
REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

BASES PARA UN PROYECTO DE LEY¹

Gustavo Malagón Londoño, MD*
Germán Peña Quiñones, MD**
José Félix Patiño Restrepo, MD***
Álvaro Moncayo Medina, MD****

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Premisa

La salud no es un favor, es un derecho humano fundamental, como lo consigna la Constitución Política de Colombia, no ligado a intereses económicos sino a la dignidad humana y la prestación de los servicios es deber y responsabilidad social del Estado.

PRINCIPIOS GENERALES¹

- La salud es un derecho humano fundamental connatural a la dignidad humana y a la condición de la nacionalidad colombiana para los habitantes del territorio nacional. Es interdependiente con otros derechos y es deber del Estado protegerla dentro del espíritu del Estado Social de Derecho.
- La salud se concibe como el desarrollo y realización de las potencialidades y capacidades humanas, en las mejores condiciones y en el ejercicio de la autonomía de las personas, lo

cual incluye la mejor atención posible de las enfermedades, daños y lesiones.

- Ante la crisis del sistema actual, un nuevo sistema debe ser universal, equitativo, solidario, democrático, oportuno, sin barreras económicas para el acceso, de predominio público y de la mejor calidad posible. Debe anteponer como principio fundamental el derecho a la salud y no la mercantilización de los servicios de atención para satisfacer el afán de lucro de inversionistas financieros.
- Un sistema de salud con sentido social va más allá del simple aseguramiento para la atención de las enfermedades y debe hacer parte de una política nacional orientada hacia metas de resultados y de equidad en salud, con carácter multisectorial, visión poblacional y territorial y altamente participativo.
- Un sistema social de salud debe tener por objetivo garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para lograr la calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afecten.

* Presidente Academia Nacional de Medicina.

** Vicepresidente Academia Nacional de Medicina.

*** Coordinador Comité Salud de la Academia Nacional de Medicina.

**** Miembro Comité Salud de la Academia Nacional de Medicina.

¹ Pronunciamiento del primer taller de la Ronda de Medellín por una reforma de del Sistema de Salud. Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Medellín, marzo 25 y 26 de 2010.

CARACTERÍSTICAS DE UN SISTEMA SOCIAL DE SALUD

El sistema de salud debe operar bajo la dirección y rectoría del Estado para controlar los afanes desmedidos de lucro del complejo médico industrial y de medicamentos, en función de las metas de salud, equidad, eficiencia, eficacia y transparencia en el manejo de los recursos públicos para la salud.

Debe ser de carácter público para el manejo de los recursos de atención en salud, con asignación y administración territorial y sin intermediación financiera de carácter comercial ni lucrativo.

Debe contar con un modelo de atención integral en salud, ordenado por redes de servicios de referencia y contrarreferencia en perspectiva territorial y poblacional, sin restricciones de uso en todo el territorio nacional.

Debe ser participativo, con espacios de opinión para la comunidad académica, profesional y de los usuarios, con carácter vinculante y de veeduría por las instituciones correspondientes.

Debe contar con una política de formación y capacitación de talento humano en salud, reconociendo que este es el factor fundamental para el buen funcionamiento y calidad de la atención.

Tal política debe corregir el precario estado del personal en salud y generar estabilidad y calidad laboral a fin de afianzar el compromiso ético de los trabajadores y profesionales de la salud y respetar su autonomía.

El sistema debe aplicar los avances técnicos y científicos en un estricto marco de ética, deontología y profesionalismo para brindar la atención de la mejor calidad posible a la población colombiana.

El financiamiento debe garantizar la sostenibilidad de la prestación ininterrumpida de los servicios de la mejor calidad, explorando nuevos recursos fiscales de carácter progresivo e integrando los esfuerzos públicos y privados.

ANTECEDENTES

La Ley 100 de diciembre 23 de 1993 pretendió generar una profunda reforma en el sector salud con propósitos de beneficio social, como sería incrementar los recursos para el sector, lograr la cobertura universal mediante un mecanismo económico de acceso para todas las clases sociales, estimular la competencia y la emulación en cuanto a calidad de los servicios, mejorar los sistemas administrativos y la capacidad gerencial de los hospitales. Sin embargo, su implantación ha resultado, a lo largo de los 16 años de ser promulgada, en un colapso real y una profunda crisis, desde todo punto de vista, en el sector salud.

Desde el aspecto económico, hoy el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100 de 1993 se declara en quiebra, lo cual llevó al Gobierno a decretar la Emergencia Social y promulgar una serie de decretos y una resolución que recibieron categórico rechazo de todos los sectores de la sociedad, con excepción de Acemi, la Andi y otros gremios empresariales.

La Academia Nacional de Medicina expresó su profunda preocupación a raíz de la expedición de los decretos-ley en el marco de la Emergencia Social y manifestó que, en conjunto, tales decretos representaban un alarmante perjuicio para la salud de los colombianos y eran un grave atentado contra la medicina como ciencia y profesión, atentado que nunca se había registrado en ésta ni en ninguna otra nación democrática.

Es difícil aceptar que existió una emergencia, entendida como un hecho repentino y agudo que obligó a dictar tales decretos legislativos, cuando la situación de crisis del SGSSS se había anunciado desde hace varios años. Era un fenómeno conocido, ante el cual no se tomaron medidas oportunas y racionales.

LOS RECURSOS Y SU DESTINACIÓN. EL MODELO DE LA ATENCIÓN GERENCIADA

Los dineros del SGSSS son de carácter público, son recursos parafiscales que tienen una destinación única: la atención de la salud. Tales recursos, creados por la Ley 100, que son realmente muy abundantes -del orden del 8,5-10% del PIB-, han sido malgastados desde un principio: el doctor Juan Luis Londoño expresó ante la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina que con los dineros aportados a la salud, si todos fueran dedicados a la prestación de servicios, Colombia debería tener el mejor sistema de salud de América Latina, y escribió en la revista **Hospitalaria** en 1999: “Se logró extender la cobertura, pero la mitad de la plata desapareció”.

El Ministro Virgilio Galvis dijo a **El Tiempo** el 4 de marzo de 2000: “los que se estaban quedando con la plata, los intermediarios, los que negociaban con la salud, todos van a tener que rendir cuentas. Algunos podrán hasta terminar en la cárcel.” Y ya en la edición del 3 de enero de 2000 había aparecido en **El Espectador** el titular: “Raponazo al Sistema de Seguridad Social. Corruptos robaron \$2 billones.” “El Ministerio está haciendo lo humanamente posible para sacar del caos al sector e incluso estamos en el proceso de acabar con la intermediación y reducir a su mínima expresión las Administradoras del Régimen Subsidiado”, según declaración del Ministro Galvis.

El 13 de agosto de 2001 en reunión especial en la Academia Nacional de Medicina, la Ministra Sara Ordóñez dijo: “¡El Sistema está reventado!” “La Cuenta de Compensación (FOSYGA) no da para pagar el POS más allá de febrero de 2002. Así haya reactivación económica, la cobertura no se logrará antes de 20 años. El Sistema, como está, no funciona.”

Tales fueron los pronunciamientos de los Ministros de Salud que por esas épocas tenían a su cargo el manejo del SGSSS: Llevamos más de una década de advertencias repetidas, las cuales se intensificaron en los últimos dos años.

Más recientemente, la senadora Cecilia López, expresidenta del Instituto Colombiano del Seguro Social, declaró en **El Tiempo** de abril 8 de 2010: “12 billones de pesos sumaría el déficit de la salud y superarlo puede demorar hasta 35 años, incluso si mejoran el empleo y la economía.”

El profesor Francisco Azuero de la Facultad de Administración de la Universidad de los Andes publicó en la edición de **El Tiempo** del 22 de febrero de 2010 un artículo bajo el título **Desperdicio de plata en salud**. Escribe: “En cuanto al porcentaje en salud financiado con recursos públicos, la cifra para Colombia, del 85,6 por ciento, es de las más altas en el mundo, semejante a la del Reino Unido, y sobrepasada apenas (aparte de algunos micro estados) por Cuba, República Checa, Corea, Dinamarca y Luxemburgo. Aplicando esos porcentajes al PIB colombiano estimado para el 2009, el gasto en salud fue el año pasado de 37 billones de pesos. Dividiendo esta suma por el número de habitantes estimado por el DANE, nos da un gasto público per cápita de 814.000 pesos. El valor de la UPC del régimen contributivo (es decir el valor que se le reconoce a las EPS por cada usuario) fue para el 2009 de 647.000 pesos. Es decir, con los recursos públicos orientados a la salud hubiera sido posible asegurar plenamente a

todos los colombianos con un paquete de beneficios POS superior en un 32 por ciento en valor al que se le reconoce a los usuarios del régimen contributivo. Existe entonces un desperdicio considerable de recursos públicos en salud.”

El sistema de atención médica *gerenciada o administrada* es por mucho la versión colombiana del *managed care* de los EUA: la atención de la salud como negocio. En los E.U.A. el sistema demuestra grandes defectos y es visto como el más costoso y menos eficiente del mundo, lo cual condujo a las reformas que ha logrado el Presidente Obama, tendientes a desprivatizar y a dar mayor responsabilidad al Estado en la prestación de los servicios.

El gran crecimiento patrimonial de las EPS ha sido bien difundido por los medios, realmente extraordinario en algunas de ellas, para colocarlas en el relativamente corto tiempo de su existencia entre las empresas más poderosas del país. Recientemente la Superintendencia Nacional de Salud ordenó a una de las más grandes EPS de Colombia el reintegro de más de 600.000 millones de pesos que, según se dijo, eran excedentes, cifra equiparable a lo que espera recaudar el gobierno de los impuestos creados por los decretos legislativos de la Emergencia. Si esta suma hubiera sido debidamente empleada (igual puede ocurrir con otras EPS), ¿estaría el SGSSS en crisis? ¿Y entonces son los médicos y los pacientes que requieren servicios de alto costo los causantes de la crisis para que los decretos reglamentarios de la Emergencia Social estuvieran orientados a anular la autonomía intelectual de los profesionales en la toma de decisiones y a convertir en *Prestaciones Excepcionales* todo aquello que sea de atención de mediana o alta complejidad y determinar que los costos correspondientes sean pagados por el paciente? Surge la pregunta, ¿entonces el aseguramiento para qué?

La integración vertical, que es la construcción o adquisición de IPS (Instituciones Prestadoras de Salud, clínicas y hospitales) propias para prestar servicios directos por médicos y personal de salud contratado por las EPS, ha crecido en forma inusitada, a pesar de las promesas del Presidente de la República de ejercer control. Tal fenómeno incrementa la inadecuada posición dominante de las aseguradoras intermediarias en detrimento de los mejores intereses de la población.

Evidentemente el negocio de la salud que estableció la Ley 100 es muy bueno, tal como lo advirtió el presidente de Fasesolda, William Fadul, desde hace años: *“La seguridad social se convertirá en uno de los grandes negocios de las aseguradoras en Colombia.”* (Revista **Semana**, febrero 12-19, 2001).

Roy Bulger, Director del Institute of Medicine de la National Academy of Sciences y Presidente de la Universidad de Texas calificó así el *managed care* en su país: *“... la abrumadora fuerza del comercio –las ambiciones económicas de un sinfín de negociantes que contemplan la atención de la salud como uno de los campos más lucrativos y de más rápido crecimiento, y que ven en las aspiraciones económicas de médicos “entrepreneurs” el material para una poderosa alianza económica.”* *“El micro manejo de los actos médicos por administradores externos crece día a día...”* *“Es hora de tomar decisiones sobre **quién** habrá de recibir **cuánto** en la atención de la salud.”*²

En un reciente informe³ sobre cómo se compara el sistema de salud de los EUA con los de otros países, se ve que mientras en los EUA el

² Roger J. Bulger. *Technology, Bureaucracy, and Healing in America. A Postmodern Paradigm.* University of Iowa Press. Iowa City, 1988.

³ Health Care. Special Report. US TODAY September 23, 2009.

Tabla 1. Promedios nacionales en la estructura del gasto Estados Unidos y Europa (% del PIB)

	2003	2002	2003	2003	2003
CONCEPTO	ESTADOS UNIDOS	REINO UNIDO	FRANCIA	ESPAÑA	ALEMANIA
ADMINISTRACIÓN	7.1	3.4	7.7	3.2	5.7
INVERSIÓN	6.4	2.1	2.1	3.2	3.8
INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0
INVESTIGACIÓN	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0
CAPACITACIÓN	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
OTROS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ATENCIÓN EN SALUD	86.5	93.3	89.7	93.6	90.6
DEMÁS USOS	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007) ANÁLISIS COMPARATIVO de los costos de transacción, administración o intermediación de los SISTEMAS DE SALUD en algunos países de AMÉRICA LATINA y de la OCED, Washington DC, Noviembre de 2007, p.6

gasto en salud es el 16% del PIB y la población no asegurada es superior al 15%, en Suecia, Canadá, Italia, España, Australia, Holanda y el Reino Unido el gasto en salud es de menos del 10%, y del 11% en Francia. En Italia, España, Australia y el Reino Unido, con un gasto menor del 9%, o sea similar a la cifra "oficial" de Colombia (8,7%), la población no asegurada es 0% en Italia, 1,7% en España, 0% en Australia, 0% en el Reino Unido, y en Francia con un gasto del 11% del PIB, es 0,1%. Guardadas las proporciones del ingreso *per cápita* y de los costos de los insumos, salarios, medicamentos, etc., en los países industrializados, se puede pensar que, como lo han planteado analistas muy autorizados, entre ellos el doctor Juan Luis Londoño, con el dinero que entra al SGSSS se podría lograr cubrimiento universal y con un POS equitativo. Esto y la crisis actual demuestran que el modelo de intermediación y de mercado de la salud colombiano es inadecuado porque tiene defectos estructurales, y debe ser modificado.

Además de las diferencias en el POS de los sistemas, del SISBEN y de las personas que nada tienen, la inequidad en acceso es notoria.

Estudios del Centro de Investigación y Educación en Salud (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá, sobre acceso a servicios de patología mamaria demuestran la inequidad en el acceso en el sistema actual de salud colombiano: *"El aseguramiento no desaparece las barreras económicas y geográficas en el acceso a la biopsia para el diagnóstico de cáncer de seno."*⁴ *"El uso de una mamografía para detección temprana del cáncer de seno es inequitativo pues tienen menores probabilidades de hacerlo las mujeres más vulnerables de la escala social."*⁵

⁴ Charry de LC, Roca S, Carrasquilla G. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? Colombia Médica 2008; 39: 24-32.

⁵ Charry de LC, Gabriel Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. Rev Salud

Los sistemas de salud del mundo son diferentes y van desde unos de carácter total o predominantemente público, como los de Dinamarca, Alemania, Canadá, Italia, Australia, Holanda, Reino Unido, Francia o España, hasta otros de carácter predominantemente privado, como el de Colombia o el de los EUA (sin la reforma de Obama, que tiene de carácter público el Medicaid para atender a la población de edad avanzada y el Medicare para atender a los más pobres). En EUA alrededor de 55 millones de personas no poseen cubrimiento de salud (antes de la reforma de Obama, que se espera cubrirá a 33 millones), y el sistema es el más costoso del mundo, con costos crecientes causados principalmente por gastos de intermediación y de la administración que el sistema conlleva, que algunos han estimado es del orden del 42 al 50% del total del gasto en salud. La privatización y la creciente burocratización de los sistemas de medicina administrada (*managed care*) tanto en los EUA como en otros países, en opinión de expertos de ese país, EUA, como la profesora Steffie Woolhandler de la Universidad de Harvard, ha permitido que los ejecutivos de las compañías intermediarias ganen exorbitantes salarios, como “*El jefe de HealthSouth (el principal proveedor de servicios de rehabilitación, en su mayor parte pagados por Medicare) ganó US\$ 112 millones en el año 2002, antes de ser acusado de fraude. Nuestro antiguo colega en Harvard, el geriatra John Rowe, ganaba US 225.000 diarios, incluyendo domingos y festivos durante los 65 meses que gerenció la compañía Aetna de Seguros en Salud. Bill Maguire ganó US 1.600 millones al retirarse de su práctica de medicina pulmonar para dirigir United Health Care*”.⁶

Pública 2008; 10; 571-582.

⁶ Himmelstein DU, Woolhandler S. Privatization of publicly-funded health care systems through health maintenance organizations and investor-acquisition of hospitals and other facilities. En: 1er. Congreso Internacional sobre Medicina y Salud. Hacia una Cobertura Universal en Salud. Universidad Nacional Autónoma de México y Organización Panamericana de la Salud. Universidad Nacional Autónoma

Tan exorbitantes sumas debieron haberse empleado en servicios al paciente, y significan que los entes intermediarios, las *Health Maintenance Organizations (HMO)*, que en nuestro país son las Empresas Promotoras de Salud (EPS), tienen grandes excedentes en su operación económica.

En efecto, los sistemas privados de aseguramiento de tipo comercial han resultado en situaciones similares -elevados márgenes que se traducen en gran lucro y gastos de administración muy altos-, tanto en los EUA como en los países donde han sido implantados, como Colombia, donde operan las EPS intermediarias dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que implantó la Ley 100 de diciembre 23 de 1993.

En Colombia no se ha hecho público ningún estudio profundo sobre el costo de la intermediación en el SGSSS, pero a juzgar por el crecimiento patrimonial de las EPS, tal costo bien puede ser factor causal preponderante de la pretendida crisis económica actual.

En un importante documento de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)⁷ se analizaron los porcentajes de los costos de transacción, administración e intermediación de los sistemas de salud en algunos países Latinoamericanos y de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCED).

Los resultados del estudio aparecen en las Tablas 1 y 2.

de México, México DF, 2008. ISBN 978-02-0972-7. Pág. 243-263.

⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007) ANÁLISIS COMPARATIVO de los costos de transacción, administración o intermediación de los SISTEMAS DE SALUD en algunos países de AMÉRICA LATINA y de la OCED, Washington DC, Noviembre de 2007 (Este trabajo fue preparado por Iván Jaramillo Pérez a solicitud de la Organización Panamericana de la Salud).

Tabla 2. Promedios nacionales en la estructura del gasto Países latinoamericanos (%)

	2003	2003	2003	2002	2000	2001
CONCEPTO	COLOMBIA	MÉXICO	ECUADOR	BOLIVIA	PERÚ	NICARAGUA
ADMINISTRACIÓN	15.5	4.3	33.8	27.2	1.7	4.4
INVERSIÓN	10.3	2.4	4.1	7.2	5.9	6.7
INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN	4.8	0.9	4.1	7.2	0.0	6.1
INVESTIGACIÓN	0.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.6
CAPACITACIÓN	0.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
OTROS	5.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
ATENCIÓN EN SALUD	64.7	93.2	60.9	63.7	92.4	87.1
DEMÁS USOS	9.5	0.0	1.3	1.8	0.9	1.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007) ANÁLISIS COMPARATIVO de los costos de transacción, administración o intermediación de los SISTEMAS DE SALUD en algunos países de AMÉRICA LATINA y de la OCED, Washington DC, Noviembre de 2007 p. 8

Debe anotarse que, en relación con la Tabla anterior, los EUA mantienen un 15-18% de personas NO cubiertas por el sistema, mientras en los otros países el NO cubrimiento es 0%.

Como se ve en la Tabla 2, la estructura porcentual del gasto en Salud para Colombia se destaca por tener una proporción muy baja dedicada a Atención de la Salud (64,7%) ya que los Gastos de Administración, reportados por las EPS, constituyen uno de los más altos en el Continente (15,5%). Además, el rubro "Otros" (?) es en Colombia el más alto del Continente (5,4%) seguido por México (0,2%). Lo mismo ocurre con el rubro "Demás usos" (?) que es en Colombia de 9,5%, más de nueve veces más alto que en el resto de los países del Continente. Igualmente se destaca el porcentaje dedicado a "Inversión" (10,3%) que también es el más alto de los demás países del Continente.

O sea, que en Colombia la intermediación, según la contabilidad reportada por las EPS, as-

ciende a 35,3% y se dedica apenas un 64,7% a servicios de salud. Algunos analistas colombianos piensan que la realidad es diferente, y que, como lo han mencionado autoridades académicas para los EUA, la intermediación puede llegar a costar cerca a, o a más de la mitad, de los recursos, particularmente en el sector del aseguramiento con ánimo de lucro. Las HMO sin ánimo de lucro regularmente demuestran un mayor porcentaje de los recursos destinado a servicios.

En los EUA la HMO más antigua es la Kaiser Permanente, Kaiser Foundation Health Plan Inc. (www.kaiserpermanente.org), una entidad sin ánimo de lucro, con cerca de 9 millones de afiliados, reporta menos del 9% en gastos de administración y dedica el 92% de los recursos a servicios de atención de la salud. Se sabe que el Medicare, sistema estatal de los E.U.A. gasta menos del 5% en administración.

En conclusión, se puede decir que entre los países analizados el sistema de salud de Colombia

es el que dedica un porcentaje más alto del gasto a rubros diferentes a la atención de la salud.

En Ecuador el sistema de salud presta servicios totalmente gratuitos a toda la población. En México el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMS) cubre al 82% de la población. En Costa Rica la Caja Costarricense de Seguro Social mantiene 100% de cubrimiento.

En España, con 46 millones de habitantes, población similar a la de Colombia, *“el Sistema Nacional de Salud es universal, gratuito al recibir las prestaciones, salvo las farmacéuticas por fuera del hospital que son por copago, descentralizado, que atiende a 46 millones de personas con buena aceptación por parte de sus receptores y que cubre necesidades de atención básica y especializada. Su financiación es a base de impuestos del presupuesto general del Estado y de los presupuestos de las diferentes comunidades autónomas... El principio de solidaridad impregna la filosofía del Sistema, así como que la salud es un derecho de todos.”*⁸

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que creó la Ley 100 de 1993, hoy es predominantemente privado. Desapareció el Instituto Colombiano del Seguro Social, el cual acusaba notorios defectos en su operación, pero era el agente regulador y moderador del SGSSS, que es un sistema de mercado pobremente controlado por el Estado.

En nuestro país, antes de la Ley 100 de 1993 alrededor de una quinta parte de la población es-

ta cubierto por el Instituto Colombiano del Seguro Social (como vimos, en México es del orden del 82% y en Costa Rica es el 100%), pero existía el Sistema Nacional de Salud conformado por una vasta red de hospitales públicos y un sistema de referencia y contra-referencia que, por ejemplo, en el Valle del Cauca operaba muy bien, el cual daba servicios a las personas de menores ingresos.

En Bogotá estaban San Juan de Dios (La Hortúa) o La Samaritana como ejemplos. San Juan de Dios, el hospital de carácter docente mayor del país, el principal escenario clínico educativo de la Universidad Nacional, y el Hospital de La Samaritana, como centros de referencia de atención de alta complejidad, prestaban servicios integrales a las clases pobres.

El Hospital San Juan de Dios, aunque de origen no gubernamental, como casi todos los hospitales inicialmente fundados en la Nueva Granada y en la incipiente República de Colombia lo fueron por órdenes religiosas, recibían sus presupuestos del tesoro público. En el caso de San Juan de Dios, de la Beneficencia de Cundinamarca y en el de La Samaritana del Departamento de Cundinamarca. Eran hospitales inicialmente “de caridad”, donde los servicios eran gratuitos, y posteriormente, según la capacidad del paciente, hacían pagos que, por supuesto, eran simbólicos. El resto de la población, la más pudiente, tenía seguros privados de reembolso.

NATURALEZA DE LA MEDICINA: EL ACTO MÉDICO

La medicina es una empresa intensamente moral presente en la sociedad como una comunidad de servicio, en la cual la ética y el profesionalismo constituyen el fundamento de su actividad. Algunos aspectos de la medicina son fundamentales y son

⁸ Pagán Lozano JA. El Sistema Nacional de Salud de España. En: 1er. Congreso Internacional sobre Medicina y Salud. Hacia una Cobertura Universal en Salud. Universidad Nacional Autónoma de México y Organización Panamericana de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de México, México DF, 2008. ISBN 978-02-0972-7. Pág. 83-92.

eternos. El profesionalismo no es sólo la base del contrato social de la medicina, sino, principalmente, una fuerza estructuralmente estabilizadora y moralmente protectora de la sociedad. El profesionalismo, que se traduce en la idoneidad del médico, es la única garantía de calidad de la atención.

La medicina es la ciencia, arte y profesión que reúne el conjunto de conocimientos científicos y procedimientos técnicos para aplicarlos en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, en la terapéutica y rehabilitación del enfermo y procura el mejoramiento de la salud individual y colectiva, sin distinguir alguno de razas o credos religiosos o políticos. Es de su esencia el respeto a la dignidad de la persona humana, en la vida y en la muerte. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones éticas, humanísticas y humanitarias que le son inherentes.

La medicina se ejerce en el marco de estricto profesionalismo, que posee por naturaleza propia cuatro dominios principales:

1. capital intelectual, que es el conocimiento biomédico, el cual crece con mayor rapidez que el de cualquiera otra actividad científica;
2. autonomía intelectual en la toma de decisiones;
3. compromiso de servicio;
4. autorregulación, que es la más estricta entre todas las profesiones.

El acto médico es una actividad intelectual y autónoma, de aplicación del conocimiento y del juicio clínico racional, en un marco de riguroso profesionalismo y compromiso ético, para la recuperación del enfermo. Es una forma especial de relación entre personas en la cual se concreta la relación médico-paciente. Por lo tanto, es una forma especial de contrato social denominado de asistencia médica, el cual genera obligaciones de

medios, mas no de resultados. En la ejecución del acto médico se actúa conforme a las normas de excelencia evaluadas de acuerdo con las circunstancias de modo, tiempo y lugar, y a la disponibilidad de recursos (estado del arte o "*lex artis*").

Para poder ejercer su compromiso de servicio a la sociedad prestando una atención de la más alta calidad, la medicina debe actuar libre de las barreras y restricciones que han establecido las empresas intermediarias, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), que creó la Ley 100. El SGSSS de Colombia es costoso, inequitativo, apartado de su propósito de servicio social y más bien se ha convertido en un negocio muy lucrativo para los intermediarios que ejercen una posición dominante donde la preocupación principal es el aspecto económico.

En un sistema de salud con verdadero propósito social es inadmisibles constreñir el criterio profesional, limitar las consultas a tiempos irracionales, coartar la solicitud de exámenes necesarios para el diagnóstico oportuno, impedir la libre remisión de pacientes al especialista o a otras instituciones de igual o superior nivel, cuando las circunstancias médicas lo ameriten y no exista conflicto de intereses, limitar la prescripción de medicamentos necesarios, establecidos o no en el manual aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y demorar el pago de servicios prestados.

Los tiempos de la actividad asistencial de los profesionales de la salud deben estar sujetos a estándares internacionales, en tal forma que sólo puedan ser contextualizados racionalmente con base en la idoneidad profesional, y sin constreñir la autonomía en la toma de decisiones.

Los profesionales de la salud tienen derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio de estos profesionales sólo los

beneficiarán a ellos y a quien reciba la atención, pero nunca a terceras personas o entidades que pretendan explotarlos comercial o políticamente. Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el profesional de la salud debe recibir honorarios y prestaciones sociales dignos y equitativos, acordes con su formación curricular, conocimientos científicos y la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir.

La Academia Nacional de Medicina se ha pronunciado en diversas ocasiones y ha manifestado su protesta por lo que representa una ominosa y creciente desprofesionalización de la medicina, que se encuentra atrapada en un sistema de aseguramiento que es de carácter eminentemente comercial.

LA SALUD PÚBLICA

Las consecuencias de esta reestructuración en el campo de la salud pública han sido muy negativas porque se debilitaron las acciones de promoción y prevención y se eliminaron los programas nacionales de vacunación y de control de enfermedades transmisibles que siguen siendo responsabilidad del gobierno según el artículo 49 de la Constitución de 1991. Es inadmisibles que desde hace años haya desaparecido el Sistema Nacional de Información epidemiológica.

Varios estudios demuestran el deterioro de los indicadores de cobertura de vacunación infantil,⁹ de incidencia de malaria¹⁰ y de tuberculosis.¹¹

Según datos oficiales del Instituto Nacional de Salud la tasa de incidencia de sífilis congénita aumentó de 0,9 x 1000 a 2,62 x 1000 entre 1998 y 2009. Es decir que tuvo un incremento de 30%. De igual modo, la incidencia de sífilis gestacional pasó de 1,29 x 1000 a 5,75 x 1000 entre 2003 y 2009, o sea que tuvo un aumento del 80% en 6 años.

El Ministerio de la Protección Social emite informes en los que analiza las tendencias descendentes de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) o ascendentes de la Esperanza de Vida (EV) como demostraciones de la bondad del sistema de salud establecido hace 16 años por la Ley 100.

Vale la pena dejar muy claro que ninguno de estos dos indicadores, ni la TMI ni la EV está relacionado con un sistema de atención médica, ya que son medidas del progreso general en otros sectores como el de vivienda adecuada con agua potable y disposición de excretas que sí disminuyen drásticamente la mortalidad infantil por diarreas, lo cual tiene una relación directa con la disminución de la Tasa de Mortalidad Infantil y, en consecuencia, con el aumento de la Esperanza de Vida.

Al contrario, la Tasa de Mortalidad Materna, que sí depende del acceso a un sistema de atención médica, tiene una tendencia al aumento desde 1995 cuando era de 60 x 100.000 nacidos vivos a 80 x 100.000 nacidos vivos en 2007, es decir, un aumento de un 25%.^{12, 13}

Una medida del impacto de la enfermedad en la sociedad es la estimación de la “Carga de Enfermedad”. El concepto fue desarrollado por el Banco Mundial y aparece en el Informe publicado

⁹ Acosta Ramírez NY, Rodríguez García J, 2005. Inequidad en las Coberturas de Vacunación Infantil en Colombia, Años 2000-2003, Rev. Salud Pública. Sup. 8 (1): 102-115

¹⁰ Valero-Bernal, MV, 2006, Malaria in Colombia: Retrospective Glance during the Past 40 Years, Rev. Salud Pública 8 (3):141-149, 2006.

¹¹ Arbeláez MP, et al. 2004, Tuberculosis control and managed competition in Colombia, Int J Health Plann Mgmt 2004; 19: S25-S43. Published on line in Wiley Inter Science (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/hpm.775

¹² Vélez M, 2008, Salud: Negocio e Inequidad, Ediciones Aurora, Bogotá, p.29-30.

¹³ Gallego L, Vélez GA, Agudelo B, 2007. Panorama de la Mortalidad Materna p. 18, www.dane.gov.co descargado 9 de Octubre de 2009.

en 1993 “Invertir en Salud”, donde se definen los **Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs)** (en Inglés **Discapacity Adjusted Life Years- DALYs**) como una medida de la pérdida económica debida al impacto de una enfermedad en la vida productiva de una persona y es función de la edad. Un **AVISAS, Años de Vida Saludable**, es esta misma medida a la que se le ha computado además la pérdida económica por mortalidad prematura.¹⁴

En un reciente estudio del CENDEX de la Universidad Javeriana, se concluye que en los últimos diez años en Colombia, es decir durante la vigencia de la Ley 100, la Carga de enfermedad medida en AVISAS x 1.000 ha aumentado de 174,07 a 279,58, es decir, en más de un 60% tal como aparece en la Tabla 3¹⁵:

Tabla 3. Carga de enfermedad en Colombia 1995-2005

AVISAS x 1.000 (Discapacidad y Mortalidad)	1995	2005	Variación (%)
TOTAL	174.07	279.58	+62.0

Esto quiere decir que el impacto de la Ley 100 ha sido aumentar en más de la mitad la enfermedad y la mortalidad que el país tenía en 1995. Un sistema de salud que aumenta la enfermedad y la mortalidad de aquellos a quienes cubre, sólo puede ser calificado como un mal sistema.

EL SGSSS Y LA CRISIS DE LA SALUD

Paradójicamente, la situación de crisis del SGSSS ocurre cuando existe una mayor dispo-

nibilidad de recursos económicos para el sector. Sin embargo, tan cuantiosos recursos, que son de carácter público, son consumidos en gran parte por los entes intermediarios que creó la Ley 100, casi todos corporaciones privadas con ánimo de lucro. Sorprende que, en medio de esta profunda crisis, los entes intermediarios privados registren cuantiosos excedentes, lo cual les ha permitido grandes inversiones en campos diferentes y alejados de la destinación obligatoria de los recursos de la salud que son de carácter público.

Es evidente una alarmante carencia de información y de controles efectivos, lo cual ha llevado a la creciente posición dominante de las entidades intermediarias y a la creación de monopolios y oligopolios que se traduce en una lucrativa industria de la salud, con preocupación preponderante por el alto rendimiento económico y por la ausencia del propósito de beneficio social.

El Gobierno proclama aumento en la cobertura del aseguramiento, pero en realidad esto es una falacia, por cuanto lo que se ha logrado es la carnetización, pero no el acceso ni el beneficio total y de alta calidad en la atención de la salud. El SGSSS de Colombia con sus diferentes planes de servicios según la capacidad económica de la persona, es reconocido hoy como el más costoso y e inequitativo de Latinoamérica.

El SGSSS se fundamenta en el concepto neoliberal de privatización de la atención de la salud, con mínimo control por parte del Estado y una alarmante permisividad para la operación de las corporaciones intermediarias. Con excepción de los Estados Unidos, donde prima el modelo de *managed care* establecido en el gobierno republicano de Richard Nixon, y de Chile —donde se desmonta el sistema de *managed care* implantado por el gobierno de Pinochet para sustituir al anterior Sistema Nacional de Salud que fue ejemplo en el

¹⁴ World Bank 1993, World Development Report 1993: Investing in Health, World Bank, Oxford University Press, Washington DC, p. 26.

¹⁵ Rodríguez García J, 2008, Carga de Enfermedad en Colombia 2005, CENDEX, Documento Técnico ASS/ 1502-08, Tabla 33, p. 52, Octubre 2008.

continente—, no se encuentra ningún otro país del mundo con tal modelo de intermediación.

En el SGSSS las entidades administradoras de planes de beneficios mantiene directorios cerrados de médicos y profesionales de la salud y no brindan al asegurado la libre escogencia del médico, de los demás profesionales de la salud o de la IPS, en contravía de lo que ordena la misma Ley 100.

La actual crisis demuestra que el modelo de intermediación y de mercado de la salud colombiano es inadecuado por defectos estructurales, y debe ser modificado.

La Academia Nacional de Medicina considera que ante el colapso del SGSSS se requiere emprender una profunda reforma estructural del sistema de salud en Colombia. También las Academias regionales de medicina, los capítulos de la Academia Nacional, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, la Universidad Javeriana, la Universidad Nacional, las Asociaciones y Sociedades Científicas y otros grupos han producido valiosas reflexiones sobre la reforma estructural mencionada.

BASES PARA EL ARTICULADO DEL PROYECTO DE LEY DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

Un Sistema de Salud comprende Fomento, Prevención, Asistencia, Educación/Capacitación e Investigación, en un contexto de universalidad, equidad, accesibilidad, integralidad y administración pública. Administración pública, por cuanto la responsabilidad de un sistema de salud corresponde al gobierno.

El propósito de un sistema de salud es mantener una población sana y protegerla de daños y riesgos en salud, en obediencia al derecho univer-

sal, humano y social a la salud que establece la Constitución Política de Colombia, que nos define como un estado social de derecho.

La Ley 100 de diciembre 23 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que vino a reemplazar al Sistema Nacional de Salud que existía bajo la dirección de un Ministerio de Salud, el cual se fundamentaba en la red de hospitales públicos con el correspondiente mecanismo de referencia y contrarreferencia.

El antiguo Sistema Nacional de Salud, el anterior al SGSSS de la Ley 100, prestaba servicios de atención a las clases menos pudientes y los principales hospitales públicos llegaron a ser centros de excelencia y servían como los principales escenarios educativos para las facultades de medicina y de las otras profesiones de la salud. Tal fue la situación, por ejemplo, durante el gobierno de Carlos Lleras Restrepo, cuando se creó el Fondo Nacional Hospitalario destinado a la modernización y adecuación de los hospitales públicos.

En épocas pasadas el Ministerio de Salud, como rector y responsable del Sistema Nacional de Salud, se preocupó por la formación del capital humano, y fue así como mantuvo un fondo para la capacitación en los programas de posgrado en medicina que asignaba un estipendio a los residentes. Hoy los residentes no sólo no reciben remuneración alguna por el importante trabajo asistencial que desarrollan, sino que deben pagar matrícula a las facultades de medicina. Colombia es el único país del mundo con tal situación, y los efectos ya se ven: recientemente el gobierno alertó sobre el déficit de especialistas que confronta la nación.

La Ley 100 de 1993 no creó un verdadero sistema de salud: creó un sistema de aseguramiento comercial, en el cual no se contemplan la educación/capacitación ni, mucho menos, la inves-

tigación. Los recursos que vayan a estos dos renglones deben ser considerados como **inversión**, y no como gasto, como lo ve el actual SGSSS. Sobre los recursos humanos descansa todo sistema de salud, y la inversión en su formación asegura la idoneidad profesional, que es la única garantía de la calidad de la atención. La investigación significa creación de conocimiento y enriquecimiento del capital intelectual de las profesiones de la salud. Otra vez, un sistema de salud debe contemplar los recursos dedicados a la investigación como una inversión de alto costo-beneficio.

La **calidad** debe ser un objetivo y un compromiso de un sistema de salud, y la calidad sólo se logra mediante el fortalecimiento de la idoneidad profesional y de sus cuatro componentes principales: el conocimiento científico especializado, que es su capital intelectual; la autonomía intelectual en la toma de decisiones; el compromiso de servicio social; y la autorregulación.

Colombia requiere un verdadero sistema nacional de salud, de carácter público y de cubrimiento universal, tal como existe en la mayoría de los países del mundo. Ello significa abolir la Ley 100 en su componente de salud y reemplazarla con una nueva ley que asegure a los colombianos servicios de salud de alta calidad, sin distinción de clases, etnias o edades. La creación de un verdadero sistema nacional de salud no significa coartar la libertad que deben tener los ciudadanos para comprar seguros privados de tipo complementario.

Se proponen algunas bases para redactar el articulado de un proyecto de ley de reforma del SGSSS de Colombia.

1. Estructurar el Sistema Nacional de Salud como sistema de seguridad social en salud de carácter público, equitativo, apolítico y rigurosamente técnico, servicio público esencial obligatorio

que se presta bajo la dirección y coordinación del Estado, encargado de desarrollar en forma armónica y coherente los principios establecidos en la Constitución Nacional.

2. Recuperar el Ministerio de Salud que debe ser el organismo rector y normativo de carácter técnico y científico, alejado de la política partidista, y el Ministro debe ser un profesional de la medicina altamente calificado que merezca el reconocimiento nacional y muy especialmente el del sector de la salud.
3. Recuperar y fortalecer el Instituto Nacional de Salud como la suprema instancia de investigación en ciencias biomédicas y salud pública para enriquecer el conocimiento sobre la naturaleza, las causas y los riesgos de las enfermedades con miras a su prevención y control.
4. Fortalecer económica y administrativamente la Superintendencia Nacional de Salud, que deja de ser una dependencia del Ministerio para depender directamente de la Presidencia de la República.
5. Planear la provisión de los recursos humanos en salud, que son la esencia del SGSSS, para asegurar su óptimo funcionamiento y suplir el déficit de enfermeras y de especialistas médicos.
6. Crear el Fondo para la Educación y la Investigación en Salud, el cual tendrá a su cargo la remuneración de internos y residentes durante la duración del respectivo programa de la especialidad, conducente a crear los especialistas que el país necesita.
7. Implementar de inmediato un Registro Único de Afiliados con base en los desarrollos que existen actualmente.

8. Restablecer el sistema de información epidemiológica nacional.
9. Reasumir las acciones de promoción y prevención y de salud pública en general por el Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud y el Instituto Nacional de Salud.
10. Durante un periodo de transición, las EPS que participan en el SGSSS actual cederán su operación al Sistema Nacional de Salud, en atención a que las EPS prestan un servicio público con dineros del Estado.
11. Cumplida la afiliación obligatoria al Sistema Nacional de Salud, los ciudadanos están en libertad para adquirir planes privados de aseguramiento, los cuales no recibirán dineros de carácter parafiscal o público.
12. La totalidad de los dineros que reciba el Sistema, incluyendo a las EPS en período de transición, o cualquier otro ingreso generado por los activos correspondientes y por otras causas, deben constituir **patrimonios autónomos**, propiedad de los afiliados y del Sistema, independientes del patrimonio de la entidad administradora, tal como reza el Artículo 97 de la Ley 100 refiriéndose a los Fondos de Pensiones.
13. Durante el periodo de transición, las EPS y las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) como *administradoras de recursos públicos* deben tener un margen de intermediación limitado, como lo establece la ley para cualquier fiducia, y como *aseguradoras* deben asumir la totalidad de las funciones, que son:
 14. En la contratación de servicios con las IPS, deben actuar como comprador informado, con miras al beneficio del usuario, para lo cual deben buscar la mejor calidad y seguridad del servicio y evitar la compra al menor costo desconociendo la calidad para un mayor lucro.
 15. Responder por la totalidad del plan de salud, independiente de la siniestralidad.
 16. Aprovisionar el 80% del valor de las cuentas que presentan las IPS y que glosan las EPS y ARP.
 17. Implantar un sistema único de facturación.
 18. Establecer un régimen tarifario equitativo para prestación de los servicios.
 19. Girar directamente a las IPS y a los proveedores los dineros por facturación.
 20. Pagar el 80% de la factura en los primeros cinco días hábiles luego de su presentación por las IPS, o anticipos sobre los contratos suscritos con ellas.
 21. Pagar intereses de mora a las IPS y a los proveedores.
 22. Establecer las condiciones mínimas humanas, técnicas y de bioseguridad que permitan al profesional de la salud actuar con autonomía profesional, independencia y garantía de calidad.
 23. Definir la vinculación laboral al Sistema y las prestaciones sociales de los profesionales de la salud que establezcan una remuneración justa y una adecuada condición de vida personal y familiar y la necesaria capacitación y superación profesional.
14. En la contratación de servicios con las IPS, deben actuar como comprador informado,