generar un sistema de amortiguación de éstos; un sistema de protección del profesional alrededor de estas entidades? ¿Han pensado cómo cambia eso el tipo de riesgo en la práctica profesional? ¿Representa esto o no una protección, desde el punto de vista del trabajo cotidiano de ustedes?"*.

El Ministro invita a todo el cuerpo médico nacional a que haga una lectura sistematizada de la Ley 100. Explica que, desafortunadamente, su redacción quedó algo desordenada y que cree que es esa la razón de que no se haya entendido a cabalidad.

Se lograron obtener facultades extraordinarias por medio de las cuales se pudo redactar lo que se denomina un Estatuto Orgánico de Salud que permite armonizar, redactar y organizar mejor las disposiciones legales existentes. Hace 9 días se logró firmar el Estatuto Orgánico del Sector Salud, que está en proceso de publicación. Básicamente consolida en un cuerpo coherente la Ley 9a de 1979, la Ley 10 de 1993, la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 de 1993, lo que facilitará la interpretación. **La lectura del Estatuto Orgánico debería ser un tema casi obligatorio en la próxima reunión de la Academia**, porque es lo que permitirá al cuerpo médico empaparse de la realidad.

En términos de pagos y estímulos están previstas dos cosas: primero, un proceso de nivelación gradual dentro de los factores públicos de salud. En este campo hay problemas muy grandes, debido al proceso de descentralización: los salarios de los municipios y de los departamentos normalmente son más altos que los que había pagado la Nación con la apropiación fiscal. El solo proceso de descentralización y el de asumir los municipios y los departamentos sus propias responsabilidades, debería generar un proceso de nivelación salarial en un orden del 30 al 40%.

En segundo lugar, hay una enorme inspección regional, originada en los múltiples procesos de negociación y en las múltiples decisiones de los concejos y las asambleas.

La estructura salarial relativa entre los departamentos no tiene nada que ver. En departamentos vecinos se ven salarios para un médico especialista de 1 a 2 salarios y para una enfermera de 1 a 3 salarios, con lo cual se generan problemas de movilidad muy complicados. Hemos previsto la creación de una estructura única nacional de salarios del sector público que, como de costumbre, va a venir en asociación. Es de esperar que en los próximos 4 años haya un incremento salarial del 50% en los salarios del sector público, en los trabajadores del sector salud en esta área. Se han contratado firmas especializadas en el análisis salarial que han detectado un caos impresionante en este campo, razón por la cual va a tomar tiempo tanto el mejoramiento como la nivelación de los salarios. Esta es la decisión quizás más importante en la cual se ha comprometido el Gobierno por ley.

En cuanto al sistema de incentivos, hay que ponerle mucha imaginación para lograr generar mayores remuneraciones para los trabajadores de la salud al mismo tiempo que se les induce una mayor responsabilidad y se logra una mayor ganancia del progreso. Las evaluaciones en casi todas las partes del mundo, muestran que los dos sistemas de pago extremos son indeseables. El pago simple, por salarios, tiende a generar muy poco esfuerzo; el pago simple por servicios, tiende a generar problemas de asignación inadecuada de recursos. La imaginación consiste en buscar mecanismos que traten de generar una estabilidad en los sistemas contractuales salariales y en los incentivos, que permita a los profesionales de la salud, no solamente al médico, generar mejor calidad de vida en sus pacientes. Lo que resulta crítico, y la ley no tiene una única salida, hay diversas posibilidades, es cómo se va a

implementar ese mecanismo de compensación que al tiempo que genere estabilidad induzca a que el pago de los trabajadores esté relacionado con los resultados, no con los procesos.

No es la primera experiencia al respecto. Los británicos y los holandeses, por un lado y, en la misma Bogotá, en Barranquilla, en Cali y en Medellín por otro, hay bonitas experiencias. Existe una enorme diversidad dentro de la cual hay que buscar un proceso de mejoramiento de los ingresos a la vez que se genera una serie de estímulos más adecuados. Estas serían las presentaciones más simples desde el punto de vista de la economía. En cuanto a los costos relacionados con las atenciones sofisticadas (unidades de cuidados intensivos, etc.), cuando se miran los riesgos de salud y se organizan los recursos para atender estos riesgos, la sensación que tiene la gente es la que de los eventos catastróficos son muy costosos, cosa que es cierta en el caso individual pero no lo es al distribuirse dentro del agregado general. En el diseño de un paquete de salud integral amplio, generoso, en proporción a la población, lo que se requiere para la atención de los eventos de tercer a cuarto nivel se basa en el siguiente análisis: a pesar de que un evento de esa magnitud sea muy costoso su probabilidad de ocurrencia es baja. La totalidad de la cobertura del cáncer, de los accidentes cerebrovasculares y de los eventos de altísima tecnología, no deben pasar del 15 al 20% del valor del paquete. Todo lo que es costoso por individuo no necesariamente lo es para la universalidad. Cuando se contempla la percepción individual de los problemas, cambia la situación sustancialmente, de tal manera que ahí no es donde se encuentra el problema básico.

En cuanto a **la calidad** se refiere a dónde el sistema de Seguridad Social puede demostrar o no su utilidad. Tiene dos razones de ser: en primer lugar, la percepción actual de que la calidad de la atención en salud no es la adecuada. Las encuestas practicadas entre los usuarios y entre los propios profesionales son bastante críticas sobre el estado actual de la calidad en atención en salud. El sistema de hoy no induce garantías generales de calidad, en tanto que en el nuevo sistema la gente va a tener mayor capacidad de escoger; esto permitirá una selección por parte del consumidor la cual estará asociada, en parte, con la calidad del servicio. El Ministerio ha organizado para hoy y mañana (7 y 8 de julio) un seminario para tratar de armonizar las ideas que hemos venido planteando

desde hace 6 meses sobre la calidad, la integración y las responsabilidades. Donde se juega en realidad la esencia del funcionamiento de la Seguridad Social en el futuro es en si somos capaces o no de desarrollar una atención médica de superior calidad a la que actualmente tenemos. Aunque desde el punto de vista económico suene como un absurdo, una atención de mejor calidad es menos costosa que la de regular calidad que se tiene hoy en día: la primera ahorra en controles y en complicaciones que se evitan a priori, en tanto que la segunda se encarece en forma notoria debido a las complicaciones y a los frecuentes controles y procedimientos adicionales requeridos. La calidad entonces no siempre se asocia a mayores costos.

Pero la calidad es un concepto mucho más complejo, mucho más integral; más aún considerando las características del trabajador, las del ambiente institucional, las de los equipos complementarios, las de la interacción paciente-profesional, que la hacen nueva. En cuanto a si el sistema va a ser más o menos humano, uno de los elementos críticos para tener pacientes contentos es el lograr las mejores relaciones paciente-profesional. El sistema con su atención integral, con su atención familiar, va generando un nuevo tipo de organización en la cual, el médico general y el médico familiar, van a jugar un papel muy importante. De hecho, ya están comenzando a organizarse cadenas de atención mucho más humanas.

El ISS presta una muy buena calidad de atención especializada y una muy regular en la atención corriente y en la básica. La gente protesta, pero no se puede cambiar. En el nuevo sistema la gente podrá escoger, podrá moverse y podrá encontrar, siempre una atención de buena calidad.

Se estima que no será complicado contar, en el plazo de un año, con unas 10 o 15 EPS. Estas entidades se originarán, las primeras 4 o 5, de las cajas de compensación, aparentemente, las cajas grandes crearán su propia EPS (Compensar, Colsubsidio). Tres o cuatro EPS provendrían de las entidades de medicina prepagada, en asociación con aseguradoras. Las entidades muy grandes, tales como Colsanitas y Colmena, estarían dispuestas a irse casi solas o están en conversaciones para que las "apalanquen". Existen tres entidades de trabajo cooperativo y existe una asociación de Cooperativas de Salud en la zona del suroccidente colombiano que, igualmente, está en capacidad de arrancar.

Entre las entidades de medicina prepagada, la entidad más exitosa de todas es Comeva, que proviene de una organización netamente médica, lo que demuestra que no hay necesariamente el conflicto que a veces se quiere presentar. Existen múltiples posibilidades con las cuales los profesionales pueden aportar y mejorar su capacidad de entregar una mejor asistencia en salud a los colombianos. La Ley 100 es, sobre todo, una ley de oportunidades. ¿Seremos capaces de cambiar?

A continuación hace uso de la palabra el viceministro de salud, doctor **Antonio José Alvarado**, quien anota que esta nueva ley ha motivado a los médicos a pensar nuevamente en los problemas del país y a meterse de lleno en un tema cuyo liderazgo no habrían debido abandonar en ningún momento.

Se habla de **la regulación**: ¿en qué consiste?. Uno de los primeros artículos de la Ley 100 en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud⁴ habla de que esta ley regula el servicio público esencial de salud, lo que constituye su principal característica mientras que se ingresa a un nuevo sistema en el cual la característica es la unidad dentro de la diversidad; es decir, un sistema único caracterizado por estas mismas normas de cotización de unidades de pago por capacitación, de un mismo plan obligatorio de salud, de un mismo reglamento, de una misma relación con un Fondo de Solidaridad y Garantía pero, al mismo tiempo, dentro de la diversidad de lo que tenemos en este momento—entidades públicas, entidades privadas, entidades de seguro, entidades de prestación de servicios de diversa naturaleza, etc.—. O sea, es recoger las características, los elementos positivos de todos esos grandes desarrollos conceptuales.

En el ISS se preocupan por el supuesto poderío que pudieran tener las empresas de medicina prepagada y algunos otros ven con preocupación la solvencia de las cajas de compensación familiar. Este es, realmente, el fruto de la competencia. Una de las acusaciones frecuentes es la de que se está tendiendo a la privatización del sistema. Otra, que se trata de la socialización de la salud. Probablemente no sea ninguna de las dos o probablemente, como la ley es ecléctica, tenga algo de ambas cosas, sea la síntesis de ellas. Ni el ISS es competidor que se vaya a devorar las otras potenciales EPS, ni se va

4 Artículo 152. Capt. I. Título I, Libro segundo.

a dar lo contrario, donde el ISS vaya a perecer a merced de las empresas de medicina prepagada y/o de las cajas de compensación familiar. Con todas las entidades existentes a duras penas se cubre un 20% de la población; hay un 80% por fuera. Con esta ley no nos vamos a despedazar entre las EPS, a pelearnos ese escaso 20%, sino que vamos a orientarnos a llevar la cobertura hacia donde no hay servicios actualmente.

Por otro lado, el concepto y la metodología de los años de vida saludable (AVISA) está siendo estudiado por más de 25 personas. Esto ha permitido identificar un hecho importante, que necesariamente debe ser analizado y perfeccionado, pues se trata de una aproximación inicial, probablemente todavía muy inmadura; es un estudio demasiado extenso, que necesariamente requiere más tiempo.

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) está relacionada también con estudios de años, que nos vienen demostrando que en Colombia a lo que el país gasta porcentualmente en salud, del producto interno bruto, sumándole el gasto público y el gasto privado, se obtienen guarismos impresionantes, con los cuales es posible lograr una cobertura universal.

El **Señor Ministro** opina que no existe problema más importante en Colombia que la salud mental de los colombianos. En el año 93 se realizó un estudio al respecto, en el cual se encontró que la incidencia de enfermos mentales en Colombia es muchas veces mayor que la encontrada en estudios similares en otros países latinoamericanos y aún muchas más que en estudios realizados en países desarrollados, lo que confirma la alta probabilidad de tener trastornos mentales serios. Si se aplican las técnicas convencionales –20 o 25 sesiones psiquiátricas o psicoanalíticas– a cada persona con problemas mentales serios, se gastaría una vez y media los ingresos totales de Cusiana. Es tal la dimensión del problema que se debe afrontar con mucha fuerza, como un verdadero problema de salud pública, no solamente como una problemática individual de salud. El problema de salud mental es una relación de doble vía entre la violencia y la insatisfacción general colombiana como una reacción individual frente a estos problemas, para evitarlos, opacarlos y generar reacciones complementarias. Resulta crítico pensar más seriamente

en lo que podría ser la salud pública mental y requiere mucha más imaginación de la que hoy le estamos poniendo al tema.

No existen preexistencias para los problemas otológicos, lo dice la Ley 100. Se podrán aplicar unos períodos mínimos de cotización o de carencia para poder obtener esos servicios. A ninguna persona se le puede negar el acceso al sistema o a una EPS en particular por el solo hecho de tener una enfermedad o de excluirle una prestación de servicios en relación con una enfermedad.

El **Señor Viceministro** agrega que en cuanto a las enfermedades congénitas, estas se encuentran dentro del grupo de patologías que pueden estar sujetas a reaseguros o a ser aseguradas por parte de las EPS; en este punto me parece importante el aporte del doctor Jorge García Gómez en relación con los implantes cocleares. Allí hay que hacer un esfuerzo, lo mismo que con las prótesis auditivas. En este momento el ISS no presta este servicio que significaría un aporte costoso para el sistema.

¿Cuántos colombianos pueden pagar la cuota al sistema? Los colombianos pagarán cuotas cuyo monto dependerá directamente de su salario y, por lo tanto, no será una cuota igual para todos. Se estima que el régimen contributivo puede llegar al 60 o 70% de la población y cada uno paga la cuota que le corresponde porque ha demostrado que puede pagarla, obviamente en ese campo con el apoyo de los empleadores.

El **Señor Ministro** opina, con respecto a los gastos médicos que hacen las familias pobres, que el porcentaje del gasto que estas hacen de su propio peculio supera al 12%. Si se compara con el esfuerzo financiero que hoy está haciendo la población menos favorecida que llega a gastar hasta el 25% de su sueldo comprando medicamentos, asistiendo a consultas particulares y a consultas de grupos no médicos, se entiende que no es una cifra inalcanzable; más aún, cuando va a obtener una atención en salud de calidad. Se debe dar la bienvenida a los recursos mencionados y darles un manejo de calidad y de responsabilidad.

El Académico **Malagón Londoño** agradece al Ministro, al Viceministro y a todos los participantes y asistentes al foro y los invita formalmente al próximo foro.