

"¿Salud gerenciada y ética son compatibles?"

Dora Inés Molina de Salazar · Manizales

La atención médica gerenciada es un término derivado del inglés "*managed health care*" el cual tuvo su origen en Estados Unidos cuando Paul M. Ellwood Jr., presidente de la *American Rehabilitation Foundation* de Minneapolis, concibió el enfoque de mantener la salud con base en la prevención y con ello evitar los elevados costos de la atención de alta tecnología de la enfermedad.

En el gobierno de Richard M. Nixon en los Estados Unidos se aprobó el "*Health Maintenance Organizations*" (HMO), que nació con el criterio de ser sin ánimo de lucro y con reinversión de sus excedentes para mejorar la prestación de los servicios.

La diferenciación en el objeto primario de los HMO, se dio de cuando se les añadió el ánimo de lucro, pues esto implicaba el manejo de recursos para las labores administrativas, publicitarias y la repartición de las utilidades para sus accionistas.

En Colombia la Ley 100 de 1993, Ley de Seguridad Social en Salud, instauró un sistema de aseguramiento por prepago y capitación que en sus aspectos fundamentales es similar al "*Managed Care*" de los Estados Unidos.

La atención gerenciada de la salud genera enormes ganancias para las entidades intermediarias, es así como hoy tenemos empresas promotoras de salud (EPS) con gran posicionamiento en el sector económico.

De acuerdo con la revista La Nota Económica de abril 15 de 2002, entre las empresas más grandes en el área de mayor dinamismo (variación ventas - %) se encuentran Humana Vivir en el quinto puesto 107.6%, sigue Salud Total en el puesto décimocuarto con el 54.6% y en el puesto 17o. está Saludcoop con el 49.5%.

Igualmente, de acuerdo con la información de la misma revista, entre las 300 empresas más grandes del sector real en Colombia figuran 16 de las empresas prestadoras de servicios de salud, con las características que se ven en la Tabla 1.

Hoy se ha generado un cambio en la atención de la salud, convirtiéndose la prestación de los servicios de salud en un negocio, con una medicina mercantilizada y con un profesional de la salud proletarizado, con obligación de rendir cuentas de sus acciones en forma distorsionada, buscando la contención de costos y rehusando la prestación de los servicios, para un mayor lucro de las entidades intermediarias.

Evidentemente la atención médica gerenciada, es una empresa de altísimos rendimientos con una paradoja que

en Colombia no se ha resuelto, y es que "al tiempo que la intermediación consume cuantiosas sumas, aumenta su patrimonio y percibe grandes utilidades" como ya se ha demostrado. Hoy la red hospitalaria se debate en la peor crisis y uno de los responsables de esta debacle son los intermediarios, que además de quedarse con más del 30% de los recursos para administración, son los deudores principales, según el reporte de la Asociación de Clínicas y Hospitales a marzo 31 de 2002, en donde el total de la cartera reportada por las 79 instituciones afiliadas ascendió a 603.669 millones de pesos, de la cual, la deuda de las EPS era de 273.811 millones, con una concentración a más de 90 días de 62.5%.

El Seguro Social, Caprecom y Cajanal participan del 96.9% de la deuda total de las EPS públicas concentrando el 62.1% de ésta en cartera de 90 días y más.

Tabla 1. Las empresas prestadoras de salud más grandes en Colombia.

Empresas prestadoras de salud (\$ millones)				
Empresa	Patrimonio		Utilidad final	
	2000	2001	2000	2001
Saludcoop EPS	75.035	121.384	32.327	41.228
Coomeva	11.281	14.123	190	1.742
Colsánitas	33.543	36.797	6.038	7.020
Cafesalud	15.354	18.556	1.420	3.111
Susalud	19.053	28.366	5.518	7.877
Salud Total	6.418	12.744	5.173	6.611
Famisanar	4.150	5.077	281	516
Salud Colmena	13.598	19.853	6.178	5.806
Salud Coomeva	6.748	7.695	67	670
Humana Vivir	4.251	8.258	653	2.727
Cruz Blanca	20.289	18.371	6.667	1.870
Unimec	-29.238	-36.294	2.050	-36.786
Clínica Colsánitas	38.104	41.861	1.784	2.294
Serv. Med. Colpatria	14.231	14.442	2.569	944

Fuente: Revista La Nota Económica. Abril 2002.

Dra. Dora Inés Molina de Salazar: Docente Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas. Ex presidenta de ACMI. Manizales.

Las cuentas del FOSYGA o su operador fiduciario ascienden a 23.936 millones de pesos, con el 62.4% a más de 90 días.

La situación anterior es bien grave para Colombia, porque en la medida en que se demuestre o se denuncie corrupción e ineficiencia en los sistemas públicos, prolifera la atención médica gerenciada de tipo privado, facilitada por la globalización y con el apoyo del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional, entidades que favorecen la privatización de los servicios públicos.

La Ley 100 abrió un panorama de negocio, una industria de rápido flujo de recursos, con pago anticipado y garantizado de los servicios contratados al gusto e interés del intermediario, que es quien recibe y administra los fondos y demora los pagos salvaguardado en las famosas glosas; además, estos intermediarios tienen la capacidad de transferir el riesgo económico a la red pública nacional y con un grupo de profesionales de la salud, trabajando no por la defensa de los derechos de los pacientes, sino con un ejercicio de contención de costos que recibe incentivos perversos por parte de sus contratantes buscando mayor lucro, pero desvirtuándose la ciencia del arte médico y violando el juramento hipocrático y todo esto en una plataforma en donde no existen mecanismos de control y vigilancia, ni adecuados sistemas de información.

El nivel de insatisfacción y frustración es máximo en la mayoría de los profesionales de la salud, el ver la salud como un negocio y el mercantilismo de la profesión, han generado cambios sustanciales en la calidad de la prestación del servicio.

En una reciente encuesta nacional realizada por la Asociación Colombiana de Medicina Interna a 275 médicos especialistas del país, se tienen los siguientes resultados preliminares:

- 64% considera que la Ley 100 no ha sido benéfica
- 62% considera que disminuyó la calidad de la atención
- 85% no está de acuerdo con el modelo económico de la Ley 100
- 66% considera que la promoción y la prevención no se fortalecieron
- 67% considera que los indicadores de salud oficiales no representan esta realidad
- 93% considera que la calidad de vida del profesional de la salud empeoró y
- 92% considera que la capacitación y actualización de los profesionales no mejoró.

En resumen la atención médica gerenciada obedece a una preocupación fundamental y es la contención de costos, con un tinte exclusivamente económico y de poder de mercado.

Esto es bien diferente de la atención médica tradicional, "La Medicina Hipocrática", donde la empatía y la relación médico pacientes, intensamente humana, ética, genera confianza y confiabilidad, es basada en la libre escogencia,

tiene un compromiso responsable, leal y auténtico y goza de una estricta reserva profesional; eran todos éstos los elementos fundamentales del sistema de atención previo a la aplicación de la Ley 100 de 1993.

Con relación a la ética, podemos definir a la medicina como ciencia y como arte, la cual está fundamentada en una profunda devoción, plasmada desde hace 2.500 años en el código hipocrático.

La medicina es en esencia una empresa ética, en la cual se debe tener una elevada competencia profesional en beneficio del paciente. El interés principal de Hipócrates fue el paciente y su cuidado. Según el Dr. José Félix Patiño, el enfoque de la ética profesional o ética hipocrática es el de las necesidades del paciente y no debe ser el del contrato comercial. En la ética corporativa o institucional, el interés es el lucro, la competencia y la responsabilidad ante sus accionistas o representantes de las EPS y administradores de régimen subsidiados (ARS).

Tradicionalmente el profesionalismo médico, enmarcado en un riguroso código de ética y deontología define su compromiso moral, ético y de servicio a la sociedad, ejercido a través de la relación médico paciente, como fundamento de la atención en salud. Por otra parte el médico debe mantener su celo por la excelencia en el ejercicio, fortalecer su compromiso ético, no debilitar su papel como agente del paciente y asegurar la calidad de sus servicios mediante seguimiento y auditoría realizada por pares académicos en el área médica.

De la idoneidad profesional, de la ética médica de los principios y valores ejercidos por el médico, depende la calidad de la atención en salud, elemento prioritario para lograr obtener la verdadera salud del pueblo colombiano.

La medicina hipocrática está centrada en el paciente; la responsabilidad del médico se entiende en términos de idoneidad, el cual determina la calidad de la atención, y el interés por el paciente, quien debe ser el objetivo central, es decir, **razón de ser** de la profesión médica

De acuerdo con el documento "Ciencia, tecnología e investigación en el área de la salud", en Colombia, el cambio de sistema alteró la relación médico paciente, rebajó la calidad de servicio, "proletarizó" a los médicos, aumentó los gastos de los intermediarios y no solucionó el problema de salud. Son evidentes los retrocesos en promoción, prevención y salud pública en general. Ejemplos sobran: la tasa de incidencia de cólera aumentó entre 1995 y 1997, oscilando entre 3.9 y 11.3 x 100.000 habitantes; la tasa de mortalidad por dengue hemorrágico aumentó durante 1995, 1996, 1997 y 1998, pasando de 0.01 a 0.07 x 100.000 habitantes; la tasa de mortalidad infantil pasó de 27 en 1990 a 28 en 1995; la tasa de niños vacunados con BCG descendió de 93.9 a 91.2% en el período comprendido entre 1990 y 1995. Y desde luego esto no es por falta de dinero: el gasto de salud pasó de 2.57% del PIB en 1993 a 4.74% en 1997 y casi al 5.5% en 1999. ¿Serían problemas de administración y planificación? ¿burocracia? El surgi-

miento de burocratismo en el seno de las instituciones médicas significa una progresiva separación entre los usuarios de los servicios (antes pacientes, hoy clientes) y los prestadores directos de los mismos.

La intermediación es creciente, restringiendo el contacto entre ambos con la consecuente despersonalización en la prestación del servicio. El paciente no llega directamente al médico, sino que debe acudir a varias instancias previas a pedir información, cita, autorización, etcétera.

De acuerdo con el Dr. R. L. Cruess y S. R. Cruess (1997), del Centro de Educación Médico de la Universidad de McGill y el Dr. José Félix Patiño, los impactos negativos de la medicina gerenciada se dan en los siguientes tópicos:

- Desprofesionalización de la medicina. La falta de capacitación y autonomía en la toma de decisiones por parte del profesional de la salud contribuye a la desprofesionalización del ejercicio médico.
- Corporalización. "Cuando el médico se ve obligado a cambiar su actitud de defensa de los intereses del paciente para convertirse en una pieza de la estructura corporativa, se aleja del imperativo hipocrático y pasa a ser subordinado del mandato corporativo".
- Proletarización. En la pérdida progresiva del control de la actividad profesional por convertirse el profesional médico en empleado de estructuras corporativas.
- Burocratización. Esta se forma a nivel de las instituciones conformándose la burocracia corporativa que termina con la calidad del acto médico.
- Conflictos o dilemas entre la ética hipocrática y la ética corporativa.

La Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 ratifican que la salud es bien esencial con obligación del Estado.

La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico, social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Así está planteada en la ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica).

Según Alvan Feinstein, exponente y defensor del juicio clínico: "para avanzar en la ciencia y el arte de la medicina, el instrumento que el médico más necesita es mejorarse a sí mismo".

Nos queda un gran interrogante, si el médico no tiene tiempo para educación médica, el avance en el arte y la ciencia de la medicina no se están dando. Se nota que se ha venido perdiendo la idoneidad del ejercicio en el marco ético y científico tradicional, se ha perdido la educación médica continuada con miras a la acreditación o certificación profesional, también se ha perdido la salvaguardia del profesionalismo médico y la autonomía intelectual.

Las sociedades modernas han manejado el concepto de medicina gerenciada, que ha llevado a pérdida de autonomía de la profesión médica. La medicina es una profesión de carácter intelectual, y no un mero oficio, tal como se fundamenta en la preservación y el incremento del conocimiento científico y el avance tecnológico. La Ley 100 hoy nueve años después de su ejecución ha llevado a un detrimento del profesionalismo médico pues ha ido convirtiendo el ejercicio de la medicina en un oficio mal remunerado.

La reforma de la Seguridad Social en Salud fundamentalmente cambia el modelo tradicional de atención médica basada en la relación directa médico paciente, que es reconocido como el paradigma hipocrático, a un sistema de atención gerenciada en salud aplicando criterios económicos; esto ha conllevado a profundos cambios sobre la ética, la moral y la lealtad del médico con su paciente, quien empieza a cambiar el enfoque social con el cual fue formado, por un enfoque económico de producción, de rentabilidad, de contención de gastos.

La medicina es una ciencia, su ejercicio es una actividad humanitaria, es una profesión con autonomía "intelectual", con vocación de servicio a las comunidades, características que se han venido perdiendo a raíz de la implementación de esta Ley de Seguridad Social en donde las entidades intermediarias han llevado a la proletarización de la medicina, a la desprofesionalización y a la burocratización, buscando costos de producción del servicio con cargo a los honorarios médicos.

En las sociedades científicas, académicas y gremiales tenemos una obligación perentoria y es la de generar un cambio y establecer correctivos para que la medicina siga siendo una noble profesión, con su plena dimensión ética, intelectual y científica y no simplemente el cumplimiento de un oficio con pérdida del objetivo primordial, la razón de ser de esta profesión: el paciente.

De acuerdo con el doctor José Félix Patiño 1989, 1990, en el nuevo sistema de atención gerenciada de la salud el médico pierde la libertad en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, en la medida en que el imperativo hipocrático viene a ser desplazado por el mandato burocrático proveniente de la jerarquía empresarial.

Las entidades de aseguramiento EPS, ARS y administradoras de riesgos profesionales (ARP) son las responsables de la comercialización del servicio de salud en conjunto con instituciones prestadores de servicios de salud (IPS) inescrupulosas; el buscar rentabilidad como objetivo primordial ha hecho que pierdan la orientación fundamental que les dio origen.

La Ley 100 de 1993 marcó un hito en la evolución del sistema de salud en Colombia, soportado por la Ley 60 de 1993, que dio las bases financieras para modernizar los hospitales, con la ampliación en la cobertura en salud, lo cual no se ha dado en la medida proyectada por el desgüeño y corrupción administrativa, por falta de verdaderos siste-

mas de información y por la burocratización de las entidades secundarias a la politiquería en el sector, por falta de sistemas ágiles de facturación y por el ineficiente manejo y demora en el flujo de recursos del sector público, que es manejado por entidades públicas y privadas.

A pesar de los ingentes esfuerzos hechos a nivel nacional por el CONSIMED (Consejo Superior de Instituciones Médicas), de la Asociación de Sociedades Científicas de la cual ha hecho parte la Asociación Colombiana de Medicina Interna y de la Academia Nacional de Medicina, de buscar una unidad de propósito frente al sector salud, esto no se ha logrado y los actores de la ley, los médicos y los trabajadores de la salud, hemos sufrido el impacto de la reforma, que no sólo ha generado menos ingresos, sino más demandas que llevan a procesos disciplinarios, civiles y penales, lo cual conduce a un ejercicio profesional cada vez más costoso, generado por el ejercicio de una medicina depresiva y mercantilizada.

La medicina basada en evidencia debería ser el ejercicio que permita la toma de decisiones científicas en las diferentes patologías y enfermedades que atañen al ser humano, pero hoy vemos una proliferación de facultades de medicina sin soporte académico y sin requisitos para garantizar una sólida educación y formación del médico, hospitales y universidades sin sistemas de información y sin acceso tecnológico a la literatura científica y a la literatura biomédica nacional y mundial.

La proliferación de facultades de medicina en el país sin ningún control, ha inundado el territorio nacional de profesionales de poca calidad, de formación discutible, con intereses de líderes políticos y empresarios ansiosos de obtener dividendos económicos.

En las especialidades clínicas como la Medicina Interna, el desastre ha sido total, pues es una especialización que demanda tiempo, amplios conocimientos y calidad humana, la ley ha llevado a pérdida de relación con nuestros pacientes, pérdida de la autonomía profesional y se han venido convirtiendo los profesionales de la salud en trabajadores, unos a destajo de las compañías aseguradoras y otros totalmente dependientes del salario de la institución donde realizan su práctica médica especializada IPS privadas y públicas.

El médico experto en la toma de decisiones por su paciente en el tema que nos atañe, el médico internista está en el centro de una gran contradicción social; un choque entre dos intereses legítimos: el bien común y el bien individual. Nuestra obligación es generar un cambio de paradigma con una absoluta fidelidad a los principios hipocráticos, creando la cultura en nuestros pacientes de la utilización más racional de los servicios y enfatizando la importancia de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cumplir lo expresado en la Constitución Política de 1991, el derecho irrenunciable a la seguridad social y el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Toda la vida los médicos nos hemos dedicado a trabajar en el campo clínico o quirúrgico, muy académico, científico y de servicio social, olvidando que existe por fuera de nuestro entorno un país dinámico que condiciona bajo las nuevas legislaciones nuestro ejercicio profesional, reduciendo el margen de maniobra, limitándonos a tener una actividad llena de estrés y riesgo frente a las posibles demandas.

No hemos aprendido a adaptarnos al nuevo esquema de apertura y globalización, sobreexponidos a la acción de los grandes capitales que vienen buscando espacios de inversión, al descubrir la salud como un negocio. Estando el sector salud involucrado en las políticas macroeconómicas del país, no está mal que como profesionales de la salud, participemos de esta filosofía siempre y cuando no se pierda la vocación de servicio del médico y el respeto por su ejercicio profesional. No nos alejemos de este contexto y como ciudadanos y trabajadores del sector salud, lo que sí debemos hacer, es alejarnos de influencias politiqueras, teniendo cada uno de nosotros la obligación de convertirnos en veedores y vigilantes, para que las políticas en salud no sean contaminadas por fuerzas de poder con fines individualistas, sacrificando el bien común.

Con todo lo anterior, por no ejercer un liderazgo efectivo desde las sociedades científicas, gremios y academias, se ha perdido el bienestar del médico, entendido éste como el goce de la salud mental orgánica, la tranquilidad de conciencia por el ejercicio ético acorde con el juramento hipocrático, sin presiones de ninguna naturaleza y la tranquilidad generada por una decorosa posición económica a la que tiene derecho por sus esfuerzos, sacrificios y entrega permanente, pero lo más importante, la paz interior por el buen ejercicio profesional y el deber cumplido.

Es tiempo de afrontar con serenidad y liderazgo los nuevos enfoques impuestos a una actividad humana respetada y valorada por la sociedad colombiana, como es la profesión médica; es hora de intervenir en los órganos legislativos del país, con representantes de alto nivel técnico, académico y con conocimiento administrativo, ya que desde afuera no se ha podido lograr el cambio que necesita el sector salud, allí está el reto *ad portas* del nuevo milenio.

Peter Drucker en su libro *The Practice of Management*, afirmó: "Sólo hay una manera de definir los propósitos y objetivos de los negocios: crear un cliente. Es él quien determina cuál es el negocio".

El solo hecho de aceptar en el ejercicio profesional el cambio de paciente a cliente ha permitido la ratificación de la medicina no como arte y ciencia, sino como negocio. Si bien en el Sistema de Seguridad Social en Salud se pasó de un esquema de subsidio a la oferta (transferencias directas de situado fiscal a los hospitales), a subsidio a la demanda (facturación de todos los servicios prestados), el mundo de hoy vive con cambios vertiginosos, las economías se han globalizado, los mercados se han abierto, la competencia y competitividad entre las organizaciones es cada vez más

intensa, los productos tienden a estandarizarse, los monopolios tienden a desaparecer. De unos mercados de demanda con pocos productos y muchos clientes, se está pasando a unos mercados de oferta, con muchos productos y muchos clientes. Los intermediarios en salud sí tienen bien claro los propósitos y objetivos para capturar a sus clientes, pero han perdido el norte en términos de obtener calidad de vida para sus clientes y para el personal de salud.

Según el documento aprender para el futuro "Desafíos y oportunidades", escrito por Ricardo Diez Hochlettner, "las razones para la esperanza de un futuro mejor son abundantes ante el conocimiento disponible, siempre y cuando cooperemos todos para que fructifiquen". Para ello es preciso profundizar y extender el saber, además de vivir acordes con valores éticos y morales, comenzando por una auténtica solidaridad y tolerancia.

Según Anthony de Mello S.J.: "Todo el mundo piensa en cambiar a la humanidad, casi nadie piensa en cambiarse a sí mismo".

Llegó la hora de generar el cambio, empezando por hacer respetar el ejercicio médico, de tener dignidad en nuestra profesión. Estamos viviendo una de las paradojas de la modernidad: la tensión entre el poder y el deber, entre lo factible y lo responsable "no todo lo técnicamente posible es siempre humanamente correcto, ni éticamente responsable".

Según el reporte "*La Salud en las Américas*", de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la actualidad hay 91 millones de personas mayores de 60 años, y la tasa de crecimiento de la región, entre tres y cinco puntos porcentuales anual, indica que podrá aumentar en las dos primeras décadas del siglo a 194 millones. Para 2025, se calcula que el 14% de la población de las Américas tendrá 60 años o más.

Este fenómeno que está modificando la clásica pirámide poblacional, con la disminución en la tasa de fertilidad de 3.1 a 2.4 hijos por mujer, condiciona fuertemente el mapa sanitario. El aumento de la esperanza de vida, que en promedio ya llega a 72.4 años, es otro componente de ese desafío. Así opinó la doctora Martha Peláez, asesora regional en envejecimiento y salud de la OPS: "Hoy las personas mayores están envejeciendo con inseguridad económica, insuficiente apoyo familiar y social y con inequidades en salud por falta de acceso a medicamentos, a personal capacitado y a un sistema organizado que atienda sus necesidades".

La salud es un derecho que implica todos los medios ordinarios al alcance para la prevención de las enfermedades, así como para recuperarse, es decir, la persona tiene derecho a los medios ordinarios, que son los viables para la prevención o para la recuperación de la salud. Es importante entender por medio de esta obra colectiva la interdependencia de la salud, como un derecho humano fundamental, con otros derechos humanos; por tanto el cierre de los hospitales que se viene dando en el país afecta el derecho a

la salud de los usuarios que están sin cobertura de salud, afecta la posibilidad de investigación y de prácticas médicas en los hospitales universitarios que están en peligro de cierre, afecta la calidad de la educación, la posibilidad de producir vacunas como la de la malaria, que se logró en el Hospital San Juan de Dios, y se afectan los derechos laborales de los trabajadores de la salud; no se debe olvidar que la salud se relaciona con otros derechos como la vida, la libertad, el trabajo, el medio ambiente sano, la alimentación, la protección a la familia, la seguridad social, la educación y el libre desarrollo de la personalidad, entre otros.

Durante muchos años se consideró a las prácticas médicas profesionalizadas, también llamada medicina científica, como las únicas válidas para atender las necesidades de salud de la población, restando valor así a otras prácticas tradicionales o populares, que no contaban con el visto bueno de la academia.

Hoy tenemos los medios de comunicación inundados por programas de "salud" manejados por "charlatanes" o personas sin la debida formación profesional, desorientando a la comunidad frente a los temas de la salud y no existe pronunciamiento de los órganos de control y vigilancia estatales.

De acuerdo con el doctor Victor de Currea Lugo, en el libro *La Salud está grave*. "Una visión de los derechos humanos", la Ley 100 realmente transforma el país: ya no hay directores de hospitales sino gerentes, ya no hay hospitales sino IPS, ya no hay pacientes sino clientes, ya no hay clases sociales sino sociedad civil, ya no se dice compañero sino colega, ya no hay obreros sino empleados, ya no hay pobres sino "sisbenizados", ya no hay pueblo sino gente, ya no hay indígenas sino "vinculados", ni hay más "pobres absolutos" sino menos favorecidos.

Más allá del debate jurídico de la salud como derecho fundamental o conexo con el derecho a la vida, es indudable que el concepto de la dignidad humana y de la persona como fin en sí mismo es insostenible sin un mínimo de salud (de condiciones salubres y de oferta de servicios), entendiéndose como condiciones salubres o sanas no sólo las relacionadas con la infraestructura de la red hospitalaria sino con la calidad de vida.

¿La seguridad social en Colombia obedece a la aplicación de un modelo neoliberal?

"El neoliberalismo plantea y produce una sociedad excluyente y antidemocrática que genera a su vez masas desencantadas y violentas en busca de identidad, siendo caldo de cultivo para nuevas formas de violencia. La palabra neoliberalismo se usa para definir una variedad de disciplinas que, sin embargo, tienen en común "la reivindicación del poder del mercado y la prelación del sector privado sobre el público". Más que una propuesta de ajuste económico, es una forma de concebir la sociedad donde la desigualdad sería fruto de la elección personal, con un

Estado limitado a la protección de la propiedad, a la reducción de la pobreza desde la caridad y mediante fondos estatales de solidaridad (como Pronasol en México, la Red de Solidaridad Social en Colombia, el Fondo de Emergencia Social en Bolivia y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social en Chile), programas que además han cumplido una labor en la cooptación de líderes populares. La crisis de la deuda externa constituyó una excelente oportunidad para la imposición desde el Fondo Monetario Internacional de estas políticas en América Latina, con enorme impacto social en el empleo, los salarios, el gasto social y en resumen sobre los ingresos"

La política económica seguida por América Latina a lo largo del siglo XX ha correspondido más al resultado de recomendaciones externas y a las pocas posibilidades de maniobra que determina el mercado internacional, antes que a iniciativas propias capaces de generar procesos sólidos y exitosos. Cómo podemos los profesionales de la salud explicarnos que hoy tengamos el mismo ministro de Salud, el doctor Juan Luis Londoño, quien hace más o menos nueve años hizo parte de la sanción y aplicación de un modelo económico que hoy es un desastre. Tendremos presiones externas del orden internacional a continuar con el cierre de hospitales públicos y a la privatización de las entidades. Detrás de cada aparente inofensivo decreto reglamentario de la Ley 100 de 1993, existe un modelo neoliberal para los servicios de salud.

Siempre me he preguntado si la causa real de la aplicación de la Ley 100 de 1993 no era la búsqueda de la salud, sino el control del gasto público y la conversión de la salud en un producto mercadeable. Luego del fracaso de la aplicación de medidas neoliberales de manera expresa en el sistema de salud chileno durante la dictadura plena de Pinochet (especialmente durante los años ochenta) y con el inicio del proceso de transición política en Chile, se empezó a perfilar un modelo de sistema para América Latina, que conjugaba un discurso ideológico neoliberal, un marco jurídico proteccionista, un modelo de financiación por aportes, mecanismos de participación comunitaria, conjunción del sistema público de salud con el privado, los procesos de descentralización, la focalización y la privatización, modelo que, retomado con la respectiva corrección de sus errores y vigilado muy de cerca por la banca internacional, dio a luz en el caso colombiano al Sistema de Seguridad Social en Salud, en 1993, que ahora se ofrece como alternativa y como paradigma a otros países de la región. ¿Con qué autoridad moral se puede ofrecer un modelo que ha sido un fracaso en Colombia?

Entendiendo la responsabilidad del Estado en materia de derechos económicos, sociales y culturales, y aceptando la salud como uno de ellos, es obvio entonces que el papel del Estado frente a la salud pasa por la regulación y control de la oferta de servicios (sean públicos o privados) y la demanda, creando mecanismos que permitan avanzar en la eficacia y la garantía del derecho a la salud.

En un país sin un desarrollo adecuado y con grandes problemas de distribución de la riqueza como Colombia, el Estado no puede sustraerse de su responsabilidad, como Estado social, en el cumplimiento de los fines esenciales del Estado, entre ellos la protección de las personas en debilidad manifiesta. Hoy el 50% de los colombianos no tienen acceso a seguridad social y muchos son pobres vergonzantes.

El Estado impuesto para los países de América Latina no busca ganar eficacia sino disminuir sus propias obligaciones. En palabras de Consuelo Ahumada: "el nuevo sistema introducido está también de lineamientos básicos de las políticas neoliberales, cuya columna vertebral son el debilitamiento del papel del Estado como proveedor de servicios sociales y la privatización de empresas públicas".

En Colombia, las fallas del viejo Sistema Nacional de Salud, fueron hábilmente usadas para justificar la necesidad de un cambio en el modelo de salud, pero a la hora de su formulación no preguntaron el perfil de salud enfermedad de los colombianos, no sobre las crisis acumuladas que necesitaban pronta solución, ni sobre la viabilidad humanitaria del sistema, sino que tomaron elementos del fracasado modelo de salud chileno, incluyeron algunos elementos nuevos (principio de solidaridad) y cumplieron las órdenes de garantizar la privatización de la salud .

El Estado considera más importante los bancos que los hospitales: "No es justo (...) que a una banca pública y privada ineficiente, corrupta, clientelista y mal administrada, el Estado del bolsillo de los colombianos le haya botado en los últimos dos años un salvavidas de cerca de seis billones de pesos".

En 1996, las 16 EPS existentes (menos el ISS) ofrecían servicios de salud en sólo los 46 municipios de mayor población en el país, de un total de 1074 municipios, donde las condiciones de infraestructura sanitaria son mejores, los niveles de vida superiores, hay mejores recursos (por ejemplo, para la compra de planes adicionales de salud), etc. Otra forma absolutamente legalizada de selección adversa es que las EPS "podrán establecer condiciones de acceso al afiliado", figura que en aras de la eficacia en la oferta de servicios deja la puerta abierta para la creación de filtros en la oferta de servicios de salud.

De acuerdo con el documento planteado por la Asociación Médica Colombiana en su propuesta para reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en 1998, las ARS, además de la baja ejecución, han producido utilidades perversas con superávit del régimen subsidiado entre el 20 y el 50% de los recursos. Del dinero entregado para garantizar el derecho a la salud de la población pobre, las ARS se quedaron con el 56.5% en 1997 y con el 40% en 1998. Además, están obligadas a contratar por lo menos el 40% de sus recursos con IPS oficiales, pero tampoco cumplen con este porcentaje de contratación fijado por la ley

En respuesta a la pregunta si la salud gerenciada es compatible con la ética hipocrática, la respuesta es NO.

Los invito a reflexionar sobre la frase de Jouhua L. Chamberlaino: "No conocemos el futuro y no es mucho lo que podemos planear a su respecto, pero si mantenemos nuestros espíritus y nuestros cuerpos puros y elevados, si abrigamos pensamientos e ideales y soñamos sueños de excelso propósito, podremos determinar y saber qué clase de hombres seremos en cualquier momento y lugar en que suene la hora, que llama a la noble acción; ningún hombre se vuelve de pronto diferente de su hábito y de los pensamientos que abriga".

La hora de ser reflexivos frente al ejercicio profesional y la aplicación de la Ley 100 de 1993 ha llegado; esta ley ha marcado el más profundo cambio del sistema de salud de toda la historia del país y para el ejercicio médico ha sido nefasta; debemos entonces buscar tener unidad de propósito con un objetivo claro, el bienestar del ciudadano colombiano, enmarcado en un ejercicio profesional ético acorde con el juramento hipocrático y la Ley 23 de 1981, ley de ética médica.

La unidad de propósito debe direccionarse a cuatro puntos específicos: el primero acabar o disminuir al máximo posible la intermediación, el segundo fortalecer la red pública hospitalaria, el tercero mejorar la calidad en la prestación de servicios y el cuarto dignificar el ejercicio profesional.

Bibliografía

- **Academia Nacional de Medicina.** Ley 100 de 1993. Reforma y crisis de la salud. Parte II. Editado por J. F. Patiño y la Comisión de Salud. Academia Nacional de Medicina. Bogotá. 1999:37-87.
- **Academia Nacional de Medicina.** Memorando sobre la reforma de salud. Bogotá. 2001:190-207.
- **Bennahum DA.** The crisis called managed care. En: Bennahum D.A. Editor: Managed Care Financial, Legal and Ethical issues. Cleveland. *The Pilgrim Press* 1999. s.p.
- **Corsi-O C.** Evaluación y proyección de la Ley 100 de 1993. Bogotá. 2001: 80-187.
- **De Currea-Lugo V.** La Salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. En: La Salud está grave. *Una visión desde los Derechos Humanos* 2000: 191-308.
- **Diez-H R.** Desafío y oportunidades. En: Reflexiones: Comité Directivo Assbasalud ESE. La Patria. Manizales. Noviembre, 1998.
- **Enthoven A, Kronick RA.** A consumer choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (First of two parts) *N Engl J Med* 1989a: 320:329.
- **Esguerra R.** El médico para el nuevo milenio. *Acta Med Colomb* 1999; **24**:25.
- **Iglehart JH.** The American health Care system - Medical. *N Engl J Med* 1993; **328**:896-900.
- **Giraldo JC.** Informe de seguimiento de cartera a marzo 31 de 2002. En: Estudios Técnicos. Programa de seguimiento de cartera. Manizales. Agosto, 2002; 10 p.
- **Giraldo JC.** En capilla. Cajanal y Caprecom. EPS. En: El Tiempo. Bogotá 11 de septiembre. 2002: 1-12.
- **Gold MR, Hurley R, Lake T, Bernson RA.** A national survey of the managements managed care plans make with physicians. *N Engl J Med* 1995; **333**:1678.
- **Hernández-A M.** El Derecho a la Salud en Colombia. Obstáculos estructurales para su realización. En: La Salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. 135-173.
- **La Nota Económica.** Las 300 empresas más grandes de Colombia. Abril-mayo, 2002 No.75. Bogotá. 96 p.
- **Molina de Salazar DI, Chacón A.** Resultados preliminares de la investigación: "Percepción de los médicos especialistas del país respecto a la aplicación y fundamentación de la Ley 100. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. 2002.
- **Molina de Salazar DI.** Reflexiones sobre la evolución histórica de la salud en Colombia. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. 2002. s.p.
- **Pardes-H N.** A cinco años de la reforma del sistema de salud colombiano, ¿qué ha pasado con el derecho a la salud?. En: La Salud está grave. Una visión desde los Derechos Humanos. 2000; pp: 169-187.
- **Peláez M.** Envejecimiento: nuevo desafío de la salud. En: Registro Médico. Pukso Internacional. Octubre, 2002; 5(49): 4B
- **Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos.(Provea).** La Salud como Derecho. Marco Nacional e Internacional de Protección al Derecho Humano a la Salud. En: La Salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. 2000; pp: 27-132.
- **Sánchez-D CE.** Ciencia, tecnología e investigación en el área de la salud. Bogotá, sin publicar.
- **Uribe-M A.** Presentación. En: La Salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. 2000; pp: 9-24.