

---

## EL CONTRATO SOCIAL DEL MÉDICO ANTE EL DESASTRE DE LA SALUD

### Pronunciamiento de la Academia Nacional de Medicina

9 de mayo de 2011

---

Con el advenimiento de la atención “gerenciada” de la salud (*managed care*) que implantó en Colombia la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 se ha pretendido modificar el contrato social del médico, sustituir el imperativo hipocrático de considerar ante todo el bien del paciente por una pretendida “justicia distributiva” que ha llevado a Colombia al actual desastre en el sistema de atención de la salud. Economistas de la llamada escuela neoliberal que preconizan la privatización con ánimo de lucro y la mano invisible del mercado como los factores supremos de desarrollo y regulación y propenden por el debilitamiento del Estado y de las instituciones de carácter público, han manejado directa o indirectamente el sistema de salud. Esto tal vez ilustra lo inexplicable: a los 17 años de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) todavía no existe un sistema de información con registro único, y la Superintendencia Nacional de Salud es extremadamente débil y continúa adscrita al Ministerio de la Protección Social, dando amplio campo de acción a las aseguradoras, que más bien son intermediarios financieros. Se debe tener en cuenta que un sistema de salud es, en esencia, un sistema de información, y que al crear el mercado

de la salud se requerían mecanismos de vigilancia y control muy fuertes. Ni sistema de información, ni adecuada vigilancia, ni estricto control ha tenido el actual sistema de salud colombiano. Sin embargo, la Academia Nacional de Medicina, por ley órgano consultor del Gobierno, ha advertido repetidamente tales fallas desde hace años.

El modelo de la atención “gerenciada” de la salud significa un cambio profundo en uno de los pilares de la estructura de la sociedad, el de la atención de la salud, y altera en forma dramática tanto el ejercicio de la medicina como la esencia misma de la profesión, con detrimento de la calidad de la atención. En efecto, el modelo actual rompe el imperativo hipocrático e interfiere con la autonomía profesional. “Tradicionalmente el *profesionalismo médico*, enmarcado en un riguroso código de ética y deontología que define su compromiso moral y de servicio a la sociedad, ejercido a través de la *relación médico-paciente*, ha sido el fundamento de la atención de la salud. La medicina es la más intensamente moral de las actividades humanas, por cuanto su objetivo es el beneficio del individuo y de la colectividad” (1). Además, la medicina es la

---

<sup>1</sup> Patiño Restrepo, JF. Los profesionales ante la reforma de la salud. Academia Nacional de Medicina, Documento inédito.

más rigurosamente autorregulada y autocontrolada entre todas las profesiones.

La fusión de los Ministerios de Salud y de Trabajo rebajó la salud a un segundo plano en el escalafón de la jerarquía gubernamental, mientras los entes intermediarios, las aseguradoras (EPS, ARS y ARP) asumían una posición dominante y se convertían en los verdaderos rectores del sistema de salud a la vez que captan inmensas y crecientes sumas de recursos públicos; son públicos por su carácter parafiscal. La atención de la salud, que universalmente es un servicio social, en Colombia se convirtió en una incontrolada oportunidad de negocio, y ahora el Presidente Juan Manuel Santos denuncia con firmeza una corrupción rampante, y nos dice que se está viendo solo la punta del iceberg. El aseguramiento en salud, que todos defendemos pero con propósito social, en Colombia tiene propósito comercial, fenómeno que la Academia Nacional de Medicina ha denunciado como una perversión de la moral social. El modelo de aseguramiento comercial colombiano facilita la corrupción, como se está demostrando por estos días.

En forma sorprendente, algunos médicos -afortunadamente muy pocos- preconizan el planteamiento de un nuevo contrato social de la medicina basado en una supuesta atención con equidad (la característica principal de la Ley 100 es la inequidad), defienden a ultranza el actual SGSSS y argumentando que los recursos son limitados, en forma directa o indirecta incriminan a los médicos y a los hospitales por la quiebra del sistema, inculpando a los ciudadanos por enfermarse y, por supuesto, a los médicos y hospitales por tratar a los ciudadanos enfermos. Han planteado la priorización en la atención de la salud, que aparece reflejada en la reciente Ley 1438, que inexplicablemente promovió una senadora médica, ley aparentemente influenciada y defendida por el *lobby* de Acemi (como se vio en los noticieros de televisión), y que

la priorización supone inevitablemente restricciones al principio de la equidad, o sea, que el sistema debe permanecer inequitativo, contradiciendo lo que dicen la Constitución y la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. Pero estos médicos nunca se han referido a los entes intermediarios, a las aseguradoras (EPS, ARS, ARP) de tan rápido crecimiento patrimonial, que aparentemente consumen la mayor parte de los recursos que, por ley, están destinados a la atención de la salud. Desde su posición dominante las aseguradoras interponen toda suerte de obstáculos para el buen tratamiento del enfermo con el fin de lograr un mayor margen de utilidad. Defender el sistema actual argumentando equidad es absurdo, puesto que si las aseguradoras continúan recibiendo tanto dinero sólo se ahondaría la inequidad. Hay que tener en cuenta que las pretendidas cifras de cubrimiento con planes de beneficios inmensamente inequitativos no representan progreso, sino, por el contrario, constituyen una situación regresiva.

La destinación final de los recursos de la salud ha sido cuestionada desde hace ya muchos años. Fue muy comentada una columna de Fabio Echeverri Correa en *El Tiempo* en la cual se preguntaba “¿A dónde van a parar los dineros de la salud?”, cuestionando seriamente lo que para entonces aparecía como un fenómeno confuso y preocupante. Con el título de “¿Dónde están los dineros de la salud?” el fallecido senador Luis Guillermo Vélez Trujillo hizo un debate en el que destacó lo complicado que es el flujo de los recursos y las consecuencias que ello trae. El mismísimo ministro Juan Luis Londoño escribió: “*Se logró extender la cobertura, pero la mitad de la plata desapareció*” (Revista *Hospitalaria*, octubre 1999) y ante la Academia Nacional de Medicina expresó que los recursos disponibles después de la ley 100 son suficientes para tener el mejor sistema de salud de América Latina pero que la mitad de la plata desaparece. El ministro Virgilio Galvis denunció públicamente el robo de la mitad

de la plata de la salud: “‘Raponazo al Sistema de Seguridad Social’ Corruptos robaron \$2 billones (El Espectador, enero 3 de 2000) y declaró: “*los que se estaban quedando con la platica, los intermediarios, los que negociaban con la salud, todos van a tener que rendir cuentas. Algunos podrán hasta terminar en la cárcel.*” (El Tiempo 4 de marzo de 2000). También Juan Luis Londoño se expresó así en una entrevista para la Revista *Hospitalaria* (Octubre de 1999): “*Colombia hizo una innovación grande en su sistema de seguridad social que ha tenido resultados mixtos. Yo diría que ha logrado cosas muy importantes y ha tenido defectos muy graves ... Ha conllevado una explosión de costos innecesaria y, segundo, ha estado acompañado de una incertidumbre en el manejo y reglas de juego que han conducido a una proliferación monumental de la corrupción ... La gente cree que el sector más corrupto junto con Colpuertos es el sector salud ... Con la plata que se está gastando en salud en Colombia, si no se la robaran, si no la malgastaran, deberíamos tener cubierta a toda la población*”.

La corrupción en el sistema de salud fue denunciada desde hace más de 10 años, pero sólo ahora, en el gobierno de Santos se toman medidas. ¿A cuánto asciende el monto del desfalco? ¿Algunos estiman que equivale a unas tres reformas tributarias!

Por ello es muy preocupante el planteamiento del hoy ministro de Hacienda Juan Carlos Echeverry en una entrevista con Fernando Londoño en *La hora de la verdad*, que reprodujo en parte y comentó El Espectador el día 10 de febrero de 2010: “*Sería necesario elevar próximamente al 50 por ciento de los salarios las contribuciones de la tercera parte de los colombianos que sí pagan a la fecha, para poder prestar los servicios de salud en las circunstancias actuales ... Estimo que a estas circunstancias contribuyen las nocivas Sentencias de la Corte Constitucional. Contribuyen la medicina en*

*manos de algunos jueces con sus tuteladas absurdas. Los médicos que no ejercen la medicina honestamente, los que recetan drogas costosas a cambio de prebendas de los laboratorios*”. Curiosamente el hoy ministro no se dio cuenta de lo que ya ocurría, escandalosamente, en el sector asegurador, y planteó equivocadamente las causas del problema. Es que considerar nocivas las sentencias de la Corte Constitucional y las tuteladas es, por lo menos, inhumano. Pero sí hay que estar de acuerdo en que para continuar las circunstancias actuales de desfalco al erario público sí habría que hacer lo que dijo el hoy ministro. Pero afortunadamente hoy manda el Presidente Santos, y él ya se ha pronunciado.

El expresidente Uribe Vélez en su primera campaña presidencial, en abril de 2002, se expresó ante el Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Hospitales, y luego en “**Los 100 Puntos de Uribe**”. Como candidato se refirió a los médicos, manifestando que “*la profesión médica es un apostolado que no puede estar regulada por las consideraciones economicistas. Si se atenta contra este principio, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (por esa época rector del Sistema) debe intervenir para impedirlo. Hay que ejercer una reglamentación sobre tarifas, tanto para la IPS como para la profesión médica.*” Y también: “*Se pueden rebajar los costos de administración de las ARS al 7% ... El aseguramiento no se puede convertir en intermediación ... Las ARS deben ser sin ánimo de lucro, de alcance regional ... Hay que restablecer la oportunidad en los pagos. Se puede hacer giro directo a los hospitales*”.

En “**Los 100 Puntos de Uribe**” hay cuatro pertinentes. Se transcriben textualmente:

6. *El modelo neoliberal abandona lo social a la suerte del mercado, con lo cual aumenta la miseria y la injusticia social.*

55. *Que el régimen subsidiado de salud lo presten entidades sin ánimo de lucro, integradas por cooperativas, empresas solidarias, cajas de compensación y hospitales.*
56. *Garantía de tarifas equitativas para médicos y profesionales afines... Que el crecimiento de las empresas promotoras de salud no anule a las instituciones independientes.*
58. *Extensión de la Superintendencia de Salud con supervisores como los departamentos, municipios, universidades y asociaciones comunitarias.*

Pero mucho de lo prometido por Uribe Vélez no se cumplió, y durante los ocho años de su gobierno proliferó la integración vertical (EPS que proveen atención a través de clínicas propias), no se establecieron tarifas, fueron muy débiles la vigilancia y el control y todo estuvo bajo el manto ideológico neoliberal de privatización de la salud y su conversión en una industria con ánimo de lucro.

La Academia Nacional de Medicina ha denunciado las fallas y defectos estructurales del SGSSS desde hace años, y ha hecho publicaciones, entre ellas dos libros ("**Ley 100: Reforma y Crisis de la Salud**", Bogotá 1999, y "**Ley 100: Reforma y Crisis de la Salud, Parte II**", Bogotá, 2002), y son muchos los pronunciamientos, declaraciones y reuniones con el Ministro de la Protección Social, con parlamentarios y con el Presidente de la República de la anterior administración en las que se expresó la urgencia de un cambio estructural del sistema de salud. Todo ello sin resultado. También se ha pronunciado, asumiendo una posición acorde con ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina), en contra de la proliferación de nuevas facultades de medicina, muchas de ellas sin los recursos necesarios para ofrecer una educación

médica de calidad. El resultado será la superproducción de médicos, no necesariamente idóneos. El registro calificado para abrir una facultad de medicina es responsabilidad exclusiva del Ministerio de Educación, como también lo es la vigilancia de las que ya existen en cuanto al cumplimiento a los requisitos mínimos de funcionamiento. El Ministerio de Educación tiene la palabra. La palabra, pero no para proponer un proyecto de ley que llevaría al sector de la educación al mismo desastre que hoy exhibe el sector de la salud.

El modelo del *managed care* está haciendo agua en los Estados Unidos, donde es evidente la necesidad de una reforma. El Presidente Obama ya dio el primer paso (The New York Times, 21 de marzo de 2010). Y allá se han generado pronunciamientos importantes. El Presidente John F. Kennedy dijo que si la atención de la salud se entrega a las aseguradoras privadas bajo la premisa de que serán controladas, ellas terminarán controlando el sistema. El representante Patrick J. Kennedy (Demócrata de Rhode Island, hijo de Edward Kennedy) se expresó así: "*Health care is not only a civil right, it's a moral issue*": "La atención de la salud no es solo un derecho civil, es un asunto moral".

En Colombia se ha cumplido a cabalidad lo que planteó el presidente de Fasecolda, William Fadul, hace 10 años: "*La seguridad social se convertirá en uno de los grandes negocios de las aseguradoras en Colombia.*" (Semana, Febrero 12-19, 2001). Pero este negocio, débilmente controlado, ha costado enormes sumas de dinero que deberían haberse destinado a la buena atención de la salud, a la capacitación de los recursos humanos, a la investigación científica y a enriquecer el conocimiento biomédico.

Patricia Linares, Procuradora Delegada para la Prevención en materia de Derechos Humanos,

se expresó así ante la LVII Asamblea Nacional de la Federación Médica Colombiana celebrada en Popayán en los días 27 y 28 de marzo de 2009: “El sistema de salud colombiano está soportado sobre estructuras económicas y no sobre un marco de derechos, lo que lo convierte en inequitativo y excluyente”.

El parlamentario Roy Barreras, médico, hizo declaraciones muy claras en entrevista con Yamid Amat (El Tiempo, marzo 25 de 2007): “Presión de monstruos EPS no permite que Minprotección Social las meta en cintura”, “las EPS camuflan sus verdaderas ganancias.” **EL TIEMPO: ¿Qué quiere decir el 30 por ciento de integración vertical de las EPS? Roy Barreras:** “Ellas, por ley, pueden contratar consigo mismas hasta el 30 por ciento de los servicios médicos y hospitalarios. En la práctica es mucho más”. En cuanto a la integración vertical, también dijo: “No solo se quedan (las EPS) con el negocio de la promoción, que ya es bueno, sino que se meten en el de la prestación de servicios. La EPS monta su propia IPS (Institución Prestadora de Salud) y así determina, además, el pago de trabajadores de la salud. Ese efecto de posición dominante es perverso porque no garantiza calidad y es ineficiente, como denunció el Procurador”. “La calidad (de la atención) es deficiente porque se crearon facultades de medicina de garaje; de 25, pasamos a 64 y murieron los hospitales universitarios.” **¿Como consecuencia de...? R.B.** “De la búsqueda de mano de obra barata capaz de someterse a la dictadura de las EPS. Lo que les importa es la rentabilidad y no la calidad. Los criterios que imponen no es que el paciente mejore, sino que el médico gaste menos en paraclínicos, en exámenes de laboratorio, en remisiones a especialistas, que use medicamentos más baratos y que se demore, óigase bien, hasta 10 minutos apenas por consulta; hoy un especialista, internista, gastroenterólogo, recibe por hora 18 mil pesos de honorarios y debe

atender 6 pacientes por hora.” **¿La Ley 1122, que reformó la Ley 100, no enmendaba estos vacíos e irregularidades? R.B.:** “La idea original de los ponentes era que las EPS deberían dedicarse a la promoción, que es un negocio de aseguramiento y la prestación del servicio debería estar en manos de los profesionales de la salud; sin embargo, ante la presión de las EPS para quedarse con las dos cosas, conciliamos con una integración vertical del 30 por ciento, contra el 50 que pedían las EPS”. **¿El proyecto original no contenía algún blindaje para proteger usuarios? R.B.:** “Claro. Propusimos dos párrafos que evitaban 2 trampas: una, la triangulación que permitiría que dos o tres EPS se pusieran de acuerdo en un municipio mediano, para quedarse con el 90 por ciento del mercado, y otra, que pudieran contratar con IPS propias, pero disfrazadas, a las que les cambiaban el nombre. ¿Qué pasó? En la conciliación desaparecieron los dos párrafos.” **¿Pero cómo fue posible eso? R.B.:** “Por arte de magia. Estoy convencido de que las EPS, las hicieron desaparecer.” **¿Y ustedes no protestaron, no pidieron explicaciones? R.B.:** “Reclamamos airadamente. Para que se sorprenda no solo desapareció el texto, también la hoja física de los archivos. Ante nuestra protesta, el Ministro de Protección se comprometió a corregir el error a través de la reglamentación. Hasta hoy, meses después, no lo ha hecho. La ley no ha sido corregida ni reglamentada”.

A los 17 años de implementación de la reforma en salud, los resultados finales son la mejor evidencia: la Ley 100 que creó el actual SGSSS fue un gran error y el Gobierno y el Congreso, libres de presiones y pensando sólo en el bien de Colombia, deben emprender una **reforma estructural** que cambie el modelo con una visión de aseguramiento social universal basado en el fortalecimiento de los derechos humanos, de primacía de la ciencia, la educación y el profesionalismo al servicio de la

sociedad. Por ello, la Academia Nacional de Medicina expresa profunda preocupación por el proyecto de reforma que cursa en el Congreso que eleva a principio constitucional la sostenibilidad fiscal por encima de los derechos humanos universales consagrados en la Constitución y que afecta directamente la atención de la salud.

Ahora, más que nunca, se requiere recrear un muy fuerte Ministerio de Salud (no de Salud y Protección Social, que fundamentalmente no modificaría las cosas), fuerte y técnico, libre de politiquería, como lo fue en épocas pasadas, y el fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud y del Invima. Rígida vigilancia y control son indispensables, y el sistema de información con registro único es inaplazable. La vigilancia y el control deben estar libres de presiones y de cualquier conflicto de intereses.

En estos tiempos es cuando el contrato social del médico basado en la idoneidad y el profesionalismo y la representación de los derechos del paciente debe ser fortalecido, para que con absoluta autonomía intelectual en la toma de decisiones, provea el servicio de alta calidad que el ciudadano

requiere y contribuya a reemplazar este maltrecho sistema de salud que impera en Colombia.

El Presidente Juan Manuel Santos declaró: *“Hemos descubierto unos desfalcos monumentales. Por ejemplo: hay muchas modalidades de recobros; en una sola de ellas, en una sola, y con una muestra de solamente del 10%, se han descubierto desfalcos por cerca de \$30 mil millones”.*

Fue muy tranquilizador y estimulante para el país registrar, en forma históricamente inusitada, la aparición en televisión del Presidente de la República acompañado del Ministro de la Protección Social, de las cabezas de los órganos de control: Fiscalía, Contraloría y Procuraduría, y del Director de la Policía Nacional, para anunciar el desfalco en el Sistema de Salud y la promesa de que la investigación se llevaría hasta las últimas consecuencias. La Academia Nacional de Medicina espera que el peso de la ley caiga sobre todos los actores del Sistema que resulten culpables y que prontamente se emprendan el restablecimiento del Ministerio de Salud y la indispensable reforma estructural del modelo de atención de la salud.