



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA

BASES PARA UN PROYECTO DE LEY DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

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.

Debe distinguirse un Sistema Nacional de Salud de un esquema de aseguramiento comercial. El primero tiene un único propósito social: la prestación integral de la atención de la salud, que incluye salud pública, prevención, tratamiento y rehabilitación, y que considera la salud como un derecho humano. Un esquema de aseguramiento comercial considera la salud como una mercancía y su propósito principal es el lucro.

PRINCIPIOS GENERALES

La salud es un derecho humano fundamental y progresivo 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.

- Ante la crisis del sistema actual proponemos un nuevo sistema que 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.
- 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.

CARACTERÍSTICAS DE UN SISTEMA SOCIAL DE SALUD

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

- 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 contar con una política de formación y capacitación de talento humano en salud, reconociendo que éste es el factor fundamental para el buen funcionamiento y calidad de la atención, con énfasis en la investigación y la información.

ANTECEDENTES

La Ley 100 de diciembre 23 de 1993 introdujo una profunda reforma en el sector salud al transformar un sistema nacional de salud en un modelo económico de aseguramiento comercial. Los preconizados propósitos de beneficio social, como 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, no se han logrado, creándose por el contrario una crisis sin precedentes en el sector.

Desde el aspecto económico, hoy la intermediación que es el fundamento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100 se ha declarado 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 y fueron declarados inexecutable por la Corte Constitucional.

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 desconocimiento de los derechos fundamentales y un alarmante detrimento de la salud de los colombianos y constituían un grave atentado contra la medicina como ciencia y como 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 pretendida situación de crisis de la intermediación en el SGSSS se había anunciado desde hace varios años. Era un fenómeno conocido, ante el cual no se tomaron medidas oportunas y racionales.

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, son excedentes, cifra equiparable a buena parte de 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: Según esto, ¿el aseguramiento para qué?

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

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) 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).

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, asciende 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. 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 Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que creó la Ley 100 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.

NATURALEZA DE LA MEDICINA: EL ACTO MÉDICO

La medicina es un cometido 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 eternos. El profesionalismo no es sólo la base del contrato social de la medicina, sino, principalmente, una fuerza estructuralmente estabili-

zadora 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.

El acto médico es una actividad intelectual y autónoma, de aplicación del conocimiento científico y del juicio clínico racional sin sujeción a estándares o guías de obligatorio cumplimiento, 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.

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 o limitar la prescripción de medicamentos necesarios.

A los 17 años de vigencia de la Ley 100 de 1993, cuando la atención de la salud se convirtió en una industria privada y en un comercio dominada por los entes intermediarios, 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, atrapada en un sistema de aseguramiento que es de carácter eminentemente comercial, se la está llevando a convertirla en un oficio al servicio de las aseguradoras privadas. Eso claramente representa una distorsión de la moral social.

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, de incidencia de malaria y de tuberculosis. 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 17 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.

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 incremento de un 25%.

En un reciente estudio se encontró que la mortalidad evitable por infección respiratoria aguda y por causas obstétricas en el período 1994-2001 acusa una tendencia al incremento a pesar de la disponibilidad seis veces mayor de los recursos para la salud a partir de 1994.

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 habitantes ha aumentado de 174,07 a 279,58, es decir, en más de un 60%.

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.

EL SGSSS Y LA CRISIS DE LA SALUD

Paradójicamente, la situación de crisis del SGSSS ocurre cuando existe la disponibilidad seis veces mayor 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 todas 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 la persistente y alarmante carencia de información y de controles efectivos oportunamente denunciados por la Academia Nacional de Medicina, 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 lo que se ha logrado es simplemente 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, aparece hoy como el más costoso e inequitativo de Latinoamérica.

El SGSSS se fundamenta en el concepto de privatización de la atención de la salud, con mínimo control por parte del Estado y amplia permisividad para la operación de las corporaciones intermediarias.

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.

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

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.

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 distingo 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 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 como tal, 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 salud altamente calificado que merezca el reconocimiento nacional y muy especialmente el del respectivo sector.
3. Recuperar y fortalecer el Instituto Nacional de Salud como la suprema instancia de investigación e información 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. Crear el Fondo para la Educación y la Investigación en Salud, el cual tendrá a su cargo el apoyo a la investigación científica y la remuneración de internos y residentes durante la duración del respectivo programa de la especialidad y financiar la educación continuada y el desarrollo profesional de los médicos en ejercicio.
5. Implementar de inmediato un Registro Único de Afiliados con base en los desarrollos que existen actualmente.
6. Restablecer el sistema de información epidemiológica nacional.
7. La salud pública es componente fundamental de la seguridad nacional y por lo tanto responsabilidad del estado.
8. 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.
9. 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.

Bogotá, 26/07/2010